

*Terapia Ocupacional
centrada en la
calidad de vida*

*Ideologías, teorías,
espacios y prácticas*



ASOCIACION MARPLATENSE DE
TERAPISTAS OCUPACIONALES



Título: EL COTIDIANO ASILAR Y SUS HACERES

Autores: TO Ximenes, Maria Amélia y Côrte, Beltrina

Instituição: Pontificia Universidade Católica de São Paulo

Cuidad – Bauru /Brasil

Dirección postal – Rua Almeida Brandão 8-54, Vila Cardia, CEP: 17013421

Teléfono- (14) 32343993 – (14) 81351885

E-Mail: mameliaximenes@yahoo.com.br

EL COTIDIANO ASILAR Y SUS HACERES – Maria Amélia Ximenes; Beltrina Côrte

Introducción

Esta investigación fue elaborada a partir de una práctica profesional señalada por la búsqueda de respuestas relación a la problemática de los haceres en instituciones que acogen ancianos.

La sensación que se tiene es de un lugar donde el tiempo se ha parado. Las horas perezosas siguen, resisten y, en su marasmo, contaminan todo el ambiente, como si nada pudiese pasar. Algunos ancianos gritan, sin motivo aparente, otros sólo vagan. La sensación es de renuncia de la vida. Permanece un tiempo vacío de “espera” de la muerte.

Dentro de esa monotonía, parece no haber lugar para el hacer, o ¿el hacer institucional es esa monotonía?

El sentimiento de impotencia al constatar que el no hacer parece ser una regla, cumplida de manera silenciosa, como un pacto asilar y cruelmente probada por todos los profesionales que tratan con estos ancianos.

Añadida a esa situación, hay la cobranza institucional y de la propia sociedad, que dentro del imaginario social, el anciano es percibido como un “desocupado”.

La terapia ocupacional tiene como objetivo de estudio la actividad humana, el hacer. Esto complica la problemática presentada en la medida en que crecen las cobranzas y, por más que se intente explicar el trabajo realizado, es cobrada la rapidez relación a las soluciones de éstos problemas, como si los efectos terapéuticos proporcionados por la actividad, como recurso, fuese semejante al efecto de un medicamento.

Es importante resaltar que se desconoce la existencia, en la terapia ocupacional, de trabajo científico sobre el cotidiano asilar, a partir de su hacer dentro de la realidad brasileña.

Esos problemas llevaron al estudio de la realidad de la vida cotidiana asilar para verificar de qué manera ésta puede interferir en los haceres de los residentes.

Justificativa

El porcentual de personas con más de 60 años en Brasil se duplicó en los últimos 50 años. Se estima que dentro de 20 años, la población anciana exceda a 30 millones de personas, lo que equivale a un porcentual de más de 13% de la población brasileña (1).

Esa nueva realidad nos llama la atención para cuestiones como la vivienda y el cuidado y cuales las responsabilidades de los gobiernos, de la sociedad y de la familia relación a ellas. Esas cuestiones nos remiten a una antigua discusión; la institucionalización del anciano, cuestión polémica y compleja, porque involucra consideraciones políticas, sociales, económicas, de salud y psicoemocionales, además de carácter de prejuicio y moral.

Born aclara que hay un rechazo de la sociedad brasileña relación a instituciones que dan asistencia al anciano (aunque no sea negada su importancia). Para que hubiese un cambio, sería necesario que esas instituciones pasasen por un gran proceso de reestructuración, para que pudiesen cumplir, de manera satisfactoria, sus responsabilidades implícitas ante esos ancianos. Esas responsabilidades serían las de proporcionar un hogar, un lugar de vida, de ambiente acogedor, de identidad y al mismo tiempo de cuidado. (2)

Hay una desvalorización de las necesidades del anciano, por creerse que éstas se limitan a ciertas prioridades fisiológicas (alimentación, vestuario, vivienda, cuidados de salud e higiene), olvidándose de las necesidades de nivel social, afectivo y sexual. El anciano tiene dificultad en asumir aspectos de su vida, como persona plena, aislándose afectiva y socialmente, negando o desvalorizando sus capacidades. (3)

La actividad o hacer humano es esencial al equilibrio físico, psicoemocional y social del anciano, en la medida en que eso favorece el seguir viviendo, aunque los hechos negativos puedan interponerse al proceso de envejecimiento. Este hacer lo estimula a seguir haciendo planes, establece los contactos sociales, haciendo con que sea activo, participante de su comunidad, autónomo, o sea, a los ojos de la sociedad un anciano sin el estigma de anciano.

El hacer, por lo tanto, dará soporte para la creación de recursos internos, para que el anciano enfrente el proceso de envejecimiento, adaptándose a los cambios con algún equilibrio emocional, fortaleciendo su auto-estima, con una visión de mundo más positiva, ganas de vivir y

consecuentemente trayendo la esperanza de una vida larga, con salud, independencia y autonomía.

Método

Esta investigación tuvo como objetivo, verificar cuál es la realidad de la vida cotidiana asilar y de que manera ésta puede interferir en los haceres de los residentes.

A través del análisis de la vida cotidiana asilar, se buscaron respuestas para la comprensión de esa realidad, su interferencia en el hacer de los residentes, además de contribuir para el repensar de la vejez y su hacer en instituciones asilares.

El lugar elegido para este estudio fue una institución para ancianos, ubicada en una ciudad del Estado de Sao Paulo. Debido a un pedido de los dirigentes de la institución el nombre no será revelado.

Los instrumentos de recopilación de datos fueron: entrevista, observaciones de campo, informes de graduandos del curso de terapia ocupacional, documentos institucionales y periódicos antiguos.

Los datos fueron categorizados y analizados simultáneamente, de acuerdo con la descripción de la historia del asilo y su hacer cotidiano y luego comparados con la literatura existente.

El estudio nos posibilitó al mismo tiempo la acción y comprensión científica de los hechos, además de la reflexión de situaciones, que en la realidad investigada eran dadas como obvias. También nos proporcionó vivir momentos del cotidiano asilar, que no se mostraban aparentes.

Resultados y conclusiones

Se percibe que la institución no se alejó de las reglas: fue creada por una sociedad de carácter religioso y a ella está vinculada. Tiene como objetivo principal el acto de la caridad cristiana, como norma orientadora de la obra social.

Intentó solucionar un problema social de la época: sacar los pobres y mendigos de la calle, dándoles casa y comida. Vivió de la caridad de la sociedad y hasta hoy utiliza esos recursos. Trás un tiempo se volvió en una institución de atención a la vejez. Conocer el pasado de la institución nos ayudó en el entendimiento de los haceres de la actualidad.

Hoy guarda características de su fundación como los dirigentes, la búsqueda de recursos y una dosis de “sistema asistencial”. El elemento esencial de su hacer es coleccionar fondos, a través de la caridad, por lo tanto, los ancianos sólo son valorados, cuando vueltos en renta.

Por ello, los haceres diarios de los residentes, los de entretenimiento y otros no son percibidos. Como no son percibidos, no existen y les promueven la fama de “ociosos” que sólo son valorados como ser productivo para el mercado y no como productor social.

Esa visión, enajenada al sistema asistencial es compartida por los profesionales y por parte de la sociedad que rotula el residente asilar como “pobre”, incapaz e improductivo, impidiendo que se vea los haceres escogidos por ellos mismos, como: las actividades de vida diaria y de interacción entre ellos, los visitantes, pasantes, voluntarios, entre otros. Incluso las actividades religiosas, de entretenimiento como mirar la tele, escuchar la rádio, jugar a las cartas y otras actividades, pasan desapercibidas, en un cotidiano regido por horario de las comidas, dentro de un consenso falso de “ociosidad” y en un ambiente provisional.

Ambiente éste que trae a los sentidos la sensación de abandono y tristeza, dando la impresión de marasmo y de la espera de la muerte.

El trabajo voluntario dentro de la institución es hecho de modo solitario y estos trabajadores no reciben ningún entrenamiento, no están integrados al equipo y tampoco tienen una visión de lo que es envejecer.

La institución tiene un cuadro de profesionales de diversas áreas, sin embargo realizan un trabajo individual, sin integración.

Los residentes nunca son consultados previamente sobre los intereses en las actividades propuestas; ni existe un calendario donde puedan mirar las actividades del mes, lo que los lleva a un estado de enajenación total y a la desorientación temporal.

Esas cuestiones de la realidad cotidiana asilar nos llevaron a descubrir factores que interfieren en el hacer de los residentes, las cuales enumeraremos a seguir:

1. La institución “espera la muerte”, no hay inversión en la vida, ausencia de proyectos que dé otro significado a la vida.
2. La falta de formación sobre el proceso de envejecimiento humano desde la perspectiva del ser que envejece. Las instituciones para ancianos necesitan de esa formación para que puedan dar calidad y significado a sus haceres.
3. Los reglamentos institucionales, por no regir todos los haceres, impiden la flexibilidad y libertad, “condimentos” saludables a la vida del residente.
4. La alternancia profesional es otro factor junto a sus consecuencias: inexperiencia profesional; rupturas constantes en los trabajos, no hay la continuidad de los mismos y eso resulta en la falta de formación de vínculos, desorganización de los haceres institucionales por no ser un trabajo integrado entre un cuadro profesional, empleados, voluntarios, pasantes y dirigentes.
5. La falta de autonomía, por llevar al aislamiento, a la desvalorización del residente, a la improductividad social, en fin, hacer que no da sentido a la vida.
6. Los ambientes y los materiales, considerados esenciales para el hacer, caminan juntos por relacionarse a los requisitos: independencia, seguridad, riesgo, límite de desempeño y comodidad. Un ambiente tranquilo, previsible, acogedor, con cores estimulantes y olores agradables son calidades indispensables a un hacer significativo.
7. La dictadura de la rutina de horarios y de los haceres diarios por el hecho de condicionar a los residentes a que vivan en función de los mismos. La rutina paulatinamente los arrastra a la despersonalización y a la pérdida de la dignidad y del respeto.
8. El sentimiento de no pertenecer es el último factor. Se verificó que el sentido de pertenecer favorece a los haceres porque les da la idea de hacer parte, trayéndoles la sensación de seguridad, de conocer con detalle el espacio, favoreciendo las ganas de conservarlo, lo que no es observado en la institución.

Esos factores interfieren directamente en el hacer de los residentes, conocerlos es tener conceptos esenciales para desarrollar un trabajo de excelencia, en instituciones que acogen ancianos.

Conclusión

A lo largo del estudio, se constató que la institución cree que está haciendo un buen trabajo. Ante sus posibilidades, se sienten orgullosos de sus haceres. Tal situación de seguridad les impide de que vean bajo otro punto de vista su propio hacer y busquen formación sobre el envejecimiento y la vejez.

La institución necesita de vida, dinamismo, a partir de las ganas del hacer del residente y del profesional. Para que eso sea viable, la institución tiene que invertir en la cualificación de todo el personal: empleados en general, voluntarios y directores, además de certificarse del placer que todos tengan por esta área, la cual genera dedicación y ganas de hacer mejor, favoreciendo la participación e interlocución de los residentes, por lo tanto, aumentando las posibilidades de hacer.

El equipo deberá estar sintonizada en un mismo objetivo. Colaborar con sus saberes, orientar y formar el voluntariado. Además la institución tiene que “conocer” cada residente: tener una evaluación individual de sus capacidades, necesidades e intereses, para después, en conjunto, analizar los haceres que serán desarrollados, adecuándolos de acuerdo con la capacidad, disponibilidad e interés de cada uno de los residentes.

Conocer quienes son sus residentes y escucharlos cuanto a la organización de los haceres y de las decisiones de la vida institucional, son objetivos primordiales a cualquier trabajo, en una institución asilar. Esa información orienta todo el hacer institucional, porque el residente pasa a ser sujeto de su hacer.

El trabajo que interviene, en las instituciones no son frutíferos, en la mayoría de las veces, porque no hay respeto relación a la diversidad del envejecer. La institución, por falta de un proyecto de gestión, que lleve en cuenta otra significación de vida, lo trata como uniformidad. Es necesario que se estudie procedimientos lógicos que abarquen la singularidad del residente, sin excluir su socialización.

Las instituciones para ancianos necesitan tener conocimiento, concientizarse de la importancia de cada area que trabaja el envejecimiento y verlas como necesarias e importantes.

Un ambiente institucional claro, ventilado, organizado, con cores estimulantes, accesible y con olores agradables proporciona bienestar a sus residentes, empleados y visitantes, estimulando una mayor apropiación de los espacios y, consecuentemente de los haceres.

Para desarrollar un trabajo serio, es necesario que la institución invierta en la accesibilidad y en la calidad de los materiales utilizados, ofreciendo así, la seguridad de sus residentes. Ambiente seguro, garantiza una mayor independencia, ejercitando, así, la autonomía.

El cotidiano promueve haceres que pasan desapercibidos dentro del cotidiano asilar. De ahí la necesidad de la mirada y del trabajo del terapeuta ocupacional para que sean integrados dentro del hacer institucional. El hacer nos acompaña, hace parte de nuestra vida y debería seguir y acompañarnos hasta la muerte. Falta que nos concienticemos de eso.

Bibliografía

(2) T. Born., 2001. “Quem vai cuidar de mim quando eu ficar velha?” R. Kai. Ger.; **4**, 2:135-148

M.M.R.P. De Carlo y cols., 2001. “Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas”. Editora Plexus (Brasil). 19-39.

I.A. Cortelletti y cols., 2004. “Idoso asilado: um estudo gerontológico”. Editoras Educs/Edipucrs (Brasil). 13-60.

(1) IBGE., 2002. “Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil”. IBGE (Brasil).

E.F. Mercadante., 2002. “Comunidade como um novo arranjo social”. R. Kai. Ger.; **5**, 2:17-34

R.M. Moragas., 1997. “Gerontologia social: envelhecimento e qualidade de vida”. Editora Paulinas (Brasil). 10-283.

(3)L.M.G. Pimentel., 2001. “O lugar do idoso na família: contextos e trajetórias”. Editora Quarteto (Portugal). 9-244.

B.B. Sawaia., 1995. “O calor do lugar: segregação urbana e identidade”. S. P. Pers.; **91**, 2:
20-24

Abordaje centrado en la persona con demencia

Lic. Milagros Rosselló

El tratamiento de las personas con demencia requiere una comprensión de la enfermedad y del individuo detrás de ella. (Kitwood, 1997b) El objetivo de un efectivo tratamiento es brindar una adecuada calidad de vida que respete la dignidad, identidad y necesidades de la persona con demencia.

Se define demencia como un síndrome adquirido producido por una causa orgánica que provoca un deterioro persistente de las funciones mentales superiores, que conlleva a una incapacidad funcional, tanto en el ámbito social como laboral, en personas que no padecen alteraciones de conciencia. Esta definición comporta que la demencia es un conjunto de signos y síntomas de carácter plurietiológico.

En esencia, actualmente la demencia se asocia conceptualmente con un complejo sindrómico, de etiología multifactorial y con una amplia constelación de síntomas y signos.

Esto lleva a dificultades significativas para el paciente y aporta altos niveles de stress en los cuidadores. Su incidencia y prevalencia aumenta con la edad. Un cinco por ciento de los mayores de 65 años y un 20 por ciento de los mayores de 80 están afectados de demencia. Con el aumento de la expectativa de vida acompañada de un envejecimiento de la población, significa que las personas con demencia serán una creciente carga en el futuro de la salud y los servicios de cuidados sociales. Mientras no haya una "cura" para la demencia, los esfuerzos deben estar concentrados en el mejoramiento de la calidad de vida.

Definimos a la "**calidad de vida**" como el bienestar, felicidad, satisfacción de la persona que le permite una capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de la vida. Es un concepto subjetivo, propio de cada individuo, que está muy influido por el entorno en el que vive como la sociedad, la cultura, las escalas de valores...

Según la OMS, la **calidad de vida** es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno".

¿Qué pasa cuando la persona no puede hacerse cargo de su calidad de vida?

La persona con trastornos de memoria, desorientación, déficits perceptuales, etc es fácilmente proclive a sentimientos de falta de control, inseguridad y vulnerabilidad. Tradicionalmente demencia es asociado con pérdida –de memoria, pérdida de la habilidad para realizar actividades que uno disfrutaba, para cuidarse de uno mismo y la pérdida del self (Cohen & Eisdorfer, 1986). Sin embargo la demencia es algo más que pérdida y declinación. Las personas con demencia mantienen su personalidad y espíritu a lo largo de todo el curso de la enfermedad. Tienen una vida de experiencia que moldea sus sentimientos y respuestas a situaciones. Quizás es por eso que las personas con demencia dicen en una variedad de formas que desean ser tratados con dignidad y respeto. Esto es posible solamente, en un contexto de confianza y respeto mutuo, reconociendo el nivel de individualidad de cada persona.

La idea de este artículo es reconsiderar la filosofía de trabajo en cuanto al tratamiento de las personas con demencia.

El término abordaje centrado en la persona (ACP) no es un concepto nuevo. Se ha utilizado como marco de trabajo en personas con retardo mental e injuria cerebral, pero también ha sido de gran utilidad en el tratamiento de personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Kitwood, psicólogo social, de la Universidad de Bradford, Inglaterra ha sido un gran

precursor en cuanto al ACP, con intereses bien marcados en el ser humano y la personalidad. Hacia mediados de los 80 se vuelca hacia el campo de las demencias y nos muestra el camino hacia la comprensión y comunicación con las personas con demencia.

El abordaje centrado en la persona está basado en la comprensión de que la persona con demencia no ha perdido las características que la hacen un individuo, es guiado por valores, se focaliza en la independencia y el bienestar del individuo y familia y “le permite a la persona sentirse respaldada, apoyada y socialmente segura”.

Este abordaje enfatiza un tratamiento holístico e individualizado basado en las necesidades únicas de cada persona. Está focalizado en las habilidades y fortalezas, creando un ambiente donde cada persona es única y respetada, tiene en cuenta a la persona antes que a la tarea o actividad. Esta práctica brinda la base para crear una vida diaria que valga la pena de ser vivida, esforzarse por nutrir no solo la mente sino el espíritu y promover crecimiento y desarrollo para todos. En contraste focalizarse en las pérdidas o deterioro, refuerza percepciones negativas y también puede tener un impacto significativo en la progresión de la demencia. Fig 1

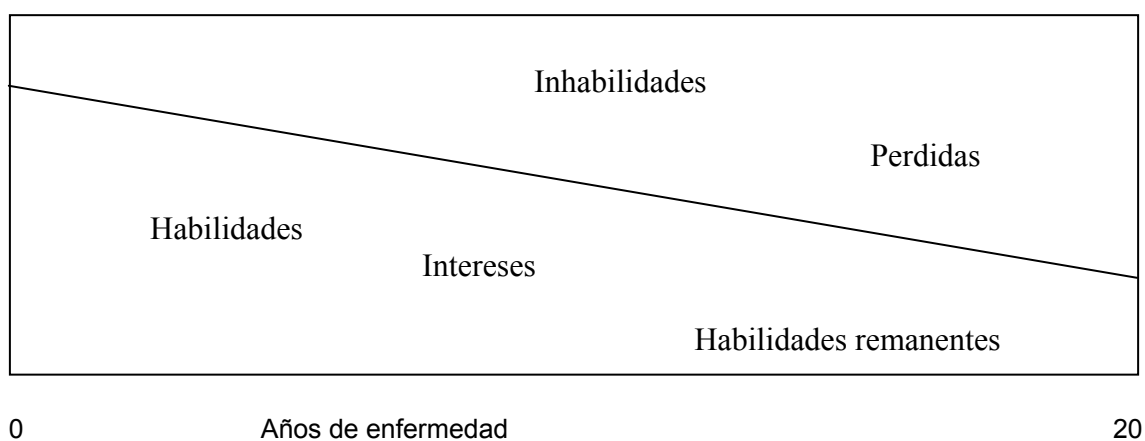


Fig 1. Impacto de la demencia en las habilidades de la persona

EL ACP apunta a proveer soporte psicosocial y emocional. Las emociones son un indicador de la calidad de vida (Lawton, 1999) Atender a las emociones brinda varios propósitos relacionados a la calidad de vida. Ganamos importante información clínica que guía nuestro trabajo cotidiano. Nos ayuda a comprender mejor a la persona, mejorando nuestra relación y a darnos cuenta si algo se debe cambiar en el ambiente o en la forma en que el tratamiento es conducido para minimizar sentimientos negativos y maximizar los positivos. Reconociendo que una persona continua sintiendo, nos ayuda a responder a su individualidad y humanidad, restaurando el ser persona.(personhood)

De acuerdo a Kitwood el ser persona es “un estado o condición que es otorgado sobre un ser humano, por otros, en el contexto de una relación y vida social. Lleva implícito el reconocimiento, respeto y confianza. Nuestro objetivo será mantener la personalidad (el ser persona) a medida que las capacidades mentales declinan. Poner la atención en la personalidad incluye el reconocimiento de la centralidad de la relación, la unicidad de la persona.

El ACP esta fundado en la ética de que todos los seres humanos son absolutamente valiosos y dignos de respeto, no importa su discapacidad y en la convicción que las personas con demencia pueden vivir una vida plena. (Kitwood, 1996)

El tratamiento de la demencia que se focaliza solo en la enfermedad, y no presta atención a la personalidad del paciente, trata a la persona como un objeto pasivo, perjudicando al paciente.

Tratamiento centrado en la persona en demencia
Apunta a :
A. toda la persona, no solo la enfermedad cerebral B. las habilidades remanentes, las emociones y las habilidades cognitivas- no en las pérdidas. C. la persona dentro del contexto de la familia, matrimonio, cultura, etnia y género.
Adaptado de Cheston R. Bender, M. Understanding dementia: The man with the worried eyes Jessica Kingsley Publishers. London 1999.

Es central al ACP el principio que la experiencia de vida de la persona, su personalidad única y su red de relaciones deben ser valoradas y tenidas en cuenta por el equipo de tratamiento. Esta perspectiva esta fundada en lo que Kitwood considera que la presentación de la demencia no puede ser reducida a los efectos del daño neuropatológico sino en una combinación de factores que incluyen:

- A. **Personalidad:** Lo que cada individuo trae constitucionalmente, con todos los resultados del aprendizaje social. Se incluyen aquí los modos en que la persona sobrelleva las crisis, perdidas y cambios; defensas contra la ansiedad; y apertura a la ayuda dada por otros.
- B. **Biografía:** Algunas personas se embarcan en la enfermedad con la mayoría de las estructuras que antiguamente lo sostenían permanecen intactas, otros sin embargo experimentan una sucesión de cambios de vida desmoralizantes y desestabilizantes, y con sus recursos personales cada vez mas reducidos a cero.
- C. **Estado de salud física:** Incluyendo la agudeza de los sentidos.
- D. **Deterioro neurológico:** De acuerdo con su localización, tipo e intensidad, reduciendo la capacidad de almacenar y producir información, ejecutar planes, etc.
- E. **Psicología social:** la cual representa la estructura de la vida cotidiana, y en especial si favorece o reduce la sensación de seguridad, valor y ser personal.

Kitwood identifica varias áreas de la psicología social que tienen un efecto nocivo en las personas con demencia, afectando su autoestima y tendiendo a disminuir su personalidad. Kitwood lo llama "psicología social perjudicial"

El término "perjudicial" no implica un intento nocivo de los cuidadores, familiares o terapeutas, sino que es parte de nuestra herencia cultural y los efectos son sumamente dañinos desde el punto de vista del receptor.

Los términos han sido operacionalmente definidos y ejemplificados.

1. **Traición:** Utilizar formas de engaño en orden de distraer o manipular a la persona o forzarla en un acuerdo.
2. **Deshabilitamiento:** Hacer por la persona cosas que ella misma podría hacer, aunque de forma torpe o lenta.
3. **Infantilización:** Suponer que la persona con demencia tiene la mentalidad y capacidad de un bebe o niño pequeño.
4. **Intimidación:** Inducir miedo en la persona, a través del uso de amenazas o poder físico.
5. **Etiquetamiento:** utilizar la categoría como demencia o desorden mental orgánico como la principal base para interactuar con la persona o para explicar su comportamiento.
6. **Estigmatización:** Tratar a la persona como si fuera un objeto enfermo o un proscrito.

7. **Sobreexigir: (Outpacing)** Dar información, presentar elecciones de forma demasiado rápida como para que la persona lo comprenda; colocándola bajo presión para hacer cosas mas rápidamente de lo que ellos pueden.
8. **Invalidación:** Dejar de reconocer la realidad subjetiva de la experiencia de la persona y especialmente lo que está sintiendo.
9. **Exclusión:** Excluir a la persona tanto física como psicológicamente.
10. **Cosificación:** Tratar a la persona como si fuera un pedazo de materia muerta, sin tener en cuenta que es una persona que siente.
11. **Ignorar:** Mantener una conversación o actuar en presencia de la persona como sino estuviera.
12. **Imposición:** Forzar a la persona a hacer algo, negando la posibilidad de elección de su parte.
13. **Negación:** Rechazar a brindar atención o cumplir necesidades evidentes.
14. **Acusación:** Culpar a la persona de acciones o fracasos de acción que surgen de su falta de habilidad o por la falta de comprensión de la situación.
15. **Interrupción:** Entrometerse de repente en las acciones o reflexiones de la persona.
16. **Burlas:** Divertirse de las acciones “extrañas” de la persona, burlándose, humillándolo y haciendo chistes a sus expensas.
17. **Menosprecio:** Decirle a la persona que es incompetente, inútil, despreciable, dañando su autoestima.

De esta forma el ACP emerge como respuesta a la vieja cultura la cual:

- 1) reducía a la demencia a un fenómeno estrictamente biomédico.
- 2) era orientado a la tarea o dirigido a la tarea
- 3) Contaba con técnicas de control como químicas y de restricción física y medicación innecesaria
- 4) Desvalorizando la individualidad de la persona con demencia

La vieja y la nueva cultura

Kitwood en su libro “La nueva cultura de la asistencia de la demencia” define a la cultura como “es una forma establecida de dar significado a la existencia humana en el mundo y de dar una estructura a la acción dentro de ella”.

Cada cultura representa una forma de adaptación al ambiente y se estabiliza a través de un proceso de evolución. Reconoce tres aspectos de la cultura.

Primero, existen organizaciones, las cuales conducen o sostienen relaciones de poder de una forma duradera.

Segundo, existen las normas, estándares y patrones de conducta aceptables, particularmente para el desempeño de los roles mas visibles.

Tercero, existen creencias de lo que es real y verdadero, y acerca de lo que se debe ser.

Una vez que una cultura se establece, es extremadamente resistente al cambio. Cambiar una cultura no es fácil e involucra una resistencia psicológica.

Kitwood (1997) considera que algunas culturas deben cambiar y pueden mejorar con el cambio, especialmente la cultura de la demencia. Se ha hecho un gran progreso y el cambio debe continuar. Se solía creer y aun se cree también que las personas con demencia solo necesitaban ser mantenidas limpias, seguras y alimentadas, sin tener en cuenta las necesidades psicológicas, en las que luego haremos hincapié. Ahora y en especial a los trabajos de Kitwood se habla de preservar y favorecer la personalidad (ser persona)

Vieja cultura	Nueva cultura
Visión general de la demencia	
La demencia es una enfermedad del sistema nervioso central, en la cual la personalidad y la identidad son progresivamente destruidas	La demencia debe ser vista, en primer lugar, como una forma de incapacidad. Como una persona es afectada depende de la calidad del cuidado.
Fuente fundamental del conocimiento	
Las personas que poseen el conocimiento más confiable, válido y relevante son los médicos y los científicos.	Las personas que poseen el conocimiento más confiable, válido y relevante es cualquier profesional de salud intuitivo y habilidoso.
Que implica el cuidado	
La asistencia involucra asuntos como un ambiente seguro, cubrir necesidades básicas y brindar cuidado físico en forma competente.	La asistencia involucra primariamente el mantenimiento de la personalidad. Proveer un ambiente seguro, cubrir necesidades básicas y brindar cuidado físico es esencial pero sólo una parte de toda la persona.
Prioridades	
Es importante tener una comprensión clara del deterioro de la persona, especialmente aquellos referentes a la cognición.	Es importante tener una clara comprensión de las habilidades, gustos, intereses, valores, formas de espiritualidad. Existen tantas manifestaciones de la demencia, como personas con demencia.
Conductas problemáticas	
Cuando una persona muestra trastornos del comportamiento, estas deben ser manejadas eficientemente.	Deben ser vistos primeramente como intentos de comunicación, relacionados a necesidades
Actividades	
Las actividades son para entretener, pasar el tiempo. Para todos la misma actividad.	Las actividades son individualizadas, terapéuticas, significativas para la persona, que apuntan a la calidad de vida y al mantenimiento de la personalidad.
Investigación	
No hay mucho para hacer por la persona con demencia. La investigación esta centrada en la estructura, función y patología del cerebro. Y en la cognición particularmente	La investigación se centra en mantener el bienestar personal, emocional y la calidad de vida de la persona con demencia.

¿Cuáles son las necesidades de la persona con demencia?

Si se tiene en cuenta la aportación de Kitwood (1997) sobre la promoción del bienestar personal en la atención de las personas con demencia se puede afirmar la importancia de analizar las necesidades de la persona desde la perspectiva de primar y centrar la atención en la PERSONA frente a las perspectivas más clínicas que se han centrado más frecuentemente en la enfermedad. Las necesidades y fortalezas que cada uno tiene son una parte de lo que define nuestra personalidad y espíritu humano.

Maslow (1970) Fig 2 ha hecho una descripción de las necesidades básicas del hombre. Estas necesidades según Maslow son jerárquicas y las necesidades de la base de la pirámide deben ser cubiertas antes de focalizarse en los niveles superiores. Uno de los mayores problemas, esta en concentrarse únicamente en los niveles inferiores, como en las necesidades fisiológicas y de seguridad, no reconociendo la totalidad de la persona, y dejando de lado necesidades psicosociales y espirituales.

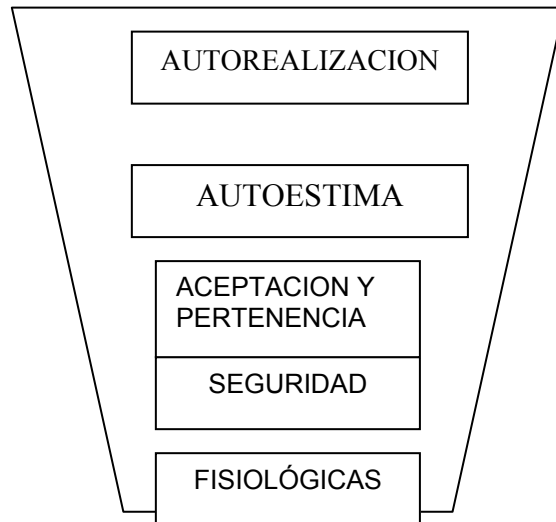


Fig 2. Pirámide de la jerarquía de las necesidades de Maslow

Kitwood en contraste a Maslow, sugiere que no existe un jerarquía de necesidades, sino un grupo de necesidades (Fig 3) interconectadas y actuando en cooperación.

El concepto de necesidad está expresado dentro de una estructura cultural y de esta manera impregnado de significados y valores culturales.

Reconoce que existen 5 necesidades, confort, inclusión, ocupación, identidad, vinculación, que se superponen, con una necesidad central que es el amor.

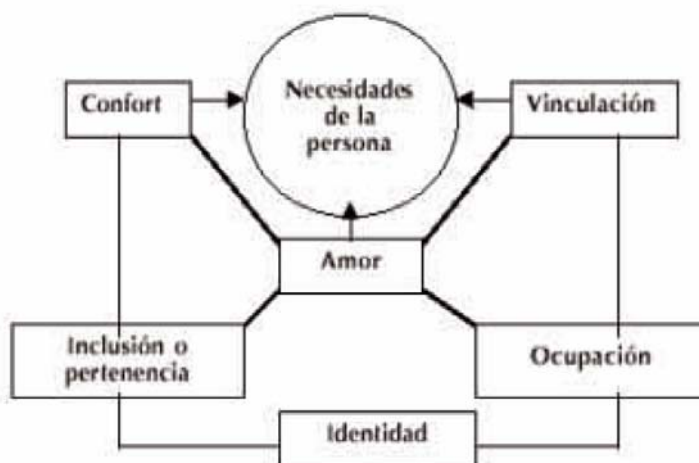


Fig 3. Las principales necesidades psicológicas de las personas con demencia.

(Agregar de necesidades de la pag 81 Dementia Reconsidered) El patrón de necesidad variara de acuerdo a la personalidad e historia de vida de la persona y frecuentemente la intensidad del la necesidad manifestada aumenta con el avance del deterioro cognitivo.

Veremos cada necesidad en forma detallada.

1. **Comfort:** Esta palabra carga con un significado de proximidad, calmante del dolor y la tristeza, tranquilizador de la ansiedad, sentimiento de seguridad. En la demencia la necesidad de confort se da cuando la persona comienza a sentir la sensación de pérdida, la caída de las habilidades.
2. **Vinculación:** Uno de los pioneros en la investigación en este campo es John Bowlby (1979) que sugiere que los lazos o los vínculos crean una red de seguridad particularmente en los primeros años de vida, donde el mundo está lleno de incertidumbre. Sin la tranquilidad que la vinculación provee es difícil para toda persona de cualquier edad poder funcionar bien. La pérdida de la vinculación primaria mina el sentimiento de seguridad y si varios lazos son rotos en un corto tiempo, el efecto puede ser devastador. Hay varias razones para suponer que la necesidad de vinculación permanece cuando una persona tiene demencia, en efecto puede ser tan fuerte como en la niñez. La vida es eclipsada por nuevas incertidumbres y ansiedades y algunos de los buenos recuerdos de vínculos del pasado pueden haberse perdido
3. **Inclusión:** Ser parte de un grupo es esencial para sobrevivir y en muchas culturas la exclusión temporaria era una forma de severo castigo. Si esta necesidad no es cumplida la persona es posible que se deteriore hasta que la vida sea vivida casi enteramente en una burbuja de aislamiento como lo describió Tessa Perrin (1997)
4. **Ocupación:** Estar ocupado para Kitwood significa estar involucrado en el proceso de vivir en la forma que es personalmente significativa, y recurre a las habilidades y energía de la persona. Es lo opuesto al estado de aburrimiento, apatía e inutilidad. El origen de la ocupación radica en la infancia a medida que el niño adquiere el sentido del trabajo. La ocupación involucra tener algún tipo de proyecto ya sea en el trabajo o en el tiempo libre. Si las personas son privadas de las ocupaciones las habilidades comienzan a atrofiarse y la autoestima desaparece. La necesidad de ocupación esta claramente presente en las demencias y muy especialmente teniendo en cuenta el pasado y los intereses de la persona.
5. **Identidad:** Tener una identidad es conocer quien es uno en cuanto a la cognición y a los sentimientos. Significa tener un sentido de continuidad con el pasado; una historia para presentar a los demás. En la vieja cultura de la demencia, la identidad de la persona es quitada, particularmente a través de la institucionalización y de la eliminación de todo contacto con el pasado. Dos cosas son esenciales para mantener la identidad. La primera es conocer la historia de vida de la persona y la segunda es la empatía, a través de la cual es posible responder a la persona en la unicidad de su ser.

La primera tarea en el tratamiento de la demencia, como ya lo definió anteriormente, es mantener la personalidad a medida que la capacidades mentales declinan. Ahora es posible ir más allá y sugerir que esto ocurrirá a través del cumplimiento de este grupo de necesidades. Si una necesidad es cumplida, esta tendrá un efecto en las otras necesidades, produciéndose una forma de "círculo virtuoso".

Principios de Kitwood

El TCP involucra el establecimiento y mantenimiento de un ambiente social positivo y comprensivo. En este contexto la personalidad de las personas con demencia puede ser realzada, fortaleciendo los sentimientos positivos, nutriendo las habilidades y destrezas y ayudando a curar las heridas psíquicas.

Kitwood propone diferentes tipos de interacciones positivas:

1. **Reconocimiento:** Es reconocer al hombre o mujer que tiene demencia como una persona, conocer su nombre, afirmar su propia unicidad. El reconocimiento es logrado con un simple saludo, la escucha. No es solamente verbal. Uno de los actos más profundos de reconocimiento es el contacto directo con los ojos.
2. **Negociación:** El rasgo característico de esta interacción es que las personas con demencia sean consultadas acerca de sus preferencias, deseos y necesidades. La negociación le da a la persona cierto grado de control acerca del cuidado que recibe y coloca el poder nuevamente en sus manos.

3. **Colaboración:** El verdadero significado de la colaboración es el “trabajar juntos”. La colaboración no implica hacer algo a la persona en un rol pasivo, sino que es un proceso en el cual las propias habilidades e iniciativa son involucradas.
4. **Juego:** Mientras que el trabajo es dirigido hacia un objetivo específico, el juego en su forma mas pura no tiene objetivos. Un adecuado ambiente de trabajo o tratamiento es aquel que nos permite que nuestras habilidades crezcan.
5. **Timalation:** El termino en si, es un neologismo que deriva de la palabra griega TIMAO (te honro y de esta forma no violo tus limites personales) y estimulación (en el sentido de alerta sensorial, sensory arousal) El significado de este tipo de interacción es brindar contacto, uso de los sentidos, particularmente valioso con deterioro cognitivo severo.
6. **Celebración:** Las personas con demencia, a pesar de su sufrimiento, mantienen la capacidad de celebrar, quizás es aun favorecida ya que la responsabilidad desaparece, asimismo la división entre cuidador y cuidado desaparece completamente.
7. **Relajación:** Apunta a proveer a la persona un confort personal cercano (ej tomarle las manos) Muchas personas con demencia con sus fuertes necesidades sociales son solamente capaces de relajarse cuando otros están cerca es decir con un contacto corporal.

Mientras cada una de estas 7 interacciones tienen un contenido fuertemente positivo, estas tres siguientes son interacciones psicoterapéuticas.

8. **Validación:** Es el reconocimiento de las emociones y sentimientos y responder a ellas. La validación involucra un alto grado de empatía, intenta comprender todo el marco de referencia de la persona, aunque sea caótico o paranoide o colmado de alucinaciones. Cuando nuestra experiencia es validada nos sentimos mas vivos, mas conectados.
9. **Contención:** (Holding) En un sentido psicológico significa brindar un espacio psicológico sano, también involucra una contención física.
10. **Facilitación:** Significa permitirle a la persona hacer lo que de otra manera no podría hacer, a través de proveerle alguna partes de la acción. La facilitación se combina con la colaboración. Aca meter imitación, guiar la acción, etc

Beneficios del tratamiento centrado en la persona

Calidad de vida

En los últimos 10 o 15 años ha habido un incremento de los trabajos y publicaciones en calidad de vida en demencia y la proliferación de escalas que miden la calidad de vida de las personas.

Burgener y colaboradores encontraron que el tratamiento centrado en la persona, incluido el mantenimiento de las actividades sociales y actividades pasadas, fue asociado con resultados de calidad de vida positivos en personas con demencia. También encontraron que la calidad de la relación entre los cuidadores y las personas con demencia fue asociada con el nivel de depresión, bienestar psicológico y conductas productivas.

Disminución de la agitación

Matthews y colaboradores encontraron que las intervenciones orientadas a la persona para la agitación y patrones de sueño de personas con demencia, donde se hacía hincapié en la libertad de la elección de las actividades (cuando comer, bañarse, momento de acostarse), resultó en una disminución de los niveles de agitación verbal y en los sentimientos del staff menos apurados y mas tolerantes a las conductas de los pacientes.

Sloane y colaboradores evaluaron la eficacia de dos métodos no farmacológicos para reducir la ansiedad y la agresión en el momento del baño y encontraron que el baño centrado en la persona y el baño de toalla constituye un método seguro y efectivo para reducir la agitación durante el baño en personas con demencia.

Mantenimiento de la autoestima

Sabat y colaboradores analizan el mantenimiento de la autoestima en las personas con demencia y encuentran que cuando la persona es tenida en cuenta por los otros en su ambiente social y cuando se le da la oportunidad para la autoexpresión las personas con demencia son más capaces de mantener la autoestima disminuyendo la ansiedad y el sentimiento de ser una carga para los demás.

Tratamiento

Como dijimos anteriormente la teoría de Kitwood sobre los cuidados en demencia sugiere que un entorno social invalidante y deshumanizante interacciona con la fisiopatología cerebral para producir la conducta y la función observadas en las personas con demencia. Según Kitwood (1997) este entorno puede incrementar la progresión de los cambios neuropatológicos, formando una espiral de declinar y degeneración.

Por ello, todas estas intervenciones están destinadas a mantener y estimular las capacidades preservadas del individuo, intentando conseguir la mejor situación funcional posible en cada estadio de la enfermedad y con ello ralentizar el declive que pudiera venir generado por factores externos. Se trata de mantener a la persona con demencia activa y estimulada, para favorecer su mantenimiento funcional en la vida cotidiana.

Los primeros claros intentos de proveer interacciones positivas vienen de las técnicas de **orientación a la realidad (TOR)** las cuales han sido desarrolladas alrededor de 1950 en la rehabilitación de personas heridas en la guerra. Luego las TOR fueron introducidas en personas mayores confusas. A medida que el método fue ampliado incluyó la estimulación de los sentidos, las relaciones humanas y el reconocimiento general (Holden and Woods, 1988). Cualquiera sea la debilidad de este método, las TOR reconocieron la personalidad de la persona con demencia, expresando la creencia que vale la pena tomarse el trabajo de intentar brindarle una forma de vida mas "normal".

En 1960, Naomi Feil desarrolló el abordaje "**Terapia de validación**" (Feil, 1982).Acá hubo un cambio dramático hacia los sentimientos y emociones, afirmando que la experiencia de las personas con demencia debía tomarse con suma seriedad.

Otra gran contribución fue la introducción de la **reminiscencia**, siguiendo los trabajos de Robert Butler (1963) y las siguientes investigaciones de Peter Coleman (1986) Aunque la demencia acarrea grandes trastornos en la cognición, es bien sabido que la memoria a largo plazo frecuentemente permanece relativamente intacta. De esta forma se utilizan disparadores como la música, las fotografías, objetos cotidianos. Se trabaja particularmente con la memoria autobiográfica. No solo se estimula el recuerdo sino los sentimientos asociados al evento. Woods et al, (1992) define a la terapia de reminiscencia como el "recuerdo verbal o silencioso de sucesos de la vida de una persona, ya sea sola, con otra persona o grupo de personas"

Conclusiones

La utilización de este abordaje requiere un cambio sustancial en nuestra forma de práctica cotidiana dentro de la Terapia Ocupacional y demás disciplinas que trabajan con personas con demencia. Debemos atender a las necesidades de la persona, apuntando al mantenimiento del ser persona a lo largo de todo el camino de la enfermedad, aún sabiendo que nos espera el declinar de las funciones. La familia y cuidadores necesitan soporte y entrenamiento para reconocer su contribución en este tipo de abordaje, atendiendo también a sus necesidades emocionales. "Si la satisfacción del staff es alta, la calidad del cuidado es también mejor" (Gilloran et al, 1995).

El TCP un abordaje filosófico y a la vez un abordaje práctico con significados e implicancias formales e informales para la práctica, un concepto dinámico que cambia con la condición física del paciente y el ambiente en el que este se encuentra.

Podemos enumerar estrategias a tener en cuenta al utilizar el ACP. Estas incluyen:

Evaluaciones que involucren y reconozcan las elecciones de los pacientes y cuidadores o familiares.

Inclusión de evaluaciones de calidad de vida en las que podamos identificar alteraciones en el comportamiento, compromiso en las actividades, etc. Asimismo dichas evaluaciones nos ofrecen una medida de satisfacción con el tratamiento.

Objetivos de trabajo realistas, basados en los cambios de la persona con demencia.

Actividades apropiadas a las habilidades cognitivas remanentes.

Actividades culturalmente adecuadas a la historia de vida de la persona.

Focalizarnos en las habilidades remanentes, hasta el final de la enfermedad.

Bibliografía

Bowlby, J. (1979) The making and breaking of affectional bonds. London.: Tavistock

Burgener S, Dickerson-Putnam J. Assessing patients in the early stages of irreversible dementia. The relevance of patient perspectives. J Gerontol Nurs 1999; 25:33-41

Butler, R.N (1963) The life review: an interpretation of reminiscence in the aged. Psychiatric, 26, 65-76.

Cohen, D, & Eisdorfer, C(1986). The loss of self. New York: W.W. Norton

Colleman, P. "Issues in the therapeutic use of reminiscence with elderly people". En: Hanley, I.; Gilhooly, M (eds). Psychological therapies for the elderly. Londres: Croom Helm, 1986

Feil, N (1992) Validation Therapy. Geriatric Nursing. May / June. 129-133

Holden, U.P; Woods, R.T Positive approaches to dementia care. Edimburgo: Churchill Livingstone, 1995

Kitwood, T. 1993b. Person and process in dementia. International Journal of Geriatric Psychiatry, 8, 541-546.

Kitwood, T (1996) Building the mosaic of good practice. J Dement Care 1996; 3: 12-13

Kitwood, T. (1997). Dementia reconsidered. Bristol, PA: Open University Press.

Kitwood, T. 1997b. The experience of dementia. Aging and Mental Health, 1, 13-22.

Lawton MP, van Haitsma K, Perkinson M and Ruckdeschel K. Poserved affect and quality of life in dementia: Further affirmations and problems. Journal of Mental Health and Aging 1999.

Maslow, A. (1970). Motivation and personality. New York: Harper & Row

Matthews E, Farrell G, Blackmore A. Effects of an environmental manipulation emphasizing client-centred care on agitation and sleep in dementia sufferers in a nursing home. J Adv Nur 1996; 24:439-47

Sabat S, Fath H, Moghaddan F, et al. The maintenance of self-esteem: lessons from the culture of Alzheimer's sufferers. Culture and Psychology 1999; 5:5-31

Sloane P, Hoeffler B, et al. Effect of person- centred showering and the towel bath on bathing-associated aggression, agitation, and discomfort in nursing home residents with dementia: A randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 2004;52:1795-1804

Perrin, T. 1997b Occupational need in dementia care: a literature review and implications for practice. *Health Care in later life* 2(3): 166-176

Woods, R.T. "What can we learn from studies on reality orientation?". En *Care-giving in dementia* (de . G.Jones y B. Miersen). Londres: Routledge, 1992, p.121-136

Woods et al. Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database Syst Rev.* (2005)

ALTERACIONES EN EL DESEMPEÑO DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA DURANTE EL EMBARAZO.

Autores: Vivian Villarroel, Rodrigo Sepúlveda, Ximena Díaz, Andrea Eberhard, Leonardo Estrada. Universidad de Chile, Escuela de Terapia Ocupacional.

Independencia 1027, Santiago, Chile

9786343, vvillarroel@med.uchile.cl

RESUMEN

Durante el período de embarazo, en diversos sistemas del cuerpo de la mujer ocurren cambios fisiológicos necesarios para la gestación de un nuevo ser. Estas alteraciones pueden afectar los Factores del Individuo, impactando el Desempeño en algunas Áreas de Ocupación.

El presente estudio busca conocer cómo los cambios fisiológicos propios del embarazo impactarían en el desempeño de las Actividades de la Vida Diaria, estimando que este impacto alteraría en la mujer su rutina diaria y otras Áreas de Ocupación. Se realiza un estudio exploratorio cuali-cuantitativo en 50 mujeres con embarazo no patológico en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile “José Joaquín Aguirre”, de la ciudad de Santiago de Chile. La recopilación de datos es a través de la aplicación de entrevista y cuestionario, que recogen información acerca al grado de independencia, valoración y calidad de ejecución de la actividad, e identificación de cambios en el desempeño de las actividades de la vida diaria relacionados con los cambios fisiológicos propios del embarazo.

Los resultados muestran que en la mayoría de las entrevistadas aumenta el tiempo de ejecución de las Actividades de la Vida Diaria, varían los grados de independencia, y se destaca un alto valor asignado en la ejecución de ellas. Estos cambios impactan en el Desempeño Ocupacional, lo que se ve reflejado en cambios de hábitos y rutinas, variaciones en la motivación y pérdida de participación social, entre otros.

Se concluye, que si bien esta alteración es temporal, afecta de manera importante tanto a la mujer embarazada como a su entorno, identificándose la necesidad de intervención desde la Terapia Ocupacional y la Ocupación para favorecer un embarazo seguro y satisfactorio.

INTRODUCCIÓN

Durante el período de embarazo se producen una serie de cambios fisiológicos, como respuesta adaptativa del cuerpo de la mujer a la situación de gravidez. Estos cambios se manifiestan para cubrir diversas funciones y mantener la homeostasis.

Esta adaptación fisiológica genera alteraciones en determinados Factores del Individuo que podrían alterar el desempeño en Áreas de Ocupación, como las Actividades de la Vida Diaria (Básicas e Instrumentales), Productividad, Participación Social, etc.

Existen estudios detallados acerca de las modificaciones del cuerpo de la mujer durante el periodo de embarazo, sin embargo, no encontramos investigaciones propias de la Ciencia de la Ocupación que especifiquen cómo estos cambios alterarían el desempeño en las Áreas de Ocupación, en especial en el caso de las Actividades de la Vida Diaria. Si bien estos cambios son transitorios pueden alterar la ejecución de determinadas actividades cotidianas propias de la mujer actual.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio exploratorio de alteraciones en el desempeño en Actividades de la Vida Diaria en mujeres embarazadas. La investigación, se realizó a través de un instrumento de recolección de datos que integró pautas de evaluación cuali-cuantitativas que incluyeron las dimensiones a explorar definidas previamente. La muestra se construyó con mujeres embarazadas en el segundo o tercer trimestre del embarazo, de entre 18 y 35 años, que realizaban su control obstétrico en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, con un embarazo no clasificado como de alto riesgo.

Las mujeres de incluidas en el estudio fueron contactadas a través de profesionales a cargo del control de embarazo del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Se trató de una muestra no probabilística, de ingreso voluntario y un tamaño definido por saturación¹, quedando en 50 el número de casos estudiados

Para estudiar de manera integral las alteraciones en el desempeño en Actividades de la Vida Diaria en mujeres embarazadas, se diseñó un Instrumento de Evaluación de Actividades de la Vida Diaria, el cual se aplica en un solo momento y tiene por objetivo registrar el impacto de los cambios fisiológicos propios del embarazo en el desempeño de las Actividades de la Vida Diaria en la mujer embarazada. El instrumento aborda:

¹ Se trata de un criterio cualitativo usado para definir el tamaño muestral. En: Bogdan, R. y Taylor, S. Introducción a los métodos cualitativos de investigación social. Ed. PAIDÓS, Bs.Aires 1996

Datos básicos de la entrevistada, como edad, principales ocupaciones de la mujer y semanas de gestación, entre otros.

Un Cuestionario, que permite rescatar información acerca del desempeño de la mujer embarazada en Vestuario, Aseo Personal, Control de Esfínteres, Deambulación y Arreglo Personal.

Una Tabla de Registro, en la cual se vuelcan las respuestas al Cuestionario.

Una Entrevista semi-estructurada, con tres dimensiones, que apuntan a recolectar información relacionada con el significado de los Cambios percibidos en el Desempeño de las Actividades de la Vida Diaria, los Motivos a los cuales se atribuyen los cambios en el Desempeño y el Desempeño antes del período de embarazo, de manera de poder captar elementos subjetivos relacionados con las posibles alteraciones en el desempeño de dichas actividades.

RESULTADOS

De acuerdo a los resultados se observa independencia y alta valoración en las actividades evaluadas excepto de las actividades de Vestimenta y Deambulación donde se aprecia disminución de independencia y en Arreglo Personal donde la valoración fluctúa entre alta y media. Estas alteraciones se deben principalmente al aumento de volumen corporal y peso de la zona abdominal, así como cambios músculos esqueléticos propios del embarazo, dolor en la espalda y caderas y falta de fuerza en extremidades, lo que obstaculiza la ejecución de la actividad, impactando en el desempeño, reflejándose en un aumento del tiempo de ejecución.

Aseo Personal:

Se observa independencia en la ejecución, así como también una alta valoración de la actividad, con mayor limitación en el aseo mayor, uso de la ducha y acceso y uso del escusado. Esto se percibe como una dificultad importante, afectando la autoimagen y generando una percepción de cierta ineficiencia en el desempeño del aseo personal. Este tipo de alteraciones provocan una modificación de la rutina para la búsqueda de un óptimo desempeño, lo que nos hace considerar la importancia sociocultural que tiene el aseo mayor. En algunos casos se vuelve imprescindible contar con la ayuda de terceros y en casos más críticos es necesario el uso de algún objeto de apoyo que permita la acción, como por ejemplo ayuda tanto para acceder como para salir del escusado.

Control de esfínteres.

Se aprecia independencia en la actividad y un alto valor asignada a esta. Ante el aumento de la frecuencia de micción, se observa una alteración en el desempeño de otras actividades que implican mayor uso de tiempo (como ir de compras, ir por los hijos al colegio, trámites, pago de cuentas, etc.). Esto produce un aumento en el tiempo de ejecución o una interrupción o abandono de la actividad, provocando una percepción de ineficacia en el medio. Las mujeres no manifiestan tener mayores problemas específicamente en relación al aumento de la micción, sin embargo esto ha impactado de manera significativa el desempeño de la mujer en otras funciones que ésta cumple además del impacto social que esto implica.

Vestuario:

La mayoría de las mujeres entrevistadas son independientes en vestuario y otorgan una alta valoración personal, aumentando el tiempo empleado en la actividad y aumento de dolor, impactando en su percepción de desempeño, ya que ellas mismas manifiestan tener sentimientos de pérdida de su independencia al solicitar ayuda de terceros o uso de adaptaciones y/o cambios en las prendas de ropa, para facilitar la actividad. Esto podría impactar significativamente en la autoimagen de la mujer embarazada, reflejándose en un cambio de la percepción de las atribuciones propias de la femineidad, desligándose de un papel más sensual y erótico a uno más cándido. Sin embargo, es importante destacar que dentro de este mismo grupo de mujeres que ve afectada la percepción de desempeño, esta necesidad de ayuda y de dependencia les acomoda, ya que se sienten “mimadas” y generan un cambio en la dinámica familiar que tiende a alterar las funciones de los miembros del grupo familiar.

Arreglo Personal.

Las mujeres entrevistadas son independientes en estas actividades, con una valoración que se mueve dentro de los rangos alto y mediano. Perciben un leve cambio en el desempeño de estas tareas, ya sea por un aumento en el tiempo de ejecución o por una modificación, simplificación o eliminación de la actividad. Estos cambios son producidos principalmente por presencia de dolor, fatiga y una alteración de la motivación (aumento o disminución), lo que se ve reflejado en algunos casos en el cese de la actividad y en otros en el aumento de la misma. En relación a los cambios motivacionales de la mujer, se pueden observar tres grupos de mujeres; el primero corresponde a aquellas mujeres que sienten en transición el perfil relacionado con lo sensual, dado que están en un rol maternal, por lo que no efectuaron un cambio en la realización de la actividad porque consideran que al estar embarazadas ya no necesitan arreglarse porque “ya no las miran”.

Deambulaci3n

Se observa una gran variabilidad en los grados de independencia, as3 como tambi3n de valoraci3n de 3stas. Las mujeres entrevistadas han sentido un cambio importante en el desempe1o en la deambulaci3n, si bien perciben que requieren mayor tiempo principalmente para subir o bajar escaleras, al caminar o que les dificulta mucho levantarse de la silla o el sill3n, siendo referido el aumento de volumen y el dolor una causa de esto, lo cual biomec3nicamente es esperable, dada la condici3n de embarazo, si embargo asumen todas estas alteraciones como algo propio del embarazo. Esto, en base a algunos de los testimonios, ha limitado de cierta forma la vida social de las mujeres embarazadas.

Muchas mujeres afirman sentirse menos 3giles que antes, en 3sta 3rea de Ocupaci3n y en otras, influenciando incluso otros roles, como el productivo, maternal o de pareja.

CONCLUSI3N

Algunas de las dificultades que presentan las mujeres entrevistadas para realizar sus Actividades de la Vida Diaria se enmarcan desde c3mo los cambios fisiol3gicos propios del embarazo interfieren en el modo de realizar cualquiera de estas labores. Es por esto que el aumento de volumen y peso de la zona abdominal, as3 como los cambios m3sculo esquel3tico que provocar3an dolor en la espalda y caderas; y falta de fuerza en extremidades dificultar3an el desempe1o f3sico necesario para realizar dichas actividades. Es necesario considerar adem3s, que estas molestias f3sicas se relacionan con ciertas percepciones de las mujeres, lo que afecta directamente en su autonom3a: temor a caerse o al dolor, miedo a hacer fuerzas que pudieran afectar el curso del embarazo, entre otras. Estas percepciones frente al embarazo y el desempe1o en estas actividades, son opuestas a las previas del embarazo.

Es por ello, que en conjunto con la alteraci3n en el desempe1o, podemos encontrar en la mujer embarazada, una alteraci3n en los procesos volicionales y de habituaci3n, los que traen como consecuencia aislamiento social y consideraciones antes innecesarias, que limitan la participaci3n de 3sta en otros 3mbitos de su vida, tales como: la participaci3n social, Actividades de la Vida Diaria Instrumentales, Actividades Productivas, etc. En base a estos resultados obtenidos, se hace necesario generar las herramientas para observar a la mujer embarazada desde la visi3n caracter3stica de los Terapeutas Ocupacionales y considerando la implicancia de los aspectos socioculturales relacionados con el proceso de embarazo y que no han sido objetos de este estudio, pesquisando un problema real y constatando la necesidad de intervenci3n, donde dentro de las posibles alternativas de intervenci3n se encuentren: talleres de psicoeducaci3n para la familia y a la mujer embarazada, apoyando los procesos de

adaptación y sugiriendo estrategias que permitan a la mujer enfrentar este proceso sin tener que, necesariamente, incurrir en una rutina ocupacional desequilibrada, fomentando una mejor calidad de vida y así, disfrutar de un embarazo pleno y sano.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bogdan,R.; Taylor,S, 1987 “Introducción a los métodos Cualitativos de Investigación” Ed. Paidós, (Bs. Aires).
2. “Consentimiento libre e informado”: “Apuntes de clase Modelos de Intervención en Salud Mental y Psiquiatría”, Escuela de Terapia Ocupacional, Universidad de Chile, 2004.
3. Hopkins, H., Smith, H. 1998. “Terapia Ocupacional: Áreas de Ejecución de Terapia Ocupacional”. 8ª edición. Editorial Médica Panamericana, S.A. (Argentina)
4. Pérez, A., Donoso, E. 1999. “Obstetricia”. 3ª Edición. Editorial Mediterráneo. Ltda. (Santiago, Chile)
5. Asociación Americana de Terapia Ocupacional, 2002. “Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional: dominio y proceso”. Revista Americana de Terapia Ocupacional (AJOT) 56, 609-639. (Traducción y adaptación al español realizado por Comité de Ciencia de la Ocupación, Escuela de Terapia Ocupacional, Universidad de Chile 2006).
6. Dra. Miriam Stoppard, 1999. “Concepción, Embarazo y Parto”; Javier Vergara editor S.A.
7. Dr. Enrique Oyarzún Ebensperger, 2005. “alto riesgo obstétrico”, Edición: Universidad Católica de Chile, (Santiago, Chile).
8. Wang SM, Dezinno P., Maranets I et. Al: Low back Pain during Pregnancy: Prevalence, Risk Factors and outcomes. *Obstet Gynecol* 2004;104:65-71.
9. “Terapia ocupacional Willard & Spackman”, Editorial Médica Panamericana, 10ª edición, 2006.
10. Voitk AJ, Mueller JC, Farlinger DE, et al. : Carpal Tunnel Syndrome in Pregnancy : a prospective study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1987 ;66 :233-5.
11. SERNAM, INE. Mujeres Chilenas, tendencias en la última década (Censos 1992 – 2002) (1ª Edición). Chile.
12. Portal Español de Terapia Ocupacional, <http://www.terapia-ocupacional.com>.
13. “Régimen de garantías explícitas en salud”, Ministerio de Salud de Chile, 2005. www.minsal.cl.
14. Revista Digital - Buenos Aires - Año 8 - N° 50 - Julio de 2002 Natación y embarazo, María Martina Rama, <http://www.efdeportes.com/efd50/embaraz.htm>.

**“CALIDAD DE VIDA y DESEMPEÑO FUNCIONAL DE PERSONAS
COM ARTRITIS REUMATOIDE”**

De Carlo, Marysia Mara Rodrigues do Prado, Stiel Radu, Ari
Universidade de São Paulo – Brasil

Palabras claves: Terapia Ocupacional; Artrite Reumatoide; calidad de la vida; desempeño funcional

RESUMEN: El éxito de procedimientos clínicos y la eficacia del programa de la rehabilitación deben estar basados en datos significativos y confiables. La evaluación debe, así, considerar los aspectos clínicos, como el desempeño funcional, pero también los aspectos socio-culturales, como partes del desempeño ocupacional. Así, este trabajo (cuali-cuantitativo) enseña los datos de la relación entre las variables clínicas, desempeño funcional y calidad de vida; fueron usados: protocolos internacionales “SF-36” y “HAQ” y fue hecha una entrevista semi-estructurada.

MATERIAL Y MÉTODO: Fueran treinta y cinco pacientes (34 femeninos y 1 varón), con variación de 20 hasta 74 años de edad, con Artritis Reumatoide (AR) diagnosticada por un reumatólogo, en acuerdo con los criterios de la “American Rheumatic Association” (ARA), en seguimiento en la unidad del paciente no internado del Hospital de Clinicas de la Universidad de São Paulo. Presentaron diversos tipos de deformidades, con déficit en varios componentes del desempeño. Los autores han estudiado la relación entre las variables clínicas y el desempeño funcional; fueron usados: protocolos internacionales “Medical Outcomes Short-Form Health Survey” (SF-36) y “Stanford Health Assessment Questionnaire” (HAQ) y también por el medio de entrevista semi-estructurada (datos cualitativos).

INTRODUCCIÓN: La artritis reumatoide (RA) es un desorden autoinmune de etiología desconocida, cuyos síntomas más comunes son dolor, deformidad progresiva y pérdida de fuerza, conduciendo a la inhabilidad ocupacional y funcional. La terapia medicamentosa del Artritis Reumatoide, con un aumento de la eficacia de las drogas modificadoras de la enfermedad (DMARDs), tenía cambiado significativamente el desarrollo de la enfermedad. Sin embargo, el AR sigue siendo una enfermedad crónica

con control escaso en una parte significativa de los casos; los pacientes tienden a desarrollar importantes deformidades y pasan a ser candidatos potenciales al tratamiento quirúrgico reparador.

Así, como el control de la actividad de la enfermedad no puede ser el objetivo terapéutico, los estudios sobre la eficacia terapéutica han comenzado recientemente también a evaluar conceptos importantes, como la incapacidad y la calidad de la vida. Sin embargo, son pocos los estudios controlados sobre esto y hay una lacuna en el conocimiento científico y la ayuda para los pacientes con la artritis, particularmente en el campo de la rehabilitación.

CALIDAD DE LA VIDA Y DESEMPEÑO FUNCIONAL EN LAS ACTIVIDADES DEL COTIDIANO

La calidad de la vida es un parámetro que ha sido cada vez más usada en el campo de la salud, como indicador importante de la mejora del estado general de la salud. Permite que los profesionales evalúen y cuantifiquen, desde la mejora de síntoma más específico, hasta aspectos más subjetivos, como expectativas y valores del paciente y/o cuidadores.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS): "calidad de la vida es una percepción del individuo sobre su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los cuales vive y en la relación con sus metas, expectativas, padrones y preocupaciones". (WHO, 2004.) Por lo tanto, este es un concepto amplio en lo cual están involucrados sus condiciones de salud física, estado psicologico, creencia personal, relaciones sociales, como también la inserción del individuo en su contexto y interacciones en su ambiente social.

Calidad de vida es un tema particularmente relevante en la atención a los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas. Los muchos avances tecnológicos y de las terapéuticas -farmacológicas y no-farmacológicas tienen proporcionado una sobrevida cada hora más larga. Sin embargo, es necesario considerar, no solamente su tiempo de vida a más, pero también (y principalmente) la calidad de vida que tienen y el impacto de tal manera de la enfermedad y del tratamiento en su vida y su cotidianidad.

El paciente artrítico vive con frecuencia modificaciones profundas en su estilo de la vida y en su cotidianidad, resultados del sufrimiento persistente provocado por el dolor, con repercusiones en la manera como percibe su calidad de la vida. Pronto, el trabajo del terapeuta ocupacional es esencial para la promoción y el mantenimiento de

la calidad de la vida de los sujetos acometidos por enfermedades crónicas, como el Artritis Reumatoide, pues vuelve su atención básicamente a la promoción del desempeño funcional e da la calidad de su vida ocupacional.

Serán presentados abajo los datos construidos, en nuestra investigación, con dos protocolos internacionales de evaluación de calidad de vida (SF-36) y evaluación funcional (HAQ):

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

1. Protocolos internacionales de evaluación

1.1. “Medical Outcomes Short-Form Health Survey” (SF-36): es un instrumento de evaluación genérica de la salud, desarrollada originalmente en la lengua inglesa y derivado del “The Medical Outcomes Study” (MOS); fue validado culturalmente para el Brasil (Ciconelli, 1997), tiene fácil aplicación y comprensión y permite comparaciones entre distintas enfermedades o tratamientos. Es un cuestionario multidimensional compuesto por 36 itens, organizado en 8 escalas o componentes, que se pueden automanejar por el paciente o por el entrevistador. Los valores de cada item se transforman en una escala que vaya de 0 (ese corresponde una la peor estado de salud) los 100 (lo mejor estado de salud posible). Los datos de la investigación son los que se siguen (cuadros 1 a 4):

Cuadro 1 – Domínios do SF-36 - Capacidad Funcional y Dolor

SF-36 - Descripción general de las variaciones								
Variación	Capacidad Funcional (1)				Dolor (2)			
	N (%)	Média(%)	sd (%)	cv (%)	N (%)	Média(%)	sd (%)	cv (%)
Negativa	7 (20,00)	20,91	6,58	31,49	10 (28,60)	36,29	23,85	65,72
Positiva	25 (71,40)	86,00	82,14	95,55	18 (51,40)	62,70	77,49	123,55
No varió	3 (8,57)				7 (20,00)			
Total	35 (100,00)				35 (100,00)			

prueba de Wilcoxon com alfa=0,05. (1) p-value=0,0040 (é signficante); (2) p-value=0,2157

Cuadro 2 – Domínios do SF-36 - Aspecto Emocional e Aspectos Sociais

SF-36 - Descripción general de las variaciones								
Variación	Aspecto Emocional (3)				Aspectos Sociais (4)			
	N (%)	Média(%)	sd (%)	cv (%)	N (%)	Média(%)	sd (%)	cv (%)
Negativa	11 (31,40)	71,22	29,91	41,99	10 (28,60)	36,29	23,85	65,72
Positiva	10 (28,60)	116,80	68,46	58,59	18 (51,40)	62,70	77,49	123,55
No varió	14 (40,00)				7 (20,00)			
Total	35 (100,00)				35 (100,00)			

prueba de Wilcoxon con alfa=0,05. (3) p-value=0,3689; (4) p-value=0,4000

Cuadro 3 – Dominios do SF-36 - Vitalidade e Estado General de la Salud

SF-36 - Descripción general de las variaciones								
Variación	Vitalidad (5)				Estado General de Salud (6)			
	N (%)	Mé dia(%)	sd (%)	cv (%)	N (%)	Mé dia(%)	sd (%)	cv (%)
Negativa	13 (37,10)	36,19	25,09	69,33	12 (34,30)	24,63	18,13	73,61
Positiva	19 (54,30)	62,00	84,96	137,08	20 (57,10)	37,50	46,54	124,26
No varió	3 (8,57)				3 (8,57)			
Total	35 (100,00)				35 (100,00)			

prueba de Wilcoxon con alfa=0,05. (5) p-value=0,4567; (6) p-value=0,6250

Cuadro 4 – Dominios do SF-36 - Salud Mental e Aspectos Físicos

SF-36 - Descripción general de las variaciones								
Variación	Salud Mental (7)				Aspectos Físicos (8)			
	N (%)	Mé dia(%)	sd (%)	cv (%)	N (%)	Mé dia(%)	sd (%)	cv (%)
Negativa	13 (37,10)	37,65	27,43	72,86	13 (37,10)	73,72	115,24	156,33
Positiva	19 (54,30)	199,99	555,40	277,89	13 (37,10)	152,40	31,15	20,44
No varió	3 (8,57)				9 (25,70)			
Total	35 (100,00)				35 (100,00)			

prueba de Wilcoxon con alfa=0,05. (7) p-value=0,6379; (8) p-value=0,8395

Entre las distintas categorías del SF-36, destacamos que, en el dominio de la "capacidad funcional", la variación fue positiva (ha mejorado) para 25 pacientes (el 71.40%) e, con la aplicación de la prueba de Wilcoxon, se consiguió una diferencia estadísticamente significativa entre primera y segunda evaluación, en lo que se relaciona con la categoría "capacidad funcional", con p-value=0,0040.

1.2. "Stanford Health Assessment Questionnaire" (HAQ): es un instrumento elaborado, básicamente, para la evaluación de las modalidades terapéuticas propuestas, acá usada con pacientes con la Artritis Reumatoide. Según M.B. Ferraz (1990), el HAQ, que puede ser auto-administrable o ser manejado por los entrevistadores, está compuesto por ocho componentes relacionados a las actividades de la vida diaria. Aunque sea un único instrumento, lo componen cinco instrumentos independientes que, cuando están utilizados en conjunto, permiten una evaluación de los aspectos inherentes más importantes de enfermedad reumática.

El cuadro 5, seguir, presenta los resultados del conjunto de los componentes del HAQ, en la comparación entre la 1ª y 2ª evaluación.

Cuadro 5 - Score final del HAQ

Score final - HAQ			
Descrição geral da variação			
Variación	N (%)	Média(%)	sd (%)
Negativa	15 (42,86)	53,33	24,31
Positiva	18 (51,43)	50,00	29,08
No varió	2 (5,71)		
Total	35 (100,00)		

p-value=0,0156 (é significante)

Al aplicar la prueba de Wilcoxon, conseguimos una diferencia estadísticamente significativa en medio primero y la segunda evaluación del HAQ, con p-value=0,0156 (es significativo).

1.3. Correlaciones: con los coeficientes de la correlación lineal de Pearson (r_p), se observa que la correlación entre la categoría "capacidad funcional" del SF-36 y el HAQ tenía como coeficientes: -0.768 en la 1ª evaluación y -0.824 en la evaluación 2ª - qué caracteriza una correlación altamente significativa.

2. Evaluación médica

En la evaluación médica, se usó el Criterio Europeo de la Actividad de la Enfermedad (*Disease Activity Score - DAS*), pues ésta permite subdividir nuestra población en acuerdo con la actividad de la enfermedad. En vista del valor del DAS final (en la evaluación 2ª) y de la variación (mejora del DAS) entre la 1ª y 2ª evaluación, se ha constatado 7 pacientes (el 20%) habían presentado la buena respuesta al tratamiento, 9 pacientes (el 25.71%) presentaron respuesta moderada al tratamiento y 19 pacientes (el 54.29%) no habían presentado respuesta al tratamiento. A pesar de la mayoría de los pacientes que mantenían la enfermedad actividad, él tenía una mejora funcional.

Quadro 6: Relação entre variação da função e a atividade da doença

Função	F	fr (%)	atividade da doença	f	fr (%)
função piorou	0	0			
função estável	7	20	doença em atividade leve	1	2,86
			doença em atividade intensa	6	17,14
função melhorou	28	80	doença em remissão	6	17,14
			doença em atividade leve	5	14,29
			doença em atividade intensa	17	48,57
total	35	35	Total	35	100

teste de Wilcoxon con $\alpha=0,05$. $p\text{-value}=0,0171$ (é significante)

Los datos clínicos del cuadro arriba demuestran que la variación negativa era muy significativa, es decir, la función se ha mejorado para 28 pacientes (el 80% de la muestra), siendo que, de este total, 6 pacientes (el 17.14%) tenían la enfermedad en la remisión, 5 pacientes (el 14.29%) tenía la enfermedad en la actividad ligera y 17 pacientes (el 48.57%) tenía la enfermedad en actividad intensa. Al aplicar la prueba de Wilcoxon (con $\alpha=0,05$, $p\text{-value}=0,0171$) percibimos evidencia que las intervenciones habían tenido efecto estadísticamente significativo entre primera y la segunda evaluación del DAS.

Por lo tanto, al comparar la respuesta (o lo mejora) de la función de los pacientes con la actividad de la enfermedad (según los valores del DAS), se demostró que la función mejoró en los 3 grupos de pacientes, independientemente de la enfermedad estar o no en actividad. Con estos datos clínicos conseguidos por el reumatólogo, hemos podido evidenciar que hubo mejora funcional también en pacientes que tenían la enfermedad en actividad intensa, qué provee excelente dato para la constatación de la eficacia del trabajo hecho, dentro de los límites puestos por la metodología de esta investigación.

3. Analisis de las entrevistas (datos cualitativos)

Las informaciones construidas con las entrevistas, hechas al final del proceso del acompañamiento longitudinal de los pacientes de la investigación, hacen posible la organización de un conjunto de unidades del análisis, que legaran por se integrar en los discursos. Son los siguientes: desempeño funcional; relación entre el dolor, aspectos emocionales y funcionales; relaciones familiares; el uso de órtesis; el proceso de la atención a la salud; expectativas para el futuro, con la búsqueda de la calidad de la vida.

A lo largo del período, fueron varias las historias y cambios que habían sucedido en las actividades diarias debido a la enfermedad y, por veces, de la hospitalización. Al final de este proceso, hemos podido también reflejar, por comparaciones entre la situación actual y aquella de 1 año detrás, en lo que ocurrió en la vida de cada día, los cambios y sus mejoras funcionales, aunque sin la corrección de las deformidades.

Al analizar el proceso vivido, hablan a respecto de las dificultades que han mantenido, con diversos aspectos que se acercan de su desempeño funcional, en especial los componentes del desempeño como de la fuerza, la habilidad de prensión y

amplitud de movimientos. El dolor es un tema siempre presente - en el cotidiano y en los discursos - y se relaciona tanto con los aspectos emocionales como funcionales y puede incluso comprometer sus actividades profesionales. Algunas historias demuestran que las limitaciones físicas y el dolor no solamente traen dificultades en el cuidado personal y las actividades domésticas, pero también las actividades sociales, del ocio (**lazer**) y en la comunidad. Hay muchas historias de como la gente había dejado sus actividades debido a dolor, depresión, miedo y vergüenza, pero también de como la mejora alcanzada proporcionó la vuelta a las actividades del cotidiano, el estudio y el ocio

"(Pac.) Era un dolor horrible, pero ahora yo estoy muy mejor. Yo puedo peinarme el pelo, es... secarme, era un sacrificio yo a secarme, para a coger a la cosa, para si frotar, ai que dolor, el hombro (...) debajo de la ducha, ese dolor, gritado debajo de la ducha, pero gritado silenciosamente, el né... porque de mis niños fue a pedir porque usted tá que gritaban, né "

(I.C., asistente de la limpieza)

Como parte del llevado con procedimientos terapéuticos, las posibilidades de adaptaciones de las actividades y los objetos del uso diario habían sido presentados a los pacientes, para la protección de la articulación y conservación de la energía. Hay hablas sobre como el uso de órtese ha ayudado en su desempeño funcional y como los cambios ocurridos habían mejorado su autoestima.

"(Pac.) Estoy bien mejor, tá excelente. Porque cuándo llegué aquí yo no me podia apoyar era para nada E ahora que puedo ya hacer una cierta cosa, ya, gracias a Dios.

(Terap.) que tipo de cosa que usted no hizo tiene un año detrás y que usted él ahora hace?

(Pac.) No podía ni vestir mis ropas, ni me peinar nada. Ahora no, (...) visto ya mis ropas (...) Yo no conocia, yo no sabía ni qué tenía, ahora despues que comencé a convivir con ustedes acá, yo tuvo la órtesis y todo, yo comencé a entender mis límites y yo mejoré, né? Yo estoy bien mejor (...) Ahora después de este tratamiento con usted y de este grupo todo allí, aprendí amarme y hacer lo que debo hacer (...)¿Hay cosa mejor que usted misma hacer sus cosas?" "

(E.F.S., peluquera)

Dentre las historias sobre las perspectivas y las expectativas para el futuro, apareció la búsqueda de la calidad de la vida.

"(Pac) (Espero) que yo pueda mantener una calidad de la vida, que yo no esté, así, dependiente... creo que es la cosa peor que tiene... Para yo, así, particularmente, la cosa peor que puede existir es usted a ser dependiente, así, para todo, para cualquier cosa... para una ducha, para caminar, para comer."

Conclusiones:

Con las historias y datos acá presentados, hemos podido percibir cuánto el proceso de la enfermedad genera dolor y sufrimiento físico, psíquico y social, comprometiendo la estructura de la vida cotidiana. Hemos visto también que la Terapia Ocupacional, ciertamente, trae gran contribución para la mejora funcional, promoción de la salud y la calidad de la vida, en toda su complejidad.

La análisis de los datos demostró, a pesar de la complejidad de los estados clínicos analizados y de las deformidades de los pacientes con Artritis Reumatoide, ha sido observada mejora significativa en el desempeño funcional de los pacientes en varias áreas ocupacionales, principalmente en cuentas de la intensidad del dolor y scores del SF-36, después del uso de las ortesis asociadas a un programa de la orientación sobre la protección, conservación de energía y control del dolor, durante el proceso de la rehabilitación. Los resultados sugieren la importancia de estos procedimientos de la evaluación y del tratamiento, desarrollada por el terapeuta ocupacional y la importancia de la promoción del desempeño funcional como medio de desarrollar la calidad de la vida y de la inclusión social.

Referencias bibliográfico

- CARLO, M.R.P.; REYNALDO, A.C.; OTANI, M.; PEREIRA, R.P.E.; BEIM, S.F.; SILVA, S.N.P. "Terapia Ocupacional em Reumatologia: Princípios e Perspectivas" In: CARLO, M.R.P., LUZO, M.C.M. (org.) Terapia Ocupacional - Reabilitação Física e contextos hospitalares, SP, Ed. Roca, 2004, 352p.
- CICONELLI, Rozana M. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "medical outcomes study 36-item short-form health survey" (SF-36), SP, tese de doutorado, Escola Paulista de Medicina, 1997. 120 p..
- FERRAZ, M.B. Tradução para o português e validação do questionário para avaliar a capacidade funcional "Stanford Health Assessment Questionnaire", SP, tese (Doutorado) - Escola Paulista de Medicina - UNIFESP, 1990, 80p.
- MELVIN, J.L., FERREL, K.M. (2000) Adult Rheumatic Diseases, 1ªed, AOTA, Inc., New York, 365 p.

**Caracterización de la discapacidad psiquiátrica en tres comunas vulnerables
de la ciudad de Cali**

**GRUPO DE APOYO A LA
DISCAPACIDAD PSIQUIATRICA**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE REHABILITACION HUMANA
Cali, 2007**

Caracterización de la discapacidad psiquiátrica en tres comunas vulnerables de la ciudad de Cali

RESUMEN

Estudio descriptivo que caracteriza a la población con discapacidad psiquiátrica, sus hogares y cuidadores de 3 comunas pertenecientes a un sector vulnerable de la ciudad de Santiago de Cali (Comunas 13.14 y 15 del Distrito de Aguablanca). La investigación es el resultado de una sinergia conformada por la Escuela de Rehabilitación Humana de la Universidad del Valle, La Asociación de personas y Familiares con enfermedad Mental y la Fundación SOLIVIDA.

Los criterios para el abordaje de la temática central están basados en los lineamientos de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF). A partir de los resultados obtenidos se realizaron propuestas encaminadas al mejoramiento de la calidad de vida de las personas con enfermedad mental y sus cuidadores. Se tomó una muestra de 80 personas con discapacidad psiquiátrica y sus cuidadores, pertenecientes a la asociación de de personas y familiares con enfermedad mental de la Red de Salud Oriente Empresa Social del Estado.

Los resultados de la investigación concluyen, por una parte, que la persona con discapacidad presenta desequilibrio en áreas de ejecución; existe la necesidad apremiante de programas de atención dirigidos al empleo del tiempo libre y rehabilitación profesional; los cuidadores se enfrentan a factores de riesgo psicosociales que tienen el potencial de disminuir su calidad de vida y no cuentan con la suficiente información para convivir con la discapacidad. Por otra parte, dentro del sistema general en seguridad social, existen programas de atención en salud mental limitados a escasos recursos económicos, humano y farmacéutico.

1. INTRODUCCION

A partir de la promulgación de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF, 2001) se incluyeron aspectos determinantes que anteriormente no habían sido tenido en cuenta para identificar la Situación de discapacidad. Actualmente, los programas y servicios han ampliado su espectro para el mejoramiento de la calidad de vida de las personas en situación de discapacidad. Sin embargo, al revisar la realidad de la discapacidad psiquiátrica en el Distrito de Aguablanca se ha identificado que aún persisten factores de riesgo que inciden en el bienestar de la persona en situación de discapacidad y sus cuidadores.

El presente estudio fue dirigido a identificar factores personales y contextuales que permitieron determinar las principales necesidades existentes en su cotidianidad, los sentimientos generados en torno a la discapacidad y la oferta de servicios de salud mental y rehabilitación.

Caracterización de la discapacidad psiquiátrica en tres comunas vulnerables de la ciudad de Cali

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de las familias que tienen en su interior población con discapacidad psiquiátrica a través de la caracterización de los hogares, de las necesidades de la población con discapacidad psiquiátrica y de sus cuidadores.

2.2 Objetivos Específicos

Caracterizar a la población de personas con discapacidad psiquiátrica.

Describir los apoyos requeridos por la persona con discapacidad psiquiátrica para la realización de actividades de la vida diaria.

Caracterizar a la población de cuidadores de personas con discapacidad psiquiátrica, en términos de sus condiciones sociodemográficas y el desempeño de su oficio como cuidador

Identificar la red de apoyos con los que cuentan los cuidadores

Identificar las redes sociales de soporte para las personas con discapacidad psiquiátrica y personas con trastorno mental grave.

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudio:

Para cumplir con los objetivos propuestos se desarrolló un estudio descriptivo, que permitiera elaborar un análisis situacional de los escenarios en los que se desenvuelven las personas con discapacidad psiquiátrica del Distrito de Aguablanca y los cuidadores de estas personas.

El estudio fue realizado durante cuatro fases específicas:

FASE I: Construyendo camino.

FASE II: Contacto con la realidad.

FASE III: Análisis de la situación

FASE IV: Discusión de resultados y recomendaciones

3.2 Población y muestra

El universo de la investigación corresponde a la población registrada en la Asociación de personas y familiares con enfermedad mental, que cuenta con 200 afiliados y de los cuales se obtuvo una muestra de 80 hogares.

3.3 Criterios de inclusión

- * Población registrada por la asociación de personas y familiares con enfermedad mental.
- * Residencia habitual en las comunas 13, 14 y 15 de la ciudad de Santiago de Cali (Distrito de Aguablanca).
- * Consentimiento de la persona con discapacidad y de su cuidador para participar en el estudio.

Caracterización de la discapacidad psiquiátrica en tres comunas vulnerables de la ciudad de Cali

3.4 Criterios de exclusión

- * Consentimiento negado por alguna de las partes.
- * Persona con discapacidad ausente por tiempo indefinido (por ejemplo viaje o manejo intrahospitalario).

3.5 Técnicas y fuentes para recolección de la información:

Se aplicaron tres formatos de encuesta donde se caracterizó el Hogar y familia, la persona con discapacidad psiquiátrica y el cuidador. Los documentos empleados fueron tomados del estudio Prevalencia de Discapacidad en el Valle del Cauca (2003), adaptados y modificados por el grupo de apoyo a la discapacidad psiquiátrica.

4. RESULTADOS

Se caracterizó una muestra de 80 personas con discapacidad psiquiátrica, sus hogares y cuidadores.

4.1 Caracterización del hogar: Los hogares visitados corresponden a estratos 1 y 2 que cuentan principalmente con servicios básicos de energía eléctrica, acueducto y alcantarillado. De acuerdo a la percepción del riesgo se identificaron problemáticas las siguientes problemáticas en orden de importancia: Atracos o robos, drogadicción, homicidios o asesinatos, contaminación por basuras. El hogar está conformado principalmente por familias nucleares.

4.2 Caracterización de la persona con discapacidad psiquiátrica: Fueron caracterizadas personas que asisten al servicio de salud mental de la Red de salud de Oriente y residentes habituales de las comunas 13, 14 y 15. El 98.75% corresponde a personas mayores de edad y el restante 1.25 corresponde a menores de 18 años. La distribución percentil por edades corresponde a:

- Menores de 18 años: 1.3%
- Entre 18 y 24 años: 18.5%
- Entre 25 y 39 años: 40.2%
- Entre 40 y 59 años: 33.3 %
- Mayores de 60: 4.1%
- NS / NR: 2.7%

De la población caracterizada, el 76.38% es soltera, mientras que la población separada corresponde al 9.7 %. Residen principalmente con familiares, dependiendo económicamente de ellos (79.16), un porcentaje bajo depende económicamente de si mismos (20.83%) teniendo en cuenta que realizan actividades remuneradas de manera ocasional. Los diagnósticos de acuerdo a CIE- 10 que más predominan son: Esquizofrenia correspondiente al 55%, Trastorno Afectivo Bipolar 12.5%, la categoría otro engloba personas que desconocen su diagnostico, demencias y síndrome convulsivo y corresponde al 32.5%. La afiliación al sistema de salud corresponde principalmente al régimen

Caracterización de la discapacidad psiquiátrica en tres comunas vulnerables de la ciudad de Cali

subsidiado (63.88%) y en segundo orden de importancia son población pobre no asegurada (vinculados) que corresponde al 19.4% y dentro de los criterios de inclusión al sistema general de seguridad social (SISBEN) no se reconoce la situación de discapacidad psiquiátrica, este procedimiento se realiza a través de una junta calificadora de invalidez y generalmente aplica para el régimen contributivo. La atención en salud es brindada por programas de ampliación de cobertura en salud mental donde principalmente se asiste a servicios de Psiquiatría y Terapia Ocupacional. Sin embargo, la oportunidad de asistir es limitada puesto que estos servicios por ser especializados no están contemplados dentro del Plan Obligatorio de Salud (POS) y su continuidad depende de los recursos asignados por la Secretaría de Salud Pública Municipal. Los servicios de salud mental hacen parte del nivel III de atención dando prioridad a casos de crisis. En la misma comunidad no existe una institución que ofrezca permanentemente programas de rehabilitación para el trastorno mental grave.

4.3 Caracterización del Cuidador:

Quien asume el rol de cuidador en los hogares visitados principalmente son familiares (madre – hijo), de acuerdo al rango de edad, los porcentajes corresponden a:

- Menores de 18 años: 4.1%
- Entre 18 y 24 años: 4.1%
- Entre 25 y 39 años: 8.3%
- Entre 40 y 59 años: 40.27 %
- Mayores de 60: 26.38%
- NS / NR: 16.66%

El grupo de cuidadores entrevistados manifestó depender económicamente de familiares (61.1%) y quienes dependen económicamente de sí mismos (20.83%) realizan algún tipo de actividad productiva en el interior de su hogar (tiendas de barrio, ventas informales). Semanalmente emplean un tiempo entre 20 y 81 horas, teniendo que distribuir el tiempo de una jornada de vigilia entre las actividades propias del hogar, actividades de autocuidado y actividades de tiempo libre (descanso). El área de ejecución donde hay menor participación por parte del cuidador es autocuidado, el 56% manifiesta no dedica tiempo suficiente para estas actividades, mientras que el 29% manifiesta lo contrario. Teniendo en cuenta que un alto porcentaje de las familias caracterizadas están conformadas por más de cuatro personas, quien asume el rol de cuidador cuenta con apoyos que le permiten reducir la carga de labores domésticas los fines de semana.

El cuidador(a) se encarga principalmente de su familiar con discapacidad, el 74% de las personas entrevistadas manifestó que dentro de su rutina diaria solo presta cuidados a la persona con discapacidad psiquiátrica

Frente a la manifestación de sentimientos, se encuentra que los cuidadores han aprendido a convivir con la discapacidad. Niegan la posibilidad de sentir

Caracterización de la discapacidad psiquiátrica en tres comunas vulnerables de la ciudad de Cali

vergüenza por las conductas del familiar, de dejar el cuidado de su familiar a otras personas. Sin embargo un porcentaje reducido (39%) considera que no será capaz de continuar cuidando a su familiar, este sentimiento de angustia lo manifiestan principalmente aquellos cuidadores mayores de 50 años. La convivencia con la discapacidad, ha permitido que un 34% de los cuidadores manifiesten estar satisfechos con el reconocimiento que tienen de la enfermedad mental teniendo en cuenta que han tenido información relevante frente al manejo de las crisis, el uso de medicamentos y la participación de la persona con discapacidad en actividades de ocio y tiempo libre. La experiencia de cuidador les aporta una serie de responsabilidades, de las que rescatan principalmente la posibilidad de formar parte activa del tratamiento farmacológico y la expresión de sentimientos hacia la persona, una constante fue la expresión *“Es una forma de expresarle que uno lo quiere...”*. Adicionalmente refieren que dentro del rol de cuidador, se sienten expuestos a situaciones “negativas” como *“La pérdida de la esperanza por las recaídas”*

Las principales redes de apoyo que se identificaron fueron según el orden de importancia: Familiares, amigos e instituciones. Lo anterior hace referencia al impacto de las actividades educativas en las que participaron cuando existían los servicios de salud mental comunitaria. Sin embargo aseguran que se hace necesario que dichas actividades tengan continuidad en el tiempo puesto que al interrumpir se pierde la adherencia al tratamiento por que las personas con discapacidad psiquiátrica ya no quieren regresar, se interrumpe el manejo de rutinas por parte de la persona con discapacidad o se presentan recaídas por agitación.

Los ingresos percibidos por núcleo familiar se encuentran entre uno y dos salarios mínimos legales vigentes, razón por la cual coinciden en que las principales necesidades que presentan son de índole económica. Los recursos económicos se convierten la principal barrera para acceder a medicamentos psiquiátricos de alto costo que no cubre el Plan Obligatorio de Salud, a servicios de rehabilitación y para adquirir bienes de uso cotidiano. En segundo orden de importancia, reconocen que la persona con discapacidad psiquiátrica presenta un elevado porcentaje de tiempo libre y que requiere de servicios de rehabilitación que le permitan alcanzar la inclusión sociolaboral. En el área de influencia del estudio no existen centros de rehabilitación profesional ni centros día para la atención de esta población y los existentes en la ciudad presentan costos elevados que no responden a la capacidad adquisitiva de esta población.

Caracterización de la discapacidad psiquiátrica en tres comunas vulnerables de la ciudad de Cali

5. CONCLUSIONES

La discapacidad psiquiátrica no ha sido reconocida por el régimen subsidiado del Sistema General de Salud. Desde este punto de vista, esta discapacidad puede ser considerada “invisible” puesto que los criterios para su reconocimiento no han sido claramente definidos.

Existe un déficit en los programas de salud mental, de la continuidad de éstos depende la adherencia al proceso terapéutico de la población con discapacidad psiquiátrica de las comunas 13, 14 y 15 del Distrito de Aguablanca.

La intervención indirecta con cuidadores a través de actividades educativas han posibilitado la vinculación de la familia a los programas de complementación terapéutica, sin embargo, se requiere que los servicios y programas de salud mental sigan generando espacios de participación donde se rescate el rol del cuidador como una persona independiente de la persona a la que cuida.

Se hace necesario que los usuarios de los programas de ampliación de cobertura en salud mental y sus familias formen parte activa en la construcción de los servicios que requieren para satisfacer sus necesidades. Los aportes que realicen son determinantes para el éxito de la implementación de la estrategia Rehabilitación Basada en Comunidad

VII Congreso Argentino y Latinoamericano
Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina

*“CONSTRUCCIÓN DE NUEVOS CONTEXTOS DEL TRABAJO: LA TERAPIA
OCUPACIONAL EN EMPRESAS SOLIDARIAS”.*

Beatriz Cardoso

Regina Yoneko Dakuzaku Carretta

Universidad de Medicina de Ribeirão Preto - Universidad de São Paulo. Brasil

*Dirección: Rua Rui Barbosa, 291, Centro
São Carlos, São Paulo, Brasil.
CEP.13560330*

*Fone: 55 16 3602 44 14
55 16 3602 44 17*

FAX: 55 16 3602 44 13

*e-mail: beatriz@fmrp.usp.br
reginadc@fmrp.usp.br*

CONSTRUCCIÓN DE NUEVOS CONTEXTOS DEL TRABAJO: LA TERAPIA OCUPACIONAL EN EMPRESAS SOLIDARIAS.

Beatriz Cardoso

Regina Yoneko Dakuzaku Carretta

Universidad de Medicina de Ribeirão Preto - Universidad de São Paulo. Brasil

La economía solidaria se basa en los principios de la participación igualitaria, teniendo como objetivo la inclusión en la sociedad, en la economía y o ejercer de la ciudadanía por el trabajador, por medio de su trabajo. En empresas solidarias se observa la dificultad de los socio-trabajadores en construir un nuevo cotidiano del trabajo con bases en una relación democrática entre los socio-trabajador y en derechos y los deberes, diferentes de los encontrados en el trabajo convencional. El actual estudio tiene como objetivo reflexionar sobre las contribuciones de la terapia ocupacional en este contexto y mostrar nuevos campos de actuación. El terapeuta ocupacional actúa en y con la acción el humana, usándose de la actividad terapéutica. Este profesional entiende que el trabajo está construido socialmente como elemento central en la vida de una persona, e su intervención és, principalmente, referente a sus significados y posibilidades, a las relaciones establecidas y a su potencial del facilitador do ejercer de la ciudadanía. Al contexto de la economía solidaria este profesional puede asistir específicamente a los socio-trabajadores para ejercer su participación en el proceso de la producción, de la gerencia, do ejercer de la gerencia del uno mismo y asistir a la construcción del cotidiano del trabajo de acuerdo con las habilidad y intereses de los trabajadores para el alcance de las metas establecidas colectivamente. Esto implica en actuar en el cambio de la cultura hegemonica del capitalismo, en la búsqueda de la cultura solidaria, participativa y de más ciudadanía.

Palabra-llave: economía solidaria, terapia ocupacional, trabajo, salud, ciudadanía.

CONSTRUCCIÓN DE NUEVOS CONTEXTOS DEL TRABAJO: LA TERAPIA OCUPACIONAL EN EMPRESAS SOLIDARIAS.

Beatriz Cardoso; Regina Yoneko Dakuzaku Carretta.

Universidad de Medicina de Ribeirão Preto - Universidad de São Paulo. Brasil

ECONOMÍA SOLIDARIA: NUEVAS POSIBILIDADES Y DIFICULTADES EN EL CONTEXTO DEL TRABAJO.

La economía solidaria consiste en un importante movimiento social creado pelas personas que si encuentran (o temen) ser excluido del mercado del trabajo convencional. Sus principios consisten en el desarrollo sostenible y la participación democrática, teniendo con objeto la inclusión social, económica y o ejercicio de la ciudadanía para el trabajador, por medio de su trabajo apropiado^{1,2}. Las empresas solidaria son pautadas en el ética solidaria y las maneras colectivas de trabajar y de generar la renta, configurando nuevas maneras de trabajar y demostrando la energía inventiva de los trabajadores en sus formas diarias de vivir y de produciren la vida³.

Estas empresas, para dirigir su acción, buscan la ayuda mutua, la igualdad entre los trabajadores, el respecto al conocimiento y las potencialidades individuales. Por otra parte, también tiene una preocupación con la actividad social y cultural de los trabajadores a que da lugar a la creación de un espacio del abrigo de las experiências y vivencias particulares con objeto de mejorar la calidad de la vida y la participación de los trabajadores en el âmbito económico, social y cultural.

Los trabajadores en las empresas solidaria necesitan asumir un papel de socio-trabajadores, la denominación que si afirma como condición social en la cual todos los trabajadores son socios en una empresa donde todos los socios son trabajadores, caracterizando una situación de la ciudadanía en el trabajo^{4,5}. Para Gadoti⁶, la gerencia del uno mismo significa practicar una abertura con los centralizadores de los proyectos y dar espacio de modo que el colectivo si maneja y de modo que cada trabajador ejerza su poder en esto colectivo.

Para que el proceso de la gerencia del uno mismo si materialice y si fortaleça é necesario la constuición de un nuevo cotidiano de trabajo pautado en el establecimiento de los derechos y de los deberes y en un nuevo padrón de relaciones diferentes de los encontrados en el trabajo convencional. Para Holzmann⁷ que estos trabajadores necesitan és negar la condición del empleado, el significado de la subordinación aprendido en experiencias vividas en lo trabajo convencional y romper con la cultura y la experiencia del

trabajo y vida del mundo capitalista, en el cual predomina la individualidad y la competitividad, y afirmar una situación de la igualdad y de la solidaridad entre los socios.

La construcción de una nueva cultura y cotidiano del trabajo se presenta como una de las dificultades principales de estos trabajadores que necesitan aprender a relacionarse de forma democrática, estableciendo las relaciones de la igualdad que permitan compartir del conocimiento, la exposición de opiniones, la participación democrática en los procesos de la gerencia y el desarrollo de la empresa. Delante de este contexto, el actual estudio tiene como objetivo reflexionar sobre las contribuciones de la terapia ocupacional en la busca de prácticas que atiendan las expectativas y las demandas de los trabajadores y que les asistan en el desarrollo de una empresa solidary, así como, señalar nuevos campos del funcionamiento de este profesional.

LA TERAPIA OCUPACIONAL EN EL CONTEXTO De LA ECONOMÍA SOLIDARIA: LA POSIBILIDAD DE CONSTRUCCIÓN DE UN NUEVO COTIDIANO DEL TRABAJO.

La salud és entendida por la Terapia Ocupacional con respecto a las maneras de vivir, producir la vida y significar las experiencias, las contingencias y las energías de la vida. El terapeuta ocupacional actúa en y con la acción humana, usándose de la actividad terapéutica para asistir el individuo en la construcción de su cotidiano con las bases en la calidad de la vida y de la posibilidad para o ejercicio de su ciudadanía ^{8,9}.

Este profesional entiende que el trabajo está construido socialmente como elemento central en la vida de una persona, por permitir que amplíe sus relaciones personales y sociales, que insertese en las relaciones de la producción y de la consumición, que demuestre a su independencia y autonomía en relación a su familiares y la sociedad y que ejerza su ciudadanía. La intervención deste profesional és, principalmente, referente a los significados y posibilidades del trabajo, de las relaciones establecidas neste contexto y a su potencial como facilitador del ejercicio de la ciudadanía.

El campo de la salud y del trabajo es un campo nuevo para la Terapia Ocupacional con fundamento en el conocimiento que procede de la ergonomía, salud mental, de la prevención de enfermedades ocupacionales y de la organización del trabajo. La investigación y la intervención en este campo tienen con objeto de mejorar las condiciones de la salud y de la calidad de la vida en el contexto del trabajo.

En las empresas solidaria el terapeuta ocupacional puede actuar en las cuestiones que se refieren a la salud del trabajador y de la organización de la empresa, no obstante esto profesional acentúa su actuación en la manera como los socio-trabajadores se relacionan

con su función en la empresa, con la empresa y con los otros socio-trabajadores. El énfasis en las relaciones establecidas es básico en estas empresas, por lo tanto se relaciona directamente con el alcance de las metas de la democracia y de la gerencia del uno mismo y conseqüentemente con el desarrollo del establecimiento. Esta énfasis en los aspectos que se refieren a las relaciones en el contexto del trabajo permite que los socio-trabajadores identifiquen las funciones más adecuadas a sus capacidades, permite que saben las capacidades, las funciones y las expectativas de cada uno de los sócio-trabajadores e, como consecuencia, les asiste en la construcción de las metas colectivas para la empresa.

La Terapia Ocupacional apoya el socio-trabajador con los relacionamientos establecidos en ambiente del trabajo, potencializa los socio-trabajadores a participar del proceso de gerencia y producción que contribui con la materialización y fortalecimiento de la gerencia del uno mismo y para la construcción del cotidiano de trabajo dirigido para el alcance de las metas establecidas colectivamente. Este profesional establece las metas del intervención junto con el grupo de trabajadores y neste contexto observase la necesidad de si establecer un límite de tiempo para el alcance de las metas definidas, con la intención de permitir lo grupo aprender a buscar suyas soluciones para las demandas, promoviendo la independencia y la autonomía del grupo en lo referente a las decisiones y a las opciones establecidas.

El alcance de estos objetivos implica en el cambio de la cultura hegemonic del capitalismo y en la busca de la cultura solidaria, participativa y de más ciudadanía, implicando, por lo tanto, de un proceso de la educación de los trabajadores y de la construcción de nuevas formas para hacer. En este proceso del cambio de la cultura és necesario ajustar y desarrollar estrategias de la intervención condignas con el perfil del grupo de trabajadores que compone la empresa, usandose recursos existentes en el grupo de modo que si tenga mayor posibilidad de se incorporar del cambio y para traer los resultados esperados.

BIBLIOGRAFÍA

1) RECH, D., 2000 “Cooperativas: uma alternativa de organização popular”. DP&A (Rio de Janeiro).

2) SINGER, P., SOUZA, A. R., 2003. “A economia solidária no Brasil: autogestão como resposta ao desemprego.” Contexto (São Paulo).

3) TITONI, J., 2004. *Saúde mental, trabalho e outras reflexões sobre Economia Solidária*. In MERLL, A. R. C. (orgs), 2004. “Saúde e Trabalho no Rio Grande do Sul: Realidade, pesquisa e intervenção”. Editora UFRGS (Rio Grande do Sul).

4) ESTEVES, E., 2003 In. *Os desafios à igualdade nas cooperativas autogestionárias*. In: DAKUZAKU, R. Y. (orgs.), 2003. “Uma outra economia é possível – Paul Singer e a economia solidária”. Contexto (São Paulo).

5) SINGER, P., 2002. “Introdução à economia solidária”. Fundação Perseu Abramo (São Paulo).

6) GADOTTI, M., 1997. “Escola Cidadã”. Cortez (São Paulo).

7) HOLZMANN, L., 2001. “Operários sem patrão: gestão cooperativa e dilemas da democracia”. EDUFSCar (São Paulo).

8) DAKUZAKU, R. Y., 1996. *Mudanças tecnológicas e organizacionais e a inserção da pessoa com deficiência no mercado de trabalho*. Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar; 5, 1: 17-32.

9) MEDEIROS, M. H. R., 2002. *O sofrimento mental no trabalho: diferentes olhares*. Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar; 10, 1: 42- 50.

DESARROLLO DE LA TERAPIA OCUPACIONAL LABORAL **INTRAMUROS**

El Rol De Trabajador Y El Proceso De Rehabilitación

RESUMEN:

En este artículo describo las particularidades del rol de trabajador dentro de la cárcel y como se entiende a éste desde la exclusión, ya que esta percepción es fundamental para pensar la rehabilitación laboral intramuros.

Luego describo las etapas del proceso de rehabilitación laboral en este contexto.

DESARROLLO DE LA TERAPIA OCUPACIONAL LABORAL
INTRAMUROS

El Rol De Trabajador Y El Proceso De Rehabilitación

MARÍA TERESA IRIBAR
Lic. en Terapia Ocupacional

SERVICIO PENITENCIARIO BONAERENSE
Calle 6 N° 122 e/ 34 y 35 C.P. (1900) La Plata,
Prov. de Bs. As. Argentina
Tel:(0221) 429-3852
Fax: (0221) 429-3822

El ejercicio de nuestra profesión en este ámbito particular tiene matices que le son propios, por ello resulta a mi entender, fundamental pensar en lo contextual primero, y luego en su abordaje específico.

1. **CAPITAL Y TRABAJO:** Para poder entender que implica el abordaje de lo laboral en la cárcel, analizo en principio que particularidades tienen estos conceptos en este ámbito.

A. Que es el trabajo:

Diferenciamos primeramente entre **empleo y trabajo** en tanto el empleo es una situación de relación laboral, remunerada, económica, y el trabajo es un valor, es decir un factor fundamental en la construcción de subjetividad por cuanto conlleva el **valor de identificación e integración social**¹. Es éste, un hacer valioso para sí y para los demás: digno de ser pagado. Esto le otorga una función clave en la construcción de identidad ciudadana, de integración y participación en la trama social.

El trabajo es además: *Un saber hacer* (en tanto el sujeto posee herramientas y conocimientos de esa tarea) y *una forma de ser*: porque es parte del sujeto, mas allá del sueldo o el reconocimiento.

Ahora bien: veamos como esto aparece en el contexto carcelario

B. El trabajo intramuros:

- **Trabajar en los talleres:** Esta posibilidad por un lado escasea y por otro, implica no ser propietarios de lo que producen, con lo cual el valor de lo realizado es dispuesto por otros y *sin relación directa* con el resultado obtenido por el trabajo. **El peculio** ganado por el trabajo en un oficio (promedio 28,4\$ mensuales) es depositado en una cuenta de la cual el interno puede usar 1/3 del total.

En los últimos años viene dándose la posibilidad de participar de trabajos de tipo industrial por **convenios con terceros**, que posibilitan una ubicación más saludable y un ingreso mayor aunque aún dista mucho de lo óptimo.

- **Particularidades de la administración de los bienes ganados o adquiridos:**

Las personas con las que trabajamos, en su mayoría presentan rasgos impulsivos que se reflejan entre otros en el manejo de sus bienes. Es común encontrar en la indagación de las Historias Ocupacionales el derroche, y la característica de inmediatez de los objetos de consumo. Poca o nula capacidad de ahorro ligada también, a la falta de proyectos a mediano o largo plazo.

- **La propiedad privada:**

Poseer un capital implica la noción de posesión y en consecuencia la de determinación de lo propio y lo ajeno. El delito en muchísimos casos se asocia a la carencia de esta cualidad de propio y ajeno, y muchas otras a la trasgresión de un frágil parámetro de este límite. El sujeto establece una relación de consumo hacia los objetos sin aparecer en la escena la figura del Otro.

C. El significante: “trabajador”

Esto es lo primero que se trabaja en cuanto hacen la admisión a TO y se incorporan o se forma un grupo de reinserción laboral.

Para esto debemos considerar primero, el contexto socio cultural donde se forja la identidad del sujeto en cuestión. Entendido esto desde ese lugar, y no desde afuera, podemos comenzar a indagar en su historia ocupacional.”¿ Que es eso de ser trabajador?”.

Cuando uno indaga se encuentra con que “El trabajador” es valorado e identificado de maneras contrapuestas: a) como algo loable, b) como actividad de “los giles” -contrapuesto a ser “chorro”- o c) como “careta” o pantalla para la familia trabajadora.

Aquí también es necesario pensar en **la desocupación, que funciona ya no como una circunstancia temporal “está desocupado”, sino como parte de la identidad “soy un desocupado”**ⁱⁱ. Es entonces objetivo del tratamiento poder transitar del “no poder” al “ poder ser” en tanto subjetivante.

2. ENTONCES EL PROCESO DE REHABILITACIÓN LABORAL EN TO IMPLICA VARIOS ESTAMENTOS:

1. Diagnóstico

En la población de jóvenes que asistimos, se observa como constante histórica: La dificultad para sostener actividades, la falta de hábitos laborales, la carencia de compromiso con la actividad y su proceso, situación que se desprende, en parte, de que las mismas son ajenas a sus intereses y motivaciones, insuficiencia de espacios que favorezcan la autogestión, escasos recursos económicos para adquirir bienes básicos para la vida intramuros, dificultad en la generación, obtención y mantenimiento de actividades laborales socialmente aceptadas, desorganización ocupacional en las rutinas diarias.

¿Consecuencias? : La reinserción laboral se ve truncada en la práctica, cuando estas variables no son tenidas en cuenta, “El solo hecho de concurrir a un espacio de trabajo” no implica necesariamente: interés por trabajar (muchas veces se ve como mero paso para el logro de otros beneficios), capacidad de autogestión (posterior a la libertad), capacidad de planificar y proyectarse en un emprendimiento laboral, etc.

2. **Entrevistas iniciales, admisión a TO:** donde se trabaja con relación a la historia ocupacional y a una demanda particular para este espacio.

Una de las primeras modificaciones en la realización de las entrevistas iniciales fue la de agregar, dentro de las actividades indagadas, la actividad delictiva. Ésta, en relación no a lo Legal, sino a las posibilidades y dificultades encontradas en la misma (en su planificación, ejecución, etc.), debido a que en muchos casos es nombrada como trabajo. En relación también al espacio que ocupa en sus rutinas y el desarrollo y la implicancia en términos de su importancia respecto de las demás actividades.

3. **Participación en grupos de debate y reflexión:** donde se abordan la identidad laboral y las historias ocupacionales individuales, las capacidades y expectativas empiezan a conformar una identidad grupal.

4. **Realización de emprendimiento hipotético en grupo:** momento en el cual se trabaja desde lo verbal una hipótesis de emprendimiento laboral, trayendo a esta situación las vicisitudes propias de la realidad desde cómo comenzar hasta la finalización de la actividad productiva. En este espacio se realiza un riquísimo trabajo terapéutico, que los prepara con mejores herramientas para afrontar un trabajo real, **con algo capitalizado**.

5. **Participación como socios de emprendimientos productivos** con base cooperativista durante 6 meses (mínimo). Esta estructura de trabajo grupal permite:

- Depositar en todos y en cada uno de los integrantes, las responsabilidades de la tarea.
- Que cada integrante haga su aporte particular y sea retribuido por éste de manera equitativa. Cortar la verticalidad del sistema posibilitando la horizontalidad de las decisiones.
- Permite la experimentación y la formación en el establecimiento de una red social como facilitadora de un objetivo laboral aplicable fácilmente en su entorno social extramuros
- Establece una comunidad laboral autodefinida, constituida con los recursos que le son propios y no impuestos ni ajenos a su identidad.

Para constituir la base legal que normatiza el funcionamiento de la cooperativa se establece el *Estatuto Social* de la misma, según los parámetros generales de estas. El mismo es construido y reformado por los “socios”. Se designarán entre otros: los roles, la distribución de la tarea, las responsabilidades, derechos y obligaciones.

Todo esto es pensado teniendo en cuenta la importancia de que el grupo establezca las leyes que ordenarán su funcionamiento y lo que permite en cuanto al trabajo terapéutico la vivencia de la “*ley propuesta*” desde el ceno del grupo, ya no vivida como “*ley impuesta*”.

BIBLIOGRAFÍA:

- ⁱ Cecilia Ros, 2006. "Viviendo Redes: Experiencias y estrategias para fortalecer la trama social" Comp. Ediciones CICCUS (Buenos Aires) 235 – 252.
- ⁱⁱ Duschatzky, S. y Corea, C. 2002 “Chicos en Banda: Los caminos de la subjetividad en el declive de las instituciones”. Paidós, (Buenos Aires)

Título del trabajo

Desempeño ocupacional disfuncional en usuarios de programas de tratamiento y rehabilitación en drogodependencias: recomendaciones para la intervención.

Apellido y nombres completos de los autores.

Autora:

RIVEROS ESPÍNEIRA, MARÍA ELENA

Co Autoras:

AGUILERA, NANCY

JIMÉNEZ, CAROLINA

MIRANDA, GABRIELA

PIZARRO, M^a CECILIA

Institución a la que pertenece/n, ciudad, provincia, país, dirección postal, teléfono, e-mail y fax.

Universidad de Chile, Escuela de Terapia Ocupacional. Santiago, Chile. Av. Independencia 1027, 9786342 – 9786183, mriveros@med.uchile.cl Fax: 9786286.

Desarrollo del Trabajo:

El consumo de drogas se ha transformado en un problema social que va en aumento: cada vez más personas consumen algún tipo de droga, en mayor cantidad y a edades más tempranas. Es un problema complejo, y enfrentarlo es responsabilidad de todos los actores de la sociedad, en especial de aquellos que se desempeñan en el “sector salud”, ya que tienen el deber ético de diseñar investigaciones, planes y estrategias que colaboren tanto con la prevención, como con la rehabilitación y reinserción social de las personas que padecen este problema.

El desempeño en áreas de la ocupación, o desempeño ocupacional, es el resultado de la interacción entre un individuo, un contexto o contextos y las ocupaciones o actividades que desarrolla en su vida cotidiana (1). Las investigaciones realizadas en el área del consumo de drogas abarcan, principalmente, aspectos relacionados con el tipo de drogas que se consumen, edad de inicio del consumo, perfil epidemiológico del consumidor, entre muchos otros temas, pero son escasos o nulos los estudios que permiten conocer aspectos ocupacionales (2) (áreas de la ocupación, habilidades de desempeño, patrones de desempeño, entre otros) de las personas que consumen drogas.

Un estudio realizado por la autora (3), permitió describir el perfil ocupacional del usuario de programas de tratamiento y rehabilitación en drogodependencias, identificando una serie de aspectos ocupacionales disfuncionales, que constituyen el fundamento para la presente investigación.

Dado lo anterior, el presente estudio se inicia a partir de la siguiente pregunta:

¿Cómo se afecta el desempeño de roles, hábitos y rutinas en personas que presentan consumo abusivo de drogas?

Material y Método:

Objetivo general

1. Explorar experiencias de desempeño ocupacional en sujetos con consumo problemático de drogas.
2. Comprender cómo se afecta el desempeño de roles, hábitos y rutinas en la población objeto de estudio.

Tipo y diseño general del estudio.

El estudio se realizó a través de la metodología de *estudio de caso*. Se desarrolló un estudio de caso de carácter holístico y múltiple. Lo anterior significa que la unidad de

análisis, es decir el sujeto con consumo abusivo de drogas, fue considerada como fenómeno global. Esta metodología es ideal para describir a la persona, o al fenómeno, en profundidad, a través del tiempo y en su contexto real.

Universo de estudio.

Los sujetos que participaron del estudio de caso fueron personas que presentaban diagnóstico de abuso a drogas ilegales, con compromiso biopsicosocial moderado a severo, actualmente en programas de tratamiento y rehabilitación de carácter ambulatorio, con edades que fluctuaban entre los 19 y 25 años. El compromiso biopsicosocial moderado a severo se refiere a pérdidas personales, familiares o laborales significativas, o que han interferido en el desarrollo habitual de las actividades normales.

Procedimientos para recolección de información.

Se realizaron una serie de entrevistas en profundidad con pauta semi estructurada y cuestionario autoplicado que permitieron explorar y recoger las experiencias de desempeño de los sujetos en relación a roles, hábitos y rutinas. Las entrevistas fueron grabadas para analizar las experiencias de los participantes.

Se utilizaron los procedimientos correspondientes para garantizar aspectos éticos del estudio (consentimiento informado).

Análisis de los Resultados

El desarrollo del análisis se inició cuando aún se recogían y transcribían los datos, permaneciendo inmersos en la literatura relevante y explorando conceptos en reuniones del equipo investigador. Este proceso contempló al menos dos tareas: análisis temático y categorización.

Conclusiones y Discusión.

Los individuos que fueron objeto del estudio de caso eran jóvenes con antecedentes de consumo abusivo de drogas, vivían en casa de sus padres, eran solteros, no tenían hijos y su nivel de escolaridad era enseñanza media incompleta, desempeñándose laboralmente en oficios de la construcción, para lo que habían tenido capacitación informal.

Se inicia el estudio con la descripción del uso del tiempo en las rutinas a través del desarrollo del “patrón de idiosincrasia” (4), definido como la “representación del uso del tiempo diario del individuo durante un periodo específico de su vida”. La información recogida con este instrumento es factible de homologar con hallazgos de estudios realizados en otros países respecto al uso del tiempo en jóvenes, especialmente en cuanto a la realización de actividades de tipo pasivas, que no requieren practicar competencias, destrezas, ni la eficacia personal.

En la población del estudio también aparecen actividades de ocio sociales- aquellas en las que existe el propósito primario de estar con otros- desarrollando competencias particularmente en las áreas de aceptación social y relaciones interpersonales. Sin embargo al analizar los relatos, este tipo de actividades no cumplían con el objetivo señalado, sino que representaban una justificación para el consumo.

Similar a los hallazgos de estudios previos, es posible señalar que los jóvenes dejaron de participar en ocupaciones de ocio de logro- aquellas que proveen desafíos, son demandadas y requieren de compromiso, tales como los deportes- fundamentalmente debido a que carecen de los recursos económicos para desarrollarlas.

En cuanto al rol productivo, que en el caso de los entrevistados corresponde a una combinación de rol de estudiante con el de trabajador, presentan una historia escolar de abandono o fracaso, dado que no se identifican con el rol escolar. Los jóvenes no logran una clara evaluación de su desempeño en esta área, existiendo discrepancia entre lo que ellos perciben en cuanto a las demandas de la actividad y las destrezas que poseen para ello, obteniendo escasas experiencias exitosas o satisfactorias que les permitan identificar cuales son sus habilidades. Es así como llegan a la deserción escolar. Frente a esta situación, las familias definen algunos límites: si no estudian, deben trabajar. Lo anterior lleva a los entrevistados a ingresar al mundo laboral. Otra razón para la deserción escolar es tener carencias económicas. Los jóvenes relatan que, dado que sus familias no pueden proveerlos de todos los recursos que ellos necesitan, privilegian las actividades que les permitan obtener recursos propios (trabajo; acciones delictuales como el robo). De esta manera reciben una recompensa de carácter tangible e inmediata, a diferencia del sistema escolar que les ofrece recompensas muy a largo plazo que no satisfacen sus necesidades materiales (licencia de cuarto medio o título técnico).

Respecto al ambiente que les provee el medio escolar, éste no genera motivación en los entrevistados, no logrando insertarse realmente en el sistema.

Discusión y recomendaciones.

Partiendo de los hallazgos mencionados, se realizan las siguientes propuestas:

- En la población escolar en riesgo social, la enseñanza básica debiera estar orientada a programas de exploración laboral para que, posteriormente, en enseñanza media se provea de una formación destinada a canalizar destrezas, habilidades y competencias para el mundo del trabajo. Estos programas deberían entregar estímulos de corto plazo, por ejemplo, la existencia de prácticas laborales remuneradas, lo cual sería un impulso para completar la educación media, recibiendo capacitación para desempeñar un oficio en forma efectiva y satisfactoria.
- Respecto al desempeño en el contexto familiar, se constata que no existen mayores elementos de autoconocimiento, no existe una percepción nítida de las habilidades para relacionarse, ni de cual es el rol que desempeñan dentro del grupo familiar. Los jóvenes identifican cuáles son las expectativas de la familia hacia ellos, sin embargo no logran reconocer sus destrezas y tampoco se comprometen para cumplir con lo que se espera de ellos, apareciendo sentimientos de frustración al no alcanzar las metas propuestas.
- En cuanto al ambiente escolar se considera necesario implementar, ya sea a nivel escolar o municipal, acciones que promuevan la participación de los jóvenes en actividades que sean de su interés. En nuestro país existen dichos programas, sin embargo, aparentemente no logran motivar a la gran mayoría, existiendo un gran número de jóvenes que no realizan deportes o actividades que impliquen el desarrollo de habilidades, destrezas y socialización.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CHRISTIANSEN & BAUM. “Enabling Function and Well Being”. 2ª edición (1997). Capítulo 4. pp. 72 – 103.
2. AOTA (2002). “Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional: dominio y proceso”. Revista Americana de Terapia Ocupacional (AJOT) 56, 609-639. Traducción al español Comité de Ciencia de la Ocupación, Escuela de Terapia Ocupacional Universidad de Chile (2006).
3. RIVEROS, M.E. (2005). Apunte Docente Asignatura Metodología de la Investigación I. Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Escuela de Terapia Ocupacional.
4. GÓMEZ L., S. Ciencia de la Ocupación y Terapia Ocupacional. Material Docente. Escuela de Terapia Ocupacional. Universidad de Chile.
5. LOUISE FARNWORTH. “Time use and leisure occupations of young offenders”. AJOT, 54, 315-325.
6. Instituto Nacional de la Juventud – INJU. Cuarta Encuesta Nacional de la Juventud (2003). La integración social de los jóvenes en Chile 1994 – 2003. Individualización y estilos de vida de los jóvenes en la sociedad del riesgo. Vicente Espinoza et al.
7. CONACE (2004). Sexto Estudio Nacional de Consumo de Drogas. Disponible en el sitio web: www.conacedrogas.cl
8. CONACE Lineamientos técnicos. Tratamiento y rehabilitación de personas con consumo problemático de drogas. Disponible en el sitio web: www.conacedrogas.cl
9. http://www.risolidaria.tdata.cl/Portada/Dirseccion/Home_Drogas.asp?dir=Comunidades_Terapeuticas&id=183; http://es.wikipedia.org/wiki/Comunidad_terap%C3%A9utica; <http://escuela.med.puc.cl/publ/Boletin/Psiquiatria/TratamientoDependencias.html>
10. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Cuarta Edición. American Psychological Association (APA)
11. DE LAS HERAS, CARMEN GLORIA “Teoría y aplicación del Modelo de Ocupación Humana”. Primera y Segunda parte. Copyright Reencuentros, 2004.

EQUIPAMIENTO TÉCNICO:

- Se requiere Proyector Multimedia.

FIRMA

Título del trabajo: Discursos e imágenes de la violencia.

Autora: Fernanda Cristina Marquetti.

Institución: Universidade Federal de São Paulo. Santos/ São Paulo/ Brasil.

Dirección: Avenida Dona Ana Costa, 95. Vila Mathias CEP: 11060001 Santos/São Paulo/Brasil.

Teléfono: (55-013) 32326348

Fax: (55-013) 32613324

Email: femarquetti@uol.com.br

I) Título: “Discursos e imágenes de la violencia”.

II) Autora: Fernanda Cristina Marquetti.

III) Institución: Universidade de São Paulo (USP) / Faculdade de Saúde Pública.

Dirección: Avenida Dr. Arnaldo, 715. Cerqueira César. CEP: 01246904. São Paulo/SP/Brasil. Fone: (55-011) 30667734.

IV) Resumen: Este trabajo es el resultado de la investigación en Salud Colectiva “Discursos e imágenes de la violencia” en que se abordó el tema de las muertes violentas en la metrópoli de San Pablo, privilegiando el estudio de las elaboraciones psíquicas y culturales que ocurren en torno de este fenómeno. El principal objetivo fue estudiar los diversos dispositivos colocados en escena para mitigar y apaciguar los efectos de las muertes violentas en la población sometida a esta situación.

La elaboración teórica se basó en los principios del psicoanálisis y autores próximos que intentan desvendar cuestiones relacionadas con la temática de la muerte.

Dos vertientes fundamentales se evidencian en este trabajo: la primera, un abordaje de un territorio violento en la ciudad de San Pablo mediante el análisis de discursos de sus moradores y la segunda, el análisis de discursos de la mídia televisiva sobre las muertes violentas.

En el primer abordaje con la población del territorio solicitamos discursos imagenéticos (fotografías) que representasen la temática de la violencia y el resultado de este trabajo de campo fue sorprendente. Obtuvimos como producto lo que conceptuamos como una “Foto Velada” y una serie de discursos verbales fragmentados, caóticos, desorganizados donde estaba presente el terror de la proximidad excesiva con la muerte. Los tradicionales recursos discursivos para escamotear la muerte no son pasibles de uso para esta población.

En contrapartida, en el análisis del discurso de la mídia televisiva del programa “Línea Directa” encontramos un exceso de discursos repetitivos y estereotipados que remitían a asociación de la violencia con la locura, con la desregulación, con el elemento femenino, con la pasión, etc. Las imágenes del programa también analizadas mostraron construcciones de discursos imagenéticos sutiles que inducían a conclusiones engañosas y no verídicas sobre las escenas de violencia presentadas por el programa.

V) Desarrollo del trabajo.

Introducción: Este trabajo se basó en la investigación del tema de las “muertes violentas” (homicidios) en la metrópoli de San Pablo. En esta pesquisa se buscó enfatizar la dimensión psicosocial y los lazos de subjetividad que los sujetos-habitantes de este territorio hacen con la violencia. Para realizar tal demanda nos **detubimos** sobre la teoría psicoanalítica en un ejercicio de “metapsicología de la violencia” colocando a prueba algunos conceptos psicoanalíticos en el análisis de cuestiones contemporáneas de nuestra sociedad. La muerte en la sociedad occidental fue tratada a lo largo de los siglos de diferentes formas, siendo que en el período contemporáneo asistimos a un tratamiento de la muerte donde circulan una serie de restricciones, prohibiciones y códigos que la llevan cada vez más lejos de los vivos. Conforme nos muestra Áries, la muerte en la cultura occidental fue progresivamente silenciada, temida y hospitalizada, o sea, ella raramente escapa a las restricciones colocadas cuanto a su lugar, a su forma y a su momento. Innúmeros rituales la cercan. (1). Percibimos algo de fundamental importancia sobre las “muertes violentas” o “muertes por causas externas” (homicidios, suicidios y accidentes) conforme su denominación en el área de salud: estas son las únicas que escapan al “patrón de muerte occidental” descrito por Ariès. Pues, estas se substraen a los ritos y controles establecidos por la cultura ante la muerte.

El referencial teórico del psicoanálisis auxilia la discusión sobre como la sociedad actual elabora la cuestión de las muertes violentas y como estas exponen la cuestión de la finitud humana sin los subterfugios envueltos en las muertes naturales. La representación psíquica de la muerte en la visión del psicoanálisis no es posible y por lo tanto nuestra propia muerte siempre es “imaginizada”, o sea, revestida de innúmeros velos del orden del Registro de lo Imaginario. La muerte permanece como objeto **intransponible** en el orden del Registro de lo Real, como un elemento imposible de significación y que por eso retorna insistentemente en los discursos imaginarios. (2). J. Lacan mostró que existe en el sujeto la construcción de una “Tela” como un producto trazado por lo Real, Simbólico y lo Imaginario. Esta “Tela” lo protege y hace la mediación entre sujeto-deseo-mundo, siendo que en esta se proyecta todo tipo de “imagnarización” que protege al sujeto del contacto directo con lo Real que sería insoportable. (3). Y es esta **imbricación** de los registros que permite al sujeto convivir con la angustia de la muerte que continuamente persiste en el

sujeto. En la investigación que originó este artículo analizamos los recursos por los cuales la población sometida a violencia se protege con esta “Tela” que recubre lo Real, y como esta vela por este “algo” **inaprensible** al sujeto impuesto por las muertes violentas. Así, analizamos los discursos verbales e **imagéticos** sobre la violencia de una población circunscripta a un territorio violento y posteriormente contrastamos con los discursos de la mídia televisiva sobre la violencia.

Se eligió la mídia como polo productor de discurso, pues damos a esta estructura un lugar de poder simbólico incomparable en la sociedad moderna y también un lugar de espejo en la producción de subjetividades contemporánea. O sea, la mídia recibe y emite imágenes en el proceso de construcción de lo imaginario de las sociedades modernas. Ya a elección de la metodología de trabajo con un área geográfica de la ciudad a partir del punto de vista de sus moradores objetivó la salida de los discursos genéricos y abstractos sobre la violencia. Así, buscamos comprender como estas dos poblaciones, los sujetos-habitantes de un territorio violento e los telespectadores de la mídia de una ciudad violenta, enfrentan y elaboran la violencia.

Conclusiones: Los resultados de esta investigación fueron de varios ordenes debido a la complejidad del tema y debido a los abordajes metodológicos utilizados en el trabajo de campo para obtener una respuesta satisfactoria sobre el tema-cuestión de la violencia. Así, obtuvimos resultados de orden epidemiológico, resultados sobre la etnografía del campo, análisis sobre la conformación espacial del territorio y sus lugares símbolo de violencia y muerte y otros. No obstante, en este trabajo vamos a relatar apenas el resultado del eje principal de la pesquisa: el análisis de los discursos e imágenes sobre la violencia.

En primer lugar vamos a discurrir sobre el proceso de elaboración de los discursos y los resultados obtenidos con la población habitante del territorio violento. A partir de contactos de aproximación con la población local solicitamos a la misma que retratase en fotografías escenas relacionadas a violencia. La técnica de fotografía como discurso imagético fue elegida como recurso de investigación, pues creímos en el efecto de la pulsión **escópica** en el sujeto.(3) Las imágenes siempre serán su reducto de “**confortación ou consuelo** a la angústia”, su forma de aplacar a in-completitud, su reducto narcísico y su forma de “dar plazer al ojo que ve la falta”. La mirada y la imagen siempre remiten a lo imaginario y a lo ilusorio, pues los objetos dados a ver aprisionan al sujeto en esta relación

escópica. O sea, el objetivo del recurso de las fotografías sobre el tema de la violencia era traer elementos oriundos de la pulsión escópica y su **atractividad** pela violencia. (4).

Sin embargo, después de un largo camino de trabajo de campo las imágenes de la violencia no se presentaran en escena. Los sujetos de este territorio sometido a extrema violencia mostraron posturas esquivas y de rechazo por el proceso de registro del tema de la violencia en imágenes fotográficas. En contrapartida, presentaban discursos verbales enigmáticos, truncados, desorganizados e disociados sobre la violencia a la cual estaban sometidos. Podemos decir que encontramos discursos verbales que retrataban una población **estilhaçada** por el terror de la violencia y de los homicidios explícitos de se territorio. Interpretamos la ausencia de fotografías como una “Foto Velada”, o sea, relacionamos la ausencia de imágenes con la ausencia de luz, la falta de visibilidad, un campo **escópico** impenetrable. El exceso de proximidad con las muertes violentas paralisa el sujeto y no le permite ningún tipo de representación (vista la ausencia de imágenes o los discursos verbales desarticulados). Las relaciones de la pulsión escópica con su objeto (la violencia) parecen fallar cuando la proximidad sujeto-imagen es demasiada. Así, observamos una población sometida a violencia y sin posibilidades de elaboración psíquica de la misma. Para mas alla de una “ley de silencio” venida de fuera encontramos una “ley de silencio” interna (psíquica) que marca el impedimento de la representación de escenas de angustia extrema.

En la segunda parte del análisis de este trabajo encontramos resultados opuestos. O sea, la población que permanece distante de la violencia y apenas tiene contacto con esta a través de la mídia está repleta de discursos verbales e **imagenéticos**. Los discursos verbales e **imagenéticos** encontrados en la mídia son repletos, organizados, elaborados, repetitivos, reinventados, excesivos, plenos...Ellos no dejan lugar vacío para cualquier otra significación. El distanciamiento de la violencia mediante las imágenes de la televisión permite una red discursiva plena. Encontramos innumerables teorías, asociaciones, pré-conceptos, análisis y conclusiones que remontan a asociaciones clásicas: crimen-locura, homicida-demonio, crimen-femenino desregulado, homicida-monstruo, homicida-animal, sexualidad-violencia, etc... Así, concluimos contrastando la “Falta” en el discurso de los sujetos del territorio-violento con el “exceso” que obtubimos en el discurso de los sujetos-telespectadores.

VI)Referências Bibliográficas:

- 1) P. Ariès,1989. “História da morte no ocidente” Editora Teorema (Lisboa).
- 2) A.Vallejo,1979. “Lacan: operadores da leitura” Editora Perspectiva (São Paulo) 115-116.
- 3) J. Lacan, 1998. “Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise” Editora Jorge Zahar (Rio de Janeiro).
- 4) C. A. Messeder, E. Rondelli, K. E. Scholhammer, M. Herschmann, 2000. “Linguagens da violência” Editora Rocco (Rio de Janeiro).

VII) Nota: Este trabalho no fue presentado en otro congreso.

El Dolor en el Contexto de la Salud y el Trabajo

*Ms. Ciomara Maria Pérez Nunes
Professora da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG - Brasil
e-mail: ciomara_nunes@uol.com.br*

Resumen:

Presentación: *El dolor en el contexto de la salud y el trabajo absorbe toda la complejidad dinámica, cambiante y perversa de la civilidad humana. Transcurren los ciclos históricos y de producción, se modifican los desafíos, y el ser humano mantiene en el trabajo su fuente de identidad psicosocial, su estructuración psíquica, su lugar en el mundo, superando con esto el sentido humanamente riguroso del dolor.*

Metodología: *El ciclo funcional del dolor tiene semejanza con las etapas del estrés: De alarma, de resistencia y de agotamiento. El tratamiento terapéutico ocupacional se diferencia en cada etapa: De cuidados de la salud, de riesgos de enfermedad y de agravamiento de los síntomas, de recolocación en el trabajo y intervención de la organización, de rehabilitación profesional.*

Conclusión: *Este trabajo tiene como objetivo mostrar situaciones psicosociales del ser humano y su relación con el trabajo, los mecanismos que los generan y las estrategias para enfrentar el estrés, las posibles causas del dolor en el trabajo y los mecanismos de promoción de la salud, prevención de enfermedades, control y reformulación del procedimiento operativo, mostrando las perspectivas de la Terapia Ocupacional relacionados a los conceptos y terminologías de la salud organizados por la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud – CIF de la Organización Mundial de Salud - OMS.*

Palabras claves: *dolor, CIF, salud y trabajo*

Presentación

El dolor es un fenómeno multidimensional, y muy complejo de ser diagnosticado y tratado, de sensación particular, individual de la persona que siente el dolor, la Organización Mundial de la Salud – OMS reconoce que el dolor no es cuidadosamente diagnosticada y, como consecuencia, el tratamiento es insuficiente o inadecuado, siendo motivo de preocupación y un grande desafío para los profesionales de la salud y para los científicos.

Para el OMS, en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud – CIF, el dolor es una sensación desagradable y bien conocida, que indica una lesión potencial o real en alguna parte del cuerpo, incluyendo sensaciones de dolor generalizados o localizadas, en una o mas partes del cuerpo, dolor en un dermatomo, dolor agudo, de quemazón, impreciso, continuo y localizado, deficiencias como mialgia, analgesia y hiperalgia.

La CIF identifica los componentes de la salud donde el dolor tiene como función principal servir de alerta a las agresiones corporales que, además de influenciar en casi todas las otras funciones corporales como las funciones mentales, sensoriales y principalmente las funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento, puede ser una respuesta

a la alteración de cualquier parte corporal. En el trabajo, las manifestaciones del dolor son ampliamente divulgadas como, dolores de cabeza entre otras que afectan directamente las funciones mentales, dolores en la columna, en los miembros superiores y inferiores, y las que están relacionadas con la voz y el habla, con las sensaciones auditivas y visuales y con los sistemas respiratorio, digestivo y cardiovascular.

El dolor perjudica la capacidad del aprendizaje y la aplicación del conocimiento que fue aprendido durante el trabajo; interfiere directamente en las tareas de la vida diaria, en la disposición para la comunicación y en la comprensión del medio donde convive, afecta la locomoción, el cuidado personal y la vida doméstica, el dolor principalmente afecta las relaciones personales e con las personas, la participación en la vida comunitaria, social y cívica, poniendo en riesgo su trabajo, según la OMS es una de las áreas principales de la vida.

La competencia en la disputa por un puesto de trabajo, tanto para iniciantes como para aquellos que se sienten constantemente amenazados por las substituciones en masa, afecta el ambiente de la relación entre colegas y autoridades, aumentando la desconfianza, inclusive para que el trabajador pueda manifestar su desagrado ante el del dolor provocado por el trabajo. Entre los factores ambientales citados en la CIF, los propios servicios y algunos profesionales de la salud, en un sistema mas dirigido para el registro estadístico que para profundizar los procesos de la enfermedad, que funcionan como agravantes de los cuadros del dolor cuando el trabajador busca atendimento médico, causando frustración, desaliento y dificultando la permanencia en su empleo y en el desempeño socio-familiar.

La CIF incluye las actitudes entre los factores ambientales y la estructura de apoyo y relacionamiento que es fundamental para la aproximación del éxito en el control del dolor, incluso porque en muchos casos hay necesidad de modificar las funciones ocupacionales o alterar las herramientas y puestos de trabajo. Las actitudes, determinan finalmente, los frágiles límites entre la adaptación y el control o el cansancio.

La interdependencia entre las funciones, estructuras, actividades y participación en factores ambientales específicos de la realidad del trabajo dirigen una acción de la Terapia Ocupacional para la atención del dolor en el trabajo.

La trayectoria de la Terapia Ocupacional del dolor en el trabajo

La Terapia Ocupacional en la salud y el trabajo esta dirigida para la preparación de las personas, en diferentes contextos socio-culturales, para que ellas sean capacitadas, de manera

consciente, de decidir sus acciones en dirección a una salud mejor, personal, familiar y colectiva, particularmente con relación al trabajo.

El campo de actuación de la Terapia Ocupacional en la salud y el trabajo ha evolucionado en su forma de abordar, desde su creación, ganando dimensiones importantes en el transcurso del desarrollo de la profesión. La intervención tradicional, que antes era estrictamente rehabilitadora, ha sido reformulada y ampliada para tratar la promoción de la salud en el trabajo, programas y técnicas preventivas debido a los riesgos de accidente y de enfermedad, programas educativos, de vigilancia y de asistencia, en los sectores público y privado, dentro de las empresas y puestos de trabajo como miembros de equipo o en la forma de consultoría y asesoría, centros de asistencia, consultorios y ambulatorios. Su desarrollo viene acompañando las modificaciones ocurridas con los avances tecnológicos en las relaciones del trío hombre-trabajo-salud.

El control del dolor en el trabajo no es posible apenas con la intervención puntual y localizada en las áreas corporales doloridas, ni tampoco tiene éxito a partir de la reeducación de las acciones neuromusculares fragmentadas, necesitando incorporar una complejidad, tanto del dolor, como del trabajo. En el modelo de Educación en la Salud del Trabajador esbozado en la perspectiva de la Terapia Ocupacional, el quehacer, como actividades de la vida diaria y práctica, es usado para promover cambios, para la reconstrucción de estilos de vida, estando en el contexto de una lógica que privilegia el cuerpo e la acción, en una relación que no excluye la mente y la razón.

Intervención de la Terapia Ocupacional del Dolor en el Trabajo

Los métodos educativo-terapéuticos derivados de las terapias cognitivo conductual son, de modo general, realizados en grupo y constituyen un avance en la terapia ocupacional para el dolor neuromusculoesquelético. Gran parte de las intervenciones puede ser desarrollada de manera individual, sin embargo las ventajas de las intervenciones grupales son innumerables: acogedora y pertenecedora; identificación y solidaridad; vínculos psico-afectivos y psicosociales; cambio de experiencias que se adaptan positivamente; desvío del foco del dolor para la convivencia grupal y para una tarea.

La Terapia Cognitivo Conductual se basa en la reformulación de la reflexión, información y aprendizaje, en el comportamiento adaptación dinámica dirigido para la resolución de problemas sucesivos en etapas de complejidad creciente, en la atención,

identificación y reformulación de los estados de humor negativos que interactúan en la perpetuación del dolor e en el estado de la enfermedad. Con el objetivo de aumentar gradualmente la tolerancia y la participación en las actividades cotidianas y dirigidas para la definición en el trabajo o retorno a las actividades productivas, la Terapia Ocupacional asocia técnicas de reemisión y reducción de los síntomas y propicia la convivencia de las tareas reales o simuladas para favorecer, simultáneamente, el aumento de la participación, la motivación y la recuperación de la capacidad funcional.

Las técnicas de relajamiento generalmente inician los procesos grupales con diversas finalidades como: añadir y concentrar las personas en el contexto de la Terapia Ocupacional dejando fuera del “setting” terapéutico la sobrecarga de ansiedad, fatiga y preocupación: preparar la musculatura, el ritmo respiratorio y el control de la postura para las actividades de reformulación del modo operativo; desarrollar una conciencia corporal a través de los estímulos propio-receptivos, del toque superficial y de la de los segmentos corporales; orientar la selección de las sensaciones mórbidas, de difusas para diferenciadas.

En la búsqueda del equilibrio entre las actividades diarias, en la retomada de las actividades del trabajo, en la minimización de los síntomas de enfermarse y del dolor, la Terapia Ocupacional reapropia del sentido de la ocupación humana, en situaciones reales de trabajo o en simulaciones en los “settings” terapéuticos ocupacionales, el aprendizaje por la vivencia, con incorporación del conocimiento en el cotidiano de cada persona con dolor en el trabajo. Con baile, juegos de mesa y corporales, culinaria y artesanía, además de propiciar el aumento de la auto-estima a partir de las actividades previamente analizadas y planeadas para el resultado del éxito, esto modela nuevas relaciones individuales con el trabajo. La utilización terapéutica del quehacer / trabajo, que es un principio clave de la Terapia Ocupacional, que posibilita la reorganización del comportamiento humano y favorece el reconocimiento y comprensión del trabajador sobre su proceso de enfermedad.

La autonomía, el control sobre las herramientas y materiales, la concretización del resultado del trabajo sin sufrimientos y sin dolor, la emancipación en la búsqueda de otras formas de sobrevivencia por el esfuerzo de la producción con la preservación del aparato psíquico y físico que ocurre en cada sesión de la Terapia Ocupacional, en cada superada, en cada información que se transforma en conocimiento y es incorporado en las pequeñas y grandes tareas del día a día. Los desafíos son enormes y el alcance de la intervención

terapéutica ocupacional también lo es, desde la minimización del dolor inmediato a nuevas formas de sobrevivencia por la producción del trabajo.

Etapas de Reacción y de Alarma

Las reacciones de alarma son las características iniciales del dolor donde el organismo acciona sus defensas biológicas para resistir a las acciones ambientales y se caracteriza por los altos niveles de liberación de energía, tensión muscular y aumento de los batimientos cardiacos. Conceptos y estrategias de raciocinio clínico para entender la experiencia y las necesidades de la persona con dolor y observación de los comportamientos disfuncionales como apoyo de una parte corporal comprometida, rigidez o contracción exagerada de las partes musculares no envueltas con el movimiento, refregar o adoptar posiciones poco comunes en alguna región del cuerpo son las que inician la aproximación con la Terapia Ocupacional.

Etapas de Resistência o Adaptación

La relación frente a los agentes estresantes o causadores del dolor mantienen a la persona en una reacción de adaptación si la exposición esos agentes es permanente. Las señales corporales características de una reacción de alarma desaparecen virtualmente y la resistencia exigida para el desempeño del trabajo y de las actividades cotidianas es muy arriba de lo normal o esperado. La efectividad de la Terapia Ocupacional actuando con personas con dolor crónica depende del alcance de los cambios en las estrategias y los estilos de sobrellevar o de enfrentar las situaciones estresantes que causan o agravan el dolor. El proceso crónico del dolor en el trabajo es rápido, por todo lo que el trabajo representa y por todas las dificultades de demostrar la enfermedad en situaciones donde hay riesgo de pérdida del empleo, de la empleabilidad y de la trabajabilidad.

Aparece así un primer desafío en la comprensión del proceso de adelantos en la búsqueda por cuidados de la salud y de una cuadro del dolor y del sufrimiento después de una habitual peregrinación entre los diversos profesionales de la salud sin conseguir sanar, aliviar o esquivar el dolor. El proceso crónico del dolor y el efecto de la intervención de la Terapia Ocupacional basada en los procedimientos cognitivos-comportamentales fue estudiado haciendo una revisión sistemática de la Practica Basada en las Evidencias en el periodo de 1978 a 1998 publicando 29 artículos con resultados positivos en comparación con los casos no tratados por esta metodología, particularmente para la percepción y control de la intensidad del dolor. Aunque no hayan sido consideradas las terapias alternativas, la intervención terapéutica

ocupacional fue agendada en el control de las condiciones que incluyan el nivel de actividad, depresión y cognición.

Etapa de Cansancio

Debido a las largas y continuadas exposiciones a los mismos agentes estresantes, a los cuales el cuerpo intenta adaptarse, reaparecen las señales de reacción de alarma, volviéndose irreversibles y dejando secuelas permanentes tanto en el cuerpo físico así como en la parte psíquica. El cansancio emocional se refiere al sentimiento de fatiga y agotamiento energético emocional, donde la persona se siente súper exigida y disminuida en sus recursos emocionales, en su dimensión personal. Es acompañada por actitudes negativas, de dureza y aislamiento o de distanciamiento excesivo en el contexto del trabajo y de las personas, en la dimensión interpersonal. Se adiciona aún una disminución de la realización personal que retrata el sentimiento de incompetencia a la percepción de un desempeño insatisfactorio en los servicios de salud, procedimientos terapéuticos y de trabajo.

La actitud en la aceptación y la comprensión del dolor y de sus consecuencias a través de programas de concientización y de sensibilización junto a los otros trabajadores y empleadores; dar auxilio al trabajador en la identificación de las modificaciones necesarias y eliminación de barreras; analizar y proponer una reestructuración o modificación del trabajo, incluyendo maquinas y equipos; asesorías para el mantenimiento de las vacantes y empleos, integran las acciones de la Terapia Ocupacional de recolocación en el trabajo y rehabilitación profesional.

Consideraciones Finales

La ocupación es la esencia de la terapia ocupacional y es la re-apropiación del sentido dado al trabajo que rescata la dignidad humana a través de la salud y no del adolecimiento. El dolor representa un umbral de destitución de la ocupación en el desenvolvimiento histórico y personal del trabajo de cada uno, imponiendo la reflexión sobre los valores, los limites y la motivación de la vida en sociedad. Tratar el dolor del trabajo como adolecimiento traumático o sistemático indiferenciado es lo mismo que destituir la terapia de ocupación de la representación única del quehacer humano identitario y completo.

Bibliografía

*NUNES, Ciomara M. P. & MELO, Andréa, G. Terapia ocupacional e a dor no campo das relações entre saúde e trabalho. In: DE CARLO, Marysia M.R.P. & QUEIROZ, Mônica E.G. **Cuidados a Quem Sente Dor e Cuidados Paliativos em Terapia Ocupacional**. São Paulo (SP), Editora Roca, in prelo. 2007.*



Universidade Federal de Pernambuco, Recife- PE, Brasil.

Centro de Ciências de la Salud
Departamento de Terapia Ocupacional

Cassandra Munique Bismarck Lopes

Estudiante de Terapia Ocupacional de la Universidad Federal de Pernambuco

Juliana Fonseca de Queiroz

Profesora do curso de Terapia Ocupacional de la Universidad Federal de Pernambuco

Karoliny Teixeira Santos

Estudiante de Terapia Ocupacional de la Universidad Federal de Pernambuco.

tonaufpe@yahoo.com.br

(81) 256-0577

La Terapia Ocupacional en el Análisis Ergonómico de la Construcción Civil

Resumen

El estudio tratase de una pesquisa de campo con varios trabajadores de la industria de la construcción civil, en la ciudad de Recife, Estado de Pernambuco, Brasil. El trabajo propone la realización de un análisis de la actividad del pedrero, con enfoque en la evaluación del ambiente físico e de la psicodinámica del puesto de trabajo, como también de las condiciones socio-económicas de la categoría. En el decorrer de la pesquisa, en ergonomía es evaluado como siendo el factor preponderante en la optimización de la eficiencia del trabajo, y el terapeuta ocupacional es visto como instrumento de aferición de los posibles pre-liminares de riscos y su intervención como medio de prevención y promoción a la salud del trabajador. El estudio identifica que las empresa, en general, non invisten en la adecuación de la actividad al hombre, tornando el servicio laboral en sinónimo de enfermedad y, muchas veces, muerte. Al longo del artigo, son realizadas recomendaciones en ele sentido de minimizar danos físicos y mentales causados por la inadecuación del ambiente de trabajo.

Palabras Clave: pedrero, industria de la construcción civil, ergonomía, terapia ocupacional

1. Introducción

Este trabajo es una pesquisa de campo cualitativa hecha con treinta y dos trabajadores de una empresa de la construcción civil en la ciudad de Recife-Pernambuco, Brasil. Escollemos esta obra debido a varios factores, principalmente al fácil acceso, ya que el ingeniero estaba interesado en demasiado por el tema. El instrumento de aferición de los posibles riesgos ergonómicos fue un cuestionario para la obtención de informaciones más precisas a respecto de su espacio de trabajo. Fuimos bien recibidos, pero tuvimos que ser imparciales y al mismo tiempo esforzarse en la obtención de los datos, una vez que los funcionarios de la construcción civil no disponen de un nivel elevado de escolaridad. Aplicóse un cuestionario muy objetivo donde la mayoría de las cuestiones eran de marcar un “x”. Los principales puntos verificados fueron: los datos personales de los individuos averiguados, descripción del servicio laboral, y la observación de los riesgos ergonómicos.




La Industria de la Construcción civil (ICC) tiene un elevado número de procesos y productos, representando un dos más significativos sectores económicos de los países en desarrollo. En Brasil estimase que la *construcción* sea responsable por cerca de 15% de el PIB, empleándose casi 50% de los trabajadores y produciendo más de nueve millones de empleos directos e indirectos (SOUZA, 1995).

2. Análisis Ergonómico

La definición de Ergonomía que encontrase en la última edición de el diccionario Aurelio, menciona: Ergonomía.s.f.1: Conjunto de métodos y técnicas empleadas para proyectar puestos e situaciones de trabajo. Esta definición apenas se detiene a etimología da palabra sen abarcar la finalidad de la disciplina (VIDAL, 1994).

2.1. Descripción general de la actividad del pedrero.

La actividad descrita es iniciada con la producción de las cajas para recibimiento de cloacas, ya que las etapas que anteceden son realizadas por los ayudantes de albañil.

Fotos da Atividade	Etapas	Partes do Corpo	Riscos
<p>Fig. 01</p> 	<p>1. El pedrero construye una base de ladrillos en forma de filas unida a otra camada.</p>	<p>La actividad exige con mayor prioridad la utilización de algunas partes del cuerpo, por ejemplo, tronco, miembros superiores y miembros inferiores.</p>	<p>Estimase que el pedrero asienta en media de 500 a 600 ladrillos por día y sabiendo que esa secuencia de tareas son repetidas en</p>
<p>Fig. 02</p> 	<p>2. Consiste en la colocación de anillos pre-moldados sobre la base formada</p>	<p>La tarea necesita más de la utilización de las siguientes áreas do cuerpo: Tronco y Miembros Superiores</p>	<p>medía de cuatro a cinco veces diariamente. Logo, observase que hay un número acentuado de flexiones y extensiones de tronco, cervical, miembros superiores y rodillas. En la figura 2 puédase ver que allá de las</p>
 <p>Fig.03</p>	<p>3. Después de eso, hay el cerramiento de la caja es realizado con una tapa pre-moldada de concreto.</p>	<p>Ias regiones del cuerpo de mayor exigencia son el tronco, columna cervical y miembros superiores.</p>	<p>observaciones anteriormente citadas hay también el factor peso que ese anillo de cimiento, pesando en aproximadamente 25 kg.</p>

En esa empresa fue observado que habían políticas de prevención a los accidentes de trabajo, sin embargo, los funcionarios no tenían una buena aceptación al uso de EPIs (Equipo de Protección Individual).

2.2. La ergonomía en la perspectiva de la terapia ocupacional

El trabajo de levantamiento de material hecho con equipamiento mecánico de acción manual deberá ser ejecutado de forma que el esfuerzo físico realizado por el trabajador sea compatible con su capacidad de fuerza y no comprometa a su salud o a su seguridad (NR.17, 2007).

“Por lo tanto, para un manejo de carga, primero, convén:

Reconocer que la distancia de las columnas e de las manos asegurando una carga tiene un papel muy importante, porque la columna lumbar es gravemente afectada se la carga es movida para distante o cerca del torso.” (KROEMER; GRANDJEAN, 2005, pág. 107).

Finger (1986) remarcaba que en un equipo multidisciplinar el terapeuta ocupacional está apto para actuar en otras áreas de acciones que las empresas pueden invertir proporcionar cualidad de vida al trabajador, entre ellas: controle del stress, prevención de enfermedades ocupacionales, reeducación nutricional, programas ante-tabaquismo / alcoholismo, combate a las drogas, relaciones humanas, aumento de la auto-estima, soporte social.

“... Una forma de raciocinio usada por terapeutas ocupacionales para comprender las actividades, los componentes de desempeño necesarios para hacerlas; y los significados culturales típicamente atribuidos a ellas.” (CREPEAU, 2002, p. 121).

Los terapeutas Ocupacionales, tanto en el sector publico como en el privado, realizan acciones cuyo objetivo es promover la salud del hombre en actividad – Situación de trabajo-, actuando en la promoción a salud, prevención de patologías del trabajo, AT (accidentes de trabajo), y en la rehabilitación de los trabajadores ya enfermos, integrándose en equipos multidisciplinarios y realizando acciones interdisciplinarias (WATANABE Y GONÇALVES, 2004).

3. Conclusiones:

Los trabajadores de la construcción civil constituyen un grupo de personas que realizan su ejercicio laboral en un ambiente insalubre y de modo arriscado. Como eses profesionales disponen de baja capacidad de reivindicación, en general, son atendidos de forma inadecuada en relación a los su remuneración salarial, alimentación y transporte.

Sendo así, esa industria es tendenciosa a una valorización de la pesquisa en ergonomía, por los terapeutas ocupacionales, una vez que los mismos desarrollan programas de prevención a lesión ocupacional y rehabilitación profesional.

4. Referencias:

CREPEAU, E.B. “Análise de atividades: uma forma de refletir sobre desempenho ocupacional.” In: Willard e Spackman. Terapia Ocupacional. 9ª ed. (Rio de Janeiro): Guanabara koogan, 2002. Cap. 12.

FINGER, J. A. O. “Terapia Ocupacional”. (São Paulo): Sarvier, 1986.

GRANDJEAN E; KROEMER. K. H. E.; “Manual de ergonomia: Adaptando o trabalho ao homem”. 5ª ed. (Porto Alegre): Bookman, 2005.

NORMA REGULAMENTADORA 17, 117.004-0 / 11. Ergonomia. Ministério do Trabalho e do Emprego.

Disponível em: < http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentadoras/nr_17.asp > 2007, Brasil. Consulta em 09 de marzo de 2007.

SOUZA, R., et al. “Sistema de gestão de qualidade para em presas construtoras” (São Paulo): Pini, Brasil, 1995.

VIDAL, M.C. (1993 [1991]) - Os paradigmas em Ergonomia. Conferencia Central em el Seminario Paradigmas de Salud del Trabajador. DAMS/UFRJ, 1991. Reapresentado en el II Congreso Latino-Americano de Ergonomía, (Florianópolis), 1993.

WATANABE, M.; GONÇALVES, R.M.A. “Relações Conceituais entre Terapia Ocupacional em Ergonomia”. In: LANCMAN, S. (org.). Saúde, trabalho e Terapia Ocupacional. (São Paulo): Roca, Brasil, 2004.

5. Agradecimientos

Deseamos primeramente agradecer a nuestro Dios por su fidelidad, como también a nuestra familia, y en especial, a los nuestros padres. También estamos gratos a los trabajadores que se mostraran abiertos en la contribución de la pesquisa, y sobretodo, a constructora donde fueron extraídas las informaciones necesarias.

“Escala de evaluación por interrogatorio de las actividades de la vida diaria (AVD), para pacientes con diagnóstico de trastornos mnésico-cognoscitivos y demencia tipo Alzheimer (EIAD)”.

Autores:

Andrada, María de los Angeles.

Dr. Gonorazky, Sergio

T.O Roumec, Bettina Susana.

Grupo de trabajo para la validación del EIAD:

Alessio, Candelaria

Rosell, Roxana

Sánchez, Mirna

Grupo de trabajo para la creación del EIAD

T.O Loo, Andrea

T.O Roumec, Bettina

Dra. Scharovsky, Diana

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Hospital Privado de Comunidad. Servicio de Medicina Preventiva. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. 9 de julio 3264. C P (7600) Tel: (0223) 494-9371 / 479-0342. e-mail: broumec@copetel.com.ar

Resumen

La Escala por interrogatorio de las actividades de la vida diaria (AVD) para personas con diagnóstico de deterioro mnésico-cognoscitivo y demencia (EIAD) fue creada ante la necesidad de contar con un instrumento que permitiera detectar y registrar cambios tempranos en la ejecución de las actividades cotidianas básicas, como así también discriminar con mayor precisión los niveles de asistencia requeridos. El presente estudio se llevó a cabo en el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Privado de Comunidad de la ciudad de Mar del Plata, durante el periodo agosto- noviembre del año 2006. El objetivo fue determinar la confiabilidad y aportar evidencia a favor de la validez del EIAD. La muestra estuvo conformada por 95 adultos y adultos mayores a partir de 56 años de edad con diagnóstico de deterioro cognoscitivo y demencia. Amplia bibliografía sustenta la relevancia de la información aportada por los cuidadores, fundamenta tal aseveración en que a mayor deterioro cognoscitivo menor conciencia de déficits. Por tal motivo 3 evaluadores administraron el EIAD, los índices de Barthel y Katz a los cuidadores formales e informales que consideraron tener el conocimiento suficiente sobre el desempeño cotidiano de la persona afectada.

El EIAD ha demostrado poseer confiabilidad interevaluador ($n = 93$, $ICC = 0.93$) e intraevaluador ($n_1 = 49$, $ICC = 0.85$; $n_2 = 48$, $ICC = 0.95$), por otra parte se estableció que posee un grado de coherencia aceptable, evaluado por el alpha de Cronbach, se aportó evidencia a favor de su validez de constructo, aplicando el coeficiente rho de Spearman, al ser correlacionado con otras escalas que valoran el mismo dominio, como también se comparó con la escala global de deterioro (GDS) y fue revisado por un grupo de expertos.

Por lo tanto se considera que reúne las características necesarias de un instrumento de evaluación, y que podría utilizarse tanto en el ámbito de la clínica como en el de la investigación.

Palabras claves: Deterioro cognoscitivo leve. Enfermedad de Alzheimer. Evaluación funcional. Validación de una escala de AVD por interrogatorio. Actividades de la Vida Diaria.

Introducción

Una de las patologías de creciente preocupación es la demencia, no sólo por el impacto que produce en la persona y su entorno familiar sino también por las consecuencias en el ámbito sociosanitario. Con el transcurso de los años han evolucionado los paradigmas en cuanto a los métodos de evaluación usados para examinar el Sistema Nervioso Central (SNC) (1). Sin embargo los últimos avances destacan la importancia de detectar cómo los déficits cognoscitivos afectan las actividades habituales que desarrolla una persona, desde las más complejas como sostener un rol laboral, familiar, social; las denominadas actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), hasta las más básicas (AVD) (2). El conocimiento acerca de las habilidades para realizar las diferentes AVD es una parte esencial de la evaluación general de una persona con trastornos mnésicos-cognoscitivos y demencia, es importante en la determinación del diagnóstico y evaluación de cambios. A pesar de que ha habido una inversión considerable en el desarrollo de escalas de evaluación para medir status y/o cambio cognoscitivo, hay pocos protocolos específicamente ideados para evaluar cambios en variables no cognoscitivas, y varios autores (3) (4) (5) (6) (7) han comentado sobre la necesidad de desarrollo de tales escalas dado que la medida del desempeño en AVD permite la evaluación de los resultados del tratamiento, la carga del cuidador, el objetivo de la intervención y la elucidación entre la cognición y la habilidad funcional en lo cotidiano.

De la revisión de los estudios realizados sobre las AVD y AIVD, se observa que existe un mayor desarrollo y correlación del deterioro mnésico con las actividades instrumentales que con las básicas. La crítica más relevante a las pruebas que miden las AVD es que no son sensibles a los cambios tempranos y a través del tiempo, debido a que fueron diseñadas para emplearse con otros grupos, por ejemplo: disfunciones físicas (Barthel, Katz), o para establecer diferencias entre los tipos de envejecimiento (FAQ, Blessed-Roth) (8). Los tests considerados sensibles generalmente son administrados por observación directa; a menudo se caracterizan por ser extensos, el estímulo no es familiar y la presión de realizar tareas de AVD en su hogar puede generar ansiedad en el paciente y distress en el cuidador (por ejemplo, la observación directa de tareas como higienizarse o toilette). Por otra parte se encuentran las escalas que miden conjuntamente AVD y AIVD, que según Lawton y Brody (3) ambos tipos de habilidades son importantes, sin embargo las AIVD pueden ser más difíciles de evaluar ya que no puede darse por sentado que todos los pacientes fueron capaces de realizar todas éstas actividades en su estado premórbido. (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23).

El presente estudio se originó en el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Privado de Comunidad de la ciudad de Mar del Plata como un aporte desde el área funcional para presentar en el Consortium Argentino para el Estudio de la Demencia (C.A.E.D.) (1) (2) (24) en un trabajo conjunto con la Dra. Diana Scharovsky.

El instrumento fue creado frente a la necesidad de contar con una escala con mayor sensibilidad, que los utilizados comúnmente, fácil de implementar, acorde al contexto de la clínica, que permita brindar un mejor asesoramiento al familiar y optimizar los abordajes y estrategias terapéuticas. Por lo tanto, el objetivo primordial de esta investigación es establecer por medio de los procedimientos científicos, metodológicos y estadísticos correspondientes la confiabilidad y validez de la escala EIAD.

Materiales y método

La muestra de estudio estuvo conformada por 95 adultos y adultos mayores a partir de 56 años de edad, de ambos sexos, con diagnóstico de trastornos mnésico-cognoscitivos y demencia tipo Alzheimer, cuyos puntajes en la Escala Global de Deterioro (GDS) fueron comprendidos entre los niveles 3 a 6 (1) (24) (25) (26) (27). Que concurren a la evaluación interdisciplinaria, en el Servicio de Medicina Preventiva (SATE) del Hospital Privado de Comunidad, de la ciudad de Mar del Plata. Durante el período agosto- noviembre del año 2006. Se excluyeron aquellos sujetos que se encontraban institucionalizados, que padecían patologías asociadas que interferían significativamente en el desarrollo de las AVD, que se encontraban en el transcurso de una enfermedad aguda y/o internación y también los que concurren sin acompañante. Los cuidadores entrevistados, debían ser mayores de edad, tener la capacidad de interpretar el consentimiento informado y el conocimiento necesario acerca del desempeño cotidiano del paciente como para poder responder a las evaluaciones.

Instrumentos

Se utilizaron los índices de Barthel (10) (26) y de Katz (27), ambos fueron diseñados para evaluar el desempeño de las AVD en pacientes con deterioro físico.

El E.I.A.D, fue diseñado para evaluar el nivel de independencia de las AVD en pacientes con deterioro cognoscitivo y demencia. Es fácil de administrar, insume de diez a quince minutos y no requiere de capacitación previa. Consta de una primer parte donde se consignan los datos del paciente y del informante, lugar, fecha y nombre del evaluador. Una segunda parte, está formada por nueve ítems que se corresponden con las AVD Básicas (continencia urinaria, continencia fecal, aseo, toilette, alimentación, movilidad, traslado dentro y fuera del hogar, baño y vestido), a su vez cada una de ellas está desglosada en las

acciones que conforman la tarea y la forma en que el paciente la lleva a cabo. A cada actividad le corresponde un puntaje parcial, que refleja la capacidad funcional del paciente. **Es muy importante hacer hincapié en si se perciben cambios en el modo habitual de realizar cada actividad y comparar siempre el nivel previo con el actual.**

También el E.I.A.D provee datos cualitativos acerca de la realización de las actividades, y además consta de un dispersigrama que resume los resultados de la escala y de manera rápida y a simple vista se puede obtener un perfil de desempeño global y observar claramente en qué áreas de las AVD se encuentran mayores dificultades. Ésta información posibilita una visión holística de la situación del paciente.

Procedimientos

El presente trabajo se enmarca dentro del tipo de **investigación metodológica**, la misma se refiere a investigaciones controladas sobre la forma de obtener, organizar y analizar los datos. Abordan el desarrollo, la validación y evaluación de instrumentos o técnicas de investigación (28).

Se recabaron datos de las historias clínicas de los pacientes tales como: diagnóstico y grado de deterioro según la escala GDS. Fueron convocados telefónica y/o personalmente todos aquellos pacientes que durante el año 2006 fueron evaluados interdisciplinariamente, como también pacientes y familiares que se encontraban en grupos de estimulación en SATE, que cumplieran con los criterios de inclusión. Los 95 cuidadores fueron entrevistados en primera instancia por un evaluador que administró los índices de Barthel y Katz. Luego otros dos evaluadores administraron el EIAD en forma individual y ciegos de los resultados de los demás evaluadores y del diagnóstico del paciente. En un lapso de 15 días concurrieron 52 cuidadores a los que se les volvió a administrar el EIAD en forma aleatoria.

Resultados

Para establecer la confiabilidad interevaluador del EIAD se aplicó al puntaje total de la primer evaluación el coeficiente de correlación Intraclases (ICC), se utilizó el modelo de efectos aleatorios de dos factores tipo acuerdo absoluto, resultando: $n= 93$, $ICC= 0.93$, $IC= 0.89- 0.95$. Para establecer la confiabilidad intraevaluador del EIAD se aplicó al puntaje total de cada una de las evaluaciones administradas en primera y segunda instancia, el coeficiente de correlación Intraclases (ICC) se utilizó el modelo de efectos aleatorios de dos factores tipo acuerdo absoluto, resultando: *evaluador 1* $n= 49$, $ICC= 0.85$, $IC= 0.74- 0.91$; *evaluador 2* $n= 48$, $ICC = 0.95$, $IC= 0.91- .097$. Para establecer la consistencia interna del EIAD, se aplicó el

coeficiente Alpha de Cronbach a cada una de las 10 actividades que componen la escala en las 4 oportunidades que se administró la misma.

- Evaluador 1, primera vez: n= 94, Alpha = 0.68;
- Evaluador 1, segunda vez: n= 50, Alpha = 0.63;
- Evaluador 2, primera vez: n= 94, Alpha = 0.71;
- Evaluador 2, segunda vez: n= 49, Alpha = 0.78.
- Promedio de las cuatro evaluaciones, Alpha = 0.70

En lo concerniente a la validez de contenido se recurrió a la opinión de versados en la temática. A cada uno de los miembros, se le acercó una copia del instrumento con su respectivo instructivo. Además tres alumnas avanzadas de la carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional quienes a su vez participaron del trabajo de campo, luego de la implementación de la prueba piloto sugirieron modificaciones.

Para aportar evidencia a favor de la validez de constructo se correlacionaron los resultados totales del EIAD con cada uno de los siguientes instrumentos, Índice de Katz, de Barthel y con la Escala Global de Deterioro de Reisberg (GDS) aplicando el coeficiente rho de Spearman (rs) (ver tabla 1).

Tabla 1 Aplicación del coeficiente rho de Spearman sobre los índices de Katz y Barthel, EIAD y GDS en los 95 pacientes que concurrieron a la evaluación en SATE durante el período agosto- noviembre el año 2006 en la ciudad de Mar del Plata.

Correlations

			katz total	BARTOTAL	E1TOTAL	E2TOTAL	GDS
Spearman's rho	katz total	Correlation Coefficient	1,000	-,638**	-,626**	-,603**	,145
		Sig. (2-tailed)	,	,000	,000	,000	,170
		N	95	95	94	94	91
	BARTOTAL	Correlation Coefficient	-,638**	1,000	,685**	,685**	-,104
		Sig. (2-tailed)	,000	,	,000	,000	,329
		N	95	95	94	94	91
	E1TOTAL	Correlation Coefficient	-,626**	,685**	1,000	,787**	-,202
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,	,000	,057
		N	94	94	94	93	90
	E2TOTAL	Correlation Coefficient	-,603**	,685**	,787**	1,000	-,252*
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,	,016
		N	94	94	93	94	90
	GDS	Correlation Coefficient	,145	-,104	-,202	-,252*	1,000
		Sig. (2-tailed)	,170	,329	,057	,016	,
		N	91	91	90	90	91

** . Correlation is significant at the .01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the .05 level (2-tailed).

Discusión

El objetivo principal de éste estudio fue diseñar una evaluación por interrogatorio de las AVD de fácil y rápida implementación, para ser administrada en adultos y adultos mayores con deterioro cognoscitivo y demencia, como así también a sus cuidadores. Si bien en gran parte de las publicaciones científicas, las escalas por observación directa priman a la hora de la elección, sustentada en una mayor sensibilidad, a menudo no se ajustan al contexto clínico, y a los recursos institucionales, por lo tanto la solución costo-beneficio y práctica más inmediata fue diseñar una escala por interrogatorio.

Por otra parte el diseño de una evaluación por interrogatorio también presenta sus dificultades, constituyendo la mayor desventaja el sesgo que le imprime a la información la subjetividad tanto del evaluador, del paciente y del cuidador (22). En lo referente a la información aportada por el paciente, es respaldada por abundante bibliografía, que la confiabilidad de la misma es elevada cuando no presentan deterioro o a lo sumo es leve, observándose un decremento gradual en aquellos que si lo poseen. A la inversa la información brindada por los cuidadores, adquiere mayor veracidad a medida que progresan los déficits, asegurando sus juicios en base al conocimiento previo del desempeño (3) (4) (12) (20) (24). Con respecto a la información recabada por el evaluador, la bibliografía respalda su confiabilidad, en tanto implemente la disociación instrumental, posea capacitación previa, exprese con claridad las preguntas y por sobre todo ejerza la escucha tomando cada caso como único e irrepetible, evitando la automatización del proceso de evaluación.

Para la construcción del EIAD fueron indispensables: por un lado el rastreo bibliográfico de numerosas evaluaciones, índices y escalas de AVD reconocidas y validadas en el ámbito de la Terapia Ocupacional y de la rehabilitación, que aportaron el sustento para delinear la estructura, las áreas incluidas y el tipo de evaluación, por otro lado la riqueza de la experiencia clínica permitió conocer la patología, a las personas que la sufren y plantear los interrogantes a resolver a través del razonamiento clínico y el método científico, finalmente conocer los niveles de MEDICARE proporcionó el fundamento para construir los intervalos elegidos para detectar cambios tempranos en el desempeño de las AVD (29).

El EIAD es una evaluación fácil y rápida de implementar, Las áreas a evaluar están claramente definidas y dentro de ellas cada actividad es desglosada en sus acciones respectivas. La riqueza del instrumento radica en la definición operativa de cada actividad, en la descripción detallada de cada tarea e indaga sobre el desempeño actual, registra los cambios y si requiere algún grado de asistencia verbal y/o física. El evaluado debe responder una vez finalizada la descripción de la actividad y el evaluador insistirá en propiciar una

actitud reflexiva con el objetivo de registrar si hubo alguna modificación en la manera habitual de llevar a cabo las actividades cotidianas.

La proliferación de los marcos de referencia, el crecimiento del área de la investigación y de los campos de intervención son cambios que denotan una evolución de la terapia ocupacional en nuestro país, sin embargo las autoras del presente trabajo consideran que el mismo no es uniforme en cuanto al desarrollo y validación de instrumentos de evaluación, sumamente escasos en las AVD. Si bien se ha facilitado el acceso al material a menudo no es tenido en cuenta el contexto en que fue construido y aplicado. Se torna indispensable a la hora de elegir una herramienta de evaluación que la misma cumpla los criterios de confiabilidad y validez.

Conclusión

El EIAD aparenta poseer una elevada confiabilidad interevaluador, indica que dos evaluadores diferentes administraron el EIAD a la misma muestra de pacientes y obtuvieron resultados equivalentes. Se revela de ésta forma el alto grado de reproducibilidad que posee el EIAD. Además impresiona tener alta confiabilidad intraevaluador, esto significa que un evaluador lo administró en dos oportunidades y obtuvo resultados similares. En la presente investigación se obtuvo un resultado estadísticamente significativo en el evaluador dos y un resultado ligeramente inferior en el evaluador uno.

De acuerdo a los resultados obtenidos los valores indican que la consistencia interna es aceptable. El mejor puntaje fue el del evaluador dos en la segunda aplicación, nuevamente obtuvo mejor resultado que el evaluador uno. Si bien la consistencia interna no es la esperada se pudo observar que escalas de AVD como el Índice de Barthel y Katz tienen una consistencia interna aún menor.

La validez de contenido fue determinada por un grupo de expertos en el área, cuyos aportes fueron valiosos y consistieron en: homogeneizar la graduación de las actividades, modificar la redacción de algunas preguntas para facilitar su comprensión, simplificar el método de puntuación y la inclusión de un dispersigrama cualitativo para obtener a simple vista un perfil de desempeño en las AVD. Este equipo de profesionales considera que el EIAD posee validez de contenido ya que logra valorar las AVD en pacientes con deterioro cognoscitivo y demencia haciendo hincapié en la dificultad cognoscitiva que presenta la persona para llevar a cabo la actividad y no se basa sólo en criterios físicos como sí lo hacen el índice de Barthel y de Katz. También es claro que sólo evalúa AVD básicas, a diferencia de otros instrumentos que valoran conjuntamente AVD, AIVD, ocio, entre otras.

En lo que respecta a los aportes para determinar la validez de constructo, quedó demostrado que el EIAD posee una correlación aceptable con el índice de Katz, incrementándose con la escala de Barthel. En cuanto a las correlaciones existentes entre el EIAD, el índice de Katz y el de Barthel con el GDS es escasa; sin embargo el nivel de significancia es aceptable solamente para el EIAD, observándose en el evaluador dos los valores más altos. De ésta forma se continúa demostrando en una pequeña medida que el EIAD podría valorar mejor que Barthel y Katz las AVD en pacientes con deterioro cognoscitivo y demencia.

En el presente trabajo de investigación las correlaciones entre ambos evaluadores fueron buenas, sin embargo siempre uno de los evaluadores obtuvo mejor puntaje que el otro, evidenciando así el punto débil de los tests por interrogatorio, planteado por la bibliografía. La constante que se presentó a lo largo del proceso abrió interrogantes acerca de su origen y el replanteo si hubo déficits en la etapa de capacitación y la influencia preponderante de la subjetividad en este tipo de instrumentos, es por eso que se propone para próximos estudios profundizar este tema.

Referencias bibliográficas

1. MANGONE, C.; ALLEGRI, F.; ARIZAGA, R.; OLLARI, J., 1997. "Demencia. Enfoque multidisciplinario". Editorial Sagitario. (Buenos Aires). Argentina.
2. WILSON, B., 2003 "Rehabilitación Cognitiva: Desarrollos recientes en la teoría y la práctica." (SONEPSA). (Buenos Aires).
3. LAWTON, P. Calidad de vida en la enfermedad de Alzheimer. Polisher Research Institute, Philadelphia Geriatric Center, Philadelphia, Pennsylvania. USA.
4. REISBERG, B; SCLAN, S., 1992. Functional Assesment Staing (Fast) Alzheimer disease.Confilidad, Validez y Ordinality.Aging and Dementia Research Center. New York University Medical Center New York USA. I. Ps.4, 1 *International Psychogeriatrics*
5. DESFORGES, J.F., 1990 Current concepts geriatrics. New Engl J. Med; **332**, 17. Traducción TO Roumec Bettina.
6. APPLGATE, W; BLASS, J; WILLIAMS, T. F., 1990. Instrumentos para la evaluación funcional de adultos mayores. New Engl J. Med; **332**, 17.
7. KANE, R.; SASLOW, M.; BRUNDAGE, T., 1991. Using ADLs to Establish Eligibility for Long-Term Care Among the Cognitively Impaired.The Gerontologist. **31**. 1.
8. RODGERS,H; CURLESS,O; JAMES, F., 1993. Standarized functional assessment scales for elderly patients. Age and Aging **22**.161-163.
9. ASUMAN, K. H.; TERI, L.; BORSON, S., 1994. Physical and Functional Health Assesment in normal aging and in Alzheimer's disease: Self-reports vs family reports. The Gerontological Society of America. **34**, 3: 324-330.
10. BAUM, C ; EDWARDS, D., 1995. Position Paper: Ocupational Performance : Ocupational Therapy's. Definition of function. AJOT; **49**, 10.
11. BOSEMBERG, I.; FAIDUTTI, S.,1993 . Evaluación de la discapacidad en personas mayores de 65 años que sufrieron un Accidente cerebro vascular ACV. Tesis de grado de la Lic. T.O. UNDMP.
12. BUCKS, R.; ASHWORTH, D.; WILCOCK, G; SIEGFRIED, K., 1996. Assessment of Activities of Daily Living in Dementia: Development of the Bristol Activities of Daily Living Scale. Age and Ageing; **25**. 113-120.

13. BURNS, T., 1991. "Cognitive performance test (CPT). A measure of cognitive capacity for the performance of routine tasks". Geriatric Research, Education and Clinical Center (GRECC). Minneapolis Veterans Administration Medical Center.
14. CIERI, P.; COHN, M., 1997. Grado de dependencia de las actividades básicas cotidianas (ABC) en adultos mayores de 60 años con trastorno cognitivo. Tesis de grado.Lic. T.O UNDMP.
15. DE CILLIS, M., 2000. Instrumentos de evaluación en Terapia Ocupacional. Concordancia entre observadores de la Evaluación de Autoatención E.N.A. Tesis de Grado. Lic. T.O UNMDP.
16. GREEN, C.; MOHS, R.; SCHMEIDLER, J.; ARYAN, M.; DAVIS, K., 1993. Functional decline in Alzheimer's Disease: A longitudinal study. *J. Am Ger. S.* **41**: 654-661.
17. GUTRÚN, Á., 1990. "The brain and behavior. Assessing Cortical Dysfunction Through Activities of Daily Living (ADL)". Editorial The C. V. Mosby Company.
18. JOHNSON, N.; BARION, A y otros. 2004. The activities of daily living questionnaire: a validation study in patients with dementia. *Alzheimer Dis Assoc Disord.* **18**, 4: 223- 30.
19. JUVA, K.; MÄKELA, M.; ERKINJUNTI, T.; SULKAVA, R.; YLIKOSKI, R.; VALVANNE, J; TILVIS, R. 1997. Escalas de Evaluación funcional en la detección de demencia. *Age and aging*; **26**:393-400.
20. MONTERO, R; FERNÁNDEZ GUINEA,S., PELÁEZ, E.,TORRE, C.,TORRES, M.C. "Propuestas de un nuevo cuestionario para valorar las actividades de la vida diaria en pacientes con enfermedad de Alzheimer". Primer Congreso Internacional en Neuropsicología en Internet. [http:// www.uninet.edu.com](http://www.uninet.edu.com) 02/06/01
21. OAKLEY, T.; SUNDERLAND, T.; HILL, J.; PHILLIPS, S.; MAKAHON, R.; EBNER, J., 1991. The Daily Activities Questionnaire: A Functional Assesment for People with Alzheimer's Disease. *Ph. Occ. The. Ger.***10**, 2.
22. TULLY, M.; MATRAKAS, Q.; MUSALLAM, K., 1997. The Eating Behavior Scale (EBS): A simple method of assesing functional ability in patients with Alzheimer's Disease. *J. Ger. Nur.* **23**, 7: 9-15.
23. UNGERECHE THRALOW, J; SCHAUBACH RUETER, M., 1993. Activities of daily living and cognitive levels of function in dementia. *A.J of Alzheimer's Care and Related Disorders & Research.*

24. CONSORTIUM ARGENTINO PARA EL ESTUDIO DE LA DEMENCIA. (CAED). 1995. Normativas para el diagnóstico de demencia en general y demencias corticales tipo Alzheimer. *Rev. Neurol. Arg.* **20**, 4.
25. REISBERG, B; FERRIS, S; DE LEON M; CROOK, T. 1982. The Global Deterioration Scale for Assessment of Primary Degenerative Dementia. *Am J Psychiatry.* **139**: 1136-1139.
26. BURNS, A; LAWLOR,B; CRAIG, S., 1999. “ Assessment Scales in Old Age Psychiatry” Editorial Martin Dunitz. (Reino Unido).
27. CRUZ JENTOFT, A.J. 1991. El índice de Katz. *Rev. Esp. de Ger y Geront.* **26**: 338-348.
28. POLIT, D; HUNGLER, B. 2000. “Investigación científica en ciencias de la salud.” Editorial. Mc Graw Hill Interamericana S.A. (México).
29. TROMBLY, C. 1995. “Occupational Therapy for Physical Dysfunction.” Editorial Williams and Wilkins. (USA).

Agradecimientos

Las autoras agradecen los valiosos aportes de las siguientes personas: Lic. M. Julia Xifra, Lic. Silvia Garralda, Mg. Claudia Arias, Lic Julieta Franco, Dra. Ruth Brugger, Dra Diana Scharovsky; Dra. Marta Cosentino; Lic. Cristina Alvarez, T.O. Patricia Butrón, Candelaria Alessio, Mirna Sanchez, Roxana Rosell, Marcela Lema, Claudia Soragni, y en especial a todos los pacientes, familiares y cuidadores que participaron en este estudio.

ESTUDIO DE LAS BUENAS PRÁCTICAS DOCENTES PARA LA INTEGRACIÓN LABORAL A TRAVÉS DE PASANTÍAS LABORALES

Laura Liliana Di Clemente y Verónica Anahí Fernández

Centro de Formación Laboral N° 1. Castelli 1173, Mar del Plata (7600), Provincia de Buenos Aires, Argentina. Te: (0223) 486-1593.

Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, Universidad Nacional de Mar del Plata. Funes 3350 Acceso 1 Nivel 4, Mar del Plata (7600), Provincia de Buenos Aires, Argentina. Te: (0223) 475-2442. E-mail: terapia_ocupacional_mdp@yahoo.com

RESUMEN

Las buenas prácticas son acciones o equivalentes intencionales de conductas, situadas en escenarios culturales y en estados intencionales mutuamente interactuantes de los participantes. Caracterizar las buenas prácticas docentes que posibilitaron la integración laboral de alumnos concurrentes al Centro de Formación Laboral N° 1 del Partido de General Pueyrredón (CFL) durante 2005-2006, consistió en la descripción de acciones situadas en y desde la excepcionalidad del objeto de intervención -alumno con necesidades educativas especiales- dando sentido o significado comunal al otorgar una nueva lectura de la realidad. Describir las experiencias de integración en actividades productivas a partir de pasantías laborales permitió interpretar el mundo social de los sujetos participantes, sus creencias, deseos y esperanzas.

Se seleccionaron diversos escenarios (CFL y empresas de Mar del Plata) y actores sociales (alumnos-pasantes con diagnóstico de retraso mental, supervisores e integrador laboral). La triangulación de métodos permitió complementar y confrontar información proveniente de distintas fuentes a través de la combinación de recopilación documental y entrevistas basadas en un guión.

Las propuestas de trabajo del CFL, las estrategias docentes que facilitaron el proceso de formación integral del alumno y la intervención sistemática durante la pasantía laboral para la formación del alumno en situación real de trabajo, pueden considerarse acciones de buenas prácticas del equipo docente.

Estudiar las buenas prácticas en torno a las necesidades educativas especiales de los concurrentes al CFL permitió objetivar vínculos entre lo excepcional y lo habitual a fin de legitimar los significados negociados en y a partir de las acciones situadas en escenarios específicos.

Palabras clave: buenas prácticas docentes - formación laboral - pasantías laborales - integración laboral - retraso mental.

INTRODUCCIÓN

El estudio se enmarca en el proyecto de investigación “La promoción de la participación social de las personas con discapacidad: las buenas prácticas” de carácter bianual (2005-2006) evaluado y aprobado por una Comisión de Evaluadores Externos a la Universidad Nacional de Mar del Plata (Código 15/I041) del cual constituye uno de los sub-proyectos que lo conforman.

El interés de las investigadoras fue realizar un abordaje de los factores inherentes a la integración laboral como son: el proceso de enseñanza y de aprendizaje durante la formación laboral, las estrategias docentes facilitadoras de estos procesos para la formación del alumno con necesidades educativas especiales (NEE) y la vinculación entre la educación y el mundo del trabajo a través de las pasantías laborales (PL).

La investigación da a conocer experiencias de trabajo institucional que involucra a un colectivo social que puede beneficiarse con los resultados, en tanto las acciones identificadas y situadas en un escenario cultural específico trasciendan a otros escenarios del campo educativo y se legitimen en el campo laboral.

Desde un enfoque cualitativo se caracterizan las buenas prácticas del equipo docente del Centro de Formación Laboral N° 1 (CFL) que posibilitan la integración laboral, proceso que no finaliza al ingreso del alumno en una pasantía laboral sino que, por el contrario, se complementa con las acciones de los supervisores o tutores laborales de empresas de la ciudad de Mar del Plata mediante el asesoramiento y el apoyo referidos a la capacitación en el rol de trabajador, necesarios según cada caso en particular. Además, se describen las prácticas integradoras a través de las experiencias de integración en actividades productivas de los participantes del proceso. Focalizar en las PL permite interpretar dichas experiencias para que cobren significado en función de patrones de creencia establecidos respecto a la integración laboral.

Conocer las experiencias de los alumnos que realizan o que realizaron pasantías laborales permitió analizar las acciones de buenas prácticas durante la formación laboral que posibilitaron la integración laboral. Particularmente se presenta un “caso” que luego de dos años de permanencia como pasante se incorpora como trabajador de planta permanente en la misma empresa.

Antecedentes

El empleo en colectivos con especiales dificultades de inserción laboral fue analizado como “proceso” en tres momentos: el acceso al mercado laboral, el desarrollo y mantenimiento del puesto de trabajo y las posibilidades de promoción en las empresas, en un estudio llevado a

cabo por un grupo de investigación de una universidad de España (1) en el que se realizó un diagnóstico de la situación del empleo en Andalucía de personas con discapacidad intelectual, visual, auditiva, física, con discapacidad para hablar y con enfermedad mental, en las tres modalidades de empleo que establece la normativa allí vigente (público, protegido y ordinario), con una metodología consistente en una encuesta administrada mediante entrevista personal a una muestra representativa de 716 personas con discapacidad empleadas. Entre sus conclusiones se destaca que existe correlación directa entre el nivel de formación de la población empleada, la categoría profesional y el tipo de empleo. Las personas con menor nivel de formación están ubicadas principalmente en el empleo protegido. El empleo protegido sigue siendo una fórmula importante para el acceso al mercado laboral, resultando la modalidad de empleo más extendida entre personas con discapacidad intelectual y con enfermedad mental. El empleo protegido está masculinizado y el empleo público y ordinario feminizado. La población empleada prefiere trabajar con salario y condiciones dignas antes que beneficiarse de una pensión por digna que ésta sea, idea compartida por el contexto familiar, laboral e institucional. La formación fue considerada como el principal facilitador para la inserción laboral, aunque se valora la formación ofertada como insuficiente e inadecuada a la demanda laboral. Del personal técnico de orientación e inserción laboral entrevistado (n=92), un grupo señaló que en su trabajo no cuentan con un programa de prácticas profesionales en empresas ni realizan acciones de acompañamiento laboral, a pesar de valorar estas medidas de forma positiva para la inserción laboral. Piensan que se invierte poco en investigación y en la realización de estudios de mercado que ayuden, por una parte, a detectar nuevas fuentes de empleo, y por otra, adecuar la formación a la demanda laboral.

ACTIVIDAD PRODUCTIVA

El trabajo es una actividad humana orientada hacia una finalidad. El trabajo no es exclusivamente manual ni mental, puesto que ambas dimensiones están siempre presente, aunque en diversas proporciones, en cada actividad humana. Aún cuando el puesto de trabajo en el convenio colectivo sea clasificado como “no calificado”, el trabajador realiza un esfuerzo mental a pesar de que esas tareas sean consideradas “manuales”.

El trabajo se constituye como un hecho eminentemente social, una práctica en la que el hombre se relaciona con otros hombres con el objeto de transformar la naturaleza y transformarse a sí mismo. Esta relación con la naturaleza configura al trabajo como una actividad transformadora.

Marx (2) ubica al trabajo como un elemento central en la vida de las personas y de la sociedad. Para el mismo, la “actividad laboral” resulta ser un constructo central en la definición del hombre como tal. Es una actividad propiamente humana, es decir, particulariza al género humano.

Desde la visión marxista, la noción de trabajo adquiere dos características: una como “actividad productiva” (praxis productiva) a través de la cual el hombre transforma la naturaleza y construye sus condiciones de vida y existencia; y otra, que es a través de esta práctica que el hombre afirma su condición humana y se relaciona con otros hombres.

En el mundo capitalista el proceso de trabajo asume otras características que permiten pensar de otro modo la relación entre el trabajo y el hombre. La actividad laboral puede representar un elemento de libertad y realización para el hombre pero puede también encarnar su contrario.

El trabajo productivo realizado fuera del hogar se diferencia del improductivo realizado dentro del hogar sin que medie relación salarial. Estas actividades que resultan improductivas no son consideradas como actividades laborales porque carecen del carácter productivo que deberían tener todas las actividades laborales para ser consideradas como tales.

La actividad productiva incluye una amplia gama de posibilidades de profesiones, ocupaciones, oficios, empleos y tareas, desde los menos hasta los más exigentes y calificados, siempre que se trate de una actividad habitual y sea remunerada.

Las empresas y organizaciones al nivel del establecimiento son las que programan y realizan las actividades productivas. Allí dentro se lleva a cabo el “proceso de producción” desde sus dimensiones “proceso de trabajo” y “proceso de valorización del capital”, entendido éste como la generación de excedentes destinados a las inversiones.

CALIFICACIÓN PROFESIONAL. SISTEMA DE CLASIFICACIÓN PROFESIONAL

En cada rama de actividad se establecen los sistemas de clasificación profesional -SCP- (o de los trabajadores asalariados) estableciendo una estructura de jerarquías sociales. El SCP es concertado primero a nivel de la rama y luego se adapta a la realidad específica de la empresa. Por otra parte las clasificaciones dependen de la organización del trabajo en la cual el trabajador participa, directa o indirectamente, como algo impuesto -trabajo prescripto- o como parte de una negociación. En el primer caso estaríamos hablando de la concepción “tradicional” del trabajo y en el segundo de la concepción “renovadora” del trabajo.

El SCP es el resultado de un acuerdo entre el trabajador y la empresa sobre un cierto número de variables de tipo cualitativo (convenios colectivos).

Las categorías se ordenan jerárquicamente (obreros, empleados técnicos, supervisores, capataces, personal jerárquico) y este ordenamiento representa el itinerario normal para la carrera profesional de los asalariados dentro de las empresas hasta el máximo nivel al que puede alcanzar.

Los cargos intermedios o mandos medios mantienen una relación más directa con el personal jerárquico y por sus funciones, capataces y supervisores son los responsables de dirigir, supervisar y evaluar el trabajo de otros, de mantener el orden y la disciplina; gozan de un cierto margen de autonomía e iniciativa en el proceso de adopción de decisiones.

Las innovaciones organizacionales (nuevas formas de organizar la producción, la gestión del personal y el trabajo) y los trabajos de investigación están cuestionando desde hace un tiempo esta clasificación hasta el punto que progresivamente muchas de las tareas propias de los mandos medios van siendo asignadas a los trabajadores.

Es posible medir objetivamente la calificación del trabajo, es decir, los “requerimientos del puesto”, y en base a esto, determinar la clasificación profesional o categoría.

A medida que se instaura la división social y técnica del trabajo, se acelera la desaparición de los oficios tradicionales, los cuales requerían un largo tiempo de aprendizaje y cuya transmisión no siempre se daba dentro del sistema formal de educación.

Surge también la necesidad de poner el acento en las funciones y actividades correspondiente a cada categoría en términos de productividad, responsabilidad, autonomía y calidad.

La naturaleza de las calificaciones requeridas a los trabajadores se define utilizando cuatro criterios: autonomía, responsabilidad, tipo de actividad y conocimientos requeridos.

Además de poner en práctica el oficio, el trabajador debe tener en cuenta la conducción (gestión), la vigilancia del proceso, asumir operaciones de mantenimiento de herramientas y equipos, valorizar el producto en cuanto a calidad, la responsabilidad en control y análisis de procedimientos.

La calificación de un trabajador se define por sus conocimientos, su experiencia y las funciones que ha ejercido sucesivamente, que es lo que en esencia determina su clasificación.

La posición de un trabajador en un escalafón supone que posee los conocimientos necesarios para responder a las exigencias del nivel correspondiente; para la promoción se requiere generalmente aprendizaje y prácticas que lo capaciten para el ejercicio efectivo de la nueva función. Para ello, la empresa debe ofrecer un itinerario mínimo de carrera profesional.

Los salarios se fijan no solo en función del puesto de trabajo ocupado, también se determinan a partir de las clasificaciones basadas en las competencias individuales.

En algunas empresas se ha implementado un sistema de evaluación del desempeño, tomando como consideración la competencia profesional, iniciativa, autonomía, productividad, capacidad para hacer y analizar, conocimiento de la tarea, cooperación, actitud hacia los clientes y presentación personal.

En síntesis, los siguientes factores deben considerarse en la calificación profesional:

- a) Proceso de preparación del trabajador, selección y reclutamiento del personal (para la inserción en un puesto de trabajo y en una escala profesional jerarquizada).
- b) Actividades, funciones, tareas asignadas y sus relaciones de subordinación jerárquica.
- c) Salario directo básico inicial.
- d) Posibilidad de permanecer en el mismo puesto mientras que no se produzcan transformaciones de ese puesto (cambios organizacionales o tecnológicos).
- e) Posibilidad de movilidad de ese puesto a otros.
- f) Requisitos y condiciones para ocupar cargos vacantes.
- g) Promoción a partir de un “mercado interno de trabajo” (itinerario profesional).
- h) Competencias iniciales.
- i) Competencias que pueden adquirirse a partir del aprendizaje y práctica dentro de la empresa.

La definición de las calificaciones está en función de la adquisición de competencias, el acceso a empleos, la organización del trabajo, la evolución de los empleos, el status y la consideración social. Entendida así, “La calificación es una operación social de codificación mediante la cual los asalariados son seleccionados en el mercado de trabajo y jerarquizados en la empresa” como expresaran Bureau y Nivelte (3).

FORMACIÓN PROFESIONAL

Entendida la formación para el trabajo como un aspecto para la formación permanente, en la educación formal, se está dando un desplazamiento del concepto de empleo hacia el de “empleabilidad”, superando el concepto taylorista de lo “ocupacional” y de la formación de mano de obra.

“Ayer, la educación tradicional se ocupó de preparar personas para dar respuesta a los problemas conocidos o a un futuro previsible. Hoy, se ha hecho necesario incorporar la mirada de la educación tecnológica para preparar personas que respondan ante problemas de un futuro incierto. Para ello, se promueve el estudio de cómo el hombre hace cuando hace, se procura el desarrollo de didácticas problematizadoras, a partir de las cuales el conflicto cognitivo desencadene el saber hacer y la reflexión sobre dicha acción” (4).

Asimismo, esta propuesta enfrenta el desafío actual de una sociedad cambiante y de una cultura del trabajo que exigen el logro de objetivos que superen los tradicionales de la formación de mano de obra para un puesto determinado de trabajo y la orientan en el sentido de formación integral de la persona. La tendencia actual es considerar la “formación para el trabajo” como dimensión sustantiva de la educación permanente integral.

En ese nivel ya no se forma para la obtención de un empleo determinado sino que se brindan “saberes” instrumentales que fomentan en el alumno condiciones de empleabilidad, que otorga capacidades básicas que ayudarán a obtener calificaciones laborales para una futura formación profesional que posibilite la inserción laboral y social.

La formación profesional tiende a ser continua, flexible y cambiante, orientada hacia niveles tecnológicos avanzados y especialidades transversales para el acceso a un área que permita el entrenamiento ágil en puestos de trabajo de distintas ramas de actividad económica con igual base tecnológica.

La formación profesional, como concepto universal y no como sectorización arbitraria y específica de la educación, es el proceso por el cual una persona debe llegar a una síntesis entre lo que puede hacer (capacidades y competencias), lo que quiere hacer (intereses) y lo que debe hacer (exigencias del trabajo) acordes a las posibilidades actuales y reales del mercado laboral de la comunidad.

El abordaje para la capacitación requiere de una intervención interdisciplinaria y transdisciplinaria que considere la integridad del sujeto, pues es un aprendizaje para el trabajo y no un aprendizaje de un trabajo.

EDUCACIÓN ESPECIAL

Servicios para la Formación Profesional

Los servicios para la formación profesional en Educación Especial realizan evaluación, orientación y formación profesional de los alumnos con necesidades educativas especiales (NEE) que no puedan hacerlo en las instituciones de Educación Común.

Sus funciones son:

- a) Brindar una amplia gama de ofertas para la Formación Profesional.
- b) Evaluar las competencias laborales que podrán desarrollar los alumnos, teniendo en cuenta el contexto social y productivo, articulándose en redes que permitan la optimización del uso de las ofertas de formación e integración laboral.

c) Evaluar permanentemente las posibilidades de integrar a sus alumnos a las instituciones que brindan Formación Profesional en la Educación Común o a otros ámbitos laborales a través de las “pasantías”.

Centro de Formación Laboral N° 1

En abril de 1986 se crea en la ciudad de Mar del Plata la Escuela Laboral (EL) de nivel post-primaria dependiente de la Dirección de Educación Especial de la Provincia de Buenos Aires (DEE) para la continuidad de los aprendizajes laborales iniciados por los alumnos concurrentes a los pre-talleres de las Escuelas Especiales.

La EL estaba organizada con ocho talleres, cuatro en cada turno. La elección de las especialidades de los talleres (tejido en telar, tejido a mano, tejido a máquina, mecánica, carpintería, confecciones, compostura de calzados y proceso de armado) formaba parte de la estructura armada y aprobada por la DEE. Se desconoce si para dicha selección de talleres se realizó un estudio de mercado laboral local o regional dado que no hay constancia en los registros del hoy, Centro de Formación Laboral N° 1.

El equipo interdisciplinario estaba formado por un Director (Terapeuta Ocupacional), un maestro de apoyo pedagógico, ocho maestros de taller y un equipo técnico (Asistente Educacional, Asistente Social y Terapeuta Ocupacional).

Durante los años 1986 y 1987 se realizaban reuniones con los Directores de las EL en la ciudad de La Plata y de las mesas de trabajo se efectuaron ajustes en la denominación y funcionamiento.

Las EL se convierten en Centros de Formación Laboral (CFL), cambio de denominación que dio origen a la modificación de las normas de admisión, entre ellas, la edad de ingreso, que al momento era hasta los 18 años, se extendió hasta los 35 años posibilitando el ingreso de personas adultas que no hubiesen tenido acceso a Educación Especial y para ofrecerles la oportunidad de realizar aprendizajes laborales.

Los cambios en el mercado laboral, el incremento de la matrícula, las preferencias de los alumnos ingresantes y sus posibilidades laborales generaron cambios tanto en las especialidades como en la cantidad de talleres. Se incorpora así, otro taller de proceso de armado y servicios. También se amplía la Planta Orgánica Funcional, creándose los cargos de vicedirectora y dos de profesores de educación física, además de incorporarse otro equipo técnico y dos maestros de apoyo pedagógico.

Las funciones y tareas inherentes a la integración laboral a partir del año 1990 en que comienzan las experiencias de pasantías laborales, eran realizadas por ambas terapeutas

ocupacionales (TO) además de las tareas específicas del cargo, hasta el mes de abril del año 2006 en que se crea el cargo de “maestro de integración laboral”, desempeñado por una TO.

Las escuelas y servicios laborales tenían una estructura organizativa que dividía a los alumnos en dos modalidades: Capacitación y Adaptación Laboral. Dicha estructura diferenciaba a los alumnos según el cociente intelectual (CI) y el diagnóstico (Retardo Mental Leve y Moderado) en relación a las normas de admisión vigente.

A pesar de esto, tanto la EL como el CFL del Partido de General Pueyrredón (PGP) tenían en cuenta para su derivación a los talleres los resultados de las evaluaciones en cuanto al “funcionamiento” del alumno, considerando al CI como un dato más.

Sólo los talleres de proceso de armado formaban parte del nivel de adaptación laboral, en cambio los otros (con formación en un oficio) lo eran del nivel de capacitación laboral.

En 1989 cambia la denominación y, en lugar de “adaptación” y “capacitación”, se comienza a hablar de dos niveles de aprendizaje denominados:

- a) Formación profesional básica (FPB) -ex adaptación laboral- y,
- b) Formación profesional de oficios (FPO) -ex capacitación laboral-.

Esta nueva estructura tenía en cuenta para la derivación a los talleres la “desventaja profesional” y el “pronóstico laboral” de los alumnos.

La integración laboral tenía relación con la formación laboral recibida, encasillando al alumno hacia una forma de trabajo (competitivo o protegido). Los alumnos egresados de la FPB se integraban a los talleres protegidos mientras que los de la FPO a un trabajo de tipo competitivo.

A pesar de esta rígida estructura el CFL del PGP realizó experiencias de incorporación de alumnos con una formación básica a un trabajo competitivo en empresas mediante “pasantías laborales”, con supervisión y buenos resultados.

Actualmente, el CFL N° 1 funciona con una estructura de diez talleres: cinco en turno mañana (indumentaria -confecciones-, construcciones civiles -carpintería-, armado -reciclado, artesanías y panificación-) y cinco en turno tarde (indumentaria -tejido-, compostura de calzado, mecánica con un módulo de electricidad, servicios y armado -panificación-).

PASANTÍAS LABORALES

El Decreto 340/92 en su Artículo 1° aprueba el sistema de pasantías que rige en todo el ámbito del sistema educativo nacional. (5)

Las pasantías laborales contribuyen a complementar las competencias a través de su relación con el mundo del trabajo, aplicando en situaciones reales de producción o de prestación de servicios, los conocimientos tecnológicos adquiridos en el Centro de Formación Laboral N° 1.

Las pasantías laborales facilitan la relación y el intercambio de información entre el CFL y el organismo receptor de los pasantes (empresa, taller, emprendimiento familiar).

Las pasantías laborales representan una oportunidad para enriquecer la formación integral del alumno pasante y contribuyen a vincular a cada joven con la dinámica de un determinado ámbito laboral fortaleciendo el dominio de la comunicación oral y escrita, entre otros contenidos.

El propósito de contar con un ámbito de aprendizaje fuera de la institución escolar asegura la interacción de los jóvenes con un entorno cotidiano laboral y contribuye a desarrollar el respeto a la normativa, la aceptación de opiniones y el valor de la solidaridad y la cooperación.

El perfil de los pasantes para aspirar a una pasantía debe considerar los siguientes aspectos:

- a) Capacidad para encontrar soluciones a los problemas que se le presentan, solo o con apoyo.
- b) Capacidad para aceptar y corregir los propios errores o equivocaciones.
- c) Capacidad para llevar adelante su tarea con determinación.
- d) Comportamiento y hábitos: viajar solo, manejo mínimo del dinero, conocimiento de la hora y del uso del reloj, reconocimiento de números y letras, conocimiento del domicilio personal, cuidado sobre materiales e instrumentos de trabajo, asistencia regular, relación cordial con pares y docentes, trabajo en equipo, uso del teléfono, respeto de horarios y normas generales elementales, prolijidad personal y aseo.

El grado de desarrollo de estas competencias básicas dependerá del tipo de organización laboral hacia la que se oriente al joven en determinado momento del proceso formativo en un espacio real de trabajo.

RETRASO MENTAL

La Asociación Americana de Retraso Mental (AAMR) hace referencia respecto al término retraso mental (RM) como aquellas “limitaciones sustanciales en el desenvolvimiento corriente. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual inferior a la media que tiene lugar junto a limitaciones asociadas en dos o más de las siguientes áreas de habilidades adaptativas posibles: comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización

de la comunidad, autogobierno, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio y trabajo. El retraso mental se manifiesta antes de los 18 años.” (6)

La definición de la AAMR (2002) se basa en un enfoque multidimensional, centrado en cinco dimensiones que abarcan aspectos diferentes de la persona y el ambiente, con la finalidad de mejorar los apoyos que permitan un mejor funcionamiento individual. Dichas dimensiones son: habilidades intelectuales, conductas adaptativas (conceptual, social y práctica), participación/interacción/roles sociales, salud y contexto (ambiente y cultura).

Las limitaciones sustanciales se refieren a la dificultad para el aprendizaje y desempeño de algunas actividades de la vida diaria que requieren de capacidades personales como: inteligencia conceptual, inteligencia práctica e inteligencia social.

Las limitaciones en habilidades adaptativas se manifiestan en entornos de la comunidad en los cuales las personas de la misma edad interactúan, aprenden y trabajan (barrio, escuela, ámbito laboral). Las limitaciones adaptativas pueden coexistir con capacidades en otras habilidades adaptativas, por lo tanto son relativas y no absolutas. Con lo cual la importancia de identificar las limitaciones consiste en planificar apoyos apropiados a las necesidades educativas específicas. Estos apoyos se refieren a estrategias llevadas a cabo por distintas personas en relación al ámbito de referencia (escuela, empresa, taller, hogar, etc.). Los apoyos pueden provenir de personas como compañeros de trabajo y/o supervisores y de tecnología como adaptaciones en el trabajo.

Las intensidades de los apoyos necesarios con relación a las dimensiones ya mencionadas pueden ser: “intermitente” cuando se requiere en determinados periodos de transición del ciclo vital, siendo de corta duración y de elevada o baja intensidad; “limitado” cuando se brinda transitoriamente acotado en un tiempo; “extenso” cuando se necesita regularmente y a largo plazo, y “generalizado” cuando se requiere la intervención de más profesionales dado que se lleva a cabo en distintos entornos y con elevada intensidad.

Desde esta perspectiva la intervención profesional se orienta hacia el desarrollo y el crecimiento personal mediante la construcción de proyectos individuales que contemple la diversidad de aspectos del funcionamiento de la vida de la persona y, a través de los apoyos necesarios, promueva la autonomía y la integración social.

Dichos aspectos son las habilidades conceptuales, sociales y prácticas aprendidas o que la persona deberá aprender para funcionar en el contexto de la vida diaria. Entre ellas se contemplan:

- Comunicación: incluye habilidades como la capacidad de comprender y expresar información.

- Cuidado personal: comprende habilidades relacionadas con el aseo, vestido, higiene y apariencia personal.
- Habilidades sociales: son las relacionadas con los intercambios sociales con otras personas, tales como, iniciar, mantener y finalizar una interacción con otros; regular la propia conducta; responder a las demandas de los demás; adecuar la conducta a las leyes, entre otras.
- Utilización de la comunidad: incluye habilidades relacionadas con la utilización adecuada de todos los recursos de la comunidad, por ejemplo manejarse con el transporte público.
- Autorregulación: abarca habilidades relacionadas con acciones como, iniciar y terminar las tareas necesarias y exigidas, buscar ayuda cuando se la necesita o resolver problemas en situaciones laborales.
- Salud y seguridad: comprende a las habilidades relacionadas con consideraciones básicas sobre seguridad (industrial, por Ej.).
- Habilidades académicas funcionales: aquellas que tienen aplicación directa en la vida diaria personal, como la escritura, lectura y utilización práctica de los conceptos matemáticos básicos.
- Ocio: incluye actividades que posibiliten la interacción social y reflejen preferencias y elecciones personales.
- Trabajo: abarca habilidades relacionadas con tener trabajo/s a tiempo completo o parcial en la comunidad, en el sentido de mostrar habilidades laborales y conducta social apropiada, tales como, conocer los horarios, recibir críticas, mejorar destrezas, aplicar habilidades académicas funcionales, ir y regresar del trabajo, entre otras.

Un funcionamiento adaptativo del comportamiento de la persona se da en la medida en que está involucrado con su ambiente. Los roles sociales se refieren a un conjunto de actividades valoradas como normales para un grupo específico de edad. Y pueden referirse a aspectos personales, laborales, comunitarios, de ocio, etc.

INTEGRACION LABORAL

La integración laboral se define como la participación de la persona con discapacidad en la vida corriente de la comunidad a través de la actividad productiva, rol mediante el cual se relaciona con el sector socioeconómico del trabajo.

Las posibilidades de integración laboral están determinadas por las capacidades y el deseo de la persona de desempeñar una actividad productiva, por las necesidades y expectativas de la sociedad sobre la fuerza productiva y por las oportunidades o barreras que ofrezca el medio,

en concordancia con las sugerencias de las normas uniformes sobre la preparación de la persona y el entorno para que sea accesible.

La integración laboral, por lo tanto va más allá de la inserción en un puesto de trabajo, posibilita la integración a la sociedad a través del rol de trabajador. El trabajo, por naturaleza, es un impulsor para la integración comunitaria de la persona.

El principio de integración trasciende a la función de la escuela y se extiende a otros ámbitos que permiten conceptualizar a la integración laboral o la integración social. La integración es entendida como la incorporación por derecho propio a un grupo para formar parte de él. Según el caso, ese grupo de referencia puede ser el de alumnos de la misma edad, los trabajadores del mismo sector productivo o el grupo social con el que se relaciona el sujeto.

Es un principio basado en la legitimidad de los derechos y deberes sustantivos de la persona, el reconocimiento de los principios de igualdad y derecho a la diferencia entre todas las personas y contempla la “necesidad especial” como situación de excepcionalidad a la que la sociedad debe dar respuesta mediante, por ejemplo, las adaptaciones curriculares o del entorno laboral.

Las bases en las que se asienta el principio de integración evidencian la necesidad de una aproximación del entorno al sujeto, desplazando la responsabilidad de éste hacia el medio.

La Declaración Universal de Derechos Humanos en su artículo 23 expresa que el trabajo es tanto un “deber” como un “derecho”. La actividad laboral es un medio para sostener la vida, pero no se puede olvidar que ese mismo trabajo debe favorecer la realización personal del hombre atendiendo a sus propias necesidades y a las de su entorno.

Si la actividad laboral ha de ser humana y humanizadora, la incorporación al mundo del trabajo es un aspecto esencial de la integración y normalización de la persona con RM en la sociedad, permitiéndole alcanzar autonomía e independencia y generar un sentimiento de valía propia y autoestima.

El trabajo facilita la integración social y el desarrollo personal en diferentes dimensiones: independencia financiera que condiciona la autonomía (económica), desempeño de un rol en la sociedad, participación y contribución al bien común (psicológica) y, reconocimiento social y pertenencia como miembro de la sociedad por el hecho de ocupar un empleo (sociológica).

CONCEPTUALIZANDO LAS BUENAS PRÁCTICAS

Las prácticas connotan formas tradicionales de vivir y trabajar juntos congéneres que crean y negocian significados dentro de una comunidad. Estas acciones humanas dependen de significados y conceptos compartidos así como de formas de discurso compartidas que sirven

para negociar las diferencias de significados e interpretación. Es así que el significado para Bruner (7) se hace “público” y “compartido” y en virtud de ello todo intento de explicación de la acción del hombre no puede hacerse sino desde la subjetividad humana, es decir, en sus estados intencionales – creencias, deseos, intenciones, compromisos – que le dan origen y sentido a la misma.

Las buenas prácticas son, entonces, acciones o equivalentes intencionales de conductas y, más concretamente, “acciones situadas” en escenarios culturales y en estados intencionales mutuamente interactuantes de los participantes (7).

La forma de esos estados intencionales sólo puede plasmarse mediante la participación del hombre en los sistemas simbólicos de la cultura, con lo cual es la cultura la que confiere significado a la acción situando sus estados intencionales subyacentes en un sistema interpretativo al imponer modalidades de lenguaje y discurso, formas de explicación lógica y narrativa y patrones de vida comunitaria interdependientes.

Comprometerse con buenas prácticas conlleva una creencia de acuerdo con la cual una determinada acción merece nuestro apoyo, aun cuando su práctica resulte difícil. Si bien dicho “compromiso” puede afectarse por limitaciones biológicas como el agotamiento físico, la enfermedad o el dolor (límites sobre la acción cuyos efectos son modificables), la cultura también puede llegar a afectarlo al predominar en distintas circunstancias sociales, políticas, económicas e inclusive científicas ciertos rasgos por honrar, recompensar o cultivar. Es decir, el compromiso con formas de práctica específicas es inherente a los valores comunales consecuentes con una comunidad cultural determinada.

Así, los “compromisos de valor” de los miembros de una cultura proporcionan la base para llevar satisfactoriamente formas de práctica o, al menos, su negociación y legitimación, trascendiendo aun las propias limitaciones biológicas. Las culturas, pues, descansan sobre valores que se incorporan a la propia identidad y, al mismo tiempo, nos sitúan en ella, generando formas características de vida con sus correspondientes concepciones de realidad.

Entre estas concepciones de realidad existe la premisa elemental de que la gente tiene creencias y deseos, por ejemplo creencias sobre cómo está organizado el mundo y que dicho conocimiento se utiliza para llevar a cabo cualquier acción; creencias que entre las cosas que se desean o anhelan unas importan más que otras; creencias sobre el presente, el pasado y el futuro; creencias respecto a que las creencias y los deseos son lo suficientemente coherentes y bien organizados como para merecer el nombre de compromiso o formas de vida de las personas. A su vez esas coherencias se consideran como “disposiciones” (7) que caracterizan a los sujetos: una madre dedicada, un hombre trabajador o un amigo leal.

Recordemos que el sistema de disposiciones socialmente constituidas, en términos de Bourdieu “habitus”, es el principio generador y unificador del conjunto de las prácticas e ideologías -creencias- características de un grupo de sujetos (8). Podría pensarse que ante determinadas condiciones o posibilidades objetivas (estructuras) interiorizadas por una categoría de sujetos se generan en ellos disposiciones (inconscientes) a través de las cuales su relación objetiva con el campo profesional se traduce en buenas prácticas.

También se postula la existencia de un mundo fuera de nosotros (contexto en el que se sitúan nuestros actos) que puede modificar la expresión de los propios deseos y creencias así como proporcionar razones para los mismos. Es así como se da una relación recíproca entre los estados percibidos del contexto y los estados intencionales de la persona, según la cual ambos se afectan mutuamente instalando, de algún modo, un “carácter dramático”, desde la perspectiva de Bruner, a la acción humana. Más aún, las teorías de la práctica cotidiana situada no establecen una separación entre acción, pensamiento, sentimiento y valor o las formas colectivas e histórico-culturales de actividad localizada, interesada, conflictiva y significativa, sino afirman que las personas que actúan y el mundo social de la actividad no pueden ser separados. (9)

DISEÑO DEL ESTUDIO CUALITATIVO

Estudiar las buenas prácticas

Se ha intentado conceptualizar las buenas prácticas, restando en adelante responder a ciertos interrogantes, entre ellos, respecto a cuáles, para qué, en y por quienes, con la finalidad de arribar a dimensiones aplicables al estudio de las mismas.

Estudiar buenas prácticas en torno a las necesidades educativas especiales de los alumnos concurrentes al CFL N° 1 permitió objetivar vínculos entre lo “excepcional” y lo “habitual” a fin de legitimar los significados negociados en y a partir de las acciones situadas en escenarios específicos.

En este sentido, afirma Bruner, “aunque una cultura debe contener un conjunto de normas, también debe contener un conjunto de procedimientos de interpretación que permitan que las desviaciones de esas normas cobren significado en función de patrones de creencias establecidos”. (7)

En la sociedad es la mayoría la que determina las normas o reglas con que comparar a cada individuo en cuanto a los patrones de conducta establecidos o las formas de vida o de actuación esperadas dentro de la comunidad a la que se pertenece. Aquel que se desvía de la norma es el individuo que manifiesta una diferencia respecto de los “semejantes” en algún

aspecto de la vida cotidiana considerado por ellos importante, pero además, y allí lo significativo, con la valoración negativa que de ella hacen quienes la perciben. (10)

Caracterizar las buenas prácticas docentes que posibilitan la integración laboral consiste en la descripción de acciones situadas en y desde la excepcionalidad del objeto de intervención –la persona con discapacidad- para que tengan sentido o significado comunal al otorgar una nueva lectura de la realidad.

El estudio de las buenas prácticas tiene que ver, por un lado, con cómo interpretan el mundo social los sujetos participantes, qué significan las cosas para ellos, sus creencias, deseos y esperanzas al describir las experiencias de integración en actividades productivas a partir de pasantías laborales. Y, por otro, asume el carácter dramático de las acciones situadas que refiere a las desviaciones respecto a lo canónico con sus consecuencias morales y que remite al compromiso moral de sus hacedores y a los valores de su cultura.

Resumiendo, las buenas prácticas tratan de la acción y la intencionalidad humanas que hacen que lo excepcional dentro del mundo canónico de la cultura sea “comprensible”.

Fase de planeamiento

a) Selección de contextos, casos e informantes

En esta tarea se intenta alcanzar criterios de calidad, en particular de confiabilidad, considerados necesarios en un estudio cualitativo. La triangulación de datos es una estrategia adecuada para alcanzar “credibilidad”, para lo cual se seleccionaron diversos escenarios (empresas y CFL N° 1) y personas (alumnos-pasantes, supervisores e integrador laboral) que aportasen información proveniente de distintas fuentes.

Las decisiones muestrales se tomaron considerando, primeramente, los casos “potenciales” a través de las fuentes disponibles en el CFL N° 1: los registros actualizados de las pasantías del ciclo lectivo 2006 consultados y una informante “clave” para acceder o establecer el primer contacto con los representantes de las empresas o responsables de los pasantes. Dicha informante, la integradora laboral, fue considerada como tal por su ingreso reciente a la institución al momento de esta fase del diseño.

Conocida la situación actual de las pasantías laborales a cargo del centro se decide, luego, por la “heterogeneidad” de los casos conceptualmente relevantes por comparar: dos alumnos-pasantes, en 1° y 2° año de PL, y un ex alumno del CFL N° 1 actualmente trabajador de la planta permanente de una empresa local.

Se seleccionaron aquellos informantes “especiales” que pudiesen aportar información relevante para los objetivos del estudio y porque ocupaban una posición única en la empresa:

gerente comercial de una, jefe de producción de otra y propietario de una de ellas; además de la “accesibilidad física y social” evidenciada por los mismos.

b) Selección de estrategias metodológicas

La triangulación de métodos permite complementar y confrontar la información recogida a través de la combinación de técnicas, en este estudio: recopilación documental y entrevista basada en un guión.

Los materiales documentales permitieron identificar la muestra que se disponía y la elaboración de un marco muestral en función de las características ya mencionadas, el año de PL que cursa el alumno-pasante en el ciclo lectivo 2006 y la situación laboral de los egresados del centro.

La consulta de documentos como los “legajos” proporcionan los trayectos pre-profesional y profesional recorridos por cada alumno en ésta y otras instituciones (incluido el ex alumno del CFL N° 1), contenido informativo de carácter único que le otorga el beneficio de la “exclusividad” y que no podría obtenerse de otro modo, es decir mediante técnicas directas como la observación y la entrevista.

El Diagnóstico Institucional y el Proyecto Educativo Institucional (PEI) fueron consultados como fuente de información acerca de las propuestas de formación del CFL N° 1 relativas a las pasantías laborales. Asimismo, los registros de las PL (convenios y cuadro de situación) y de la toma de posesión de los cargos docentes documentadas desde 1990 hasta la actualidad otorgan una dimensión histórica al análisis de las buenas prácticas propuesto.

Las circunstancias de producción del material documental, específicamente los legajos y el registro de las PL, pueden describirse desde la finalidad de registrar y comunicar al equipo técnico - docente de la institución los informes de evaluación, evolución y seguimiento realizados por el maestro de taller, la TO y la integradora laboral.

Los problemas de autenticidad de los documentos, de disponibilidad de los mismos y de veracidad de la información han sido minimizados por la pertenencia de una de las investigadoras al CFL N° 1.

El estudio de las buenas prácticas debe estar basado no sólo en lo que hacen las personas en determinado contexto, sino también en lo que “dicen” que hacen y en lo que “dicen” que los llevó a hacer lo que hicieron; en lo que “dicen” que han hecho los otros y de sus razones. (7)

La entrevista basada en un guión posibilita la riqueza informativa en tanto sea intensiva, contextualizada y personalizada. Es más, posibilita la flexibilidad y diligencia en su administración considerando las características de los entrevistados a los que va dirigida.

En el caso de los informantes especiales que ocupan cargos intermedios y jerárquicos, se consideró el factor tiempo como un condicionante en la extensión de la entrevista, elaborando una guía tan sólo orientadora y menos aún exhaustiva, cuya secuencia y enunciación se ajustase a la situación misma.

Respecto a los alumnos-pasantes y ex alumno del CFL N° 1 (casos) el guión de entrevista se elaboró contemplando los diagnósticos y las necesidades educativas especiales identificadas en los legajos consultados de cada uno. Simplicidad, concisión y claridad fueron criterios presentes en la formulación de las preguntas al momento de su construcción.

Fase de entrada al campo

a) Tareas de gestión

Se presenta nota dirigida a la Inspector de Área de Educación Especial en el mes de marzo de 2005, donde se informa del proyecto de investigación evaluado y aprobado por una Comisión de Evaluadores Externos a la Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMdP) y se solicita autorización para el trabajo de campo en el CFL N° 1, asegurando la confidencialidad de los datos recogidos y la preservación de las identidades de las personas partícipes (casos e informantes).

El primer contacto con los informantes de las empresas fue por medio de la integradora laboral del centro, siendo el canal social de más fácil acceso y más adecuado para la consecución de la confianza inicial necesaria con los mismos.

El siguiente contacto es establecido telefónicamente por una de las investigadoras acordando día, hora y lugar de entrevista, atendiendo a las preferencias del informante.

En la presentación se explicitó la intencionalidad de las investigadoras de conocer las experiencias laborales de jóvenes que concurren al CFL N° 1 en el marco de un estudio sobre integración socio-laboral de alumnos con NEE llevado a cabo por la UNMdP. Se asegura la confidencialidad de la información aportada y se solicita el consentimiento para entrevistar a los pasantes y grabar las entrevistas, agradeciendo la disposición manifestada.

b) Tareas de ajuste en las técnicas

En la primera entrevista previendo una posible falta de tiempo por parte del informante se confecciona un instrumento impreso conteniendo cinco preguntas del guión, además del correspondiente título, presentación e identificación de las investigadoras.

La situación anticipada permitió, no obstante, entregar el cuestionario y acordar otro encuentro con el jefe de producción y el ex alumno – pasante en la misma empresa.

En tal circunstancia se revisa y amplía el guión de entrevista, decidiendo aplicarlo también con los otros informantes en las restantes entrevistas en las que no fue necesario hacer uso de un cuestionario auto-administrado.

Fase productiva

a) Tareas de ejecución en el campo

La consulta de los materiales documentales del CFL N° 1 se efectuó en dicha institución durante el mes de abril de 2006, concurrencia en la que se facilitó una copia del registro de las pasantías laborales.

Las entrevistas se llevaron a cabo en las mismas empresas durante los meses de mayo y junio de 2006.

Las entrevistas con los informantes transcurrieron en sus respectivos despachos u oficinas, en condiciones de privacidad, manifestando cada entrevistado disposición y capacidad para informar.

Mientras que el ex alumno – pasante del CFL N° 1 y actual trabajador de la empresa fue entrevistado en la oficina del jefe de producción, su supervisor durante la PL, los alumnos – pasantes fueron entrevistados en sus puestos de trabajo, lo que pudo haber afectado la obtención de información por las mínimas condiciones de privacidad y tranquilidad en cuanto al lugar y momento de las entrevistas. Sin embargo, nos permitió observar la ubicación de los puestos de trabajo respecto a los otros así como la interacción con compañeros y supervisor.

b) Tareas de archivo

Las entrevistas fueron grabadas con el consentimiento de los informantes y del ex alumno – pasante. Las mismas se desgrabaron y transcribieron, seguidamente se revisaron y realizaron los ajustes necesarios para su posterior análisis.

En cambio, las entrevistas a los dos alumnos – pasantes fueron registradas en forma manual y tomando nota simultáneamente debido al ruido ambiental en ambos puestos de trabajo. De igual manera que las otras entrevistas, se transcribieron, revisaron y duplicaron a los efectos de sus tratamientos preliminar e intensivo.

La información de los documentos consultados (legajos, registro de toma de posesión del cargo, diagnóstico institucional y PEI) fue volcada en un cuaderno, transcripta y duplicada, mientras que, del registro de las pasantías laborales se obtuvo una copia.

Fase de análisis de la información

Los objetivos del análisis de la información no estructurada se limitan en esta etapa a la descripción del caso individual, en particular MP quien luego de dos años en PL egresa del CFL N° 1 y se incorpora a la misma empresa como trabajador de planta permanente. La

descripción de los casos restantes y la comparación de los mismos formarán parte de la continuidad del proyecto de investigación previsto para el período 2007-2008 pendiente de acreditación.

Para realizar el análisis, partimos del supuesto que la relación entre lo que se hace y lo que se dice es, en el proceder normal de la vida, interpretable. Se adopta la postura de que existe una congruencia públicamente interpretable entre decir, hacer y las circunstancias en que ocurren lo que se dice y lo que se hace. Es decir, existen relaciones canónicas establecidas por mutuo acuerdo entre el significado de lo que decimos y lo que hacemos en determinadas circunstancias. Así, estas relaciones gobiernan el modo de conducir nuestras vidas unos con otros. (7)

En procura de alcanzar los significados manifiestos y latentes en el material cualitativo ha sido desarrollada la técnica de análisis temático. Al contrario de su aplicación tradicional, cualitativamente la presencia de temas relativos al marco teórico elaborado desde teorías, perspectivas teóricas y conceptualizaciones, denota los valores de referencia y patrones de comportamiento de los actores sociales.

La selección y organización del material analítico (corpus) se constituyó procurando responder a algunas normas de validez: que contemple la diversidad de conceptos teóricos más generales que orientarán el análisis (exhaustividad); que se adecue a los objetivos de investigación y analíticos (pertinencia) y, que obedezca a criterios precisos en términos de temas, de técnicas y entrevistados (homogeneidad).

Las unidades de registro se determinaron básicamente por temas, personas y acontecimientos variando incluso la delimitación del contexto de comprensión de las mismas según se tratase de material documental o narrativo.

Los textos fueron tomados como documentos a ser comprendidos y como ilustración de situaciones, considerando que la tarea interpretativa se dirige también a la comprensión de sus condiciones de producción. Todo texto admite dos niveles de lectura: el reconocimiento del sentido dado por los autores, actores, emisores o locutores (nivel parafrásico) y la atribución de múltiples sentidos (nivel polisémico). Es más, nos alerta sobre el hecho de que el emisor y el receptor, el autor y el lector, el locutor y el interlocutor, corresponden a lugares específicos en la estructura social: investigador/sujeto de investigación, docente/alumno, supervisor/pasante, empleado/empleador (relaciones de fuerza).

a) Descripción de contextos

a.1) Centro de Formación Laboral N° 1

El CFL N° 1 viene realizando desde el año 1990 experiencias de pasantías laborales (en total 43) en empresas o talleres del sector secundario identificados con las ramas: calzado, indumentaria, metalúrgica, alimenticia, aserradero y de la madera; y del sector terciario como actividades de prestación de servicios.

Con relación a los resultados de dichas experiencias se pueden consignar cuatro categorías: a) pasantía finalizada favorablemente (27), b) integración a planta permanente de la empresa (7), c) en pasantía (3) y d) suspensión de la pasantía por incumplimiento de las obligaciones establecidas en el Convenio (6) tales como desinterés, impuntualidad, inasistencia, falta de aseo personal y trabajo de baja calidad.

El escaso tiempo de permanencia de los TO debido a la situación de revista en los cargos (suplentes) y las consecuentes ausencias de profesionales hasta las designaciones correspondientes, dificultaron la sistematización y continuidad de la práctica docente. A saber, desde el inicio de las PL hasta el presente, los cargos en ambos turnos fueron ocupados por doce (12) TO, dos (2) titulares y diez (10) en cargos suplentes. Esta problemática se refleja en el diagnóstico institucional y la evaluación del PEI realizados anualmente.

a.2.) Empresas

Las organizaciones empresariales seleccionadas para las pasantías laborales de los alumnos con necesidades educativas especiales (NEE) están en relación con la continuidad de los aprendizajes laborales iniciados en el CFL N° 1. De estas empresas se analizaron tres que, al momento de iniciar el trabajo de campo, tenían alumnos o ex alumnos pasantes.

Las mismas representan a los sectores secundario -industria manufacturera- y terciario -servicios-. Las ramas de actividad económica a las cuales representan son dos empresas de la madera (envases en madera y revestimiento) y una de electricidad (comercialización de materiales eléctricos).

En cuanto a la dimensión de dichas organizaciones corresponden a PyMES (Pequeñas y Medianas Empresas), las que al tener menos cantidad de recursos humanos posibilitan la puesta en marcha de mecanismos participativos y acciones de prevención.

La estructura de jerarquía social con cuadros medios o supervisores facilita la capacitación de los alumnos pasantes. En las tres empresas el trabajo es manual. Las operaciones de producción que realizan como parte de la división técnica del trabajo facilitan también la formación de competencias. Si bien esta forma de trabajo permite un aumento de la producción, engendra monotonía ya que cada trabajador repite el mismo tipo de operación una y otra vez. La rotación por otros puestos de trabajo, acompañada de una capacitación

intensiva a cargo de la empresa, es un factor que posibilita que el trabajador pueda integrar distintas tareas al mismo tiempo que exige disposición al cambio y flexibilidad.

a.2.i) Empresa de Envases en madera (Ex alumno pasante del CFL N° 1)

- Requisitos de admisión: edad de ingreso hasta 22 años, sin capacitación laboral; presentación del currículum vitae, entrevistas y examen pre-ocupacional.
- Condiciones para la permanencia: resistencia para un trabajo repetitivo y trabajo en equipo.
- Capacitación en la empresa: posibilita la rotación en los distintos puestos de trabajo y la promoción.

b) Presentación y tratamiento de las entrevistas

Supervisor del ex alumno-pasante MP

Jefe del Departamento de Diseño y Producción de la empresa.

En relación a la FORMACIÓN LABORAL recibida en el CFL N° 1 señala como aspecto positivo: "... manejo de medidas, conocimiento de materiales y herramientas...", es decir, habilidades académicas funcionales en cuanto a la utilización práctica de los conceptos matemáticos básicos. Respecto a los aspectos negativos destaca: "...pero fue prácticamente nulo en lo referente a normas de puntualidad, convivencia, trabajo en equipo o compromiso laboral", entendidos como habilidades laborales (la puntualidad, interactuar con los compañeros, la responsabilidad y el trabajo en equipo).

Referido a la CAPACITACIÓN EN LA EMPRESA se desarrollaron habilidades laborales en cuanto al:

- uso específico de máquinas de mano, al expresar "... ha ido avanzando en el tema máquinas bien, controlado (...) en el caso de MP incentivamos un poco más los cuidados que con otra persona, pero ya lo conocemos todos a MP...".-
- trabajo seriado, ritmo de trabajo y normas de seguridad, al comentar "Elaboramos productos en tandas muy grandes, por ejemplo, cuando te enfrentas a cortar cinco mil cajas iguales, a la mitad del trabajo es como que uno tiende a aburrirse. Lo que más se nos complica a nosotros es mantener el ritmo de trabajo (...) pero una persona que pierde la concentración en la parte de corte es peligroso. El nivel de accidentología es bajísimo, porque son máquinas muy seguras; estamos muy pendientes de lo que pueda pasar, pero el riesgo siempre está. (...) En el caso de MP, el único accidente que tuvo para él mismo fue que en un momento dado estaba haciendo agujeros con el taladro y creo que se enrolló, creo que la bufanda que tenía y se acercó al taladro y se rajó la mano. (...) no ha tenido ningún accidente grave, ni nada de eso, ¡jojo! que nosotros estamos muy pendientes de eso...".-

- trabajo en equipo, al mencionar de este último “El trabajo en equipo posibilita la capacitación de trabajadores que ingresan a la empresa (...) el deber nuestro es de que la persona que ingrese facilitarle todo para que pueda desarrollar bien su tarea...”.-

En opinión del supervisor y responsable directo de la tarea laboral respecto de la participación del CFL N° 1 en el SEGUIMIENTO de MP en la empresa, destaca como aspecto negativo el asesoramiento, subsanado por su propia iniciativa mediante la incorporación de un tutor laboral que brinde el apoyo necesario para la capacitación del pasante, comentando al respecto: “...no haber tenido una experiencia anterior de integración laboral, me hubiera sido de mucha utilidad que el CFL N° 1 participara más activamente del proyecto. Dicho acercamiento comenzó a partir del segundo año de pasantía cuando muchos de los problemas ya estaban bien encaminados. Estoy seguro que un seguimiento más comprometido y mejor planificado de parte del CFL garantizaría un mayor éxito en las integraciones y generaría más confianza dentro de las organizaciones predisponiéndolas a probar con este tipo de pasantías. (...) Luego entra MP en un sector que realmente no funcionaba por su forma de ser (...) en ese momento es cuando necesitábamos un apoyo y no lo tuvimos, entonces empezamos a ver prácticamente dónde funcionábamos mejor, bueno ahí es donde salió la idea de que funcione con un tutor, un tutor laboral... hoy ya trabaja en forma totalmente independiente”.- Atribuye al seguimiento las posibilidades de integración laboral y las expectativas de la sociedad sobre la fuerza productiva.

Sin embargo, en los documentos del CFL N° 1 con relación al seguimiento laboral se consigna el acompañamiento del joven en su primer día, luego seguimiento semanal y cada quince días, también a demanda de la empresa o cuando la situación lo requiera. En tanto, el entrevistado expresa: “... en ese momento MP no me dice nada, me llama la tutora y me dice que -porque yo hablo mucho con ella- y me dice: llegó MP llorando y él no quiso contar nada, pero hablaba de una persona (...) ¿y qué pasó? y no sé, no me quiso contar nada, pero me lo comunicó” (autorregulación: búsqueda de ayuda en el CFL por parte de MP ante la necesidad de dar solución a un problema socio - laboral). Refiriéndose a otro hecho: “Yo llamo a la tutora y le digo: MP va con una amonestación, y en ese sentido ella me respalda totalmente, y me dice: retalo si lo tenés que retar, es un chico... y bueno lo estamos educando entre todos...”.- Ambos, supervisor y T.O., se comunicaron y resolvieron la situación en forma conjunta.

Respecto a su EXPERIENCIA como supervisor manifiesta: “Para las personas que tenemos la oportunidad de gerenciar áreas de producción, cada experiencia y cada integrante de nuestra organización es un desafío. Hoy observo la labor de MP y creo más aún que desde cada

puesto de trabajo podemos hacer un mundo más parecido al que realmente nos gustaría habitar”- expresión que puede interpretarse como un compromiso de valor.

Caso MP, 18 años

Ingresa al CFL N° 1 en marzo de 2001 al Taller de Carpintería, derivado de una Escuela Especial con diagnóstico de retraso mental. Para la admisión a formación laboral se tuvieron en cuenta los intereses del alumno y el trayecto pre-profesional.

Durante el primer año se identificaron las NEE a partir de las evaluaciones de desempeño realizadas por el TO y lo informado por el maestro de taller (MT): “Si bien posee conocimientos y uso de herramientas no posee ninguna norma de seguridad”; por lo cual se le posibilita adquirir o afianzar habilidades sugiriendo a tal fin la repetición del primer ciclo. En informes sucesivos se confirma una evolución lenta de los aprendizajes.

Durante el cuarto año de permanencia en el taller, el maestro informa sobre su buen desempeño laboral con adaptación a la dinámica de trabajo (2004). Consecuentemente, las evaluaciones posibilitaron su ingreso a pasantía laboral (PL) mediante la selección conjunta del MT, el TO y en la que también participó el jefe de planta de la empresa interesada y receptora del alumno pasante, respondiendo al perfil trazado por la misma.

En la entrevista con los familiares, éstos otorgaron la conformidad a los términos del convenio y firmaron la autorización para que MP pudiera realizar la PL en la empresa seleccionada a tal fin.

De acuerdo a lo informado por el TO en su función de integrador laboral, si bien MP comienza realizando trabajo en serie, al identificar el encargado “cierta dispersión”, éste es quien orienta y estimula al pasante rotándolo a otro puesto de trabajo con menor exigencia en ritmo (apoyo limitado).

El supervisor expresa respecto a la evolución de los aprendizajes: “El desempeño de MP dentro de la fábrica es bueno, reúne las aptitudes necesarias propias de su puesto de trabajo. Quizás tenga limitaciones de promoción en el futuro, su evolución es lenta pero constante”.-

La interacción con los compañeros de trabajo es negociada por el supervisor quien la enmarca desde el principio de igualdad y derecho a la diferencia, el que narra: “... previo a que entrara MP yo hice una reunión de personal y les aclaré muy bien la persona que iba a entrar. Cualquier tipo de cargada que yo notara como burla o como que utilicemos a MP como cafetero, mandadero, bueno, yo iba a sancionar. Jamás nada, jamás hubo un problema (...) MP es así nosotros lo toleramos como nos toleramos todos. No tiene problemas sociales distintos a los que puede tener cualquiera”.-

Y en cuanto a la aceptación de la autoridad, declara: “Conmigo sí, no hay ningún problema (...) él tiene su encargado (...) y él mucho no lo acepta (...) le cuesta, le cuesta (...) [Entrevistador: O sea, te identifica con la autoridad...] totalmente, cualquier cosa, cualquier permiso, lo que él necesite viene y me pregunta a mí (...) Que yo me haya enojado con MP me enojé una vez (...) lo sancioné. Las sanciones que tenemos nosotros parten de amonestaciones que son notas, apercibimientos, hasta que una acumulación o una falta muy grande se traslada a una suspensión”.-

El tiempo de permanencia cumpliendo con los tres Ciclos correspondientes a la Formación Laboral fue de 3 años y 2 meses, iniciando la PL en el transcurso del 3° Ciclo en mayo de 2004, extendiéndose la misma hasta marzo de 2006. Egresó de la PL por haberse integrado al mercado de trabajo.

En abril de dicho año se incorpora como trabajador de la planta permanente de la empresa al considerar el supervisor que “técnicamente durante estos dos años ha aprendido cosas y su rol, su puesto lo desarrolla eficientemente (...) es una cuestión humana, o sea, la empresa tiene esta cultura y vemos que necesita integrarse, cualquier empresa funciona dentro de una sociedad y esta empresa necesita estar integrada a la sociedad y MP es parte de la sociedad que necesita apoyo. En este aspecto lo podemos dar nosotros, el 50% es de parte de MP y el otro 50% de parte de la empresa”. - Es decir, la integración laboral se posibilitó por las capacidades y el interés de MP para desempeñarse en esta actividad productiva, sumado a la responsabilidad de la empresa al brindarle las oportunidades para la capacitación en un entorno accesible.

Entrevista al ex alumno - pasante MP

1. CAPACITACIÓN EN LA EMPRESA

Entrevistador (E): ¿Qué haces en la empresa?

MP: -Yo acá lijo, armo, marco y agujereo, todo eso.- (Conocimiento de las tareas que realiza)

E: ¿Y es la misma tarea que cuando empezaste la pasantía?

MP: - Casi la misma.-

E: ¿Sabías hacer esas tareas?

MP: - Sí sabía, algo sabía. Yo acá entré y no sabía bien cómo se armaban las cajas.-

E: ¿así que te enseñaron acá?

MP: - Sí.-

E: ¿Y haces siempre lo mismo, las mismas tareas?

MP: - Cambio, a veces voy lijando, armando...- (Rotación a distintos puestos de trabajo)

E: ¿Y te gustaría hacer otras tareas?

MP: - Sí, me gustaría cortar, usando las máquinas de acá.- (Interés en una capacitación centrada en el uso de máquinas)

2. FORMACIÓN LABORAL EN EL CFL N° 1

E: ¿Cómo son las tareas, te parecen fáciles o difíciles?

MP: - No fáciles.-

E: ¿Y cuándo empezaste a trabajar...?

MP: - No, pensé que me iba a costar, pero no, me adapté al toque.- (Adaptación)

E: ¿Usas alguna máquina?

MP: - Sí, a veces la caladora, a veces, casi nada.-

E: ¿y sabías usarla?

MP: - Sí, sabía.-

E: ¿Dónde habías aprendido?

MP: - Allá en el colegio.- (Competencias laborales adquiridas)

E: ¿Pensás que es peligroso el uso?

MP: - No, si sabes cortar bien, si no sabes, bueno...- (Prevención, Normas de Seguridad Industrial)

E: ¿Tuviste algún accidente?

MP: - No, acá no. (El supervisor relata un accidente no reconocido como tal por él)

E: ¿Y qué otras cosas te sirvieron del Centro?

MP: - Lo que aprendemos en carpintería, como yo quería y todo eso...El oficio que yo quería aprender.- (Capacitación centrada en los intereses)

3. INTEGRACIÓN SOCIAL a través del trabajo

E: ¿Y cómo te llevas con tus compañeros?

MP: - Bien, me llevo bien. No hay problemas con los compañeros-

E: ¿y con el supervisor?

MP: - También.-

E: ¿Quién es tu supervisor?

MP: - J y después está F.- (Conducta social apropiada en las relaciones jerárquicas y mandos intermedios)

E: ¿Durante la hora de descanso qué haces?

MP: - Comemos, descansamos... y hablamos de cosas.-

E: ¿Y a tus compañeros los ves fuera del trabajo?

MP: - Sí, nos reunimos. Juntos vamos a bailar, andamos por todos lados así.-

E: ¿Haces alguna actividad más allá de bailar?

MP: - Sí, nos juntamos a comer un asado en una casa cuando cobramos... somos dos o tres.-
(Actividades de interacción social con sus compañeros de trabajo)

4. EXPERIENCIA PERSONAL durante la PL

E: ¿Te gusta lo que haces?

MP: - Sí me gusta mi trabajo.- (satisfacción con el trabajo)

E: ¿Qué sentiste el primer día que entraste a la empresa?

MP: - Me costaba un poco los primeros días, no sabía cómo iba a hacer las cosas, hasta que le agarré la mano bien (...) Hasta lograr la confianza. Hay que adaptarse.-

E: ¿Cambió la pasantía algo en tu vida?

MP: - Sí, algo cambió.-

E: ¿en qué cambió tu vida personal?

MP: - Que ando mejor que antes, me vengo acomodando.- (adaptación)

5. FAMILIA:

E: ¿Qué piensa tu familia de tu trabajo?

MP: - Bien, que lo tengo que cuidar. Pensaban que me iba a durar poco el laburo y no. Nada que ver con antes. Es mejor. No me tenía confianza que iba a durar mucho. Ahora ya sé.-

E: - Ese es un logro.-

MP: - Lo conservo bien.- (Conservación del empleo como condición necesaria para la empleabilidad)

El tiempo transcurrido en PL le permitió a MP desarrollar capacidades personales - autonomía e independencia-, habilidades laborales y sociales, aspectos considerados para la decisión de incorporarlo a la planta permanente de la empresa, situación generadora de sentimientos de valía y autoestima, a pesar de su percepción respecto a la actitud negativa de su familia.

La pasantía laboral facilitó el desarrollo personal y de las competencias laborales de MP a través de su relación con el mundo del trabajo en la empresa seleccionada, la capacidad de obtener y conservar el empleo desempeñando el rol de trabajador y la integración social.

CONCLUSIONES

En relación a las necesidades educativas especiales de MP se identificó por parte del supervisor un “apoyo limitado” (transitorio y acotado en el tiempo) que consistió en la decisión de incorporar la figura de un tutor laboral y de rotar en otros puestos de trabajo para facilitar la capacitación del alumno en pasantía laboral. Tanto el recurso como la estrategia

implementada promovieron el interés y la satisfacción en el trabajo, incrementaron la independencia e interdependencia, la productividad y la integración social de MP.

Las propuestas de trabajo del Centro de Formación Laboral N° 1, las estrategias docentes que facilitaron el proceso de formación integral del alumno y la intervención sistemática durante la pasantía laboral (formación para el trabajo) pueden considerarse acciones de buenas prácticas del equipo docente al:

- Considerar los intereses del alumno y la orientación en la formación pre-laboral en la Escuela Especial, durante el proceso de admisión.
- Evaluar periódicamente para la admisión, el desempeño durante el proceso de formación profesional y el ingreso a pasantía laboral.
- Posibilitar la repetición de ciclos de formación laboral contemplando las necesidades educativas especiales del alumno.
- Seleccionar organizaciones empresariales que en cuanto a la rama posibiliten la continuidad de los aprendizajes laborales iniciados en el CFL N° 1 y en cuanto a la dimensión sean pequeñas o medianas para que permitan una mejor capacitación con la rotación del alumno - pasante por distintos puestos de trabajo y una supervisión más directa.
- Administrar entrevistas al jefe de planta de la empresa para el consentimiento respecto a la pasantía laboral e identificar los requisitos de admisión y permanencia en la empresa.
- Contemplar la incorporación del jefe de planta de la empresa en la selección del alumno - pasante.
- Promover la participación de la familia y brindar información a la misma respecto a la pasantía laboral.
- Acordar con los distintos actores los términos del convenio, lugar, condiciones, objetivos educativos, fecha de comienzo y finalización de la pasantía, horarios, tareas que realizará el pasante, forma y pago de la asignación estímulo que recibirá para viáticos y gastos escolares, derechos y obligaciones de las partes y datos del alumno para la posterior firma.
- Realizar el seguimiento formal e informal a través de visitas programadas por la terapeuta ocupacional (en la función de integradora laboral) a la empresa, o a demanda de ésta, para: la observación directa del pasante en relación a su desempeño laboral y a la dinámica grupal, la toma de entrevistas al pasante y supervisor, y el asesoramiento a éste.
- Registrar en el legajo del alumno la información recogida para el conocimiento y análisis del equipo interdisciplinario durante la pasantía laboral y posterior toma de decisiones respecto al egreso del CFL N° 1.

- Posibilitar la continuidad de la pasantía laboral durante el receso escolar con el seguimiento de la terapeuta ocupacional con funciones en el proyecto de escuela de verano, extendiéndose el horario y el aumento del estímulo.
- Ofrecer la posibilidad de concurrir al CFL N° 1 en contra turno ante la necesidad de apoyo pedagógico – social – laboral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. R. Díaz Jiménez et al., 2005. “El empleo de las personas con discapacidad y alternativas para su integración en el mercado de trabajo”. Universidad Pablo de Olavide / Unión General de Trabajadores de Andalucía (Sevilla).
2. S. M. Grinberg, 2003. “El mundo del trabajo en la escuela”. Universidad Nacional de San Martín. Baudino Ediciones (Buenos Aires). 73-4.
3. A. Jobert y otros, 1992. “Formación Profesional. Calificaciones y clasificaciones profesionales. Su influencia en las relaciones de trabajo. La experiencia francesa”. CONICET/SECYT. Piette-Humanitas (Buenos Aires). 29.
4. Dirección General de Cultura y Educación/Dirección de Educación Especial de la Provincia de Buenos Aires, 2003. “Anexo I. Trayecto Pre-profesional para alumnos con Necesidades Educativas Especiales”. Expte. N° 5801- 3279530/03. DGCE/DEE (La Plata). 6.
5. Decreto 340/92: “Sistema de pasantías”. Boletín Oficial, 28 de febrero de 1992.
6. DIRECCIÓN GENERAL DE CULTURA Y EDUCACIÓN/DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN ESPECIAL DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, 2003. Circular Técnica General N° 5. 20 de junio de 2003. <En World Wide Web: <http://abc.gov.ar/LaInstitución/SistemaEducativo/Especial/Circulares/Generales19992002/General2003/TecnicaGeneral5doc:10081>> [Consulta: abril de 2006]
7. J. Bruner, 1991. “Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva”. Alianza Editorial (Madrid). 29, 34, 52, 59, 31, 33.
8. P. Bourdieu, 1983. “Campo del poder y campo intelectual”. Folios Ediciones (Buenos Aires). 22.
9. J. Lave, 2001. La práctica del aprendizaje. En: S. Chaiklin y J. Lave (comp.). “Estudiar las prácticas. Perspectivas sobre actividad y contexto”. Amorrortu (Buenos Aires). 16-7, 19.
10. L. Pantano, 2002. La diversidad en la escuela: nosotros y los otros. Elementos para la reflexión. En: A. Dell’Anno (comp.). “Discapacidad y educación en la perspectiva de la diversidad”. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social/Universidad Nacional de Mar del Plata. Mundo Impresos (Mar del Plata). 22-3.

APENDICE A

Guión de entrevista para el responsable del pasante en la empresa

- ¿Cómo considera UD que ha sido la formación laboral recibida por el alumno-pasante en el CFL N° 1 en función de su desempeño en la empresa?
- ¿Fueron necesarios nuevos aprendizajes para la realización de las tareas asignadas al pasante? ¿Cuáles fueron dichos aprendizajes?
- ¿Qué opinión le merece la participación del CFL N° 1 en el seguimiento del alumno-pasante en la empresa?
- ¿Cuál es su visión respecto al desempeño del alumno en el puesto de trabajo ocupado?
- ¿Cómo es la relación del pasante con los compañeros de trabajo y con el supervisor?
- ¿Qué edades tienen los otros trabajadores?
- ¿Ha cambiado el clima de trabajo a partir de la incorporación del pasante a la empresa?
- ¿Qué condiciones observaron en el ex alumno del CFL N° 1 para decidir incorporarlo a la planta permanente?
- ¿Cuál ha sido su experiencia como “supervisor” de los pasantes del CFL N° 1?

Guión de entrevista para los alumnos en pasantía laboral y ex alumno pasante del CFL N° 1

- ¿Qué tarea haces en la empresa?
- ¿Es la misma tarea que cuando comenzaste la pasantía?
- ¿Sabías hacer estas tareas cuando comenzaste la pasantía?
- ¿Quién te las enseñó?
- ¿Haces siempre lo mismo? - ¿Te gustaría hacer otras tareas?
- ¿Cómo son tus tareas? ¿Fáciles o difíciles?
- ¿Trabajas con máquinas?
- ¿Sabías usarlas?
- ¿Pensás que es un trabajo peligroso?
- ¿Tuviste algún accidente? ¿Por qué se produjo? ¿Qué pasaría si tuvieras un accidente?
- ¿Lo que aprendiste en el centro (CFL N° 1) te sirvió para este trabajo?
- ¿Cómo te llevas con tus compañeros? ¿Y con el supervisor?
- ¿Compartís alguna actividad con ellos durante el descanso?
- ¿Compartís alguna actividad con tus compañeros fuera del trabajo?
- ¿Te gusta lo que haces?
- ¿Qué sentiste en tu primer día de trabajo?
- ¿La pasantía modificó tu vida personal? ¿En qué aspecto?
- ¿Qué piensa tu familia de tu trabajo?

APÉNDICE B

Glosario

Apoyo: Son los recursos y estrategias que promueven los intereses y metas de las personas con y sin discapacidades que les posibilitan el acceso a recursos, información y relaciones propias de ambiente de trabajo y vivienda integrados, y que dan lugar a un incremento de su independencia/interdependencia, productividad, integración en la comunidad y satisfacción de la persona (DGCE/DEE PCIA. BS. AS. Circular Técnica General N° 5. 20/06/03).

Aptitud: Es la potencialidad o predisposición de la persona para desarrollar una habilidad o un comportamiento. Es innata y puede definirse mediante las características siguientes: predisposición natural para determinado trabajo o tarea; existe sin ejercicio, entrenamiento o aprendizaje; se evalúa por medio de comparaciones; permite pronosticar el futuro del candidato en la profesión; con el ejercicio o entrenamiento se transforma en “capacidad”; predisposición general o específica a perfeccionarse mediante el trabajo; posibilita la orientación hacia determinado cargo a futuro y, es el estado latente y potencial del comportamiento (Chiavenato, 1998: p. 206).

Capacidad: Habilidad real de la persona en determinada actividad o comportamiento y se adquiere a partir del desarrollo de una aptitud mediante el entrenamiento o la práctica. Se adquiere y puede definirse a través de las características siguientes: habilidad para realizar determinada actividad o tarea; surge del entrenamiento o aprendizaje; se evalúa mediante el rendimiento en el trabajo; se refiere a la habilidad real del individuo; es el resultado de ejercitar la aptitud; es el grado de perfeccionamiento adquirido en el trabajo; posibilita su acoplamiento inmediato en el cargo y es el estado real de comportamiento. Una prueba de conocimiento o de capacidad ofrece un diagnóstico real de las habilidades del candidato, en tanto que una prueba de aptitud proporciona un pronóstico futuro de su potencialidad de desarrollo (Chiavenato, 1998: pp. 206-7).

Las capacidades se describen en la teoría de la competencia general como aquellos atributos que posibilitan a las personas para funcionar en la sociedad. La capacidad personal más relevante para la definición de retardo mental es la inteligencia conceptual que abarca la cognición y el aprendizaje. Los aspectos más relevantes de la competencia social son los intelectuales que comprenden tanto la inteligencia práctica como social (DGCE/DEE PCIA. BS. AS. Circular Técnica General N° 5. 20/06/03).

Competencia laboral: comprende los conocimientos, habilidades o destrezas que requiere un individuo para la ejecución de una actividad productiva así como los procedimientos para su evaluación, acreditación y certificación (Salinas Alemán, 1997: p. 147).

Las competencias son “conjuntos estabilizados de saberes y de saber hacer, de conductas tipo, de tipo de razonamiento, que se pueden poner en marcha sin nuevo aprendizaje... Esto permite saber con quien se puede contar para cumplir determinada tarea.” (Montmollin, M. de, “La inteligencia de la tarea” en A. Jobert y otros, 1992: p. 29).

Desempeño laboral: hace referencia a resultados y productos requeridos por el criterio de desempeño y delimitado por el campo de aplicación que permiten probar la competencia del trabajador (Salinas Alemán, 1997: p. 153).

Discapacidad: Concepto que refleja la interacción entre la limitación de capacidades intelectuales, habilidades adaptativas y las demandas del entorno (DGCE/DEE PCIA. BS. AS. Circular Técnica General N° 5. 20/06/03).

Empleabilidad: Abarca las calificaciones, conocimientos y las competencias que aumentan la capacidad de los trabajadores para conseguir y conservar un empleo, mejorar su trabajo y adaptarse al cambio, elegir otro empleo cuando lo deseen o pierdan el que tenían e integrarse más fácilmente en el mercado de trabajo en diferentes períodos de su vida (Resolución sobre el Desarrollo de Recursos Humanos, Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo, 88ª reunión, Ginebra, junio de 2000, párrafo 9) <http://www.cinterfor.org.uy>[02/03/07]

Probabilidad que tienen las personas desocupadas de encontrar un empleo en un período dado (Neffa, Panigo y Pérez, 2000: 27).

Limitación funcional: Comprende el efecto de las deficiencias en el desempeño o capacidad de ejecución (DGCE/DEE PCIA. BS. AS. Circular Técnica General N° 5. 20/06/03).

Mercado de Trabajo: Se comporta en términos de oferta y demanda, es decir, disponibilidad de empleos y demanda de empleos, respectivamente. Está conformado por las ofertas de trabajo o empleo ofrecidos por las organizaciones en determinado lugar y en determinada época. Básicamente lo definen las organizaciones y sus oportunidades de empleo (Chiavenato, 1998: p.136).

Necesidades Educativas Especiales: En el contexto del Marco de Acción, el término se refiere a todos los niños y jóvenes cuyas necesidades se derivan de su capacidad o sus dificultades de aprendizaje y tienen por lo tanto necesidades educativas especiales en algún momento de su escolarización (ONU, 1994: Declaración de Salamanca).

Las necesidades educativas especiales son las experimentadas por aquellas personas que requieren ayudas o recursos que no están habitualmente disponibles en su contexto educativo, para posibilitarles su proceso de construcción de las experiencias de aprendizaje establecidas

en el Diseño Curricular (MINISTERIO DE CULTURA Y EDUCACIÓN DE LA NACIÓN, 1998).

Ocupación: Conjunto de puestos de trabajo relacionados entre sí cuyas tareas principales son análogas y exigen aptitudes, habilidades y conocimientos similares (Pujol, 1987: p. 104).

La clasificación de ocupaciones agrupa a personas que realizan tareas similares independientemente del lugar en que ellas se lleven a cabo. Se utiliza la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO) aunque el contenido real de los grupos ocupacionales difiere de un país a otro, por diferencias en las definiciones y métodos de recopilación de datos (Serrat, 1999: p.121).

Pasantía laboral: Extensión orgánica del sistema educativo a instituciones de carácter público o privado para la realización, por parte de los alumnos y docentes, de prácticas relacionadas con su educación y formación, de acuerdo a la especialización que reciben, bajo la organización y control de la institución de enseñanza a la que pertenecen, durante un lapso determinado (Decreto 340/92: Art. 2º).

Puesto de Trabajo: Conjunto de tareas que dentro de determinadas condiciones de trabajo definidas generalmente por un establecimiento constituyen la labor regular de un individuo (Pujol, 1987: p. 105).

Tarea: Es una fracción importante del trabajo realizado en el ejercicio de un puesto y que se realiza en respuesta a un propósito definido por medio de la aplicación de un método específico (Pujol, 1987: p. 106).

APÉNDICE C

Bibliografía

BLASCO, E. (2004). Calidad de vida y autodeterminación. Reflexiones sobre el programa de acogida en un hogar para personas con graves discapacidades. En: A. Dell'Anno, M. Corbacho y M. Serrat (coord.). "Alternativas de la diversidad social: las personas con discapacidad". Universidad Nacional de Mar del Plata. Espacio Editorial (Buenos Aires).

BOURDIEU, P. (1983). "Campo del poder y campo intelectual". Folios Ediciones (Buenos Aires).

BRUNER, J. (1991). "Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva". Alianza Editorial (Madrid).

CASADO PÉREZ, D. y EGEA GARCÍA, C. (2006). Las estrategias para el cambio pro inclusión de las personas con discapacidad. <<http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/art/estrategias.htm>> [mayo de 2006].

CHIAVENATO, A. (1998). “Administración de Recursos Humanos” (2ª ed.). McGraw - Hill (Colombia).

DECRETO 340/92: “Sistema de pasantías”. Boletín Oficial, 28 de febrero de 1992.

DIAZ JIMENEZ, R. et al. (2005). “El empleo de las personas con discapacidad y alternativas para su integración en el mercado de trabajo”. Universidad Pablo de Olavide / Unión General de Trabajadores de Andalucía (Sevilla).

DIRECCIÓN GENERAL DE CULTURA Y EDUCACIÓN/DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN ESPECIAL DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES (2003). “Anexo I. Trayecto Pre-profesional para alumnos con Necesidades Educativas Especiales”. Expte. N° 5801-3279530/03. DGCE/DEE (La Plata).

DIRECCIÓN GENERAL DE CULTURA Y EDUCACIÓN/DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN ESPECIAL DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES (2003). Circular Técnica General N° 5. 20 de junio de 2003. <En World Wide Web: <http://abc.gov.ar/LaInstitución/SistemaEducativo/Especial/Circulares/Generales19992002/General2003/TecnicaGeneral5doc:10081>> [Consulta: abril de 2006]

FUNDACIÓN DISCAR (2004). Curso de Capacitación por video-conferencia para Profesores y Docentes: Empleo con Apoyo. Fundamentos y metodologías. < En World Wide Web: <http://www.fundaciondiscar.org.ar>>

GIRAUDO, E. D., NEFFA, J. C. (1990). “Condiciones y medio ambiente de trabajo (CYMAT). Manual de apoyo didáctico y guía para la capacitación”. CEIL – CONICET/SECYT y UTN Gral. Pacheco. Editorial Humanitas (Buenos Aires).

GRINBERG, S. M. (2003). “El mundo del trabajo en la escuela”. Universidad Nacional de San Martín. Baudino Ediciones (Buenos Aires).

JOBERT, A. y otros (1992). “Formación Profesional. Calificaciones y clasificaciones profesionales. Su influencia en las relaciones de trabajo. La experiencia francesa”. CONICET- SECYT. Piette-Humanitas (Buenos Aires).

LAVE, J. (2001). La práctica del aprendizaje. En: S. Chaiklin y J. Lave (comp.). “Estudiar las prácticas. Perspectivas sobre actividad y contexto”. Amorrortu (Buenos Aires).

MINAYO, M. C. S. (1995). “El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud”. Editorial Lugar (Buenos Aires).

MINISTERIO DE CULTURA Y EDUCACIÓN DE LA NACION (1998). “Material de trabajo para la elaboración de un acuerdo marco para la educación especial”. Agosto de 1998.

NEFFA, J. C. (1988). “¿Qué son las condiciones y medio ambiente de trabajo? Propuesta de una nueva perspectiva”. Editorial Humanitas (Buenos Aires).

NEFFA, J. PANIGO, D. y PEREZ, P. (2000). En: M.A.A. Espinosa. Del empleo a la empleabilidad, de la educación a la educabilidad. ASET (Asociación Argentina de Especialidades en Estudios del Trabajo). CEIL-CONICET. Universidad Nacional de Luján. Séptimo Congreso de Especialistas en Estudios del Trabajo. <www.aset.org.ar/congresos/7/10003.pdf> [fecha de consulta 05/11/06].

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA EDUCACIÓN, LA CIENCIA Y LA CULTURA / MINISTERIO DE EDUCACION Y CIENCIA DE ESPAÑA (1994). “Declaración de Salamanca y marco de acción para las necesidades educativas especiales”. 7 al 10 de junio de 1994. Salamanca, España.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (1996). “Introducción al estudio del Trabajo” (4ª ed. rev.). Oficina Internacional del Trabajo (Ginebra).

PANTANO, L. (2002). La diversidad en la escuela: nosotros y los otros. Elementos para la reflexión. En: A. Dell’Anno (comp.). “Discapacidad y educación en la perspectiva de la diversidad”. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social - Universidad Nacional de Mar del Plata. Mundo Impresos (Mar del Plata).

PUJOL, J. (1987). “Análisis Ocupacional. Manual de aplicación para instituciones de Formación Profesional”. CINTERFOR / OIT (Montevideo).

SALINAS ALEMAN, A. (1997). Modelo de proceso para la elaboración de las normas técnicas de competencia laboral en el Consejo de Normalización y Certificación de las Competencias Laborales de México. En: “Herramientas para la transformación”. CINTERFOR / OIT (Montevideo).

SERRAT, M. (Comp.) (1999). “Vocabulario para el estudio interdisciplinario de la discapacidad”. Ediciones Martín (Mar del Plata).

VALLES, M. S. (1999). “Técnicas Cualitativas de Investigación Social. Reflexión metodológica y práctica profesional”. Síntesis (Madrid).

“EVALUACIONES FUNCIONALES DE TERAPIA OCUPACIONAL EN EL
TRATAMIENTO FOCAL DE LA ESPASTICIDAD”

Autores: Lic. Lorena Esther Degue

Lic. Sandra Cecilia Nieto Ramírez

Fundación para la Lucha de Enfermedades Neurológicas Infantiles FLENI. Sede Escobar.

Ruta 9, Km .52,5 Escobar (B1625XAF) Buenos Aires –Argentina

Tel/Fax: 03488-410000

E-mail: sede-escobar@fleni.org.ar

I. “EVALUACIONES FUNCIONALES DE TERAPIA OCUPACIONAL EN EL TRATAMIENTO FOCAL DE LA ESPASTICIDAD”

II. Lic. Lorena Esther Degue, Lic. Sandra Cecilia Nieto Ramírez

III. Fundación para la lucha de enfermedades neurológicas infantiles. FLENI. Sede Escobar.

IV. Cuando los Terapistas Ocupacionales abordamos el tratamiento específico de la espasticidad fácilmente comenzamos a adaptarnos a modelos de abordaje biomecánico, ya que, es habitual medir objetivamente la efectividad del tratamiento mediante el análisis del rango articular, tono muscular, fuerza de músculos agonistas y antagonistas y observación de la recuperación de patrones específicos de movimiento.

Aunque, si tenemos en cuenta, el concepto de salud definido por la OMS en la CIF sabemos de la importancia actual de desarrollar escalas y marcos de trabajo mas integradores persona-tarea –ambiente y comunidad, lo que determina la necesidad de analizar a la persona con espasticidad desde un aspecto mas integral. Así, la cuantificación de aspectos analíticos de movimientos debería complementarse con el análisis de patrones de ejecución que se deben mejorar o facilitar para que el paciente logre completar eficazmente su desempeño ocupacional como resultado de la interacción dinámica entre éste, la tarea y el ambiente.

Nosotros comenzamos a utilizar en la Clínica de Espasticidad de Fleni la escala Arm Motor Ability Test (AMAT) que consiste en la valoración del desempeño del paciente en una serie de actividades de la vida diaria básicas e instrumentales y la escala Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) modificada que mide específicamente la efectividad o ineffectividad de las diferentes habilidades motoras y de procesamiento requeridas e involucradas en cada actividad.

Estas escalas nos permiten no solo evaluar los cambios sino también la posibilidad de plantear junto con el paciente nuevos objetivos de tratamiento en función de sus intereses y motivaciones.

V. Históricamente el tratamiento de la espasticidad en pacientes neurológicos se basa en modelos de abordaje biomecánico ⁽¹⁾, utilizando, para medir la efectividad del tratamiento focal, escalas específicas de medición de rango articular (Goniometría⁽²⁾); grados de aumento o disminución del tono (Ashworth modified ⁽³⁾, Tardieu ⁽⁴⁾); escalas de frecuencia de espasmos (Spasm Frequency Store⁽⁵⁾), pruebas que miden los reflejos tendinosos (H-Reflex and H/M Ratio⁽⁶⁾), escalas recuperación motora (Brunnstrom Stroke Scale⁽⁷⁾ y la Fugl Meyer Scale⁽⁸⁾), en algunos casos se utilizan dinamómetros para medir fuerzas de puño y de pinzas⁽⁹⁾ y la Medical Research Council Scale (MRC)⁽¹⁰⁾ que permite medir la fuerza muscular en los diferentes miembros. Los doctores Nathaniel Mayer y Alberto Squenazzi han desarrollado el método de valoración por medio de electromiografía dinámica haciendo hincapié en una mayor efectividad para localizar y analizar alteración del tono en músculos individualizados^(11, 12).

En los últimos tiempos surgió la necesidad de incorporar escalas funcionales y muchos científicos sumaron a sus trabajos la Functional Independence Measure ⁽¹³⁾ y el Barthel Index⁽¹⁴⁾ para evaluar cambios en la independencia de las actividades cotidianas; sin embargo, los resultados reflejan que estas escalas son pocos sensibles a la hora de medir cambios antes y después de la reducción del tono muscular.

El Arm Motor Ability Test (AMAT)⁽¹⁵⁾ ha sido desarrollado para medir los resultados del tratamiento de Constraint Induce⁽¹⁶⁾. Es una escala observacional que consta de 13 actividades de la vida diaria básicas e instrumentales simuladas, las cuales la persona debe realizar cumpliendo pasos específicos mientras está siendo filmado. Las actividades son divididas en componentes de tarea que varían de dos a tres según la actividad y la valoración de cada componente es de 0 (no logra realizarlo) a 5 (normal), evaluando calidad y habilidad motora, con valores intermedios que varían según el nivel de compensación que realice o la sinergia utilizada por la persona.

Ya que las escalas funcionales mencionadas anteriormente no logran valorar específicamente el antes y después del tratamiento focal de la espasticidad comenzamos, en la clínica de espasticidad, a utilizar el AMAT que nos permitió observar cambios de las destrezas motoras requeridas para las actividades cotidianas.

Específicamente en una investigación que estamos realizando que permite correlacionar los resultados analíticos del movimiento con los resultados de las destrezas en actividades de la vida diaria simuladas y con los de resonancias funcionales del cerebro en personas con secuelas de accidentes cerebrovasculares, obtuvimos hasta el momento, de una muestra de 5 pacientes que mejoras en los resultados de la activación cerebral se correlacionan con mejoras

en los resultados analíticos y en la calidad y habilidad de las destrezas motoras en las actividades evaluadas en el AMAT⁽¹⁷⁾.

Sin embargo la posibilidad de elegir entre actividades significativas para la persona no está contemplada por esta escala, por esto la complementamos con la Assessment of Motor and Process Skills (AMPS)^(18, 19) que mide específicamente la efectividad o ineffectividad de las diferentes habilidades motoras requeridas e involucradas en cada actividad, las cuales, son desarrolladas en un contexto adecuado y apto para la actividad que se va a realizar. Realizamos una modificación de la misma, ya que las actividades que utilizamos en la Clínica son propuestas por el paciente y planteadas en la entrevista inicial como actividades de interés (y no las específicas que propone la escala validada).

Vamos a dar un ejemplo: Una paciente de 39 años de edad que concurre a la Clínica de Espasticidad presenta una limitación en la abducción de hombro derecho, específicamente por un aumento de tono de Ashworth $\frac{3}{4}$ en aductores y podía abducir activamente 60° según medición goniométrica; la evaluación de fuerza muscular según la escala de MRC mostró que su fuerza en abducción era de 3+ (enmascarada por el aumento de tono); en relación a lo funcional pudimos saber que una actividad de gran interés para ella era pintar y que no la estaba pudiendo realizar porque su capacidad de tolerancia a mantener el miembro superior, para pintar en atril (técnica que ella utilizaba regularmente), era casi nula; se decidió tratar localmente el redondo mayor y pectoral mayor y la aducción de hombro disminuyó a Ashworth 1+ y logró una abducción activa de 110° lo que no sería tan interesante de decir sino sabemos que esto le permitió retomar su actividad de pintar en atril y según refería con una fatiga mínima que en reevaluaciones sucesivas fue disminuyendo, ya que a medida que realizaba la actividad con frecuencia aumentaba la tolerancia y fuerza de los abductores de hombro.

Esto aumenta nuestro desafío, ya que no es fácil mantener un abordaje centrado en el cliente en un tratamiento que históricamente viene siguiendo el modelo de abordaje biomecánico, sin embargo siempre debemos tener presente, que el involucrarse en una ocupación y estar “activo” es el objetivo de la intervención de Terapia Ocupacional. La salud y el bienestar son conceptos holísticos y se desarrollan y mantienen con la dedicación activa en una ocupación. Muy frecuentemente se observa una falta de destreza en personas con espasticidad cuando intentan desempeñarse en una ocupación, lo cual puede limitar el desempeño en la misma y desencadenar falta de motivación para perseverar en su realización.

El AMAT complementado con el AMPS modificado son herramientas propias de nuestra disciplina, fáciles de administrar, objetivizan los datos que obtenemos de la entrevista con el paciente y/o familiares y no solo nos permite evaluar los cambios, sino también, la posibilidad de plantear junto con ellos nuevos objetivos de tratamiento en función de sus intereses y motivaciones, a fin de aumentar la participación del mismo en actividades significativas que en definitiva definen sus roles y lo representan como persona.

VI.

1. Hopkins Helen L., Smith Helen D., 1998. "Terapia Ocupacional- Willard/Spackman" Ed. Panamericana (España) Octava Edición: 66-67
2. Trombly, Catherine A. 1990 "Terapia Ocupacional para enfermos incapacitados físicamente" La Prensa Médica Mexicana; Parte Uno: 240-256
3. Bohannon RW, Smith MB., 1986. Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity. *Phys Ther*; 67: 206-207
4. Haugh AB, Pandyan AD, Johnson GR., 2006. A systematic review of the Tardieu Scale for the measurement of spasticity. *Disabil Rehabil*; 28: 899-907
5. Snow BJ, Tsui JKC, Bhart MH, Varelas M, Hashimoto SA, Calne DB., 1990. Treatment of spasticity with botulinum toxin: a double blind study. *Ann Neurol*; 28: 512-515
6. Delwaide PJ., 1993. Human reflex studies for understanding the motor system. *Phys Med Rehabil Clin North Am*; 4: 669-686
7. Brunnstrom S., 1970. "Movement Therapy in Hemiplegia" Harper and Row (New York)
8. Sanford J, Moreland J, Swanson LR, Stratford PW, Gowland C., 1993. Reliability of the Fugl Meyer assessment for testing motor performance in patients following stroke. *Phys Ther*; 73: 447-454
9. Trombly CA, Scott AD., 1977. "Evaluation and treatment of hand function, in Occupational Therapy for Physical Dysfunction" Williams and Wilkins (Baltimore)
10. Gregson J, Leathley M, Moore P, Smith T, Sharma A, Watkins C., 2000 Reliability of measurements of muscle tone and muscle power in stroke patients. *Age and Ageing*; 29: 223-228
11. Mayer N., 2004. Choosing Upper Limb Muscles for Focal Intervention After Traumatic Brain Injury. *J Head Trauma Rehabil*; 19, 2: 119-142
12. Mayer N., Esquenazzi A, Keenan MA., 1996. Evaluation and Management of Spasticity, Contracture and Impaired Motor Control. *Medical Rehabilitation of Traumatic Brain Injury* Zasler N. Horn eds. (Philadelphia); 411-458

13. Keith R, Granger C Hamilton B Sherwin F., 1987. The Functional Independence Measure: A new tool for rehabilitation. *Adv Clin Rehab*; 1: 6-18
14. Mahoney F, Barthel D., 1965. Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Med J*; 14: 61-65
15. Kopp, B., Kunkel, A., Flor, H., Platz, T., Rose, U., Mauritz, K.H., Gresser, K., McCulloch. K.L., & Taub, E., 1997. The Arm Motor Ability Test (AMAT): Reliability, validity and sensitivity to change. *Arch. Phys. Med. Rehab*; 78: 615-620
16. Taub E, Crago JE, Uswatte G., 1998. Constraint-Induced Movement Therapy: a new approach to treatment in physical rehabilitation. *Rehabil Psychol*; 43:152-70.
17. Villarreal M; De Ambrosi, B; Silva, L; Nieto Ramírez, S; Gómez Argüello, S; Crespo, M; Fridman E., 2006. "Plasticidad Adaptativa luego del Tratamiento con Toxina Tipo A en la Espasticidad de Miembro Superior por Accidente Cerebrovascular" Poster presentado en el XLIII Congreso Argentino de Neurología.
18. Carmen Gloria de Las Heras., 2005. "Teoría y Aplicación del Modelo de Ocupación Humana" Copyright Encuentros; Segunda parte: 230-246
19. <En World Wide Web: <http://www.ampsintl.com/> [10 de Marzo 2007]

HISTORIAS INFANTILES COMO INSTRUMENTO MEDIADOR EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN TERAPIA OCUPACIONAL. Mg. Ana Cléa Veras Camurça Vieira, Dra. Luiza Jane Eyre de Souza Vieira, Dra. María Teresa Moreno Valdés. Universidad de Fortaleza, Fortaleza, Ceará, Brasil. Av. Washington Soares, 1321, teléfono: 055 85 3477 3203, anaclea@unifor.br y fax 055XX8534773062.

El trabajo contó en ayuda financiera de la Fundação Cearense de Apoio de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – FUNCAP e ayuda al material de Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq.

HISTORIAS INFANTILES COMO INSTRUMENTO MEDIADOR EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN TERAPIA OCUPACIONAL. Mg. Ana Cléa Veras Camurça Vieira, Dra. Luiza Jane Eyre de Souza Vieira, Dra. María Teresa Moreno Valdés. Instituto Dr. José Frota. Fortaleza-CE. Brasil

Los accidentes en la infancia y las hospitalizaciones que provocan constituyen grandes desafíos considerando los problemas que pueden acarrear al desarrollo infantil, principalmente por la interrupción de los papeles ocupacionales y repercusión en el ciclo vital. El estudio tuvo como objetivo comprender el sentido de las historias infantiles utilizadas como estrategia promotora de salud en Terapia Ocupacional (TO), desde la percepción del niño hospitalizado. Metodológicamente, se sustenta en el abordaje cualitativo, caracterizándose como estudio descriptivo. Fue realizado de julio a octubre de 2005, en la Unidad Pediátrica del Instituto Dr. José Frota, hospital de referencia en el Norte-Nordeste de Brasil, en atención al politraumatizado, en Fortaleza, Ceará. Participaron del estudio 10 niños y niñas entre 6 y 10 años, víctimas de accidentes no intencionales. Los datos fueron obtenidos mediante investigación documental, entrevista, lectura de historias, diario de campo, dibujo y observación participante. Los resultados fueron analizados fundamentalmente a la luz de la teoría Histórico-Cultural y apuntaron hacia las categorías: diversidad y ecología del accidente, sentido de las historias, práctica de la lectura en la hospitalización y pluralidad de cuidados. Esas categorías convergieron hacia el *tienena*: Historias infantiles como instrumento mediador en la Promoción de la Salud en TO. Concluyese que la utilización de historias infantiles en ambiente hospitalario, práctica del terapeuta ocupacional, es estrategia promotora de salud, por favorecer el bienestar de los niños y desarrollar la autoconstrucción de conocimientos sobre prevención de accidentes. Acreciéntese que es un instrumento adaptable, en consonancia con las necesidades/posibilidades de los niños, que considera sus contextos.

Palabras clave: Promoción de Salud, niño hospitalizado, Terapia Ocupacional, historias infantiles, Teoría Histórico-Cultural

INTRODUCCIÓN

La hospitalización infantil es hoy un tema bastante discutido, fruto de varias polémicas sobre la influencia del ambiente hospitalario en el desarrollo del niño, constituyendo objeto de estudio y reflexiones sobre el concepto de Salud.

Esas discusiones, sobre los rumbos de la Salud, focalizando el ambiente, surgieron a partir de la Tercera Conferencia Internacional sobre Promoción de Salud, la Conferencia de Sundswall⁽¹⁾, repercutiendo, positivamente, con la promulgación del Estatuto del Niño y del Adolescente (ECA)⁽²⁾ y, posteriormente, con la creación del Programa Nacional de Humanización de Asistencia Hospitalarioia, que favorecieron, en Brasil, la necesidad de humanización de cuidados en ambiente hospitalario.

La Conferencia de Sundswall⁽¹⁾ preconiza la necesidad de propiciar ambientes saludables, siendo imperativa la creación de locales favorables y promotores de Salud, estableciendo que todos los profesionales de Salud pueden contribuir con esos espacios, pues son interdependientes e inseparables, influenciando la dimensión física, social, espiritual, económica y política del ser. Reafirma la importancia del compromiso que estos profesionales deben tener en el sentido de promover la Salud, preservando ambientes y conductas volcadas hacia la humanización en la atención al usuario del servicio⁽³⁾.

El Programa Nacional de Humanización de la Asistencia Hospitalarioia⁽⁴⁾ surgió debido a cuestiones históricas que condujeron a la implantación y consolidación del sistema de Salud brasileiro. El hospital era un local de aislamiento y segregación, pues acogía personas portadoras de alguna dolencia y que no deberían estar en la convivencia familiar, social⁽³⁾.

Ese local o ambiente de cura inherente al modelo biomédico, tradicionalmente es retratado como forma de punición^(5,6) para quien, de alguna manera, fue profundamente acometido por la enfermedad, especialmente para aquellos que poseen personalidades fatalistas, que los predisponen al desarrollo de algunas enfermedades⁽⁷⁾.

Actualmente, se preconiza la transformación del hospital en un ambiente significativo para la Promoción de la Salud, implementando y adecuando las biotecnologías al contacto humano, así como la relación de los profesionales con el contexto y con las necesidades del niño y de la familia que vivencian el proceso de adolecimiento.

Con el objetivo de salvaguardar algunos de esos derechos, surgen en Brasil el Estatuto del Niño y del Adolescente (ECA)², se eligen algunas necesidades básicas del niño, no

haciéndose referencia aquí apenas a la sobrevivencia. Para que sea feliz, se acredita que este niño necesita ser amado, sentirse seguro, aceptado incondicionalmente y acogido por los padres o responsables, tratado con respeto y tolerancia, además de oído. Esas necesidades, que estructuran y favorecen la adquisición de autonomía, deben ser preservadas, independientemente del ambiente en que los niños estén⁽²⁾.

De ese modo, la hospitalización en la infancia puede configurar una experiencia potencialmente traumática, por el alejamiento de la convivencia familiar, pérdida de la autonomía, mudanzas conportamentales como miedo, ansiedad, regresión e inseguridad que dificultarán la recuperación de la Salud⁽⁸⁾.

La repercusión de experiencias hospitalarias positivas refuerza el hecho de que, cuando un niño se siente seguro se torna disponible en la relación con el otro y con el mundo que lo rodea y esto influenciará en su aprendizaje y adaptación⁽⁹⁾.

Para contextualizar la práctica del terapeuta ocupacional en los ambientes hospitalarios, se relaciona a la ciencia Terapia Ocupacional al individuo, a los papeles y a las ocupaciones. Eses son los elementos clave en las relaciones y en el desempeño ocupacional en el ambiente en que vive. Los terapeutas ocupacionales tienen la función de estimular a los individuos en los procesos de terapia, dirigiendo actividades y tareas de forma creativa y terapéutica para alcanzar objetivos que sean significativos y relevantes para la vida diaria⁽¹⁰⁾.

La historia del niño y la comprensión de su contexto familiar son puntos de partida para la asistencia terapéutica ocupacional⁽¹¹⁾. El principal camino para la elaboración de esa asistencia, sin embargo, es la observación, considerando que la visión del terapeuta ocupacional investiga lo que ocurre en la relación establecida con el cliente y las actividades, principal instrumento utilizado para registrar y componer una historia que trae elementos del sujeto de la asistencia, de su día a día y de sus necesidades.

El terapeuta ocupacional y los otros niños que participan del grupo de historias pueden actuar como intérpretes de la adecuación social y cultural de las acciones de estos sujetos, esclareciendo eventos reales⁽¹²⁾. El proceso de oír la historia del niño puede abrir una ventana para que este profesional comprenda su mundo y sus percepciones a partir de los cuestionamientos sobre las historias infantiles y la dolencia.

Partiendo de ese presupuesto, en 2001, la Fundación Abrinq, el Citigroup y el Ministerio de Salud se unieron para instalar bibliotecas y capacitar profesionales de Salud, como contadores de historias infanto-juveniles en diversas situaciones, como salas de espera, momentos transitorios o libres del ingreso y en la atención en los hospitales. Ese proyecto que, es llamado de **Biblioteca Viva en Hospitales**, tiene el objetivo de hacer con que la

hospitalización no sea solamente un factor de exclusión, mas que pueda colaborar con la promoción del universo imaginario del niño⁽¹³⁾.

Desde el momento en que la historia “saca” al niño por algunos momentos de ese mundo de sufrimiento, conduce al niño a sonreír, a soñar, ayuda en el alivio de sus tensiones, disminuye el estrés y auxilia en la adaptación al ambiente hospitalario⁽¹⁴⁾.

Ese encantamiento del ser humano por las historias es un trazo genético, describiéndolo como un contador de historias⁽¹⁵⁾, a partir de los hechos de la vida cotidiana teje como narrativa, sobre todo para hacer buena figura delante de otros e interpretando la realidad.

Las actividades lúdicas, envolviendo las historias infantiles, proporcionan estímulos a la imaginación. Proporciona la creación de un estado imaginario, no es algo fortuito en la vida del niño, por el contrario, es la primera manifestación de la emancipación del niño en relación a las restricciones situacionales⁽¹⁶⁾.

De ese modo, el saber popular y espontáneo del niño debe ser sumado a las acciones en Educación en Salud a partir de las iniciativas que favorecían transformaciones en el ambiente hospitalario, posibiliten el acogimiento, una relación dialógica entre el terapeuta ocupacional y el niño. En ese sentido, la investigación tuvo como objetivos: comprender el sentido de las historias infantiles utilizadas como estrategia promotora de Salud en Terapia Ocupacional en la percepción del niño hospitalizado; describir los efectos provocados por las historias infantiles sobre las acciones y actitudes de los niños hospitalizados; y analizar como el niño reconstituye, por intermedio del dibujo, la historia contada, y cuales las relaciones que establece entre sus vivencias.

REFERENCIAL TEÓRICO Y METODOLÓGICO

La perspectiva teórica de la pesquisa fue respaldada a través de la Teoría Histórico-Cultural y teorías sobre el juego, enfatizando los contextos sociales y culturales, además del papel desempeñado por el terapeuta ocupacional en el desarrollo de las actividades infantiles. Para articular la autoconstrucción del conocimiento a partir de la historia infantil y de las vivencias de los niños el camino metodológico fue delineado y sustentado en el abordaje cualitativo, caracterizándose como un estudio descriptivo. La línea teórico-metodológica fue constituida enfocando las visiones **macro**, **meso** y **micro** sobre la problemática.

Para entender al niño en una visión macro sobre desarrollo infantil, nos apropiamos de la teoría histórico-cultural, preconizada por Vygotski^(16,17,18) la cual nos permitió el entendimiento de las cuestiones relacionadas a las funciones superiores específicamente humanas y las relaciones con el contexto cultural y social.

Describimos algunos axiomas inherentes a la teoría histórico-cultural, inferido que, para el autor antes citado, el desarrollo de las funciones superiores pasa inicialmente por el plano social y después por un nivel individual. La transmisión y la adquisición de esos conocimientos y de los patrones culturales solamente son posibles a partir del proceso de internalización que pasa por el plano interpsicológico (entre las personas) e intrapsicológico (en el interior del niño).

En la internalización, se establece la reconstrucción interna de una operación externa e incide en una serie de transformaciones resultantes de procesos evolutivos a partir de los conceptos, en los cuales ocurre la formación de la consciencia, producto de la subjetividad a partir de situaciones de intersubjetividad ⁽¹⁹⁾.

Ese proceso es promovido por la mediación, caracterizada en la relación del individuo con el mundo y con otros individuos, para el desarrollo de las funciones psicológicas superiores. Los siguientes componentes para la interacción son: el organismo receptor, el estímulo y el mediador ^(18,20).

En este estudio, nos apropiamos de los componentes para la interacción, esclareciendo que el organismo receptor es simbolizado por el niño hospitalizado, el estímulo, por las historias infantiles, y el mediador, por la investigadora, que representa la Terapia Ocupacional como ciencia y práctica promotora de Salud.

Podemos citar como instrumentos mediadores las herramientas y los signos. Las herramientas están relacionadas a los objetos físicos, que causan modificaciones ambientales, mientras los signos son elementos constituyentes de la cultura, con la función de actuar directamente en las acciones. Los más comunes son los **sistemas** simbólicos que nos permiten actuar sobre la realidad ⁽²¹⁾.

Es imprescindible entender las acepciones diferentes sobre el significado y el sentido. El significado se refiere al sistema de relaciones objetivas que se formó en el desarrollo de la palabra y consiste en el núcleo relativamente estable de comprensión de la palabra, compartido por todos que la utilizan. El sentido se refiere al significado de la palabra para cada individuo, compuesto por las relaciones que dicen a respecto del contexto del uso de la palabra y las vivencias afectivas del individuo ^(16, 21, 22,23).

Cuando buscamos el sentido de las historias infantiles para los niños hospitalizados por accidentes, buscamos subsidiar y ampliar prácticas educativas apoyadas en el desarrollo social y cognitivo del niño, destacando los papeles ocupacionales.

En ese sentido, también ofrecemos algunos elementos para la reflexión sobre la significación y su relación con el desarrollo constituido en la interacción social y en el contexto histórico-cultural. Los “significados están en la mente”, pero tienen origen en la cultura en que son constituidos ⁽²⁴⁾. Esto permite que sean negociados, que exista comunicabilidad e intercambio cultural . De esta manera, es la cultura que ofrece los instrumentos para organizar y comprender nuestros mundos de formas comunicables.

A partir de la internalización de la lengua surge el discurso interior, que es un discurso sin vocalización; es una lengua dirigida al propio individuo; es en realidad un diálogo consigo mismo, corriente en el plano **intrapsicológico** y se encarga con el sentido de las palabras y de las vivencias afectivas y contextuales. El discurso interior es el pilar para apoyar los procesos psicológicos más complejos, como: proceso del pensamiento, de la autoregulación, de planeamiento de la acción, de monitoración del propio funcionamiento volitivo-afectivo ^(16,21).

El recorrido teórico debe ser explicitado y comprendido en razón de ideas sobre el aprendizaje comprendiendo el nivel de desarrollo real, entendido como aquello que los niños consiguen hacer por si mismos. Esos conceptos muestran que la comprensión y interpretación del nivel de desarrollo real y del nivel de desarrollo potencial del niño están basados en presupuestos teóricos vinculados a la filogénesis y a la ontogénesis ⁽¹⁶⁾. En esa premisa, señala la formación de la zona de desarrollo proximal (ZDP), denominada como la distancia entre el nivel real de desarrollo, determinando la independencia en resolver problemas de forma independiente, y el nivel de desarrollo potencial, verificado por medio de la requisición de los medios de ayuda durante la interacción con el adulto o colaboración con otros, con mayor aptitud. ^(22, 23).

La (ZPD) es una zona de subjetividad, un local de encuentro de mentes, para negociar significados y entendimientos a la medida que avanza la interacción o el desarrollo de tareas y no es necesario que exista comprensión compartida y total del significado de la actividad, bastando que ambos actúen como si sus comprensiones fueran iguales ⁽²⁵⁾.

Consideramos el concepto de mediación en la perspectiva de Vygotski, y escogemos el terapeuta ocupacional como mediador y contribuyente en el proceso de internalización de los conceptos y propulsor de la zona de desarrollo proximal durante su interacción con el niño mediante la actividad en el hospital, facilitando la ejecución del desempeño ocupacional, mientras que la narrativa de la historia infantil y el dibujo son denominados de signos (instrumentos mediadores) que auxilian los procesos psicológicos ⁽²⁰⁾.

Buscamos esos signos con la finalidad de aproximarnos del niño en la situación de “hospitalizado”, focalizando el contexto de desempeño ⁽²⁶⁾. Denominamos ese foco de

observación de problemática la **visión meso**, visto que exploramos el contexto ambiental en que él se encuentra y utilizamos instrumentos mediadores, posicionando el terapeuta ocupacional como articulador, debiendo actuar desarrollando situaciones problemas justamente en la zona de desarrollo proximal, por medio de instrumentos mediadores (narrativa, la literatura infantil y el dibujo).

Los elementos estructurales de las narrativas componen la acción como base, pues representan el conjunto de hechos o situaciones, los personajes, que ejecutan las acciones y están clasificados a tipos, con carácter y individualidades, el espacio-elemento determinante de las circunstancias locales, del escenario, el **tiempo** producto de hechos que se desencadenan a un final, en asociación con instrumentos ⁽²⁷⁾.

Helfrich, Kielhofner y Mattingly propusieron que las narrativas ayudan a explicar decisiones y comportamientos de las personas en los contextos terapéuticos ocupacionales, porque están conectadas al concepto de identidad ocupacional, revelan las formas de pensar, de sentir y de hacer de las personas y sus influencias ambientales ⁽²⁸⁾.

Los signos y las palabras constituyen para los niños una forma de comunicación con los adultos. Cuando el niño ya no hace solicitudes verbales al adulto y ya es capaz de elaborar, por medio de internalización, formas de resolución de problemas, ese fenómeno, Vygotski lo llamó de discurso interior ⁽²²⁾.

Esa línea nos conduce para el entendimiento de las imágenes figurativas del dibujo del niño, relacionándolos con su percepción, están los esquemas figurativos que el niño utiliza para significar alguna cosa y que “una de las características de la percepción es que no podemos separarla funcionalmente de la atribución del sentido al objeto percibido” ⁽¹⁷⁾. La teoría histórico-cultural de Vygotsky nos remite todavía al análisis sobre el dibujo de los niños, que no dibujan lo que ven, sino lo que conocen.

Vygotsky diz que el niño dibuja utilizando la memoria y por eso el dibujo puede ser considerado una narración gráfica. La característica de esa narración es que ella no tiene fuerza narrativa en si misma, mas, sí, en la conversación que acompaña el proceso de su producción. Para el niño, mientras más elementos gráficos sean colocados, más significados tendrán los dibujos ⁽²⁹⁾.

Para comprender al niño hospitalizado y al sentido de las historias infantiles en el nivel **micro**, nos basamos en la Terapia Ocupacional como ciencia y profesión. Esa contextualización se dará en la concepción del hombre como “ser ocupacional”. **Primero**, por la forma, función, significado de la ocupación y la importancia de la naturaleza ocupacional para los seres humanos; **segundo**, por los papeles ocupacionales que los individuos ejercen en

sus contextos personales, sociales y culturales; y el **tercero**, por el instrumento de acción mediador de ese proceso, que es la actividad humana ^(10,30).

Las ocupaciones tienen un significado personal, bem así como dimensiones culturales, temporales, psicológicas, sociales, espirituales y simbólicas y son histórica y culturalmente establecidas ^(26, 30, 31).

Estudios realizados por Law, Stteinwender y Leclair sobre los efectos de la ocupación para la Salud y el bienestar incluyeron 23 investigaciones con esa temática y concluyeron que los efeitos de la ocupación en la vida de las personas dependen de la relación entre persona, ambiente y ocupación. Los terapeutas ocupacionales deben buscar métodos que establezcan una relación entre la práctica y las habilidades personales, proponiendo actividades que tengan significado para sus vidas ⁽³²⁾.

En ese sentido, la práctica de Terapia Ocupacional debe reunir los conceptos sobre forma, función y significado de las ocupaciones, esenciales para idealizar mecanismos y estrategias promotoras de Salud. La forma representa los aspectos observables de la actividad, determinando la individualidad e identidad de las personas mientras realizan sus ocupaciones; la función constituye los valores culturalmente atribuidos a las ocupaciones. Las funciones de las ocupaciones proveen necesidades de sustentación inmediatas al cuerpo, auto cuidado, protección y seguridad; desarrollar habilidades que permitan sobrevivir en el ambiente y ejercitar y desarrollar capacidades personales, tornando al organismo capaz de mantenerse y prosperar ⁽³³⁾. El significado puede ser descrito como la significación de la ocupación dentro del contexto de la vida real y de la cultura ⁽³⁴⁾.

En la infancia el niño está continuamente en adaptación e interacción con el ambiente. Es una dinámica natural del desarrollo, de la maduración y aprendizaje del niño y esa forma de relacionarse con la realidad es lo que hace la práctica del terapeuta ocupacional, cuando ejerce el papel de guía y asistente, encontrando conjuntamente significados para sus actividades cotidianas.

El juego es cualquier actividad espontánea u organizada que ofrezca satisfacción y entretenimiento, diversión y alegría ⁽¹²⁾. Ese enfoque determina la extensión de la responsabilidad y del compromiso en la formulación de conocimientos relacionados a la principal ocupación del niño, el brincar, la relación con el contexto y el o papel del terapeuta ocupacional. En esa perspectiva, el elemento “hacer de ” en el juego de roles, se torna esencial en la caracterización y la definición de juego.

Además de ser una relación dinámica, presenta elementos importantes como: la motivación intrínseca, el control interno y la suspensión de la realidad ⁽³⁵⁾. Y es justamente en

la capacidad de suspender la realidad, que la definición de “hacer de ” se torna imperativa e determinante, para describir el juego. Considerar el juego como una actitud subjetiva en la cual el placer y la espontaneidad son combinados y expresados mediante comportamientos libres ⁽³⁶⁾. Y teniendo como referencia de jugar un comportamiento complejo, capaz de trascender la realidad ⁽³⁷⁾. Facilita la comprensión de la cultura, la resolución de problemas, el desarrollo social, intelectual, emocional y de habilidades físicas.

De ese modo, el “hacer de...” elemento indispensable en las historias infantiles ⁽¹²⁾, considerando el acto de contar historias y la actitud narrativa, respectivamente, estrategias de aproximación y comprensión de los eventos que acontecen en la vida cotidiana de los niños y de su familia. El primero ofrece a los oyentes opciones de pensamientos y comportamientos, y la segunda es una estrategia en que la persona es comprendida en el contexto de los eventos de la historia de vida personal. Pueden ser usadas tanto para evaluación, con el fin de explicitar las interpretaciones que los individuos hacen de las experiencias, y para intervención, mediante la renegociación de significados en la relación dialéctica entre el contador de historias y el oyente.

Ejecución de la Investigación

El estudio fue realizado en la Unidad Pediátrica, del Instituto Dr. José Frota, localizado en el Centro, Fortaleza, Ceará, Brasil

Aspectos Éticos

La pesquisa de campo tuvo inicio despues de la aprobación del comité de Ética en Pesquisa de la Universidad de Fortaleza-COÉTICA, respetando la Resolución CNS196/96. La oficialización de la decisión de los sujetos en participar del estudio fue dada por medio de la firma por los padres de los consentimiento libres e informados, una vez oído el consentimiento del niño.

La recolección de datos

El proceso de colecta de datos incluyó pesquisa documental, entrevista, lectura de historia, dibujo infantil y observación participante. La pesquisa documental fue por medio de lectura de los prontuarios clínicos, con vistas a conocer el perfil y motivo de hospitalización del niño, resultando en una preselección de casos, de acuerdo con edad cronológica y estado clínico. La colecta de datos fue realizada por la primera autora, terapeuta ocupacional.

Para integrar el universo de las observaciones, incluimos el diario de campo que es personal e intransferible, incluyendo detalles de diferentes momentos de la investigación ⁽³⁸⁾.

Iniciamos conversando con cada niño, mostramos los libros de historias y solicitamos que escogiesen un libro para que la investigadora pudiese leer para él, entre los ejemplares colocados a su disposición sobre la cama.

La entrevista fue dividida en dos momentos. Antes de la lectura de la historia, hicimos preguntas norteadoras relacionadas al motivo de hospitalización, sentido y elección de la historia infantil. Después de la lectura de la historia, seguimos con preguntas sobre la trama y correlaciones con la vivencia y personajes y solicitamos la descripción de los cuidados preventivos por el niño.

Las entrevistas fueron grabadas con la finalidad de percibir datos relevantes que integran las verbalizaciones de los niños, como, por ejemplo, mudanza en la entonación de la voz, las articulaciones, las interacciones con la investigadora. De esa forma, leímos la historia escogida por el niño y solicitamos que representase libremente cualquier pasaje correspondiente a la trama de la historia y le ofrecimos recursos variados (lapiceros, lápices de colores, pincel, crayolas, lápiz de grafito). La técnica del dibujo de la historia preconiza que las historias seleccionadas para una investigación deben obedecer a los siguientes criterios: 1. ser una historia pequeña; 2. ser interesante para la faja etárea de los niños; 3. estar relacionada con las vivencias de los niños ⁽³⁹⁾. Durante el dibujo empleamos como instrumento de colecta de datos la observación libre.

Análisis de los datos

Fue realizada sobre el total del material, teniendo como objetivo su decodificación y comprensión, con el objetivo de confirmar o refutar los presupuestos del estudio y ampliar el cuerpo de conocimientos sobre historias infantiles como estrategia promotora de Salud.

Esbozaremos los pasos analíticos en función de la técnica de colecta utilizada:

a) investigación en prontuarios: resultó en los datos de caracterización de los niños y fueron organizados y agrupados, originando el perfil sociodemográfico de los niños del estudio;

b) selección de las historias infantiles: dentro de los indicadores, constaram historias cortas y simples y los intereses predominantes en cada faja etárea;

c) lectura de las historias infantiles: las respuestas sobre el sentido de las historias infantiles fueron organizadas de acuerdo con cada pregunta norteadora, en un cuadro

analítico, que permitió la visualización, horizontal e vertical, de las similitudes y divergencias de las respuestas; y

d) dibujos de los niños: esa técnica fue empleada para identificar se había correlaciones entre el pasaje de la historia infantil escogida por el niño y el dibujo realizado.

De esa forma, las cuestiones norteadoras se tornaron las categorías predefinidas, con vistas a buscar respuestas, en preguntas específicas, formuladas por el investigador ^(40,41).

Los cuestionamientos fueron siendo respondidos, pero a partir de las categorías predefinidas y, paulatinamente, comparados con las categorías específicas que fueron emergiendo en el decorrer del análisis de los datos.

Ese procedimiento, como un todo, incluyó lectura fluctuante del material colectado, organización y reflexión a la luz de los teóricos sobre el tema, así como los conceptos de internalización y mediación de la teoría histórico-cultural. Mediante ese análisis, se configuraron las siguientes categorías: (1) diversidad y ecología de los accidentes; (2) sentidos de las historias; (3) práctica de la lectura en la hospitalización; y (4) pluralidad de los cuidados. Esas categorías convergieron para el tema: *historias infantiles como instrumento mediador en la promoción de la Salud en Terapia Ocupacional*.

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El estudio describe elementos significativos para sensibilizar a la familia y a los profesionales de Salud, sobre la ampliación de acciones educativas en la prevención de accidentes en la infancia. El contenido de las entrevistas con los niños participantes, leído exhaustivamente, expresa sobre el accidente, el local, la forma, el trayecto, las acciones e actitudes, los valores, las creencias y el sentido de las historias infantiles en el ambiente hospitalario.

Las categorías fueron organizadas en una secuencia de acontecimientos, pues estas se entrelazan en el itinerario realizado por el niño y el acompañante en el hospital. Durante el procedimiento analítico, fueron configuradas 4 (cuatro) categorías temáticas, a partir de la clasificación de los datos.

Diversidad y ecología del accidente. El estudio nos mostró que, en los 10 casos analizados, los motivos de la hospitalización fueron caídas, lesiones traumáticas y atropellamientos. Esa diversidad tiene estrecha relación con su ecología, o sea, caídas de caballo, de árboles, bicicletas, de juguetes (canal) e están retratando lo cotidiano y los papeles ocupacionales de los niños en la zona rural, urbana, y la forma de jugar.

De acuerdo con estudios realizados en el Estado do Ceará, Brasil, fue detectado que los accidentes adquieren características propias de los locales, sean zonas urbanas y/o rurales y de las etapas del desarrollo psicomotor del niño y relacionaron los motivos a la falta de cuidados de los responsables con la protección y seguridad del niño ⁽⁴²⁾ .

Los niños víctimas de caídas pertenecían a la faja etárea entre 6 e 10 años, viven en barrios en la periferia de Fortaleza, como Mondubim, y/o ciudades del interior del Estado de Ceará, como Canindé y Redención, o en municipios vecinos, como Maracanaú. En esos lugares, los transportes comúnmente utilizados por la población de baja renta son la bicicleta y los animales, que integran las actividades cotidianas de los niños, exponiéndolos a los riesgos que de ellas derivan.

Estudio realizado en el Estado de São Paulo mostró que las caídas permanecen en niveles elevados en niños de más de 4 años, evento relacionado probablemente a las actividades de ocio y deportes, propios de esta faja etárea, destacándose juegos, bicicleta, patines y otros ⁽⁴³⁾ .

Las verbalizaciones de los niños ilustran la prevalencia de caídas en la infancia, las modalidades de ocurrencia, la cronología de los hechos, los escenarios, sus actitudes, los gestos y las personas involucradas que socorrieron o llevaron para el hospital:

Yo me caí del caballo, me golpee la cabeza en un gajo de marañón y me viré para trás. Caí de espalda, yo quedé con brazo “pra” arriba ahí el niño cayó encima de mi brazo, ahí partió. Ahí, cuando yo llegué en casa, mi madre haló mi brazo, mas no haló mucho, sólo así (hace el gesto). (C2).

Yo estaba encima de un arbolito de marañón . Yo subí, agarré el gajo, el gajo se soltó y yo caí con la cabeza, “pra” trás... (se quedó pensativo) sólo quedé tonto...Yo fui “pra” casa y vomité, después fui acostarme. Me quedé acostado. Fui primero “pra” otro, mas olvidé el nombre, después vine “pra cá”. (C4).

Podemos observar que las elaboraciones de esas pequeñas verbalizaciones envuelven el desarrollo del pensamiento, determinado por el lenguaje que son instrumentos lingüísticos del pensamiento, y por la vivencia sociocultural del niño ⁽¹⁷⁾ . Para ilustrar el pensamiento, describimos las verbalizaciones de los niños:

Sé, porque yo me partí la nariz, porque yo “taba” con a chinela mojada ahí yo resbalé, en la acera de la iglesia, allá cerca de mi abuela, yo “taba” trayendo mi hermano pequeño él tiene 3 años en la

“**cacunda**” (espalda) , ahí yo caí... Fuimos “pro” Frota y después “pra cá”. (C8).

Yo “taba” na canal en la plaza, cerca de mi casa. Yo subí y en el momento que fui deslizar caí. (C7).

Los niños, al recordar los accidentes relacionados con los juegos, usan gestos, describen detalles, recuerdan los nombres de los amigos y, en algunos casos, se emocionan y transmiten esas emociones por la entonación de la voz acompañada de llanto, o hablan bajo, o hacen expresión de llanto y los ojos se nublan. Esa reacción de los niños es explicada por medio de los vínculos de imaginación y pensamiento, vivencia, afectividad, hay influencia de los procesos emocionales en el pensamiento, proporcionando una elevadísima emocionalidad⁽¹⁷⁾.

Las verbalizaciones que demuestran esa relación se presentan descritas para explicar esa comprensión:

Es porque las niñas “taban” balanciando” y “taban” jugando en un aparato ahí yo fui ver y caí de cabeza para bajo do aparato con o brazo así. Cuando me lo partí, sólo aguanté un poquito sin llorar, ahí después yo comecé a llorar y dije así – yo quiero mi mamá ahí las niñas me llevaron allá para mi abuelo, ahí mi abuelo cogió con cuidado y dijo no es “para” coger que duele, ahí yo fui “pra” casa y las niñas fueron atrás de mí. Mi madre dijo ah! Se partió tú tienes que ir derecho “pro” hospital... (C9).

El modo de sentir los fenómenos, la propia manera de sentirse y pensar, de vivir las aspiraciones, los posibles éxitos y eventuales fracasos, se basa en que todo se moldea según ideas y hábitos particulares al contexto social en que se desenvuelve el individuo⁽⁴⁴⁾. En ese caso, el niño asume en el habla, como propulsor, a la acción:

Yo choqué, una kombi, yo taba parado em la parada del ómnibus, ahí yo solté la mano de mi padre no miré pra allá y pra lá ahí chocó... (C10).

Todas las verbalizaciones de los niños retratan la correlación entre los procesos de lenguaje, pensamiento y afectividad. Estableciendo que el aspecto emocional estimula los mecanismos generadores de la memoria, y, por consiguiente, la descripción del accidente cuando narrada durante el estudio en detalles es novamente vivenciada⁽¹⁸⁾.

El contexto temporal y ambiental enfatiza la *dimensión histórica y cultural*, el sentido de las historias infantiles en la percepción de los niños hospitalizados, los cuales verbalizaron

sus historias de como fueron accidentados, tejiendo detalles y enriqueciendo el escenario, que es histórico y también permeado de valores culturales.

La literatura retrata que los niños del sexo masculino se accidentan más que las niñas, pues histórica y culturalmente, la crianza del “hijo” es más permisiva que la de la hija y esa práctica favorece la perpetuación de la prevalencia masculina en las estadísticas de los agravos externos a la Salud del niño ^(43,45).

De ese modo, la dimensión histórica es retratada no como algo del pasado del niño, mas como decurso de transformaciones que engloban el presente. La forma de desarrollar conceptos indica que el niño está estableciendo eslabones con la situación que vivencia. E describe la importancia de la relación entre lenguaje y cultura, mediante lectura de historias, en la educación de los niños, como elemento para socialización de conocimientos ⁽⁴⁶⁾.

Los sentidos atribuidos a las historias infantiles por los niños, en este estudio, tienen una relación directa con las vivencias en el ambiente de casa y en la escuela, producto del proceso de internalización, cuyo conocimiento es transgeneracional, marcado por valores morales y culturales.

En esa perspectiva, podemos entender que los contextos personales, sociales y culturales son marcos referenciales para los niños expresen el sentido de las historias infantiles. En el contexto personal, encontramos las respuestas atribuidas por los niños con base en la vivencia individual, e inferimos que la edad es un elemento que influencia en la formulación de ese concepto, en virtud de las capacidades, habilidades individuales, mudanzas de objetivos y valores concebidos en el decorrer del desarrollo cognitivo.

El contexto social, el sentido de la historia depende de la estructura social en que se inserta el niño en la familia; tienen carácter afectivo y cognitivo, como demostrado por los niños, al referir, varias veces, que la función de la historia es ser “contada en la hora de dormir”, lo que caracteriza producto de interacciones con la madre, con el padre o otra persona que mantenga vínculo afectivo y se mantenga presente.

Los niños no vacilan en afirmar para qué sirven las historias: “*para contar historias pros nenes, dormir*” (C1,). “*Sirven para entretener las niñas, los niños, colocar para dormir*” (C5). “*Pra dormir*” (C7). Ese hecho evidencia que el acto de contar historia es un momento de interacción, de aconsejamiento, de troca de amor, de acoger en un lugar tranquilo y confortable ⁽⁴⁷⁾.

Y, en la escuela, el sentido de las historias es dirigido a la función ocupacional de la lectura, focalizando los papeles desempeñados por los niños como educandos y aprendizes de conocimiento. Como las ocupaciones son simbólicamente constituidas en una cultura,

notamos que, en el momento de establecer sentido a las ocupaciones, esas interpretaciones personales están inevitablemente impregnadas por los significados culturales que absorbieron (48).

Esa afirmación sobre la relación de la constitución simbólica de los significados a partir de la cultura es constatada por las verbalizaciones de los niños relacionados:

Sim, y afirmó ese libro es de los pequeños. (C2).

Allá en la escuela soy quien inventa. “Pra” hacer libros “pra” dar para que mis amigos lean. “Pra” ler mejor. (C3).

En el contexto hospitalario, esa relación de los sentidos de las historias es traída porque ya fue internalizada por el niño, en acciones de mediación simbólica a su historia de vida en otros contextos.

La constante recreación de los contextos culturales por parte de cada uno de los miembros, es la base del proceso histórico, siempre en transformación, de las sociedades humanas (49). Ese sentido de las historias relatadas por las verbalizaciones de los niños se refiere al significado de la palabra para cada individuo, compuesto por las relaciones con respecto al contexto de uso de la palabra y a las vivencias afectivas del individuo.

Sobre la *práctica* y aplicación del uso de la *lectura de historias infantiles en la hospitalización*, constatamos que la lectura de historias infantiles no pertenecía a la rutina del hospital investigado, y los niños hospitalizados, hasta la fecha de la entrevista, desconocían esa práctica en las salas. Los libros que estaban en poder de algunos niños habían sido traídos por los padres o acompañantes.

La historia infantil comparada a un juego, puede ser funcional y terapéutica. Mientras el adulto lee, o cuenta historias para los niños, en esa acción, hay activación de los procesos de imaginación y motivación, y, consecuentemente, fortalecimiento y promoción del bienestar de los niños (50).

Durante nuestra práctica con las historias, constatamos que los niños se identificaron con algunos personajes y correlacionan eventos ocurridos en la trama de las historias con sus vivencias y características fenotípicas. Las verbalizaciones describen las correlaciones encontradas por los niños en las historias:

Pulgarcito tiene cabello rubio y ojos azules, él pide dinero a los “otro” para comprar pan, para la familia de él. Eh! Me dé diez, ahí él me da. En la avenida, sé. Doy a mi abuela, un real. Voy más por la noche, es cuando lo hago. (C1).

La vivencia del niño ejerce influencia inmediata, siendo documentada en la memoria y determinando directamente toda la estructura de pensamiento infantil en las primeras etapas del desarrollo; el lenguaje combina la función comunicativa con la de pensar ^(16,21). Esa influencia es descrita en las verbalizaciones de los niños:

Yo desobedecí a mi madre. A veces no hago las cosas que ella quiere.
Era Pinochho. (C3).

La gallina, porque va “pra onde” quiere, entra en cualquier huequito, come bien, bebe agua de cualquier lugar, y las personas no caben en cualquier hueco, no comen lo que las gallinas comen, comen otras cosas diferentes. (C5).

Los niños (C1),(C3),(C5),(C6) e (C9) relacionaron las vivencias a las historias por ellos escogidas, y lo hicieron en el momento de la mediación, resultando en reflexión.. El discurso interior, el sentido sobre el significado de las palabras se hace en el plano intrapsicológico (donde la actividad es constituida internamente) y se relaciona con las vivencias afectivas ⁽²¹⁾.

El momento del dibujo siempre fue muy esperado por todos los niños, talvez por el uso de los materiales, por el placer producido por la actividad de dibujar, el desprendimiento del ambiente hospitalario, la nostalgia de casa, de los amigos y de las relaciones afectivas. Todos los niños quisieron dibujar, lo que confirma el interés que esa actividad despierta en el niño y sus características promotoras de desarrollo cognitivo, afectivo y social.

En los dibujos de los niños, observamos la inserción de elementos de su conocimiento, de aquello que vivenciaron. Esas correlaciones con las historias se retratan en los escenarios de los dibujos.

Analizando las verbalizaciones y los dibujos, identificamos la noción de que las historias infantiles se mezclan con las historias de los propios niños y asumen el papel de signos en la interacción con el terapeuta ocupacional, facilitando el proceso de comunicación con el niño. Así, una historia describe una secuencia de acciones y vivencias de un determinado número de personajes, sean reales o imaginarios, y el dibujo es la narración gráfica de esos hechos.

Esos personajes son representados en situaciones que cambian y los niños actúan sobre esos escenarios. Esas mudanzas, a su vez, revelan aspectos ocultos de las situaciones y de los

personajes, dando lugar a una nueva condición, que pide reflexión o acción, o ambos. Tal aserción, acontece en respuesta a la condición, lleva la historia a su conclusión ⁽⁴⁸⁾ .

Con respecto a los seis niños que no correlacionaron las historias con sus vivencias e a los dibujos, podemos verificar, en anotaciones del diario de campo, que, según informaciones de sus acompañantes, había interferencias como: la negación, la comprensión de la situación, la edad y vivencias anteriores de hospitalización.

Em ese sentido, los niños expresaron una *pluralidad de los cuidados preventivos* a partir de la resignificación de sus historias.

En la medida que el niño elabora medios de no incurrir nuevamente en accidentes, eso representa la internalización, la propia formación de la consciencia es también un proceso de constitución de subjetividad a partir de situaciones de intersubjetividad⁽¹⁹⁾. Para contextualizar esas afirmaciones, son descritas las verbalizaciones de los niños, relatando como evitar los accidentes. Esos conceptos son construcciones culturales, internalizadas por los individuos a lo largo del proceso de desarrollo ^(17,19) .

Remedio, ir “pra” hospital, y quedarse dentro de casa, no salir “pra medio de la calle”, no robar, y si robar pueden tirar y dar en la cabeza. no estar cerca de los ladrones. (C1).

Yo iba a dar remedio y suero y dar cuidado, andar más en la acera que en la calle (C2).

Las frases elaboradas por los niños son apuntadas como el lenguaje del grupo cultural en el cual el niño se desarrolla y dirige el proceso de formación de los conceptos ⁽¹⁷⁾ . Esa trayectoria de desarrollo de un concepto es predeterminada y atribuida por el lenguaje de los adultos.

Yo iba a decirle para él no partirse, y lo mandaría a no ir para la canal, no suba que es peligroso...(C7).

Rezar um poquito, y no atravesar la calle, no estar em el medio de la calle. (C10).

Podemos observar que los niños atribuyeran conceptos de forma diversificada, relacionándolos a sus vivencias, y esas construcciones denotan el papel determinante de la cultura, del contexto histórico y la interacción con el adulto, para elaborar conocimientos de la vida práctica, a partir de los mecanismos relacionados al pensamiento, lenguaje y afectividad.

El conocimiento del proceso que el individuo realiza mentalmente al desempeñar alguna tarea es fundamental para comprender el papel y la necesidad de la intervención terapéutica ocupacional en la educación. Al no considerar las funciones que se encuentran en proceso de consolidación, dejamos de actuar en la zona de desarrollo proximal, que es la distancia entre el nivel de desarrollo real y el nivel de desarrollo potencial del individuo.

El concepto de zona de desarrollo proximal trae algunas implicaciones para las prácticas educativas en Salud, como la consideración de que la formulación del conocimiento es fundamental y no solamente el producto final de la lectura del saber; la resignificación del papel del terapeuta ocupacional como un mediador, promovedor de situaciones colectivas y “colaborativas” generadoras de interacción, la comunicación dialogada y niveles de ayuda favoreciendo a niños que ejecutan conocimientos la oportunidad de aprendizaje y consecuente desarrollo.

CONSIDERACIONES FINALES

Esa investigación permitió articular el sentido, el contexto y sus interrelaciones en el desempeño ocupacional del niño hospitalizado, convidando a una reflexión sobre las prácticas educativas más informales, que, además de atención a las necesidades clínicas determinadas por el equipo, son atendidas las necesidades socioafectivas, minimizando los efectos de la hospitalización, con el fin de que el niño pueda enfrentarlo con seguridad, menos miedo y angustias originadas por la dolencia.

Constatamos que las historias infantiles tienen múltiples finalidades, como promover actitudes de enfrentamiento durante los procedimientos hospitalares en las salas y ambulatorios; estimular el diálogo entre el equipo médico y el niño; modificar el ambiente hospitalario, posibilitando una atmósfera de acogimiento; aliviar el estrés de la hospitalización, favorecer el intercambio de vivencias y contribuir a la humanización durante la asistencia al niño hospitalizado.

Por consiguiente, las historias infantiles son promotoras de Salud para niños hospitalizados, porque pueden ser utilizadas en combinación con la Educación en Salud, por su capacidad de ser un instrumento adaptable al medio y estar en consonancia con las necesidades y posibilidades de los niños, tomando en consideración los contextos personales, sociales y culturales.

Las historias infantiles establecen una relación dialéctica por medio de un contexto simple y adecuado al entendimiento del niño. Los elementos llave que se desea comunicar no

estarán sueltos, exigiendo un pensamiento abstracto para darles sentido, pues ya estarán encadenados dentro de la historia. Y la comprensión de la historia resultará en el entendimiento de situaciones, razones y resultados que, en última análisis, son los elementos que se desea transmitir.

Considerando que la Terapia Ocupacional proporciona el hacer humano, y que, por medio de él, nos sentimos humanos, entonces, en el hospital, todos los niños deben tener indicaciones para atención terapéutica ocupacional, no sólo para fines de ocio, mas también para construir y preservar lo humano, lo que nos lleva a solicitar la inclusión efectiva del profesional de Terapia Ocupacional en un equipo de Salud, para elaborar projetos que sean viabilizados y reciban apoyo en las acciones institucionales, que disponibilicen recursos humanos y materiales, sistematizando la utilización del juego en la rutina hospitalaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Terceira Conferência Internacional de Promoção a Saúde. Declaração de Sundsvall. 1991. [PDF]. www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Sundsvall [consulta: 20 de agosto 2004].
2. Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990, Pub. Lei 8.069 (13 de Julho de 1990).
3. Brasil. Ministério da Saúde (BR)., 2001. Secretarias de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília (DF): Ministério da Saúde.
4. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. (PNHAH, 2001). <www.portalhumaniza.org.br/ph/>[01 outubro 2003]
5. M Foucault., 1998. “O nascimento da clínica”. Traduzido por: Roberto Machado. Forense Universitária. (Rio de Janeiro). 17-20.
6. H P Ribeiro., 1993. “O hospital: história e crise”. Cortez . (São Paulo).11-22.
7. M I Barasch.,1997. “O caminho da cura”. Traduzido por: Roberto Raposo. Nova Era. (Rio de Janeiro). 99-106.
8. Santa Roza E., 1997. Um desafio às regras do jogo. In: Santa Roza & ES Reis. Da análise na infância ao infantil na análise (161-188). Rio de Janeiro: Contracapa.

9. M R De Carlo, C C Bartalotti (Org)., 2001. "Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas". Plexus . (São Paulo).117-135..
- 10 R Hagedorn., 2003. "Fundamentos para a Prática em Terapia Ocupacional". Roca. (São Paulo). 55-78.
11. Takatori., 2003. "O Brincar no cotidiano da criança com deficiência Física – reflexões sobre a clínica da terapia ocupacional". Atheneu .(São Paulo). 21-69.
12. L. D. Parham, L.S. Fazio., 2000. "A recreação na Terapia Ocupacional pediátrica". Santos. (São Paulo).233-247.
13. Programa Biblioteca Viva. Fundação ABRINQ, 2001. <<http://www.fundabrinq.org.br>> [08 de agosto 2004].
14. Caldin C. F. Biblioterapia para crianças internadas no hospital universitário da UFSC: uma experiência. [on line] Revista Eletrônica Biblioteconomia e Ciência da Informação, n. 14, out. 2002. Acesso em 29. set. 2004. Disponível em: www.encontros-biblio.ufsc.br/Edicao_12/caldin.html.
15. P Demo., 2002."Saber Pensar". Cortez .(São Paulo). 73-82.
16. L. S Vygotsky.,(1998). A formação social da mente. Tradução de José Cipolla Neto, Luis Silveira Menna Barreto, Solange Castro Afeche. Martins Fontes. (São Paulo).121-137.
17. L. S. Vygotsky., 1999. Pensamento e linguagem. Tradução de Jefferson Luiz Camargo. Martins Fontes .(São Paulo).157-200.
18. L. S. Vygotsky., 2003. "Psicologia Pedagógica". Tradução Claudia Schilling. Artmed .(São Paulo).59-159 .
19. Y. La Taille, M K Oliveira, H Dantas., 1992. "Piaget, Vygotski, Wallon: teorias psicogenéticas". Summus .(São Paulo).75-84.
20. Becco G R. Conceptos centrales de la perspectiva Vygotskiana. Acesso em 4 set.2005. Disponível em: www.jalisco.gob.mx/srias/educacion/9riolugo.html.
21. R.Baquero.,1998. "Vygotsky e a aprendizagem escolar". Traduzido por: Ernani F. Fonseca Rosa. Artes Médicas.(Porto Alegre).30-73.

22. T. R. Rego., 2000. "Vygotsky: uma perspectiva histórico-cultural da educação". Vozes. (Petrópolis).37-83.
23. Oliveira H., 1993. A enfermidade sob o olhar da criança hospitalizada. Cad. de Saúde Pública; **9**, 3:326-332.
24. J.Bruner., 1998. "Realidade mental, mundos possíveis". Traduzido por: Marcos A G D. Artmed. (Porto Alegre). 75-83 .
25. N. Del Río,1999. Bordando sobre la zona de desarrollo próximo, Revista de Educación Nueva Época. <<http://www.infoamerica.org/documentos-wold/vygotski.doc> [consulta: 24 de fevereiro, 2005]
26. Early M B.(2005).Desempenho Ocupacional. In: Pedretti, L.W.; Early, M.B. Terapia Ocupacional:capacidades práticas para disfunções físicas (125-131). São Paulo: Roca.
27. B. Coelho., 2003. "Contar histórias: uma arte sem idade". Ática , (São Paulo). 7-46.
28. Goldstein K, Kielhofner G, Paul-Ward A. Occupational narratives and the therapeutic process. AOTJ. 2004; **51**:119-124.
39. Souza SV, Camargo D, Bulgarov YLM., 2003. A expressão da emoção por meio do desenho de uma criança hospitalizada. Psicol. estud., **8**, 1:101-109.
30. Larson EA, Clark F.(1998).Desarrollo de una disciplina Académica: la Ciencia de la Ocupación. In: Hopkins, H.L.; Smith, H.D.; et al. Terapia Ocupacional (44-56). España: Médica Panamericana.
31. Larson, E.A.; Clark, F.;Wood, W.(2002).Ciência Ocupacional: legado da Terapia Ocupacional para o Século XXI. In: Neistadt, M.E., Crepeau, E.B. Willard & Spackman: Terapia Ocupacional (3-17). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
32. Law M, Steinwender S, Lecair L., 1998. Occupation, health and well-being. CJOT; **65**, 2: 81-91.
33. Wilcock A., 1993.A theory of the human need for occupation. JOS:**1**,1: 17-24.
34. C. A. Trombly, M V Radomski., 2005. "Terapia Ocupacional para as disfunções físicas". Traduzido por: Beatriz B G S (Org.).Editora Santos.(São Paulo). 255-281.

35. Bundy A.(2000). Recreação e entretenimento: o que procurar. In: Parham, L. D. A recreação na Terapia Ocupacional Pediátrica(52-66). São Paulo: Santos.
36. Ferland F. Play, children with physical disabilities and occupational therapy. University of Ottawa Press; 1997.
37. Stagnitti K., 2004. Understanding play: The implications for play assessment. AJOT; **51**, 1: 3-12.
38. M C S Minayo, et al. ,2002. “Pesquisa Social: teoria, método e criatividade”. Vozes. (Petrópolis).51-66.
39. A D Pillar., 1996. “O desenho e a construção de conhecimento na criança”. Artmed. (Porto Alegre).50-85.
40. M L P B Franco., 2005. Análise de conteúdo. Líber Livro. (São Paulo). 37-66.
41. Deslandes S F., Assis S G. (2002). Abordagem Quantitativa e Qualitativa em Saúde: o diálogo das diferenças. In: Minayo, M C S.; Deslandes S. F. (Org.). Caminhos do Pensamento epistemologia e método (200-275). Rio de Janeiro: Fiocruz.
42. Souza L J E X, Barroso M G T., 1999. Revisão bibliográfica sobre acidentes com crianças. Rev. Esc. Enferm. USP; **33**, 2: 107-12.
43. Filócomo F R F et al., 2002. Estudo dos acidentes na infância em um pronto socorro pediátrico. Rev Latino-am Enfermagem; **1**, 10:41-7.
44. F. Ostrower., 1986. “Criatividade: processos de criação”. Vozes. (Petrópolis). 31-53.
45. Gaspar V L V et al., 2004. Fatores relacionados a hospitalizações por injúrias em crianças e adolescentes. J Pediatr (Rio J); **6**, 80:447-52.
46. Kyratzis A., 2005. Language and cultura: socialization though personal story-telling practice. Human Development; **48**, 3:146-150.
47. Vieira L J E, Soares V V., 2004. Percepção de crianças sobre a realização de exames. Rev. Esc. Enferm. USP; **38**, 3:298-306.
48. V D Dohme. 2003. “Técnicas de contar histórias: um guia para os pais contarem histórias para seus filhos”. Informal. (São Paulo).18-42.

49. M. K. Oliveira., 1993.” Vygotsky: aprendizado e desenvolvimento um processo sócio-histórico”. Scipione. (São Paulo). 30-75.

50. M. Freeman. Therapeutic use of storytelling for older children who are critically ill.

Abstract. [on line].<

http://www.leaonline.com/doi/abs/10.1207/s15326888chc2004_3?cookieSet=1&journalCode=chc>[consulta: 12 julho de 2004]

“IGUALDAD EN LA EDUCACION SUPERIOR EN ARGENTINA”

Autora: Gabriela Capel

Expositor: Gabriela Capel

Institución : Universidad Nacional de Quilmes

Dirección: Roque Sáenz Peña 352 CP: 1876

TE: 4365-7100-int. 342

Provincia de Buenos Aires. Argentina

Email: gcapel@unq.edu.ar

Comunicación Libre

Temática: “Investigación”.

Área: Educación

Resumen

En el tema de la Igualdad en el marco de la historia de la Educación Superior, en nuestro país, tendré en cuenta la importancia de la implementación de políticas de Estado que reconozcan a la Educación Superior como uno de los pilares fundamentales para el desarrollo y crecimiento de la sociedad. Hablar de equidad, tal como lo define el diccionario es: tratar a las personas con justicia, e igualdad; expresión que nos remite indiscutiblemente a definir a la igualdad como: la equivalencia de dos cantidades, o mejor dicho nivelación entre dos o mas cosas. Pensar a la discapacidad como: la consecuencia de una relación entre el mundo circundante y la persona, ya sea por lesión o enfermedad o cualquier otra causa, en la cual una persona tropieza con una dificultad superior a la normal para desarrollarse en la vida y no como una característica de ciertas personas, no deja margen alguno sobre la posibilidad de que alguna persona pueda ser discriminada. Este trabajo nace desde la detección de una necesidad observada en un grupo de alumnos dentro de la comunidad Universitaria que de manera directa e indirecta se encuentran discriminados. Se llevaron a cabo evaluaciones desde un análisis acerca de la existencia de todas aquellas leyes y artículos, decretos y ordenanzas, las cuales me han permitido asesorarme y acercarme al tema de interés: "régimen de convivencia", según lo establece la Ley de Educación Superior N° 24.521. Este Régimen procura establecer la equidad e igualdad para todos los alumnos en todas las Universidades de nuestro País. Como Terapeuta Ocupacional creo que es necesario que conozcamos y exijamos la existencia de estas reglamentaciones que garanticen el ejercicio de los derechos de los alumnos sobre todo aquellos que presentan características especiales. Fundamentar la necesidad de obtener y crear dispositivo que permitan obtener datos cuantitativos y cualitativos sobre alumnos con características especiales que estudia en el nivel superior de nuestro País.

Introducción:

Para adentrarnos en el tema de la Igualdad en el marco de la historia de la Educación Superior, en nuestro país, tendré en cuenta la importancia de la implementación de políticas de Estado que reconozcan a la Educación Superior como uno de los pilares fundamentales para el desarrollo y crecimiento de la sociedad.

En este escenario, la Universidad Argentina enfrenta en la actualidad múltiples problemáticas para las cuales algunos de los factores fundamentales han sido los costos y la falta de infraestructura. Pese a todo, la Universidad como parte de la Sociedad es fuente generadora de conocimiento y de nuevos cuestionamientos a partir de la realidad en la que se encuentra inmersa.

Por otro lado, necesitamos comprender los alcances de la Ley Federal de Educación. Para ello es necesario hacer varios señalamientos que podemos encontrar en la Constitución Nacional, cuando determina en el artículo 14 que: "Todos los habitantes de la Nación gozan de los siguientes derechos conforme a las leyes que reglamentan su ejercicio" indicado entre otros derechos los "de enseñar y aprender". Así como también, se refiere a lo destacado en el tercer párrafo del inc. 19 que dispone para la sanción de leyes: " sancionar leyes de organización y de base de la educación que consoliden la unidad nacional, respetando las particularidades provinciales y locales, que aseguren la responsabilidad indelegable del estado, la participación de la familia y la sociedad, la promoción de los valores democráticos y la igualdad de oportunidades y posibilidades sin discriminación alguna; y que garanticen los principios de gratuidad y equidad de la educación pública estatal y la autonomía y la autarquía de las universidades nacionales". Asimismo, considera el principio de equidad como la real igualdad de oportunidades y posibilidades desde la búsqueda de asignar recursos materiales y humanos, prestando atención especial a todo estudiante que por razones económicas no pueda continuar o acceder a sus estudios. Mencionando para estos casos becas de ayuda económica que brinda el estado.

Las leyes son en si mismas el basamento de toda sociedad moderna; son el elemento real con el que cuentan las y los ciudadanos para obtener seguridad e igualdad de oportunidades, pues el hecho de que existan implica que deben ser cumplidas. Está en nosotros la responsabilidad como ciudadanos y ciudadanas que las mismas sean llevadas a cabo para garantizar una verdadera democracia participativa.

Basada en lo expuesto anteriormente, he podido ver y detectar durante mi recorrido como alumna universitaria y hoy desde mi rol profesional como docente, que existe un grupo de alumnos dentro de la comunidad Universitaria que de manera directa e indirecta se encuentran discriminados.

De esta manera pongo en marcha un estudio, a partir del mes de Mayo del año 2004, con el fin de poner en manifiesto una necesidad detectada en una población perteneciente a la comunidad universitaria argentina que he asistido a manera de demanda y/o derivación desde otras áreas como: los docentes, tutores o los mismos alumnos.

Teniendo en cuenta que la Educación debe cumplir un papel constructivo y creativo en el cual los procesos innovadores se pongan a la orden de una educación dirigida a la solución de los problemas reales de las personas involucradas, es que la universidad como institución académica debe responder de forma organizada y en diálogo permanente con su misión e identidad institucional, y de manera creativa a las condiciones cambiantes del medio en el que se encuentra.

Hablar de equidad, tal como lo define el diccionario es: tratar a las personas con justicia, e igualdad; expresión que nos remite indiscutiblemente a definir a la igualdad como: la equivalencia de dos cantidades, o mejor dicho nivelación entre dos o mas cosas.

Pensar a la discapacidad como: la consecuencia de una relación entre el mundo circundante y la persona, ya sea por lesión o enfermedad o cualquier otra causa, en la cual una persona tropieza con una dificultad superior a la normal para desarrollarse en la vida y no como una característica de ciertas personas, no deja margen alguno sobre la posibilidad de que alguna persona pueda ser discriminada.

No obstante existen casos, en que aquellas restricciones dadas por ausencia de la capacidad para realizar una actividad determinada, no estén basados en impedimentos o razones discriminativas.

La búsqueda de pensar en una sociedad íntegra, desde cualquier punto que se la mire, podría llevarnos a contraponer el famoso discurso que solemos escuchar acerca de que “todos debemos luchar por un mundo mejor”.

Objetivos

- 1) Detectar un déficit ocupacional en los alumnos de educación superior producido por la falta de igualdad.

- 2) Generar propuestas que permitan mejorar la funcionalidad e independencia del alumno.
- 3) Conocer la Importancia de la terapia ocupacional en el ámbito educativo.

Métodos

Para llevar a cabo el estudio sobre esta necesidad observada y detectada, se requirió de un análisis acerca de la existencia de todas aquellas leyes y artículos, decretos y ordenanzas, las cuales me han permitido asesorarme y acercarme al tema de interés: “régimen de convivencia”, según lo establece la Ley de Educación Superior N° 24.521. El mismo ha sido establecido en dicha Ley para procurar la equidad e igualdad de alumnos especiales.

Para llevar a cabo este objetivo tuve en cuenta: primeramente un trabajo de campo que me permitió detectar y analizar la existencia de las diferentes leyes, decretos y ordenanzas, que establecen derecho y obligaciones de los alumnos en el Nivel Superior.

Estas ideas se fundamentan, por un lado, en el análisis de los artículos tanto de la Constitución Nacional Argentina, como los de la Ley de Federal de Educación N 24.195, la Ley de Educación Superior N 24.521, la Ley de Discapacidad derechos y deberes N 22.431, el Decreto N° 1027/ 94 y la Ley Provincial Argentina N 10.592. Por otro lado, me he tomado el atrevimiento de trabajar y leer sobre estudios realizados en Ecuador y Perú sobre el tema (¹), los cuales señalan la situación actual de las personas con discapacidad en relación con la Educación Superior.

En los mismos se señala la existencia de importantes restricciones que dificultan tanto el acceso y permanencia, como el egreso de la población con discapacidad, lo cual contrasta con un marco legal que explícitamente señala las obligaciones de instituciones y organismos, a fin de propiciar la integración de las personas con capacidades especiales al Sistema de Educación Superior.

Asimismo, se denota en dichos trabajos la problemática frente a las limitaciones encontradas para acceder a información básica sobre dicha población universitaria, dejando entrever la falta de organizaciones dedicadas a la protección y promoción en este campo.

¹ Artículo Publicado en Boletín IESAIC-UNESCO.ORG.VE: Febrero 2005 pr 89,2 Trabajo realizado por el equipo de trabajo : Dr Nelson Rodríguez, Dra Mila Moreno, Dra Susana Baldeon, Dr Ramiro Cazar. Quito Octubre 2004

En los dos países antes mencionados la condición de las personas con características especiales es altamente discriminadora, a pesar de que existen leyes que acreditan y amparan el derecho de dichas personas a la educación en igualdad de condiciones que el resto de la población.

Por otro lado como mencionamos al inicio en el proceso metodológico de este trabajo, se llevo a cabo también, una verificación y búsqueda en todas las Universidades de nuestro País sobre la existencia o no de regímenes o normas destinadas a garantizar los derechos citados en los párrafos anteriores. Este trabajo de rastreo de información de llevo a cabo a través de cartas y correos electrónico explicando la investigación y los objetivos de la misma. Si bien no todas respondieron a nuestra solicitud las que lo hicieron en su mayoría dejaron visualizar en la realidad la débil voluntad institucional, de revertir dicha situación. Y que si bien están obligados a adaptar sus instalaciones físicas, de servicios y programas académicos, solo se conocen casos de alumnos especiales de manera aislada, donde cada uno en forma particular ha tenido que utilizar medios legales que le permitan acceder a sus derechos.

Teniendo en cuenta los resultados negativos de dicha búsqueda, me permito reflexionar de la siguiente manera: la Universidad, como parte integrante de la sociedad y ente generador de conocimiento, fuente inagotable de saber y nunca excluyente, debe replantearse sus políticas educativas y pensar con una mirada transformadora, debe dejar de ser una sociedad individualista para ser una sociedad “con todos y para todos”, en la que cada uno de los ciudadanos puedan obtener seguridad, equidad e igualdad de oportunidades, desde un proyecto institucional.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Habría muchas preguntas para hacernos relacionadas con discapacidades en Educación Superior, en relación con las normas que regulan la accesibilidad.

Quedan latentes cuestiones respecto de la supresión de barreras arquitectónicas que permitan el acceso a espacios para todos, en relación a la equidad sobre los recursos necesarios para brindarles atención y servicios de educación especial para integrarlos a la educación regular, para proporcionarles orientación y capacitación profesional y empleo como fin último del proceso de rehabilitación integral.

Resta pensar en como generar interés en las autoridades a nivel de la Presidencia, Congreso Nacional, Defensoría del Pueblo, y otros altos organismos del Gobierno sobre este tema, difundir y comprometer a las autoridades seccionales, capacitar a los profesionales afines a la construcción, controlar el cumplimiento de las normas donde aún no se hayan implementado en su totalidad, generar desde los ministerios instancias de supervisión y control de cumplimiento de leyes, etc.

Con la Declaración de Naciones Unidas a la Década de los 80 como la Década de los Impedidos, se ha dado en los últimos 20 años un gran impulso a la formulación y puesta en vigencia de Leyes especiales de protección de los derechos de las personas con discapacidad, así como a las áreas de educación, salud e integración laboral.

Las personas con discapacidad que han superado las barreras arquitectónicas, psicológicas y sociales de los Centros de Educación Superior y pese ha esto han accedido a este nivel educativo lo han hecho gracias a los esfuerzos individuales y familiares.

En la actualidad, las políticas gubernamentales no han dejado de ser asistencialitas. Y lo han hecho a contraposición de la verdadera necesidad, la cual involucra y requiere políticas humanistas y promotoras de la integración educativa, económica y social de las personas con discapacidad, que permitan incrementar la participación social **“para todos”, “con todos”** y **“desde todos”**. La discriminación constituye una amenaza a la violación de los Derechos Humanos de las personas; derechos a la vida, a la salud, a la libertad y la seguridad de la persona, a no sufrir penas o tratamientos inhumanos o degradantes, a circular libremente, a la reputación personal, a la vida privada y familiar, a casarse y fundar una familia, al trabajo, a la seguridad, asistencia y la protección sociales.

Desde la Institución que represento y donde se llevo a cabo dicho trabajo nos encontramos poniendo en marcha la definición de un proyecto de Régimen de convivencia, la definición de una ficha de inscripción que discrimine positivamente los alumnos con capacidades especiales, y un proyecto de solicitud de materiales adaptados y cambios arquitectónico.

PALABRAS CLAVES:

Igualdad-Equidad-Legislación-Educación-Terapia ocupacional

BIBLIOGRAFÍA

Libros:

- Ander-Egg, E. y Aguilar, J. (1993), “Como Elaborar un Proyecto: Guía para diseñar proyectos de intervención socio-educativa”. Bs. As., Editorial Magisterio del Río de la Plata.
- OIT (1996), “Orientación Ocupacional de Jóvenes. Guía para Educadores”, Programa Formación Profesional.
- Ojeda, L. (1999). “Orientación Vocacional. La búsqueda de información, nuevos recursos”, Rosario, Homosapiens Ediciones.
- Atrio, Nelida y otros. “Espacios psicopedagógicos”. Editorial Psicoteca.
- De Hemphill, J.B . “Mental Health Assessment in Occupational Therapy, An Integrative Approach to the Evaluate Process”.(USA) 1988.
- Gullco, A y di Paola (1993).Orientación Vocacional “ Una Estrategia Preventiva”. (Bs As), Editorial. Vocacion Argentina
- Kielhfner,G , 1983.Health Through Occupation . En: “Theory and Practice in Ocupacional Therapy”. (Philadelphia) editorial Davis Company.
- Reed,K. y Sanderson, S.,1983 .Concepts of Occupational Therapy. (Los Angeles), Williams and Wilkins 2 edition..
- Sabino, A, C. 1998. Como Hacer una Tesis y Elaborar todo tipo de Escritos. Lumen/Hvmanitas, edición Ampliada.
- Autores Varios. 2000 “Situación Actual de las personas con discapacidad”. Cuatro Módulos.

Leyes:

- Ley de Discapacidades. Reg. Of. 301. 2001
- Reglamento General de la Ley de Discapacidades. Reg. Oficial No. 27. 2003
- Breve Análisis de las Discapacidades en el Ecuador. Dr. Ramiro Cazar Flores.2001.

- Ley Federal de Educación Superior Argentina N° 24.521. “Titulo : Derechos, obligaciones y garantías”, “Titulo II Principios generales”, Capitulo I y II De la Política Educativa Argentina, “Titulo III Estructura del Sistema Educativo Nacional”, Capitulo I y II Descripción General”, Capitulo III Educación General Básica, Capitulo VII “Regímenes Especiales”, Titulo VI Gratuidad y Asistencialidad”.
- Decreto 1027/94 de Ley de Educación Argentina, “Anexo II”, “Anexo VI”, “ Comisión Nacional Asesora para la integración de las personas discapacitadas”.
- Ley Provincial N° 10.592 (Buenos Aires) Argentina, Capitulo II “Servicios de Asistencia y Prevención” Titulo III “ Normas Complementarias”, Decreto N° 1149 “Capitulo Único”
- Constitución Nacional Argentina.
- Decreto supremo N° 001-2003-PCM, de plan de igualdad de oportunidades para la persona con discapacidad, de ministerio de Salud de Perú.
- Ley General de Educación N° 28044 de Perú.
- Programa de Nacional de Emergencia Educativa 2004, Peru: ejes “equidad y Educación Inclusiva: década de la inclusión 2003-2012. Educación Especial.
- Ley General de la Persona con Discapacidad de Peru, N° 27050,.
- Constitución Política del Estado de Perú , año 1979, art 19, Capitulo III, Titulo I.
- Resoluciones Ministeriales del Peru N° 1378-78-VC-3500 y N° 1379-78-VC-3500.
- Constitución Nacional del Perú, promulgada en 1993, art 2 inc. 2 , capitulo II del titulo I, articulo 7 , art. 23, titulo III, art. 59 .

Título: Integración de la Perspectiva Ocupacional en la Evaluación de Desarrollo del Niño de 0 a 4 años.

No. De Hojas: 11

Nombre del Autor: Bolaños, Cristina

Institución a la que Pertenece: Instituto de Terapia Ocupacional

Av. San Antonio 341-1

Col. San Pedro de los Pinos

Delegación Benito Juárez

Ciudad de México

C.P. 03800

México, D. F.

Teléfono: 52 55 55-63-00-86

Fax: 52 55 55-98-62-54

cbolanos@ito-edu.org.mx

Título: Integración de la Perspectiva Ocupacional en la Evaluación de Desarrollo del Niño de 0 a 4 años.

Nombre del Autor: Dra. María Cristina H. Bolaños

Institución a la que Pertenece: Instituto de Terapia Ocupacional

Av. San Antonio 341-1

Col. San Pedro de los Pinos

Delegación Benito Juárez

Ciudad de México

C.P. 03800

México, D. F.

www.ito-edu.org.mx

Resumen

El objetivo de la presentación es analizar como el terapeuta ocupacional aporta su visión integral para integrar datos que permitan identificar problemas no sólo del nivel de desarrollo sino aspectos específicos relacionados con déficit, integración sensorial y desorganización de juego, de tal manera que pueda orientar a los padres para que tomen decisiones prácticas y efectivas para facilitar del desarrollo del niño(a) desde la perspectiva ocupacional.

Para ejemplificar lo anterior, se presenta un estudio de caso de una pequeña con microcefalia y problemas de autorregulación que se le aplicó una serie de valoraciones en diferentes cortes de edad, utilizando como instrumentos de medición el Perfil de Conductas de Desarrollo (PCD), el Sensory Profile y la Escala de Juego. La integración de la información cuantitativa y cualitativa obtenida de estos instrumentos permitió fundamentar la intervención desde la perspectiva ocupacional, empleando los marcos de referencia de Integración Sensorial y Ocupación/Persona/Ambiente en una intervención que duró 20 meses.

Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas en las once áreas del PCD, con una significancia estadística de $p < .05$. En el juego se observaron cambios en iniciativa, en su disposición de juego, imitación, manejo de espacio y materiales. En el procesamiento sensorial, se obtuvieron cambios en atención, estado de alerta, reacción emocional y praxis.

Este estudio mostró la importancia de trabajar todas las áreas de desarrollo, lográndose disminuir la diferencia entre su edad cronológica y nivel de desarrollo. Así mismo, demostró la importancia de integrar el juego de desarrollo tanto en la evaluación como en la intervención y de incluir a los padres en el trabajo terapéutico, confirmando que el intervenir en forma temprana disminuye los efectos secundarios que la desorganización en el procesamiento sensorial puede traer consigo en las conductas de juego y en el desarrollo integral del niño.

Agradecimientos:

Agradecemos la participación de la

Mtra. en Terapia Ocupacional Montserrat De la Riva,
Mtra. en Terapia Ocupacional Leah Golombek

estudiantes de la Maestría en Terapia Ocupacional, cuando se valoró e intervino en el caso

Introducción

El objetivo de la presentación es analizar como el terapeuta ocupacional aporta su visión integral para integrar datos que permitan identificar problemas no sólo del nivel de desarrollo, sino aspectos específicos relacionados con déficit integración sensorial, desorganización de juego, de tal manera que pueda orientar a los padres para que tomen decisiones prácticas y efectivas para facilitar del desarrollo del niño(a) desde la perspectiva ocupacional, a través de la presentación de un estudio de caso.

Los supuestos en que se basa esta presentación son los siguientes:

1. El niño presenta conductas indicadores del nivel de desarrollo en su actividad sensorimotora, de lenguaje, cognición, en la exploración y manipulación de juguetes y en su relación con el entorno.
2. Existe una interdependencia en las áreas de desarrollo que potencializa en sentido positivo y negativo el proceso de desarrollo, de ahí que en la intervención temprana se disminuyen los efectos que la falta de una detección temprana ocasiona.
3. Utilizando escalas de desarrollo estandarizadas y observación de juego se pueden identificar indicadores de riesgo relacionados con integración sensorimotriz, cognición, comunicación y desarrollo neuromotriz y establecer objetivos desde la perspectiva ocupacional.
4. La integración de la información cuantitativa y cualitativa derivada de la observación de juego y de la escala de desarrollo permitirá integrar una visión más completa de las necesidades y los recursos ocupacionales del niño y la niña en diferentes áreas.

Uno de los fundamentos de la intervención temprana son los cambios que se pueden lograr cuando se interviene en forma temprana para evitar el que los problemas se tornen más severos y se involucren más áreas del desarrollo del niño. (1,2)

Investigadores han mostrado la necesidad de valorar el desarrollo de los niños(as) en forma sistemática, no sólo cuando se espera alteraciones en el proceso de desarrollo por prematurez, factores genéticos identificados, malformaciones congénitas o traumatismo neonatales,(3) sino también en presencia de ambientes deprimidos (4), o en el retraso en la aparición de conductas esperadas a su edad.(5,6)

La Evaluación del Desarrollo comprende la utilización de escalas de desarrollo estandarizadas cuyo objetivo es documentar la emergencia de comportamientos y habilidades secuenciales en un período de tiempo. La Evaluación del Desarrollo se realiza los primeros años de vida permitiendo conocer el patrón de desarrollo de niños y de las niñas en diferentes áreas para establecer niveles de edad y tipos de intervención necesarios cuando se detectan indicadores de retraso en la adquisición de conductas en diferentes áreas del desarrollo.

El Juego.

El juego es considerado la ocupación del niño. (7) A través del juego se puede observar su atención, organización, iniciativa, interacción, participación, exploración, forma de aprendizaje y nivel de desarrollo. La competencia, la logra el niño al tener la posibilidad de explorar y experimentar, desarrollar habilidades y divertirse. (8) La interacción entre la experiencia apropiada a la edad y la maduración del SNC determina las características de la capacidad organizativa de cada fase.(9) El juego nos da una muestra clara de la capacidad organizativa del niño por su carácter espontáneo, flexible. El comportamiento de juego puede ser analizado no sólo a través de sus componentes, sino también en relación a los roles culturales y sociales y sus efectos en el ambiente.(9,10,11)

De acuerdo a Knox, (7,12) el análisis de cómo los niños juegan ofrecen información valiosa acerca de sus competencias cognitivas, motoras y sociales.

El terapeuta ocupacional facilita el juego para promover la competencia en el niño, ya sea adaptando el juego, adaptando el ambiente o desarrollando habilidades y como un medio para potencializar el desarrollo del niño.

Diseño de Investigación.

Estudio de caso en serie de tres cortes.

Objetivo de la Investigación

Identificar y evaluar los cambios en niveles de desarrollo, edad de juego y procesamiento sensorial en los diferentes cortes de edad.

Descripción del Caso:

Tere nació de 37 semanas, presentó un Apgar 9/9, nació por parto natural, sin sufrimiento fetal, peso al nacer 2.700.

Inicialmente tuvo intolerancia a la lactosa, la cual se controló a los 3 meses. Presentó problemas de sueño. A la edad de 6 meses, la madre solicitó la valoración porque observaba que no jugaba, que no movía sus manos. Tere es la segunda hija de un matrimonio joven, la mamá psicóloga con conocimientos de IS, nivel socioeconómico medio alto.

Durante todo el estudio, la niña presentó buen estado de salud. A los 7 meses se le diagnosticó probable microcefalia, la cual fue confirmada seis meses después.

Metodología

Instrumentos utilizados:

En esta investigación se utilizó el Perfil de Conductas de Desarrollo,(13,14) que es una escala integrada por once áreas de desarrollo, la cual tiene estudios de validez y confiabilidad para la población mexicana, el Sensory Profile(15) la Escala de Knox Revisada(12) y el INFANIB(16).

Los cortes de edad se realizaron a los 7, 13, 23 y 27 meses. Durante todo ese tiempo recibió terapia de Integración Sensorial combinada con Neurodesarrollo y Juego del Desarrollo.

Procedimiento:

La evaluación del desarrollo se integró por:

1. Entrevista inicial con los padres,
2. Los resultados de la escala del desarrollo (Información Cuantitativa)
3. Resultados del Sensory Profile
4. Observación de juego con el formato de la prueba de Knox.

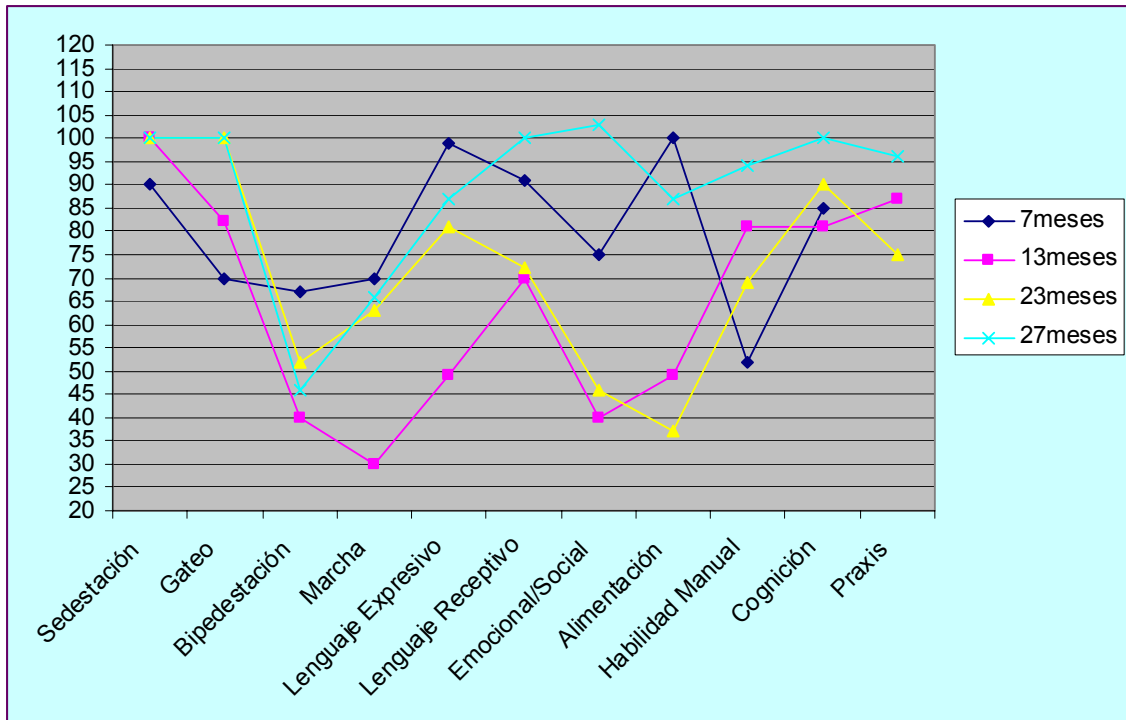
La intervención se realizó por dos años, 2 veces a la semana, de los 7 a los 27 meses, con dos períodos en que se intervino 4 veces a la semana por las prácticas profesionales de los estudiantes de la Maestría en Terapia Ocupacional.

Resultados:

Los resultados de la valoración inicial mostraban retraso en casi todas las áreas de desarrollo con Coeficientes de Desarrollo entre 52 en Habilidad Manual y 90 en Sedestación. Mostraba así mismo, que estaban comprometidas las habilidades de interacción social, no respondía a demandas del ambiente, pero si lograba que el ambiente le respondiera a la poca iniciativa que mostraba, un ambiente sobreprotector que la trataba como una niña más pequeña.

En la tabla 1 se presentan los resultados de los Coeficientes de Desarrollo obtenidos en el Perfil de Conductas de Desarrollo en los diferentes cortes de edad.

Tabla 1



En el análisis estadístico de la diferencia de medias utilizando la prueba t, los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas en las once áreas del PCD, con una significancia estadística de entre $p < .0001$ en Sedestación y Gateo y $p .058$ en Alimentación.

En el procesamiento sensorial, se encontraron comprometidos el registro y modulación sensorial en todas los canales valorados, encontrándose diferencias definitivas en

sensibilidad sensorial oral y auditiva, búsqueda sensorial visual, bajo registro vestibular, propioceptivo y táctil y evitación sensorial táctil, afectando el arousal, afecto, atención y la acción. En esta última se observaba pasividad, patrón de intereses reducido, falta de exploración, manipulación, y mínima comunicación utilizando sólo sonidos agudos. Estas diferencias en procesamiento sensorial repercutían directamente en el nivel de juego, manejo de espacio, interacción social y aprendizaje.

En lo que se refiere al juego, se obtuvieron cambios en su nivel y conducta al jugar, ya que mientras a los 7 meses no se tenía ninguna respuesta de juego a los 27 meses se observaban respuestas más apropiadas a su nivel de maduración. Entre los cambios cualitativos que se obtuvieron fueron aumento de la atención, iniciativa, inicio del juego espontáneo, exploración, manejo de espacio y materiales, aumento de la respuesta emocional.

Conclusiones

Los resultados del estudio corroboran lo señalado por diferentes autores en cuanto a la importancia de integrar los datos cuantitativos, en este caso resultados del PCD, Sensory Profile, con información cualitativa del juego y observación clínica.(17,18) La integración de la información cualitativa y la cuantitativa, nos dio una referencia descriptiva de la calidad de las respuestas de la niña. El observar su nivel de juego permitió integrar elementos que de otra manera, hubieran quedado sin un punto de integración, como era su pasividad, la forma como manipulaba el ambiente, su estado de alerta, su falta de gusto por jugar, la búsqueda sensorial visual y su pobre respuesta emocional.

Desde la perspectiva ocupacional, el análisis de juego permitió integrar la visión del terapeuta ocupacional para intervenir no sólo en el área neuromotora que ya empezaba a mostrar retrasos, sino principalmente incidir en los substratos importantes del procesamiento de integración sensorial(19) e interacción social(9) lográndose cambios significativos en todas las áreas del desarrollo.

Así mismo, fue de especial importancia, los cambios obtenidos en el área cognitiva del PCD. La integración de esta información nos permitió intervenir para modificar la

tendencia del proceso evitando que mayor número de conductas se vieran afectadas como consecuencia de la interdependencia de las variables.

En este caso fue posible constatar la importancia de realizar una detección temprana de alteraciones en diferentes áreas del desarrollo, para realizar un trabajo preventivo, antes que se vieran comprometidos más aspectos del desarrollo, escuchar las preocupaciones de los padres e identificar áreas de retraso, los recursos y fortalezas de la niña y la familia, no quedarnos con el diagnóstico, sino descubrir al niño o a la niña y su potencial, confirmando que el intervenir en forma temprana disminuye los efectos secundarios que la desorganización en el procesamiento sensorial puede traer consigo en las conductas de juego y en el desarrollo integral del niño.

Así mismo, este caso nos permitió descubrir la importancia de no centrarse solamente en el problema neuromotriz, sino realizar un plan de intervención que incluya todas las áreas, de acuerdo al nivel de cada una.

La participación de los padres fue esencial en el proceso de evaluación e intervención ya que ellos son los principales facilitadores del desarrollo de sus pequeños.

Por último, en este caso se puede destacar que por sus conocimientos de desarrollo, integración sensorial, juego y ambiente, el terapeuta ocupacional es un profesional idóneo para realizar una evaluación integral del desarrollo y poder identificar tempranamente desviaciones en sus diferentes áreas.

BIBLIOGRAFIA

- 1 American Academy of Pediatrics., 1994. Screening Infants and Young Children for Developmental Disabilities Pediatrics, **5**, 93: 863-865, RE9414
- 2 Achenbach T., 1981. "Investigaciones en Psicología del Desarrollo" El Manual Moderno. (México)
- 3 Kochanek TT., Buka SL., 1991. "Using biologic and ecologic factors to identify Vulnerable infants and toddlers" Inf Young Children. **4**(1): 11-25
- 4 Aylward G., 1990. "Environmental Influences on the developmental outcome of Children" Inf Young Children. **II**. 1-9.
- 5 Glascoe FP., 1991. "Developmental screening: Rationale, methods, and Application" Inf Young Children. **IV**.1-10.
- 6 Meisels JS., Provence S., 1996. "Screening and Assessment: Guidelines for Identifying Young Disabled and Developmentally Vulnerable Children and their Families" Zero to Three (Washington)
- 7 Knox S., 1974. A play scale, In Reilly, M. (Ed.). "Play as Exploratory Learning" Sage Publications (Beverly Hills, CA) 247-266.
- 8 Reilly M., 1974. "Play as Exploratory Learning" Sage Publications (Beverly Hills, CA).
- 9 Greenspan SI., 1996 "Assessing the Emotional and Social Functioning of Infants and Young Children, en New Visions for the Developmental Assessment of Infants and Young Children" Zero to Three (Washington)
10. Cohen D., 1987. "The Development of Play" New York University Press (New York)
- 11 Ellis M., 1973. "Why People Play" Prentice-Hall (New Jersey)
- 12 Knox S., 1997. "Development and current use of the Knox Preschool Play Scale" en L.D Parham & L. Fazio Eds. Play in occupational therapy for children (pp.35-51) Mosby (St. Louis)
- 13 Bolaños C., 1997. "Perfil de Conductas de Desarrollo" Universidad Iberoamericana e Instituto de Terapia Ocupacional (México)
- 14 Bolaños C., 2005. "Perfil de Conductas de Desarrollo. Estudios de validación del Perfil de Conductas de Desarrollo (PCD) como instrumento para evaluar El desarrollo de los niños de 0-4 años" Boletín Médico del Hospital Infantil de México. **60**, 79-89.
- 15 Dunn W.,1999. "Sensory Profile User Manual" The Psychological Corporation (E.U.A)

- 16 Ellison P., 1994. "The INFANIB. A reliable method for the neuromotor assessment of Infants" Therapy Skill Builders (Tucson, Az.)
- 17 Honzig MP., 1976. "Value and Limitation of Infant Tests: An Overview". En M. Lewis/Ed). Origins of intelligence in Infancy and Early Childhood. Plenum (New York)
- 18 Greenspan SI., Meisels SJ., 1996. "Toward a New Vision for the Developmental Assessment of Infants and Young Children. En New Visions for the Developmental Assessment of Infants and Young Children." Zero to Three (Washington)
- 19 Dahl G., 2001. "From Neuron to Behavior: Regulation, Arousal, Attention as Important Substrates for the Process of Sensory Integration. En: Bundy, A.C. Lane, S.J. Murray, E.A. (Eds.) Sensory Integration with Diverse Populations" Therapy Skill Builders (E. U.A)

SEPTIMO CONGRESO ARGENTINO Y LATINOAMERICANO DE TERAPIA
OCUPACIONAL

Título

INTERVENCION PSICOSOCIAL DE TERAPIA OCUPACIONAL EN EL
TEMA DE PREVENCION, TRATAMIENTO Y REHABILITACION DEL
CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.

DATOS DEL AUTOR

Nombre y Apellido: YUDY SALAZAR TORRES

Agencia: UNIVERSIDAD DEL VALLE

Cargo/Título profesional: DOCENTE- TERAPEUTA OCUPACIONAL-
ESPECIALISTA EN DESARROLLO COMUNITARIO
MG EN NEUROSIKOLOGIA

Ciudad: CALI

País: COLOMBIA

E-mail: yudysalazar@telesat.com.co, yudysa@hotmail.com

INTRODUCCION

El siguiente documento hace referencia a la contribución de la intervención psicosocial en programas de prevención, tratamiento y rehabilitación de población consumidora de sustancias psicoactivas (SPA) a partir de esquemas que permitan cualificar recursos técnicos de los profesionales y optimizar resultados en relación a intervenciones efectivas.

Se presentan aspectos teóricos y de análisis que facilitan entender el tema y la realidad percibida por los diferentes actores sociales que intervienen, pues se requiere de una fundamentación conceptual que permita hacer esa lectura y a partir de ella establecer objetivos acordes a particularidades de los grupos poblacionales y finalmente derivar en algunas estrategias metodológicas frente a una situación de consumo a nivel nacional, internacional y mundial con consecuencias personales, familiares y sociales que de una u otra forma afectan a la comunidad en general.

DESCRIPCION DEL TEMA

El consumo de sustancias psicoactivas (SPA) forma parte de un proceso que va desde el uso y abuso hasta la dependencia de diversas sustancias legales e ilegales que afectan cada día a un mayor número de personas a edades más tempranas con efectos que alteran la salud física, mental o el bienestar de un individuo, de un grupo o de la sociedad en general. Las cifras de incidencia y prevalencia tienen diferentes comportamientos, pero en definitiva se percibe un aumento o mantenimiento en unos casos de una sustancia específica, en otros por grupos etareos, concluyendo de esta manera que las medidas preventivas o terapéuticas siempre serán pertinentes.

Algunos fenómenos sociales, factores personales, familiares, psicosociales facilitan el desarrollo del consumo, es por esto que en la actualidad existe consenso entre profesionales de diferentes áreas y organismos gubernamentales y no gubernamentales a la hora de considerar la importancia de la intervención en los diferentes niveles de atención e identificar las consecuencias del consumo como una situación socialmente relevante.

POR QUÉ LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL?

Porque hoy se consumen sustancias legales e ilegales a más temprana edad y por lo tanto la intervención se hace cada vez más necesaria.

Porque el consumo de sustancias legales se ha convertido en un mecanismo de socialización para la comunidad en general.

Porque en la calle, en la casa, en la escuela, colegios, universidades, en el parque, en el barrio, se puede reflexionar sobre la prevención, el consumo de las SPA y los problemas asociados con la comunidad en general.

Porque la prevención debe ser un hecho cotidiano de participación de los diferentes sectores gubernamentales y no gubernamentales.

Porque es preciso entender que el consumo de SPA se convierte en un problema de salud pública, hecho fundamental para acercarse a una atención integral desde diferentes instituciones y sectores.

JUSTIFICACION

El hombre como ser biopsicosocial, esta en continua interacción con su medio, la persona esta preparada para el desarrollo de sus capacidades, habilidades y destrezas de acuerdo a cada una de las etapas del ciclo vital, valiéndose de la ejecución de roles ocupacionales; la terapia Ocupacional al tener como objeto de estudio la Ocupación humana, se pone en contacto con la realidad del sujeto en cuanto a lo individual y como ser social transformado y transformador de su medio a través del desempeño ocupacional, entendido como la capacidad de desarrollar aquellas tareas que hacen posible ejecutar los roles ocupacionales de una manera que sea satisfactoria y apropiada en relación con la edad del individuo, la cultura y el entorno.

Es así como se requiere aprendizaje y experiencia en la realización del rol, un nivel de desarrollo específico para la ejecución de las tareas, la utilización de los componentes de la ejecución que dependen de elementos intrapersonales y extrapersonales y dimensionado en las áreas de autocuidado, actividades productivas, de trabajo y de juego y/o ocio con los consecuentes componentes y contextos del desempeño.

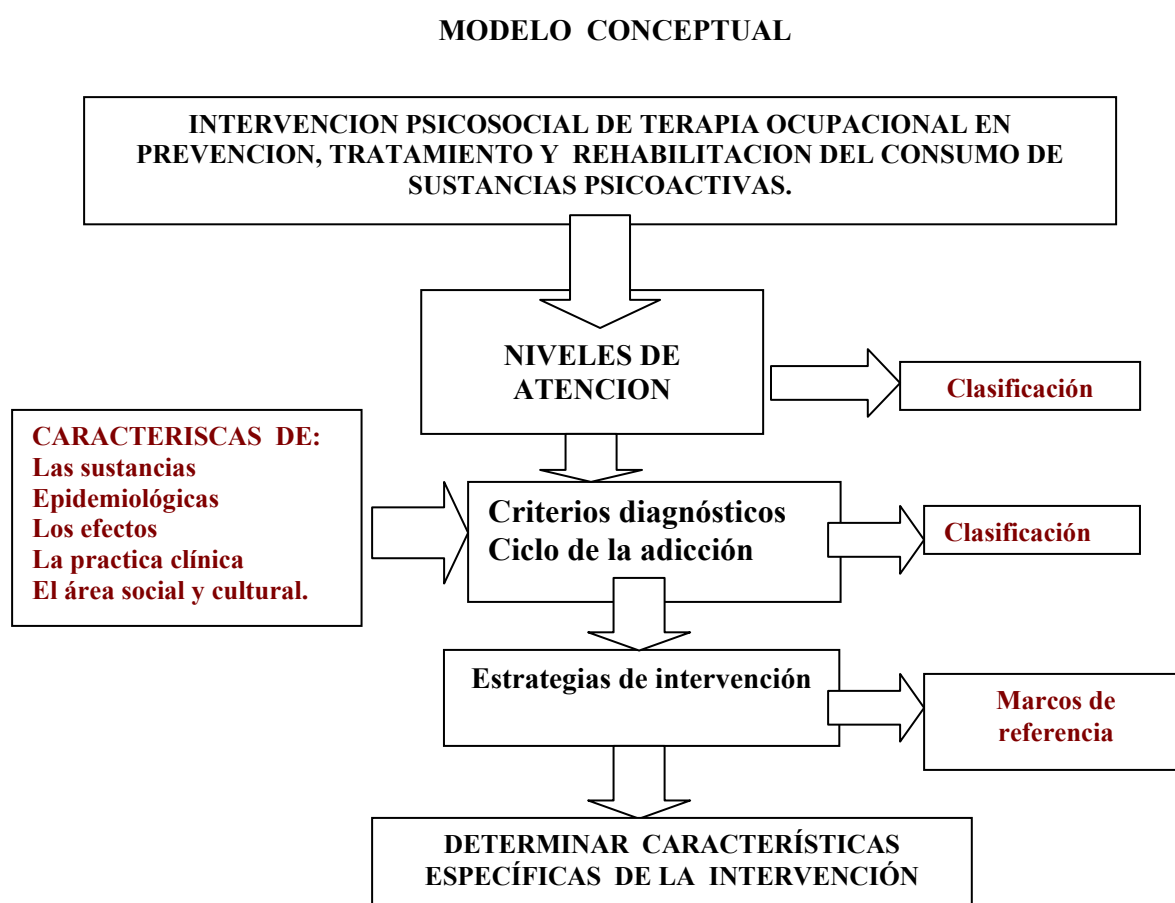
Alicia Trujillo, en su modelo de “ Desempeño Ocupacional y realización humana”, refiere que hay un permanente movimiento entre los procesos humanos (niveles crecientes subsistencia, actualización, dominio y actualización, sustentados en el potencial sensorial, motor, cognoscitivo, social y afectivo de la persona) y procesos ocupacionales (representados por el autocuidado, el juego, el trabajo), los cuales se mueven en un medio ambiente que esta constituido por un espacio, una temporalidad y una estructura social, económica e ideológica que favorece o impide que el desempeño ocupacional tienda a la realización de la persona. La continua interacción entre estos se sintetizan en el desempeño ocupacional.

Consecuente con lo anterior en la intervención en Terapia Ocupacional es importante priorizar estrategias de promoción y prevención, en tratamiento, rehabilitación y equiparación de oportunidades a partir de espacios terapéuticos que permitan el análisis del desempeño Ocupacional, la capacidad adaptativa de los usuarios a través de elementos socioeducativos que propicien autoconocimiento y habilidad para interactuar, reorganizar y/o mantener patrones conductuales que optimicen su desempeño en los diferentes roles sociales y favorecer de esta manera el abordaje de las restricciones en la participación educativa, laboral teniendo en cuenta para ello el enfoque biopsicosocial y sociocultural.

Finalmente la intervención se justifica en la medida que el mayor conocimiento del tema y el perfil o características de la población amplía las posibilidades de establecer procedimientos diagnósticos y terapéuticos que enriquecen el pronóstico, el éxito en el proceso y el impacto sobre la práctica social que consolide una intervención reflexiva y focalizada en aspectos específicos y enriquecidos por una visión integral.

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

A continuación se describen modelo conceptual y la estructura que permitirá visualizar la intervención psicosocial en el consumo de SPA:



Existe un constructo teórico denominado intervención psicosocial en los diferentes niveles de atención en el tema de la drogadicción que permite realizar abordajes interdisciplinarios de acuerdo a particularidades de los grupos poblacionales o teniendo en cuenta el perfil ocupacional del consumidor, el diagnóstico, el pronóstico, la orientación vocacional y el proceso de inserción social teniendo en cuenta para ello el análisis de potencialidades, intereses, hábitos, rutinas, roles y destrezas a partir de un proyecto de vida donde las personas puedan desarrollar una vida saludable, socialmente normalizada conjuntamente con su red de apoyo familiar y posibilite a su vez la dinámicas de inclusión social.

La consecución de lo anterior está determinado, por una parte, por una intervención positiva sobre la persona consumidora y su entorno más inmediato y por otra parte por cambios en la sociedad a través de estrategias educativas en promoción y prevención que hagan posible su participación activa en la misma.

ESTRUCTURA DE LA INTERVENCIÓN

Fases	Objetivos	Actividades	Estrategias
Valoración Identificación de necesidades.	<p>Evaluar condiciones actuales de las personas o grupos poblacionales según nivel de atención.</p> <p>Identificar elementos del micro y macrocontexto de las personas o grupos poblacionales.</p> <p>Valorar éxitos y fracasos de intervenciones anteriores.</p> <p>Identificar recursos existentes, redes de apoyo familiar, social y los dispositivos a utilizar.</p> <p>Definir el problema.</p>	<p>Revisión antecedente de intervenciones.</p> <p>Entrevista estructurada</p> <p>Análisis del desempeño ocupacional según ciclo vital</p> <p>Observación específica y estructurada de la comunidad y diferentes actores sociales.</p>	<p>Sesiones individuales o grupales</p> <p>Protocolo de intervención acordes a necesidades.</p> <p>Diseño de una forma particular de recolección de datos</p> <p>Esquematizar los datos.</p> <p>Reunión con equipo interdisciplinario.</p>
Planificación	Plantear objetivos y propuesta de intervención	<p>Análisis de resultados</p> <p>Propuesta de diagnóstico.</p> <p>Visualización de resultados y pronóstico.</p>	<p>Proyección y viabilidad de la estrategia.</p> <p>Socialización de la propuesta de intervención.</p>
Intervención	Desarrollar planes de acción acordes a necesidades particulares de la persona o grupo.	<p>Psicoeducativa</p> <p>Cognitivo-conductual</p> <p>Aprendizaje en habilidades sociales</p> <p>Habilidades de autocontrol y manejo de estrés.</p> <p>Habilidades de autocuidado</p> <p>Actividades de la vida diaria.</p> <p>Actividades escolares-hábitos-rutinas y roles.</p> <p>Actividades de ocio y tiempo libre.</p> <p>Proyección de Integración comunitaria.</p>	<p>Individual.</p> <p>Grupal</p> <p>Familiar</p> <p>Operacionalización de recursos</p> <p>Instrumentalización de recursos.</p>
Evaluación	<p>Adaptar la intervención a las necesidades y evolución de cada usuario o grupo.</p> <p>Facilitar un mecanismo de evaluación interna.</p>	<p>Reconocer dificultades, retos y logros.</p> <p>Valorar las condiciones actuales de las personas y la proyección de la intervención.</p> <p>Introducir cambios.</p>	<p>Informes de avance y final que den cuenta de los objetivos planteados al iniciar la intervención.</p>
Seguimiento	<p>Conformar un mecanismo dinámico de realimentación sistemática.</p> <p>Medir cumplimiento de objetivos.</p> <p>Comprender los procesos relacionado con la evolución de la intervención.</p> <p>Adaptar la intervención a las necesidades de la población</p>	<p>Realizar entrevistas</p> <p>Aplicación de protocolos de evolución.</p> <p>Comprobar la evolución</p>	<p>Informe de seguimiento a los objetivos.</p> <p>Reuniones periódicas con objetivos planteados acordes a las necesidades.</p> <p>Trabajo interdisciplinario</p>

Para llevar a buen término el desarrollo metodológico que permita actuar con eficacia es importante tener en cuenta los siguientes elementos:

Definir objetivos y procedimientos.

Estudiar el alcance y las características del tema teniendo en cuenta los medios técnicos para tener un conocimiento preciso y veraz.

Incluir el equipo interdisciplinario, identificando y movilizándolo los recursos existentes de los grupos poblacionales, incluyendo el mayor número de actores sociales posibles.

Abordar intervenciones con enfoques teóricos claros y acordes a necesidades específicas o colectivas según sea el nivel de atención.

Se necesitan intervenciones no focalizadas en el déficit, teniendo en cuenta para ello una visión amplia que permita el diálogo con otras disciplinas, ampliar la base teórica y asegurar que los procesos sean accesibles.

Se resalta la conveniencia de intervenir específicamente sobre aquellas funciones directamente asociadas al funcionamiento diario de la persona consumidora, a su perseveración en el consumo y al alto riesgo de recaídas.

APORTES DEL ABORDAJE DEL TEMA

Determinar elementos que prioricen la intervención de terapia ocupacional en los diferentes niveles de atención, así como, delimitar un perfil profesional que posibilite realizar intervenciones acordes a las exigencias de los usuarios, del medio, no focalizar la atención a ofrecer respuestas puntuales a las demandas explícitas, sino también a comprender y valorar las demandas implícitas a partir de una valoración integral que permita analizar los diversos factores que favorecen o no el desempeño ocupacional de las personas consumidoras de SPA.

Contribuir al desarrollo de propuestas psicosociales como un medio que permita la adopción de protocolos de evaluación e intervención de acuerdo a las características de la población, reorganizar y/o fortalecer el proceso de inserción socio-ocupacional a partir del diseño y estructuración de programas en cualquier nivel de atención con la participación de un equipo interdisciplinario y de los actores sociales involucrados como sujetos activos en el proceso que propician la autodeterminación, autogestión, regulación de sus dinámicas y lideran acciones para sí y para otros en torno a temas que considera relevantes para ellos y su comunidad.

Favorecer un mayor conocimiento de tema, posibilitar una actitud investigativa y nuevas formas de intervención.

ELEMENTOS DE REFLEXIÓN

El proceso de formación de profesionales en el área psicosocial y específicamente en el tema de prevención, tratamiento y rehabilitación del consumo de SPA ofrece estrategias que fortalecen

propuestas de intervención con los usuarios, sus familias, sistemas educativos, de salud y redes de apoyo, siendo esta la manera de garantizar que los procesos perduren en el tiempo.

Una intervención será efectiva en la medida en que abarque el mayor número de factores causales y abordajes integrales acordes a las necesidades de las personas con actuaciones secuenciales, continuas y relacionadas con otras a nivel de un equipo interdisciplinario, interinstitucional e intersectorial.

Como miembros de un equipo interdisciplinario en el área psicosocial es importante dimensionar lo que es posible hacer, lo que es necesario hacer, lo que se desea hacer y lo que en realidad se puede hacer de una manera integral y atendiendo a las necesidades sentidas del grupo poblacional, identificando red de recursos comunitarios y rutas de seguimiento en los diferentes niveles de atención.

BIBLIOGRAFIA

A T, Beck; Fred D: Wright, Corey F. Newman, Bruce S. Liese (1999). Terapia Cognitiva de las drogodependencias.

Alvarez, L. Drogas de abuso. P.49-86. En: Alcaldía de Medellín y Hospital Universitario San Vicente de Paúl. Compendio de farmacodependencia y alcoholismo. Medellín.

Alvadalejo, M. (2005). Farmacología clínica de las drogas de abuso: Málaga.

American Psychiatric Association. (2005). Diagnostic statistical manual of mental disorders DSM IV- TR. Washington.

Castaño Pérez G. (2001) Nuevas estrategias de atención en drogodependencias “la reducción de riesgos y daños. Fundación Universitaria Luis Amigó.

Durante P, Molina B. (1998) Terapia ocupacional en salud mental. Principios y práctica

Dulce María Romero Ayuso (2003). Terapia ocupacional. Teoría y práctica. Ed. Masson.

Joanne k. Factores que promueven la resistencia a la adversidad psicosocial. V simposio de actualización de SPA.

Fundación de ayuda contra la drogadicción (1997): Información general para la prevención de drogodependencias. Obra colectiva de la FAD.

Fleming, Michael y otros. (1994). guía de los trastornos adictivos. Impreso en España.

Farmacodependencia y política de drogas (2001). Seminario de expertos, Berlín- Alemania.

González P, Toro G, Yépez R. (1997). Fundamentos de medicina. Manual de psiquiatría. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas.

Gómez J. Fundamentos metodológicos de la T:O Mira editores

Galanter, M. y Cléber, H. (1997). Tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias de la American Psychiatric Press. Barcelona: Masson, S.A.

Kieflhoner G: motivos, patrones y desempeño de la ocupación: conceptos básicos.

Ledoux, S. Sizaret, A. Hassler, C. Choquet, M. (2000). Consumo de sustancias psicoactivas en la adolescencia. Análisis de los estudios de cohorte. Revista de adicciones Vol. 12 N° 2. Pamplona. Madrid.

Organización Panamericana de la Salud (1995). Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10ª. Revisión. W. D.C. OPS, Vol. 1.

Plan nacional sobre drogas. (1997). Prevención de las drogodependencias: análisis y propuestas de actuación. Ministerio del interior. España.

Silva, R. Gonzáles C, Espinel, M. Espinosa, I. (1998). Consumo de sustancias psicoactivas: estudio en adolescentes escolarizados en tres localidades de santa fe de Bogota.

Trujillo A. Propósito de la T.O en la intervención psicosocial campos de acción.

Verdejo, Et al (2004); Impacto de la gravedad del consumo de drogas sobre distintos componentes de la función ejecutiva Revneurolog 38 (12).

Viveros C. Licer (2002) Consumo de drogas y alcohol por adolescentes escolares de enseñanza básica y media de la comuna de Ñuñoa. -- p.251-265.

Willard /Spackman. Terapia ocupacional. Octava edición, Ed. Panamericana. 1998. Capitulo 4, sección 3j, paginas 85-86.

VII Congreso Argentino y Latinoamericano de Terapia Ocupacional.
Mar del Plata del 12 al 15 de setiembre de 2007.

Título del Trabajo: “Intervención desde Terapia Ocupacional con niños que presentan Trastornos Psicopatológicos”

Autora: Lic María Nelly Boiffier.

Mauro tenía 4 años de edad Se le había realizado un ECG, que demostraba leve alteración, por lo que los padres recibieron el diagnóstico de Disrritmia Cerebral leve, con Retraso Psicomotor asociado.

Mauro no controlaba esfínter, no había presencia de lenguaje oral, comunicaba algunas necesidades llevando a su madre de la mano hasta el objeto deseado. Rechazaba todo contacto corporal, ignoraba la presencia del padre y mantenía una clara relación simbiótica con su mamá. Todo intento por hacerlo ingresar a la terapia sin la presencia de su madre, provocaba crisis de angustia que se manifestaba con llanto, conductas impulsivas hetero y auto- agresiones. Su mamá refería las dificultades para alimentarlo ya que no lograba permanecer sentado en la mesa ni realizar ninguna actividad que le implicara estar sentado. Fracasando incluso todo intento por integrarlo en el jardín de infantes. Asimismo comentaba que podía permanecer “jugando a la pelota” todo el día, haciéndola picar sobre el piso reiteradamente.

Lucas tenía 4 años cuando llega al consultorio, sus padres habían recibido a temprana edad el Diagnóstico de Sme de Soto, pero su madre se encontraba preocupada por la presencia de conductas atípicas que no se relacionaban con el diagnóstico de base.(aleteo de las manos, manierismos, estereotipias, trastornos del lenguaje, jergafasia, ecolalia, soliloquios, uso estereotipados de los objetos, falta de control esfínter anal, caminaba en puntas de pies y rechazaba ciertas texturas).

Francisco, a los 5 años de edad llega al consultorio en el mes de agosto, a pedido de su maestra de jardín y autoridades de la escuela, ya que observaban conductas atípicas que interferían en su adaptación al ambiente y a la dinámica de trabajo de la sala. Su madre refería desconocer la situación ya que consideraba que su hijo era sumamente inteligente, dócil y tranquilo. Francisco pasaba muchas horas del día mirando TV, pudiendo luego relatar lo visto con lujo de detalles imitando incluso la voz de sus personajes.

Francisco presentaba destrezas y habilidades manuales competentes acordes a su edad. A nivel cognitivo lograba un desempeño superior para su edad. Pero sus destrezas y habilidades de comunicación no estaban en función del lenguaje comunicacional, rechazaba todo contacto corporal, no existía esbozo de figura humana en el plano y presentaba enuresis y encopresis secundaria.

Joel ingresa a la edad de 6 años al Centro Psico-educativo Intensivo (C.Pe.I), desde temprana edad se le había diagnosticado “Psicosis Simbiótica”, presentaba estado de desnutrición avanzado debido a que su madre ya no sabía como alimentarlo ya que debía tenerlo alzado, para evitar que se autoagrediera. Presentaba trastornos del sueño, existía colecho. Joel no tomaba ningún objeto, sus manos carecían de uso funcional, observando una severa disminución de fuerza motriz generalizada.

Acabo de presentarles 4 realidades socio-familiares diferentes, 4 posibles diagnósticos posibles, pero por sobre todo estoy hablando de 4 niños diferentes que requieren de abordajes individualizados y específicos.

Esta es la realidad que a diario nos llega al consultorio, donde se entretajan historias diversas...padres que cargan el peso de un diagnóstico, su angustia, su ansiedad, su incertidumbre, marcados por todo lo que les han dicho que sus hijos NUNCA HARAN. Otros padres llegan cansados de recorrer consultorios en busca de respuestas a sus miles preguntas, y en muchas oportunidades nos llegan niños que se ha perdido años de intervención precoz y llegan a una consulta interdisciplinaria cuando los problemas se ponen de manifiesto en el ingreso al sistema escolar.

En cada caso es necesario realizar una adecuada contención y orientación de la familia, como así también una evaluación que nos permitan identificar necesidades, capacidades potenciales y fortalezas. Los niños con patologías psiquiátricas, específicamente las que se encuentran dentro del Espectro Autista, pueden mostrar problemas que surgen de su vulnerabilidad psicosocial. La naturaleza de cada trastorno implicará que los problemas se enfoquen en las áreas del comportamiento afectivo o intrapersonal que comprometan el desarrollo de actividades y ocupaciones indispensables en la vida del niño.

Si nosotros nos remitimos a la bibliografía (Nawarta M), nos marcan alteraciones que encontraremos en estos cuadros particularmente.

- Fallas o desvíos en el crecimiento.
- Marcha inestable.
- Torpeza motriz.
- Conducta solitaria.
- Tendencia al aislamiento.
- Alteración expresiva y/o comprensiva del lenguaje.
- Desorganización motriz.
- Pasividad.
- Fallas en el control de la conducta.
- Fallas en el control motor.
- Juego atípico. Ausencia del juego simbólico.
- Acceso tardío a la actividad gráfica.
- Falta de interés por el ambiente.
- Trastornos cognitivos.
- Dificultades en la adaptación.
- Dificultades en el aprendizaje.

También podemos remitirnos a una bibliografía nosológica como es el DSM IV, que demarca para los Trastornos Autistas.

Niños con: Alteraciones de la interacción social.

Alteración cualitativa de la comunicación.

Patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados.

Pero si nos detenemos simplemente en los signos y síntomas, nos perdemos de ver lo más importante de cada niño, que es un ser único y particular que nos puede sorprender con el descubrimiento de nuevas potencialidades, fortalezas y el aprendizaje de

destrezas y habilidades, para ser contempladas en los diferentes ambientes en los cuales el niño se vincula.

Abordar desde una visión psicosocial nos permite pensar y hacer “con el niño y su familia”, desde una clara visión holística, abarcando no solo las necesidades básicas de desempeño en AVD sino también contemplar la principal ocupación del niño, EL JUEGO, a las que luego se irán sumando capacidades de desempeño en otros ambientes de exploración.

Conocemos el valor de la EXPLORACION “esta etapa es en la cual el niño muestra deseo de interactuar con el ambiente, con el mero propósito de obtener experiencia sensoriales y placer. Se refiere al interés del niño y a la necesidad de descubrir el entorno” (Kielhofner 2004). Si bien sabemos cuan comprometido se encuentra este aspecto, esto de nada debe ser un indicador que nos limite y no pongamos al niño en situación concreta de explorar, reconocer cual es el canal sensorial que me permite acceder al lenguaje del niño, captar su atención y motivación por el ambiente, social y físico. Por lo tanto es relevante determinar cualquier causa que este interfiriendo en esta Exploración, ya que se comprometerá y limitará su Capacidad de Desempeño.

Conocemos el valioso aporte de la Teoría de Jean Ayres, desde Integración Sensorial. Las posibles Disfunciones Táctiles, Vestibulares y Propioceptivas pueden estar presentes e interferir en el desarrollo de la capacidad de vinculación y aprendizaje hacia el entorno. Llegar a saber que hace un niño, cómo lo hace, que no hace y por qué..., es de suma importancia, ya que el impacto se verá directamente sobre la misma ejecución de actividades, restringiendo sus posibilidades de descubrir ...interpretar sensaciones sensoriales.

Asimismo los padres necesitan que le aportemos estrategias para el hogar y a su vez debemos ofrecerle oportunidades de mejorar su Volición que nos permita vincularnos desde un espacio afectivo.

Una familia contenida y participante activa del proceso de su hijo es una familia que podremos contener, capacitar y a su vez evitar el desgaste y la disfuncionalidad familiar. Aspecto que se ve frecuentemente en estas familias.

Los Principios Básicos de Intervención apuntan a:

- El ambiente debe apoyar al niño para entrar en proceso positivo de cambio.
- El ambiente debe promover la motivación.
- Las ocupaciones son el contexto en el cual la T.,O. logra cambios positivos.
- La interacción debe seguir retos crecientes para una participación adecuada.
- El verdadero objetivo de la terapia es establecer un nuevo patrón de interacción.
- Ver las fortalezas del niño y sus características únicas construye un camino que si bien por momentos sea incierto nunca los logros son imposibles.

Mi trabajo no tiene conclusión sino mas bien una reflexión como se verá en el video. Considero que los niños que presentan trastornos Psicopatológicos, son cuadernos en blancos donde día a día se pueden inscribir junto al niño y su familia nuevos aprendizajes.. Recordar que “ el hecho de que podamos mirar, tocar, caminar, alcanzar, sostener y dar forma al mundo es una invitación irresistible actuar”(Dr. Kielhofner 2004). Pero es desde el ambiente desde donde dichas oportunidades se deben proveer y estimular, mas allá del diagnóstico, del pronóstico, de las estadísticas siempre es válido el hacer...el buscar ...el crear oportunidades de placer para el niño.

El diagnóstico precoz también es de suma importancia para que los padres puedan ponerle nombre a lo que le ocurre a sus hijos, pero este debe ser dado por el médico competente en psiquiatría infantil.

La eficacia clínica parte del razonamiento terapéutico: sentir, pensar y hacer con el niño y su familia, porque cada episodio de la terapia está entrelazado con la vida del niño, resonando con la historia del pasado del niño y su experiencia y guía hacia un proceso de interacción con el entorno, bajo la mirada del presente en pos de un futuro que debemos construir.

El presente trabajo fue expuesto en las I Jornadas Nacionales y VII Jornadas Provinciales en Salud Mental.

Mendoza del 16 al 18 de abril del 2007.

Requerimientos técnicos: Power Point.

Bibliografía:

“Detección temprana- Diagnóstico y Tratamiento” Mawarta Mariana E. Edit. MMUI by Laudiera. S.A. 1era Edición.1998.

“Modelo de Ocupación Humana. Teoría y Aplicación.” Dr. Kielhofner Gary. Edit. Médica Panamericana- 3 era Edic. 2004.

“Manual del Modelo de Ocupación Humana. Intervención en niños”. Compiladora Mg. De Las Heras Carmen. Material proporcionado en el Curso de Pos Grado. Nivel Intermedio. Universidad Nacional de Chile. Enero 2004.Editado en Reencuentros.

I. Título

“Juegotecas para niños de barrios inundados. Un aporte a la reconstrucción comunitaria de Santa Fe.”

II. Autores

III. Unidad responsable

Escuela Superior de Sanidad “Dr. Ramón Carrillo”

Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas.

Universidad Nacional del Litoral.

Paraje El Pozo S/N. Ciudad Universitaria.

Santa Fe. Argentina.

Tel/Fax: 0342-4575222 / 4575216 int. 111.

E-mail: avenida@arnet.coma.r

IV. Resumen

La reconstrucción de Santa Fe, luego de la catástrofe hídrica del 2003, se centró en aspectos infraestructurales.

Las instituciones comunitarias afectadas que brindan servicios a niños, perdieron y no recuperaron el material lúdico. La carencia de estos recursos y de herramientas metodológicas para la intervención fue la necesidad identificada y tomada desde este proyecto.

El juego y los juguetes son una necesidad vital para el desarrollo infantil. Los contextos de desempeño afectados a partir del fenómeno hídrico, impactaron en el juego y desarrollo infantil, limitando una necesidad, un derecho y una ocupación fundamental.

Esta propuesta promovió la formación de recursos humanos, vehiculizando iniciativas de distintos sectores, mediante un trabajo en red para dar respuesta a las necesidades detectadas. Como apuesta a superar el asistencialismo y la fragmentación de acciones dispersas, modo de práctica que ha primado en la reconstrucción.

Se desarrolló en seis instituciones de cinco barrios santafesinos pertenecientes a: salud, educación, promoción comunitaria.

El equipo multidisciplinario formado por profesionales y estudiantes de terapia ocupacional, educación física y psicología, trabajó en torno a los siguientes ejes:

- Entrega de baterías lúdicas a instituciones afectadas. Capacitación no formal para su organización.
- Capacitación en juego. Participaron personal de las instituciones, padres de los niños y la comunidad en general.
- Organización de jornadas lúdicas barriales.
- Organización de una red local, con extensiones provinciales y nacionales. Los juguetes fueron provistos por algunas de estas instituciones.

- Investigación sobre representaciones infantiles de la catástrofe.
- Formación profesional en contextos no tradicionales.
- Elaboración de video con aplicaciones didácticas.

Palabras claves: catástrofe, juegos, niños, redes, comunidad.

V. Introducción

El propósito de este trabajo es demostrar cómo se integran las acciones de extensión al proceso pedagógico, contextualizando la formación de los futuros terapeutas ocupacionales en problemáticas de actualidad local, nacional e internacional y en escenarios emergentes no tradicionales dentro de la disciplina.

La Universidad Nacional del Litoral, en su política de extensión, genera espacios destinados a los denominados Proyectos de Extensión e Interés Social (PEIS). Son proyectos sensibles a las necesidades sociales, que integran diferentes disciplinas, instituciones y sectores. Desarrollando acciones de extensión al proceso pedagógico, que favorecen el aprendizaje de contenidos significativos por parte de los alumnos, en situación de contexto real y a través de brindar un servicio a la comunidad, en respuesta a problemas de actualidad.

Terapia Ocupacional posee una aquilatada trayectoria en Proyectos de Extensión en esta Universidad. En particular con población de niños, ancianos y discapacitados.

La inundación producida por el desborde del Río Salado en el año 2003 en Santa Fe, por su magnitud e impacto modificó a la ciudad en aspectos organizacionales, urbanísticos, económicos, sociales, culturales, educativos, sanitarios y ocupacionales; sin precedentes.

Dentro de este escenario de transformaciones y en un esfuerzo por dar respuesta a necesidades reales de la comunidad, la carrera Licenciatura en Terapia Ocupacional

impulsó el PEIS: “Juegotecas para niños de barrios inundados. Un aporte a la re-construcción comunitaria de Santa Fe”.

Este proyecto utilizó el razonamiento clínico propio del campo disciplinar para comprender cómo las pérdidas vividas por los niños (entre ellas, la de sus juguetes); determinadas modificaciones del contexto físico de las instituciones (pérdidas materiales de juguetes y equipamiento lúdico); la carencia de herramientas metodológicas para la instrumentación del juego como agente natural promotor de la reconstrucción del trauma post-catástrofe por parte de personal de instituciones afectadas, y la modificación de la arquitectura urbana (pérdida de las plazas como espacios de juego), restringen las posibilidades de desempeño ocupacional de los niños en sus roles de usuarios de servicios y de miembros de la comunidad configurando situaciones de “injusticia ocupacional” .

El equipo que llevó adelante este proyecto, de características interdisciplinarias, estuvo formado por Terapistas Ocupacionales, Psicólogos, Profesores de Educación Física y alumnos de las carreras Licenciatura en Terapia Ocupacional y Profesorado en Educación Física pertenecientes a distintas unidades académicas.

VI. Fundamentación

El contexto comunitario justifica el presente trabajo desde un paradigma de Terapia Ocupacional Social, según los aportes de Sandra María Galheigo (1)

Asumir el compromiso con las personas de aquellas comunidades donde se carece de una red de apoyo social adecuado, es el auténtico espíritu transformador de Terapeuta Ocupacional en el área comunitaria. Va más allá de asimilar y transformar conceptos desde el paradigma salud- enfermedad puesto que se toma la perspectiva de las personas, sus propias necesidades, su cultura y su vida dentro de la comunidad, y son ellos agentes promotores de cambio individual y comunitario.

Hace décadas que la Argentina está siendo afectada por numerosos sucesos de tipo catastrófico como las inundaciones, con consecuencias devastadoras y disruptivas tanto en los contextos como en la vida cotidiana de las personas y comunidades.

Autores como López, D., Santini, O., Ravetz, R. y Lo Vuolo B. (2)., identifican a estos tipos de comunidades amenazadas por sucesos catastróficos, como poblaciones en riesgo. Esto coincide con situaciones en que el deterioro económico, ambiental y social es mayor.

The United State Agency For International Disaster Office (3), informa que el alto índice de marginalidad de poblaciones de países del tercer mundo, con políticas de ajuste que derivan en reducciones significativas de los presupuestos al sector salud, colocan a estas comunidades entre las poblaciones de más alto riesgo, no sólo en cuanto a la ocurrencia de enfermedad, lesiones físicas, sino también, a las consecuencias psico-emocionales que se producen después de una catástrofe.

La dimensión social de las situaciones de catástrofes incorporada por los científicos sociales, integra la noción de riesgo entendido conceptualmente como una construcción dinámica dada por la interacción entre amenazas, vulnerabilidad, pérdidas, daños y estrategias de adaptación.

Autores como Gilbert White, dentro de la perspectiva de la ecología humana, y Westgate, Wisner, O'Kee, Hewitt, entre otros, han realizado aportes significativos para la comprensión de estos fenómenos que son complejos, multidimensionales, heterogéneos y cambiantes y que afectan al bienestar, la salud de las personas y las comunidades

La inundación por el desborde del Río Salado el 29 de abril de 2003 en Santa Fe, produjo una catástrofe política, social y ambiental, entre otras, por la estrecha vinculación entre la vulnerabilidad y la combinación de factores ambientales y antrópicos. Ha modificado la vida, las ocupaciones y las

representaciones de personas y grupos, generando nuevas configuraciones.

Las secuelas post- trauma, continúan apareciendo a lo largo del tiempo hasta la actualidad, a casi cuatro años del evento. Esto sumado a las pérdidas, limita las oportunidades para que las personas y organizaciones afectadas, se desempeñen adecuadamente en sus contextos cotidianos.

La impronta simbólica que tienen los contextos, objetos y recursos faltantes colocan a las víctimas en un mayor estado de vulnerabilidad, debilitando el poder que posee la ocupación como móvil de cambio, personal, espiritual y social, en consonancia con los conceptos de Townsend (4), del ser, hacer y transformarse.

Los juguetes tienen como función destinada, el juego de los niños pero, son los únicos elementos que abarcan también una dimensión simbólica, que no viene implícita en ellos sino que es construída por el niño. El juego infantil mediatiza la construcción de la identidad personal y social, es fuente de aprendizajes, creatividad, resolución de problemas y conflictos y elaboración de situaciones traumáticas.

La carencia de juguetes en instituciones que trabajan con la infancia apropiados para la etapa del desarrollo de cada niño, la pérdida de espacios públicos de juegos, y la ausencia de capacitación en personal de las instituciones y en líderes de organizaciones intermedias que ofrecen servicios de voluntariado a la infancia constituyeron situaciones que, a la luz de Wilcock(5) son diferentes formas de expresión de “injusticia ocupacional”. Y han sido las necesidades y problemas identificados, producto del diagnóstico participativo realizado por el equipo que tuvo a su cargo toda la gestión del proyecto.

Las políticas de estado centraron su atención hasta el momento en la reconstrucción de los aspectos edilicios e

infraestructurales, con prácticas de neto corte asistencialistas y clientelares.

Las instituciones participantes en este proyecto dieron cuenta de que el material lúdico no se incluyó entre las necesidades a atender. Las intervenciones con fuerte énfasis en el control externo, no consideran ni respetan las historias, valores, creencias, culturas y tradiciones de las personas, familias y grupos.

El juego, como necesidad y ocupación fundamental de los niños es a la vez un derecho no siempre ejercido, y en muchas ocasiones poco considerado y valorado como actividad crucial para el desarrollo infantil.

Las catástrofes derivan y devienen en situaciones de violación y restricción de una amplia gama de derechos.

Los niños afectados por la inundación, en particular los más pobres, viven una situación de *apartheid ocupacional* (6) por el estado de injusticia, deprivación y exclusión de participación en ocupaciones necesarias y significativas, entre ellas el juego.

Esta situación de desventaja se relacionó de manera directamente proporcional con las restricciones en la participación reconocidas en la Clasificación Internacional del Funcionamiento (Organización Mundial de la Salud) que condicionaban negativamente los estados de salud de los usuarios de servicios de las instituciones participantes.

La perspectiva de los derechos humanos y los fundamentos de Justicia Ocupacional(7) entre las construcciones que viene produciendo las Ciencias de la Ocupación, caracterizan el enfoque adoptado en esta experiencia por su pertinencia para desentrañar e intervenir en situaciones que requieren de una determinada concepción de la ley, la política y la economía, priorizando la disyuntiva humana por encima de cualquier otra consideración.

Junto a los aportes del Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional (CMOP), el Modelo de Desempeño Ocupacional de Australia (OPM), el del Comportamiento Ocupacional de M. Reilly y sus seguidores y el Modelo de la Ocupación Humana (Kielhofner, G.; Burke y Col.) ; otorgan sustento a este proyecto, por concebir que el conocimiento y desempeño profesional van de la mano de posicionamientos político-ideológicos y ético-morales.

VII. Descripción de la experiencia

VII.a) Localización temporal y territorial. Características de la población e instituciones participantes

El proyecto se implementó durante el año 2006, en seis instituciones de la ciudad de Santa Fe afectadas por la catástrofe hídrica, dedicadas a atención de niños, pertenecientes a los barrios Santa Lucía, Santa Rosa de Lima, Barranquitas Oeste y Roma, ubicados en el cordón sur -oeste de la ciudad.

Las instituciones Hospital de Día, del Hospital de Niños “Dr. O. Alassia” y Dispensario Mendoza Oeste, pertenecientes al área de salud; el Centro de Acción Familiar N° 21, al área de promoción comunitaria; el Jardín de Infantes N° 1364 y el Jardín de Infantes “Nuestra Divina Providencia”, al área educativa y la Salita Comunitaria, institución religiosa de promoción humana. En su conjunto constituyen un espectro de instituciones públicas y privadas, de áreas vitales para el desarrollo infantil y comunitario.

Los 500 niños que asisten a estas instituciones, fueron los destinatarios del presente proyecto. Ellos, sus familias y las instituciones mencionadas, sufrieron los efectos de la inundación. Sus edades están comprendidas en un rango de 2 meses a 10 años de edad.

Las familias poseían un coeficiente socioeconómico regular a deficiente según el indicador socioeconómico creado por la Dirección General de Programas, Proyectos y Estadística

Educativa del Ministerio de Educación de la provincia de Santa Fe, a propuesta de la UNESCO.

Esto signó de manera importante las posibilidades que los contextos de desempeño ofrecían a los niños para su desempeño ocupacional. En particular el desempeño lúdico y el juego como actividad crítica del desarrollo infantil, necesidad y derecho, que se encontraba seriamente comprometido.

VII. b) Finalidad y objetivos

La finalidad del proyecto fue la generación de espacios donde se implementen estrategias de resolución de situaciones problemáticas y atención de necesidades integrando diversos saberes, movilizandolos recursos comunitarios e instalando el trabajo en red.

Se trabajó con los siguientes objetivos:

- Organizar una red de instituciones sociales abocadas al trabajo con niños e interesadas en la temática del juego.
- Capacitar al personal de instituciones locales que brindan servicios a población infantil y fueron afectadas por la catástrofe hídrica, en relación al valor del juego en el desarrollo infantil.
- Proveer de equipamiento lúdico a organizaciones sociales dedicadas a la infancia afectadas por la catástrofe hídrica, como aporte a la reconstrucción.
- Contribuir a la formación profesional de terapeutas ocupacionales y profesores de educación física.
- Producir material didáctico y nuevos conocimientos científicos en relación al juego infantil y situaciones de catástrofe.

VII. c) Desarrollo de la experiencia

La implementación del Proyecto tuvo cuatro ejes de trabajo, con ordenamientos espacio-temporales propios y actividades específicas.

Los ejes fueron: - **Capacitación**; - **Organización de Juegotecas**; - **Construcción de una red interinstitucional** y - **Producción de conocimientos, de herramientas didácticas y para la enseñanza.**

Al sólo efecto de ordenar los datos de los cuatro ejes, la presentación sigue un ordenamiento secuencial vertical. En la dinámica implementada los ejes de trabajo tuvieron un ordenamiento horizontal y muchas de las acciones de un determinado eje guardaron relación directa y estuvieron concatenadas con las de otro eje, a modo de retroalimentación mutua.

Capacitación

Este eje de trabajo comprendió acciones de docencia variadas que tuvieron diversos destinatarios y responsables.

Capacitación de alumnos

Durante todo el proceso se formaron 20 alumnos avanzados de la Licenciatura en Terapia Ocupacional para intervenir de manera directa con las instituciones que fueron afectadas por la catástrofe hídrica.

Los aprendizajes en el desempeño del rol profesional estuvieron organizados en torno a funciones de análisis, planificación, ejecución y evaluación, tanto de intervenciones específicas de Terapia Ocupacional como interdisciplinarias, tal el caso de las dos jornadas lúdico-recreativas abiertas a la comunidad infantil e implementadas en espacios públicos de uno de los barrios inundados. Experiencia llevada a cabo conjuntamente con profesionales y estudiantes del Profesorado de Educación Física. Se capacitaron 60 alumnos del Profesorado de Educación Física.

Experiencia que resultó altamente enriquecedora dado que los saberes de ambos campos disciplinares encontraron puntos en común y diferencias, que permitieron la construcción conjunta desde la identificación del aporte específico de cada disciplina, promoviendo la interdisciplinariedad y complementariedad.

Los ochenta alumnos sostuvieron la organización y desarrollo de las actividades de manera cooperativa y autogestiva. Su planificación incluyó la difusión por medio de radios comunitarias, folletería, comunicaciones a las familias y visitas casa por casa.

Las jornadas se realizaron en una plaza pública del barrio Santa Rosa de Lima. Acudieron aproximadamente 500 niños a jugar espontáneamente en cada una de mismas.

La presencia de medios de prensa escrita y televisivos constituyó un elemento más de curiosidad y diversión para los niños durante las jornadas y generó un impacto mediático del proyecto en la opinión pública que originó nuevas demandas de otras instituciones y sectores.

Capacitación comunitaria

La transferencia a través de la capacitación destinada a terceros se llevó a cabo bajo la forma de Taller y estuvo a cargo del equipo interdisciplinario central constituido por un Profesor de Educación Física, Psicólogo (Tesista de Doctorado) y Terapistas Ocupacionales.

Surgió como una respuesta a la detección de que en la ciudad de Santa Fe existen una importante cantidad de organizaciones intermedias, gubernamentales y no gubernamentales que realizan actividades socio-recreativas con profundo compromiso en distintos ámbitos de la ciudad, para satisfacer necesidades puntuales de distintas poblaciones. Los niveles de conocimientos desde donde se organizan estas actividades son heterogéneos por lo cual muchos esfuerzos de jóvenes y voluntarios resultan magros. Intervenir con grupos de niños de diferentes edades a través de actividades socio-recreativas requiere conocimientos y habilidades específicas tales como, conocimiento del juego, del desarrollo, de grupos, de contexto, de organización, planificación, implementación y evaluación. Elementos con los que en general no cuentan las personas e instituciones dedicadas a niños y adolescentes.

Esta capacitación brindó elementos teóricos y herramientas metodológicas para que los voluntarios y empleados que realizan actividades con niños y adolescentes en distintos sectores de la comunidad, estén en condiciones de optimizar sus servicios.

Los contenidos medulares de la capacitación fueron en relación al valor del Juego, recreación, esparcimiento y su relación con la vida sustentable; el juego y el desarrollo infantil y la Planificación de actividades socio-recreativas.

La capacitación tuvo una duración de 16 horas reloj y fue acreditada por la Universidad Nacional del Litoral.

Asistieron a la capacitación 120 personas entre ellos personal de las instituciones participantes, jóvenes voluntarios de organizaciones intermedias, alumnos de las carreras Licenciatura en Terapia Ocupacional, Profesorado en Educación Física, Psicopedagogía, Psicología y Educación.

Las evaluaciones producidas por los participantes de la capacitación, valoraron la posibilidad que encontraron en el taller para adquirir, ampliar y profundizar conocimientos en relación al desarrollo y juego de una manera vivencial, por su integración teórico-práctica, la modalidad y dinámica de taller.

Capacitación no formal

Se realizaron experiencias de capacitación no formal con personal y directivos de las instituciones, con el fin de identificar y definir las necesidades específicas del equipamiento lúdico, según las características de cada institución. La transferencia producida y los aprendizajes mutuos, permitieron la construcción de un conocimiento de nuevo tipo sobre el juego, en tanto conjugaba la incorporación experiencias de vida significativas, los saberes previos y los nuevos.

La entrega de cada juegoteca se realizó en el marco de talleres que fueron diferentes en cada institución. En algunas fueron talleres para padres donde se confeccionaron juguetes y se

participó de juegos integradores con los niños; en otras se realizaron experiencias lúdicas con niños, padres, personal y profesionales. En muchas de las instituciones se utilizó o simplemente se colocó la juegoteca ante los niños para que jugaran libremente y en base a lo que se iba surgiendo, se produjeron las intervenciones. Por ejemplo, en el Dispensario, la experiencia se realizó en la Sala de espera y generó una situación de juego en la que participaron niños, padres, enfermeras, personal administrativo y los médicos, quienes validaron la experiencia hablándoles a los padres sobre el juego y sus beneficios.

Organización de las juegotecas

Este eje se trabajó con las instituciones afectadas por la inundación.

Las juegotecas se organizaron con el criterio de combinación de demandas y necesidades de cada institución, lo que llevó al diseño y armado de seis juegotecas diferentes, ajustadas a cada particularidad institucional y acorde a las decisiones que se tomaron en el proceso.

Cada juegoteca incluyó el fichaje de cada uno de los juguetes, con su descripción, la edad para la cual se sugiere su uso y las posibilidades que brinda. Se anexaron también, sugerencias de juegos que se pueden implementar con cada uno de los juguetes.

Se acompañó cada juegoteca con folletos educativos explicando cómo funciona una juegoteca, para qué y para quienes sirve, cómo se sostiene y algunos ejemplos de experiencias realizadas. Con las instituciones que confeccionaron juguetes se coordinó el trabajo haciéndoles llegar las demandas de aquellos juguetes que se necesitaban y no había entre los ya recibidos.

Construcción de una Red interinstitucional que articulara esfuerzos para dar respuestas a las necesidades detectadas.

Según las funciones que tuvieron en el marco del proyecto, se pueden distinguir:

- Instituciones proveedoras de juguetes.

Hospital “ Dr. Braulio A. Moyano” Servicio de Rehabilitación. Buenos Aires.

La institución cuenta con un Programa dentro del Servicio de Rehabilitación denominado “Creando Lazos Solidarios”. Se trata de un programa con inserción en la comunidad que promueve el desarrollo de lazos de solidaridad interinstitucional y promueve un cambio de actitud hacia las personas con enfermedad mental que permite valorar y desarrollar sus potencialidades. Otorga la posibilidad a los beneficiarios de participar activamente en actividades que tiendan a la solución parcial de problemáticas reales del entorno ejercitando el rol de colaboradores.

Las personas que asistieron a este programa participaron en el programa realizando juguetes, restaurando y reciclando juguetes donados. Esta iniciativa se generó previamente a la organización del presente proyecto.

Universidad Abierta Interamericana. Sede Rosario

Esta institución elaboró el Programa de “Intervención de Terapia Ocupacional con niños en crisis”, desde la Carrera Licenciatura en Terapia Ocupacional. Parte de este Programa comprendió la fabricación de juguetes e instrumentos musicales, la confección de cartillas orientadoras para padres, el asesoramiento a voluntarios y propuestas de talleres recreativos.

En este caso los alumnos de la carrera Licenciatura en Terapia Ocupacional, Musicoterapia y Diseño Gráfico participaron en la elaboración de juguetes y cartillas con sugerencias para la intervención desde el juego con niños con secuela post-trauma. Esta iniciativa se generó previamente a la organización del presente proyecto.

El Proyecto se apoyó en estas dos iniciativas y las potenció con el diseño e implementación de la experiencia que hoy se presenta.

Centro Terapéutico Ubajay. AANE. Esperanza. Santa Fe.

El Centro Terapéutico Ubajay brinda servicio a personas adultas con discapacidad mental moderada y grave. Organiza sus prestaciones a través de Programas Terapéuticos. En el marco de dos de los Programas que ofrece a sus beneficiarios: “Expresión plástica y artística” y “Contacto con la realidad”, trabajó la toma de conciencia de sus beneficiarios del impacto de la catástrofe en las vidas de las personas, promovió el desarrollo de actitudes de servicio y la confección de instrumentos musicales de percusión y aire.

Esto implicó un trabajo hacia dentro de cada institución que promovió el desarrollo de sensibilidad para con esta problemática y la toma de decisión de participar dentro del proyecto.

Resultó de interés el nivel de solidaridad y compromiso con el que cada uno de los miembros aportaron en la construcción de juguetes, la creatividad con la cual participaron y el esfuerzo que realizaron educadores y directores de programas de salud para que estas actividades permitieran el logro de los objetivos terapéuticos y/o educativos, según los casos, para la gente que participó.

A partir de esta participación se generó el nexo entre las instituciones proveedoras, promoviendo la transversalidad y construcción de puentes entre instituciones que comparten objetivos o programas de trabajo.

Se recibieron 500 juguetes de diverso tipo.

Instituciones receptoras de capacitación y de recursos lúdicos

- Jardín de Infantes Particular Incorporado N° 1364.
- Jardín de Infantes “La Divina Providencia”
- Centro de Acción Familiar N° 21

- “La Salita” comunitaria.
- Dispensario Mendoza Oeste.
- Hospital de Niños Dr. Alassia
- Escuela Monseñor Zaspé
- Escuela San Martín

Cuando se realizó el diagnóstico situacional se identificó que las instituciones beneficiarias, aún cuando sus objetivos de trabajo, medios, características sociales de su población y su perfil institucional eran similares, trabajaban de manera aislada. Esto se valoró como una debilidad que restringía las posibilidades de hacer trabajos conjuntos, enfrentar problemáticas unidos y planificar determinados aspectos de la vida institucional de manera asociativa, potenciando los recursos disponibles y obteniendo contención en el encuentro. Se organizó una base de datos para facilitar el contacto y relación interinstitucional.

Producción de conocimientos y material didáctico para la enseñanza:

- Se produjo un material audiovisual con aplicaciones didácticas de uso múltiple, como contribución a la formación de los profesionales que trabajan con niños. La temática giró en torno al juego infantil y su instrumentación. Adoptó la forma de video con guías y sugerencias didácticas, incluyendo una estructura abierta, flexible y operativa. Se logró conjugar el manejo de elementos teóricos, criterios y procedimientos, modos de razonamiento y de relación entre las disciplinas y sus fundamentos, a la vez que documentar las distintas etapas de la experiencia.

La dimensión del objeto pedagógico tiene el alcance de objeto de conocimiento y de 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.

- En el marco del presente proyecto también se realizó desde la disciplina Psicología un trabajo de investigación en relación a la temática “Situación de trauma y su expresión en el juego simbólico (dibujo libre)”. Dicho trabajo permitió la obtención de conclusiones valiosas en relación al proceso de reconstrucción desde la vivencia de trauma de los niños que se habían inundado, a la vez que permitió valorar como los procesos temporales inciden en su elaboración.

Ha quedado demostrado que el juego constituye un medio de expresión de las situaciones traumáticas vividas por los niños. Es motivo de preocupación que el material recolectado evidencia a la fecha la ausencia de procesos de elaboración de las pérdidas y conflictos.

VIII)- Metodología:

Sabido es que la carencia de recursos materiales lúdicos podría haberse superado con simples donaciones o subsidios otorgados a las instituciones. No obstante, se consideró necesario y fundamental superar el asistencialismo que había primado en los programas de ayuda a personas e instituciones damnificadas por la catástrofe hídrica y la fragmentación de acciones dispersas. En función de esto se utilizó metodología de gestión comunitaria participativa, promoviendo la formación en recursos humanos y vehiculizando las iniciativas de distintos sectores sociales (salud, educación, promoción comunitaria) mediante un trabajo en red que conectó nodos intersectoriales e interinstitucionales en la reconstrucción de una parte de la comunidad afectada por la catástrofe hídrica. Esta propuesta aportó en el tejido de una trama de redes sociales que a través de sus esfuerzos pudieron satisfacer mutuamente sus necesidades, compartir recursos y generar otros nuevos, conformando una comunidad altamente comprometida con las necesidades de los distintos sectores sociales más castigados y postergados.

La estrategia comunitaria implementada integró: a) transferencia de conocimientos, b) movilidad y accesibilidad de recursos y c) formación de voluntarios y/o líderes y se vertebró alrededor del eje de la participación comunitaria.

Las intervenciones propiciaron la toma de decisiones de los directos afectados, la autogestión para la resolución de problemas, el rediseño ocupacional, la solidaridad y cooperación como base de la participación y reconstrucción comunitaria, el respeto por los derechos humanos y la salida colectiva.

El proceso de enseñanza aprendizaje se fundamentó en el enfoque constructivista y enfatizó la estrategia didáctica basada en la resolución de problemas junto al monitoreo sistemático. Esta experiencia favoreció la formación de los alumnos para la instrumentación de la ocupación humana y la modificación del contexto como medios de promoción de la salud con poblaciones vulneradas en sus derechos.

IX)- Resultados alcanzados:

- Funcionamiento de una red de instituciones comprometidas con la niñez en situación de riesgo social e interesadas en el juego y sus alcances.
- Movilización activa de distintos sectores sociales, disciplinares e institucionales.
- Adquisición de aprendizajes sobre el valor lúdico y su implementación, por parte del personal de las instituciones, voluntarios, padres y cuidadores de los niños.
- Mejoramiento de la calidad del servicio impartido a sus beneficiarios en las instituciones involucradas en el proyecto, afectadas por la catástrofe hídrica.
- Incremento de los recursos materiales (baterías de juguetes) en las instituciones involucradas afectadas por la catástrofe hídrica.

- Adquisición de conocimientos, habilidades y competencias por parte de los miembros de las instituciones para el trabajo en red.
- Formación de profesionales adquirida por los estudiantes de la Licenciatura en Terapia Ocupacional y Educación Física, para la intervención en comunidad, afectadas por situaciones de catástrofe mediante el juego.
- Materialización de un ámbito de formación profesional donde la transferencia y el aprendizaje se realizan a través de un servicio a la comunidad.

X)- Conclusiones:

Esta experiencia ha generado:

- Un aporte innovador a la metodología de trabajo en las instituciones que permitió descubrir la potencialidad del juego a directivos, personal, padres, cuidadores y voluntarios, y ejercitar el derecho a la participación en la toma de decisiones.
- La resignificación y apropiación del juego como ocupación significativa por parte de diversos actores sociales.
- El reconocimiento y validación de varias de las instituciones participantes al solicitar la continuidad de la experiencia, identificando el aporte a la ruptura del aislamiento y el trabajo en soledad. Algunas instituciones señalaron que era la primera vez que una institución no perteneciente al barrio se interesaba por sus necesidades y trabajaba con ellos.
- Desarrollo del razonamiento clínico y habilidades profesionales a partir de la estrategia didáctica de resolución de problemas en contexto no tradicionales. Es de tener en cuenta que las problemáticas de catástrofes son situaciones emergentes nuevas en las que terapia ocupacional no posee antecedentes ni trayectoria, constituyendo un alto desafío para docentes y alumnos.
- Oportunidades de desempeño para docentes y graduados e identificación clara de un rol profesional comprometido con la

realidad socio política que rompe el paradigma biomédico y rehabilitativo abriendo nuevas perspectivas para el campo de terapia ocupacional y las otras disciplinas participantes.

- La movilización de recursos institucionales, disciplinares y sectoriales, con extensiones locales, provinciales y nacionales, expresado en la constitución de la red que no reconoce antecedentes en la terapia ocupacional dentro de la provincia.
- Impacto a partir de la transferencia en instituciones sociales y comunitarias (públicas y privadas), que trabajan con niños y no participaron en el proyecto, al solicitar la repicación del mismo a partir de la difusión.
- Impacto en la investigación. Estudiantes de terapia ocupacional y de disciplinas no participantes del proyecto: Arquitectura, Servicio Social; definen sus trabajos de tesis con su temática relacionada con el proyecto, iniciativa generada a partir de los resultados y solicitan el asesoramiento del mismo.
- Impacto en la formación de grado de profesionales de la salud y la educación. Se lograron articulaciones curriculares verticales y horizontales demostrando de este modo que el juego posee potencial generativo de contenidos. Se recibió la demanda (no planificada dentro del proyecto), de la capacitación para alumnos de medicina y la de articulación con asignaturas de arquitectura (“Diseño de artefactos e instalaciones”).
- Impacto en los medios de difusión. Periodistas de la prensa escrita, radial y televisiva realizaron diferentes notas sobre la experiencia por propia iniciativa (no generados por el proyecto). Esto constituye un indicador de alto impacto producido pro lo novedoso del tema. Reconociendo los periodistas no poseer antecedentes ni tener identificado que los juguetes y el juego podían ser parte del proceso de reconstrucción post catástrofe. Esta difusión produce a su vez un impacto en cadena porque fue generando nuevas demandas por parte de diferentes sectores e instituciones.

- Impacto en la gestión de la Universidad que solicita la continuidad y ampliación del proyecto en el próximo, a partir del proceso y resultados.

XI) Referencias.

- (1) Galheigo S.M. 2006. “Terapia Ocupacional sin Fronteras. Aprendiendo del espíritu de Supervivientes”. Ed. Panamericana. (Madrid) pág. 85 a 95.
- (2) Oscar Santini y Daniel López.1997. “Desastre, impacto psicosocial”: Editorial Alción. (Bs As. Argentina). Cap I, pag 11 a 23.
- (3) Ullrich y Beeck: 2000. “Retorno a la teoría de la sociedad en riesgo”: World Risk Society, Polity Press Cambidge. (Inglaterra) Boletín de AGE, Nro 30, Pág. 9 a 20
- (4) Townsend, E. y Whiteford, G. 2006 . “Una estructura de participación en el marco de la justicia ocupacional. Procesos prácticos basados en la comunidad”, en: Kronenberg, Simó Algado y Pollard. “Terapia Ocupacional sin fronteras, aprendiendo del espíritu de supervivientes” Editorial Panamericana (Madrid. España). Cap 9 Pág. 110 a 124.
- (5) Wilcok, A.A. 1999. “Reflections on doing, being and becoming” Australian Occupational Therapy Journal. (Australia) 46, 1-11.
- (6) Kronenberg, F. Pollard, N. 2006. “Terapia Ocupacional sin Fronteras. Aprendiendo del espíritu de Supervivientes”. Ed. Panamericana. (Madrid) Superar el apartheid ocupacional. Exploración preliminar de la naturaleza política de la Terapia Ocupacional. pág. 58 a 82.
- (7) Townsend, E. Wilcock, A. 2002. Occupational Justice. In Christiansen, C. Introduction to occupation. Pag 243 a 273. Upper Saddle River, Nj:Prentice-Hall. ISBN# 0-13-013303-5.

Bibliografía:

- Bruner, J. 1997. “La educación puerta de la cultura”. Visor. Madrid (España).
- Cohen, R; AGREAN, F 1980. Manual de atención en Salud Mental para víctimas de desastres”. El Manual Moderno. OPS. DF (México).
- Christiansen, C. 1999. “Defining lives”: Occupational as identify: As essay on competence, coherence, and creation the meaning. The America Journal of the occupational Therapy 53(6). 547_558. (USA)
- Cohen , R. 1999. “Salud Mental para víctimas de desastres. Manual para trabajadores . El Manual Moderno. OPS. DF (México).
- Clark, F., et al. 1991. “Occupational science”: Academic innovation in the service of occupational therapy’ s future. America Journal of Occupational Therapy, 45, 300-310. (USA).
- Csikszentmihalyi, M. 1990. “Flow”. The psychology of optimal experience. Harper an Row. (New York).
- Eisner, E. 1998. “Cognición y curriculum”. Amorrortu . Buenos Aires (Argentina).
- Ferland, F. 1997. “Play, children with physical disability and occupational therapy “. The Ludic Model . University of Ottawa Press. (Canadá).
- Florey, L. 1981. “Studies of play”: Implications for growth, development for clinical practice “ en AJOT 35,8. AOTA. (USA)
- Henitt, 1999; Smith 1996 y White, Luestage, Whisner, O’keefe, Hewwnit en Susana Rodríguez, H. 1999. “El daño y la evolución del riesgo en América Central”. Red de estudios Sociales en Prevención de Desastres en América Latina. (Costa Rica)

- Kielhofner, G. 2002. "Model of Human Occupational . Theory y and application." Third Edition . Lippincott Williams y & Wilkis. (USA).
- Knox, S. 1998. "El Juego y Actividades de Esparcimiento" . Cap 8, Sección 3, en: Hopking, H, y Smith, H 1998. "Terapia Ocupacional". 8º Edición. Editorial Médica Panamericana. Madrid (España).
- Lawlor, M. 2003. The significance of being occupied: The social construction of childhood occupations. The American Journal of Occupational Therapy, 57 (4) 424-434. (USA).
- Litwin, E. 1997. "Enseñanza e innovaciones para las aulas para el nuevo siglo". El Ateneo . Buenos Aires. (Argentina)
- Litwin, E. 1997, "Las configuraciones didácticas. Una nueva agenda para la enseñanza superior. Paidós . Buenos Aires (Argentina).
- Llorens , L. 1973. "Consultation in the Community : Occupational therapy in child Health". AOTA. Inc Iowa (USA).
- Losano Ascencio, C. 1995. "La construcción social del medio ambiente a partir de los acontecimientos catastróficos que lo destruyen". En revista de la Facultad de Ciencias de la información. UCM. Número extraordinario , pp 47_67. Madrid (España).
- OPS-OMS.1999. "Asistencia humanista en casos de desastres. Washington. DC. 2000. Los desastres naturales y la protección de la salud. Washintong D.C (USA).
- Reilly , M. 1969. "Occupational Behaviour Model" en Model the practice in Occupational Therapy. Williams y Wilkins, Baltimore. (USA).
- Reilly, M. 1974. "Play as exploraty learning. Slage publications, Inc. Beverly Hills California (USA).
- Robinson, A. 1981. "Play the arena for adquisition of rules competence behaviour. AJOT, 31, 4. AOTA. (USA).

- Subirats, E. 2005. “Las catástrofes naturales no existen”, en Diario Página 12 mes Septiembre, Contratapa, p.32. Buenos Aires (Argentina).
- Twonsend, E. 1997. “Ocupación: potencial para la transformación social y personal, en revista de la Ciencia de la Ocupación.”. Abril 1997, V. 4, N°1, pp 18-26 (Australia).
- Twonsend, E, & Wilcock, A. 2002. “Occupational Justice”. In Christiansen. C. Introduction to occupation, pp 243-273. Upper Saddle River, Nj: Practice- Hall. ISB 0-13393-5. (USA).
- Wilcock, A. A. 1999, “Reflections on doing, being and becoming. Australia Occupational therapy Journal, 46, 1-11. (Australia).
- Yerxa, E. 1989. “An introduction to occupational science: A fundationn for occupational therapy in 21 century” en: Occupational Science: the foundation for new model of practice. The Haworth Prees. (USA).
- Kondo, T. 2004. “Cultural tension in occupational therapy practice: Considerations from a Japanese vantage point. The American Journal of Occupational therapy 58 (2), 174-184. (USA).

I. Título

“Juegotecas para niños de barrios inundados. Un aporte a la reconstrucción comunitaria de Santa Fe.”

II. Autores

III. Unidad responsable

Escuela Superior de Sanidad “Dr. Ramón Carrillo”

Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas.

Universidad Nacional del Litoral.

Paraje El Pozo S/N. Ciudad Universitaria.

Santa Fe. Argentina.

Tel/Fax: 0342-4575222 / 4575216 int. 111.

E-mail: avenida@arnet.coma.r

IV. Resumen

La reconstrucción de Santa Fe, luego de la catástrofe hídrica del 2003, se centró en aspectos infraestructurales.

Las instituciones comunitarias afectadas que brindan servicios a niños, perdieron y no recuperaron el material lúdico. La carencia de estos recursos y de herramientas metodológicas para la intervención fue la necesidad identificada y tomada desde este proyecto.

El juego y los juguetes son una necesidad vital para el desarrollo infantil. Los contextos de desempeño afectados a partir del fenómeno hídrico, impactaron en el juego y desarrollo infantil, limitando una necesidad, un derecho y una ocupación fundamental.

Esta propuesta promovió la formación de recursos humanos, vehiculizando iniciativas de distintos sectores, mediante un trabajo en red para dar respuesta a las necesidades detectadas. Como apuesta a superar el asistencialismo y la fragmentación de acciones dispersas, modo de práctica que ha primado en la reconstrucción.

Se desarrolló en seis instituciones de cinco barrios santafesinos pertenecientes a: salud, educación, promoción comunitaria.

El equipo multidisciplinario formado por profesionales y estudiantes de terapia ocupacional, educación física y psicología, trabajó en torno a los siguientes ejes:

- Entrega de baterías lúdicas a instituciones afectadas. Capacitación no formal para su organización.
- Capacitación en juego. Participaron personal de las instituciones, padres de los niños y la comunidad en general.
- Organización de jornadas lúdicas barriales.
- Organización de una red local, con extensiones provinciales y nacionales. Los juguetes fueron provistos por algunas de estas instituciones.

- Investigación sobre representaciones infantiles de la catástrofe.
- Formación profesional en contextos no tradicionales.
- Elaboración de video con aplicaciones didácticas.

Palabras claves: catástrofe, juegos, niños, redes, comunidad.

V. Introducción

El propósito de este trabajo es demostrar cómo se integran las acciones de extensión al proceso pedagógico, contextualizando la formación de los futuros terapeutas ocupacionales en problemáticas de actualidad local, nacional e internacional y en escenarios emergentes no tradicionales dentro de la disciplina.

La Universidad Nacional del Litoral, en su política de extensión, genera espacios destinados a los denominados Proyectos de Extensión e Interés Social (PEIS). Son proyectos sensibles a las necesidades sociales, que integran diferentes disciplinas, instituciones y sectores. Desarrollando acciones de extensión al proceso pedagógico, que favorecen el aprendizaje de contenidos significativos por parte de los alumnos, en situación de contexto real y a través de brindar un servicio a la comunidad, en respuesta a problemas de actualidad.

Terapia Ocupacional posee una aquilatada trayectoria en Proyectos de Extensión en esta Universidad. En particular con población de niños, ancianos y discapacitados.

La inundación producida por el desborde del Río Salado en el año 2003 en Santa Fe, por su magnitud e impacto modificó a la ciudad en aspectos organizacionales, urbanísticos, económicos, sociales, culturales, educativos, sanitarios y ocupacionales; sin precedentes.

Dentro de este escenario de transformaciones y en un esfuerzo por dar respuesta a necesidades reales de la comunidad, la carrera Licenciatura en Terapia Ocupacional

impulsó el PEIS: “Juegotecas para niños de barrios inundados. Un aporte a la re-construcción comunitaria de Santa Fe”.

Este proyecto utilizó el razonamiento clínico propio del campo disciplinar para comprender cómo las pérdidas vividas por los niños (entre ellas, la de sus juguetes); determinadas modificaciones del contexto físico de las instituciones (pérdidas materiales de juguetes y equipamiento lúdico); la carencia de herramientas metodológicas para la instrumentación del juego como agente natural promotor de la reconstrucción del trauma post-catástrofe por parte de personal de instituciones afectadas, y la modificación de la arquitectura urbana (pérdida de las plazas como espacios de juego), restringen las posibilidades de desempeño ocupacional de los niños en sus roles de usuarios de servicios y de miembros de la comunidad configurando situaciones de “injusticia ocupacional” .

El equipo que llevó adelante este proyecto, de características interdisciplinarias, estuvo formado por Terapistas Ocupacionales, Psicólogos, Profesores de Educación Física y alumnos de las carreras Licenciatura en Terapia Ocupacional y Profesorado en Educación Física pertenecientes a distintas unidades académicas.

VI. Fundamentación

El contexto comunitario justifica el presente trabajo desde un paradigma de Terapia Ocupacional Social, según los aportes de Sandra María Galheigo (1)

Asumir el compromiso con las personas de aquellas comunidades donde se carece de una red de apoyo social adecuado, es el auténtico espíritu transformador de Terapeuta Ocupacional en el área comunitaria. Va más allá de asimilar y transformar conceptos desde el paradigma salud- enfermedad puesto que se toma la perspectiva de las personas, sus propias necesidades, su cultura y su vida dentro de la comunidad, y son ellos agentes promotores de cambio individual y comunitario.

Hace décadas que la Argentina está siendo afectada por numerosos sucesos de tipo catastrófico como las inundaciones, con consecuencias devastadoras y disruptivas tanto en los contextos como en la vida cotidiana de las personas y comunidades.

Autores como López, D., Santini, O., Ravetz, R. y Lo Vuolo B. (2)., identifican a estos tipos de comunidades amenazadas por sucesos catastróficos, como poblaciones en riesgo. Esto coincide con situaciones en que el deterioro económico, ambiental y social es mayor.

The United State Agency For International Disaster Office (3), informa que el alto índice de marginalidad de poblaciones de países del tercer mundo, con políticas de ajuste que derivan en reducciones significativas de los presupuestos al sector salud, colocan a estas comunidades entre las poblaciones de más alto riesgo, no sólo en cuanto a la ocurrencia de enfermedad, lesiones físicas, sino también, a las consecuencias psico-emocionales que se producen después de una catástrofe.

La dimensión social de las situaciones de catástrofes incorporada por los científicos sociales, integra la noción de riesgo entendido conceptualmente como una construcción dinámica dada por la interacción entre amenazas, vulnerabilidad, pérdidas, daños y estrategias de adaptación.

Autores como Gilbert White, dentro de la perspectiva de la ecología humana, y Westgate, Wisner, O'Kee, Hewitt, entre otros, han realizado aportes significativos para la comprensión de estos fenómenos que son complejos, multidimensionales, heterogéneos y cambiantes y que afectan al bienestar, la salud de las personas y las comunidades

La inundación por el desborde del Río Salado el 29 de abril de 2003 en Santa Fe, produjo una catástrofe política, social y ambiental, entre otras, por la estrecha vinculación entre la vulnerabilidad y la combinación de factores ambientales y antrópicos. Ha modificado la vida, las ocupaciones y las

representaciones de personas y grupos, generando nuevas configuraciones.

Las secuelas post- trauma, continúan apareciendo a lo largo del tiempo hasta la actualidad, a casi cuatro años del evento. Esto sumado a las pérdidas, limita las oportunidades para que las personas y organizaciones afectadas, se desempeñen adecuadamente en sus contextos cotidianos.

La impronta simbólica que tienen los contextos, objetos y recursos faltantes colocan a las víctimas en un mayor estado de vulnerabilidad, debilitando el poder que posee la ocupación como móvil de cambio, personal, espiritual y social, en consonancia con los conceptos de Townsend (4), del ser, hacer y transformarse.

Los juguetes tienen como función destinada, el juego de los niños pero, son los únicos elementos que abarcan también una dimensión simbólica, que no viene implícita en ellos sino que es construída por el niño. El juego infantil mediatiza la construcción de la identidad personal y social, es fuente de aprendizajes, creatividad, resolución de problemas y conflictos y elaboración de situaciones traumáticas.

La carencia de juguetes en instituciones que trabajan con la infancia apropiados para la etapa del desarrollo de cada niño, la pérdida de espacios públicos de juegos, y la ausencia de capacitación en personal de las instituciones y en líderes de organizaciones intermedias que ofrecen servicios de voluntariado a la infancia constituyeron situaciones que, a la luz de Wilcock(5) son diferentes formas de expresión de “injusticia ocupacional”. Y han sido las necesidades y problemas identificados, producto del diagnóstico participativo realizado por el equipo que tuvo a su cargo toda la gestión del proyecto.

Las políticas de estado centraron su atención hasta el momento en la reconstrucción de los aspectos edilicios e

infraestructurales, con prácticas de neto corte asistencialistas y clientelares.

Las instituciones participantes en este proyecto dieron cuenta de que el material lúdico no se incluyó entre las necesidades a atender. Las intervenciones con fuerte énfasis en el control externo, no consideran ni respetan las historias, valores, creencias, culturas y tradiciones de las personas, familias y grupos.

El juego, como necesidad y ocupación fundamental de los niños es a la vez un derecho no siempre ejercido, y en muchas ocasiones poco considerado y valorado como actividad crucial para el desarrollo infantil.

Las catástrofes derivan y devienen en situaciones de violación y restricción de una amplia gama de derechos.

Los niños afectados por la inundación, en particular los más pobres, viven una situación de *apartheid ocupacional* (6) por el estado de injusticia, deprivación y exclusión de participación en ocupaciones necesarias y significativas, entre ellas el juego.

Esta situación de desventaja se relacionó de manera directamente proporcional con las restricciones en la participación reconocidas en la Clasificación Internacional del Funcionamiento (Organización Mundial de la Salud) que condicionaban negativamente los estados de salud de los usuarios de servicios de las instituciones participantes.

La perspectiva de los derechos humanos y los fundamentos de Justicia Ocupacional(7) entre las construcciones que viene produciendo las Ciencias de la Ocupación, caracterizan el enfoque adoptado en esta experiencia por su pertinencia para desentrañar e intervenir en situaciones que requieren de una determinada concepción de la ley, la política y la economía, priorizando la disyuntiva humana por encima de cualquier otra consideración.

Junto a los aportes del Modelo Canadiense del Desempeño Ocupacional (CMOP), el Modelo de Desempeño Ocupacional de Australia (OPM), el del Comportamiento Ocupacional de M. Reilly y sus seguidores y el Modelo de la Ocupación Humana (Kielhofner, G.; Burke y Col.) ; otorgan sustento a este proyecto, por concebir que el conocimiento y desempeño profesional van de la mano de posicionamientos político-ideológicos y ético-morales.

VII. Descripción de la experiencia

VII.a) Localización temporal y territorial. Características de la población e instituciones participantes

El proyecto se implementó durante el año 2006, en seis instituciones de la ciudad de Santa Fe afectadas por la catástrofe hídrica, dedicadas a atención de niños, pertenecientes a los barrios Santa Lucía, Santa Rosa de Lima, Barranquitas Oeste y Roma, ubicados en el cordón sur -oeste de la ciudad.

Las instituciones Hospital de Día, del Hospital de Niños “Dr. O. Alassia” y Dispensario Mendoza Oeste, pertenecientes al área de salud; el Centro de Acción Familiar N° 21, al área de promoción comunitaria; el Jardín de Infantes N° 1364 y el Jardín de Infantes “Nuestra Divina Providencia”, al área educativa y la Salita Comunitaria, institución religiosa de promoción humana. En su conjunto constituyen un espectro de instituciones públicas y privadas, de áreas vitales para el desarrollo infantil y comunitario.

Los 500 niños que asisten a estas instituciones, fueron los destinatarios del presente proyecto. Ellos, sus familias y las instituciones mencionadas, sufrieron los efectos de la inundación. Sus edades están comprendidas en un rango de 2 meses a 10 años de edad.

Las familias poseían un coeficiente socioeconómico regular a deficiente según el indicador socioeconómico creado por la Dirección General de Programas, Proyectos y Estadística

Educativa del Ministerio de Educación de la provincia de Santa Fe, a propuesta de la UNESCO.

Esto signó de manera importante las posibilidades que los contextos de desempeño ofrecían a los niños para su desempeño ocupacional. En particular el desempeño lúdico y el juego como actividad crítica del desarrollo infantil, necesidad y derecho, que se encontraba seriamente comprometido.

VII. b) Finalidad y objetivos

La finalidad del proyecto fue la generación de espacios donde se implementen estrategias de resolución de situaciones problemáticas y atención de necesidades integrando diversos saberes, movilizandolos recursos comunitarios e instalando el trabajo en red.

Se trabajó con los siguientes objetivos:

- Organizar una red de instituciones sociales abocadas al trabajo con niños e interesadas en la temática del juego.
- Capacitar al personal de instituciones locales que brindan servicios a población infantil y fueron afectadas por la catástrofe hídrica, en relación al valor del juego en el desarrollo infantil.
- Proveer de equipamiento lúdico a organizaciones sociales dedicadas a la infancia afectadas por la catástrofe hídrica, como aporte a la reconstrucción.
- Contribuir a la formación profesional de terapeutas ocupacionales y profesores de educación física.
- Producir material didáctico y nuevos conocimientos científicos en relación al juego infantil y situaciones de catástrofe.

VII. c) Desarrollo de la experiencia

La implementación del Proyecto tuvo cuatro ejes de trabajo, con ordenamientos espacio-temporales propios y actividades específicas.

Los ejes fueron: - **Capacitación**; - **Organización de Juegotecas**; - **Construcción de una red interinstitucional** y - **Producción de conocimientos, de herramientas didácticas y para la enseñanza.**

Al sólo efecto de ordenar los datos de los cuatro ejes, la presentación sigue un ordenamiento secuencial vertical. En la dinámica implementada los ejes de trabajo tuvieron un ordenamiento horizontal y muchas de las acciones de un determinado eje guardaron relación directa y estuvieron concatenadas con las de otro eje, a modo de retroalimentación mutua.

Capacitación

Este eje de trabajo comprendió acciones de docencia variadas que tuvieron diversos destinatarios y responsables.

Capacitación de alumnos

Durante todo el proceso se formaron 20 alumnos avanzados de la Licenciatura en Terapia Ocupacional para intervenir de manera directa con las instituciones que fueron afectadas por la catástrofe hídrica.

Los aprendizajes en el desempeño del rol profesional estuvieron organizados en torno a funciones de análisis, planificación, ejecución y evaluación, tanto de intervenciones específicas de Terapia Ocupacional como interdisciplinarias, tal el caso de las dos jornadas lúdico-recreativas abiertas a la comunidad infantil e implementadas en espacios públicos de uno de los barrios inundados. Experiencia llevada a cabo conjuntamente con profesionales y estudiantes del Profesorado de Educación Física. Se capacitaron 60 alumnos del Profesorado de Educación Física.

Experiencia que resultó altamente enriquecedora dado que los saberes de ambos campos disciplinares encontraron puntos en común y diferencias, que permitieron la construcción conjunta desde la identificación del aporte específico de cada disciplina, promoviendo la interdisciplinariedad y complementariedad.

Los ochenta alumnos sostuvieron la organización y desarrollo de las actividades de manera cooperativa y autogestiva. Su planificación incluyó la difusión por medio de radios comunitarias, folletería, comunicaciones a las familias y visitas casa por casa.

Las jornadas se realizaron en una plaza pública del barrio Santa Rosa de Lima. Acudieron aproximadamente 500 niños a jugar espontáneamente en cada una de mismas.

La presencia de medios de prensa escrita y televisivos constituyó un elemento más de curiosidad y diversión para los niños durante las jornadas y generó un impacto mediático del proyecto en la opinión pública que originó nuevas demandas de otras instituciones y sectores.

Capacitación comunitaria

La transferencia a través de la capacitación destinada a terceros se llevó a cabo bajo la forma de Taller y estuvo a cargo del equipo interdisciplinario central constituido por un Profesor de Educación Física, Psicólogo (Tesista de Doctorado) y Terapistas Ocupacionales.

Surgió como una respuesta a la detección de que en la ciudad de Santa Fe existen una importante cantidad de organizaciones intermedias, gubernamentales y no gubernamentales que realizan actividades socio-recreativas con profundo compromiso en distintos ámbitos de la ciudad, para satisfacer necesidades puntuales de distintas poblaciones. Los niveles de conocimientos desde donde se organizan estas actividades son heterogéneos por lo cual muchos esfuerzos de jóvenes y voluntarios resultan magros. Intervenir con grupos de niños de diferentes edades a través de actividades socio-recreativas requiere conocimientos y habilidades específicas tales como, conocimiento del juego, del desarrollo, de grupos, de contexto, de organización, planificación, implementación y evaluación. Elementos con los que en general no cuentan las personas e instituciones dedicadas a niños y adolescentes.

Esta capacitación brindó elementos teóricos y herramientas metodológicas para que los voluntarios y empleados que realizan actividades con niños y adolescentes en distintos sectores de la comunidad, estén en condiciones de optimizar sus servicios.

Los contenidos medulares de la capacitación fueron en relación al valor del Juego, recreación, esparcimiento y su relación con la vida sustentable; el juego y el desarrollo infantil y la Planificación de actividades socio-recreativas.

La capacitación tuvo una duración de 16 horas reloj y fue acreditada por la Universidad Nacional del Litoral.

Asistieron a la capacitación 120 personas entre ellos personal de las instituciones participantes, jóvenes voluntarios de organizaciones intermedias, alumnos de las carreras Licenciatura en Terapia Ocupacional, Profesorado en Educación Física, Psicopedagogía, Psicología y Educación.

Las evaluaciones producidas por los participantes de la capacitación, valoraron la posibilidad que encontraron en el taller para adquirir, ampliar y profundizar conocimientos en relación al desarrollo y juego de una manera vivencial, por su integración teórico-práctica, la modalidad y dinámica de taller.

Capacitación no formal

Se realizaron experiencias de capacitación no formal con personal y directivos de las instituciones, con el fin de identificar y definir las necesidades específicas del equipamiento lúdico, según las características de cada institución. La transferencia producida y los aprendizajes mutuos, permitieron la construcción de un conocimiento de nuevo tipo sobre el juego, en tanto conjugaba la incorporación experiencias de vida significativas, los saberes previos y los nuevos.

La entrega de cada juegoteca se realizó en el marco de talleres que fueron diferentes en cada institución. En algunas fueron talleres para padres donde se confeccionaron juguetes y se

participó de juegos integradores con los niños; en otras se realizaron experiencias lúdicas con niños, padres, personal y profesionales. En muchas de las instituciones se utilizó o simplemente se colocó la juegoteca ante los niños para que jugaran libremente y en base a lo que se iba surgiendo, se produjeron las intervenciones. Por ejemplo, en el Dispensario, la experiencia se realizó en la Sala de espera y generó una situación de juego en la que participaron niños, padres, enfermeras, personal administrativo y los médicos, quienes validaron la experiencia hablándoles a los padres sobre el juego y sus beneficios.

Organización de las juegotecas

Este eje se trabajó con las instituciones afectadas por la inundación.

Las juegotecas se organizaron con el criterio de combinación de demandas y necesidades de cada institución, lo que llevó al diseño y armado de seis juegotecas diferentes, ajustadas a cada particularidad institucional y acorde a las decisiones que se tomaron en el proceso.

Cada juegoteca incluyó el fichaje de cada uno de los juguetes, con su descripción, la edad para la cual se sugiere su uso y las posibilidades que brinda. Se anexaron también, sugerencias de juegos que se pueden implementar con cada uno de los juguetes.

Se acompañó cada juegoteca con folletos educativos explicando cómo funciona una juegoteca, para qué y para quienes sirve, cómo se sostiene y algunos ejemplos de experiencias realizadas. Con las instituciones que confeccionaron juguetes se coordinó el trabajo haciéndoles llegar las demandas de aquellos juguetes que se necesitaban y no había entre los ya recibidos.

Construcción de una Red interinstitucional que articulara esfuerzos para dar respuestas a las necesidades detectadas.

Según las funciones que tuvieron en el marco del proyecto, se pueden distinguir:

- Instituciones proveedoras de juguetes.

Hospital “ Dr. Braulio A. Moyano” Servicio de Rehabilitación. Buenos Aires.

La institución cuenta con un Programa dentro del Servicio de Rehabilitación denominado “Creando Lazos Solidarios”. Se trata de un programa con inserción en la comunidad que promueve el desarrollo de lazos de solidaridad interinstitucional y promueve un cambio de actitud hacia las personas con enfermedad mental que permite valorar y desarrollar sus potencialidades. Otorga la posibilidad a los beneficiarios de participar activamente en actividades que tiendan a la solución parcial de problemáticas reales del entorno ejercitando el rol de colaboradores.

Las personas que asistieron a este programa participaron en el programa realizando juguetes, restaurando y reciclando juguetes donados. Esta iniciativa se generó previamente a la organización del presente proyecto.

Universidad Abierta Interamericana. Sede Rosario

Esta institución elaboró el Programa de “Intervención de Terapia Ocupacional con niños en crisis”, desde la Carrera Licenciatura en Terapia Ocupacional. Parte de este Programa comprendió la fabricación de juguetes e instrumentos musicales, la confección de cartillas orientadoras para padres, el asesoramiento a voluntarios y propuestas de talleres recreativos.

En este caso los alumnos de la carrera Licenciatura en Terapia Ocupacional, Musicoterapia y Diseño Gráfico participaron en la elaboración de juguetes y cartillas con sugerencias para la intervención desde el juego con niños con secuela post-trauma. Esta iniciativa se generó previamente a la organización del presente proyecto.

El Proyecto se apoyó en estas dos iniciativas y las potenció con el diseño e implementación de la experiencia que hoy se presenta.

Centro Terapéutico Ubajay. AANE. Esperanza. Santa Fe.

El Centro Terapéutico Ubajay brinda servicio a personas adultas con discapacidad mental moderada y grave. Organiza sus prestaciones a través de Programas Terapéuticos. En el marco de dos de los Programas que ofrece a sus beneficiarios: “Expresión plástica y artística” y “Contacto con la realidad”, trabajó la toma de conciencia de sus beneficiarios del impacto de la catástrofe en las vidas de las personas, promovió el desarrollo de actitudes de servicio y la confección de instrumentos musicales de percusión y aire.

Esto implicó un trabajo hacia dentro de cada institución que promovió el desarrollo de sensibilidad para con esta problemática y la toma de decisión de participar dentro del proyecto.

Resultó de interés el nivel de solidaridad y compromiso con el que cada uno de los miembros aportaron en la construcción de juguetes, la creatividad con la cual participaron y el esfuerzo que realizaron educadores y directores de programas de salud para que estas actividades permitieran el logro de los objetivos terapéuticos y/o educativos, según los casos, para la gente que participó.

A partir de esta participación se generó el nexo entre las instituciones proveedoras, promoviendo la transversalidad y construcción de puentes entre instituciones que comparten objetivos o programas de trabajo.

Se recibieron 500 juguetes de diverso tipo.

Instituciones receptoras de capacitación y de recursos lúdicos

- Jardín de Infantes Particular Incorporado N° 1364.
- Jardín de Infantes “La Divina Providencia”
- Centro de Acción Familiar N° 21

- “La Salita” comunitaria.
- Dispensario Mendoza Oeste.
- Hospital de Niños Dr. Alassia
- Escuela Monseñor Zaspé
- Escuela San Martín

Cuando se realizó el diagnóstico situacional se identificó que las instituciones beneficiarias, aún cuando sus objetivos de trabajo, medios, características sociales de su población y su perfil institucional eran similares, trabajaban de manera aislada. Esto se valoró como una debilidad que restringía las posibilidades de hacer trabajos conjuntos, enfrentar problemáticas unidos y planificar determinados aspectos de la vida institucional de manera asociativa, potenciando los recursos disponibles y obteniendo contención en el encuentro. Se organizó una base de datos para facilitar el contacto y relación interinstitucional.

Producción de conocimientos y material didáctico para la enseñanza:

- Se produjo un material audiovisual con aplicaciones didácticas de uso múltiple, como contribución a la formación de los profesionales que trabajan con niños. La temática giró en torno al juego infantil y su instrumentación. Adoptó la forma de video con guías y sugerencias didácticas, incluyendo una estructura abierta, flexible y operativa. Se logró conjugar el manejo de elementos teóricos, criterios y procedimientos, modos de razonamiento y de relación entre las disciplinas y sus fundamentos, a la vez que documentar las distintas etapas de la experiencia.

La dimensión del objeto pedagógico tiene el alcance de objeto de conocimiento y de 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.

- En el marco del presente proyecto también se realizó desde la disciplina Psicología un trabajo de investigación en relación a la temática “Situación de trauma y su expresión en el juego simbólico (dibujo libre)”. Dicho trabajo permitió la obtención de conclusiones valiosas en relación al proceso de reconstrucción desde la vivencia de trauma de los niños que se habían inundado, a la vez que permitió valorar como los procesos temporales inciden en su elaboración.

Ha quedado demostrado que el juego constituye un medio de expresión de las situaciones traumáticas vividas por los niños. Es motivo de preocupación que el material recolectado evidencia a la fecha la ausencia de procesos de elaboración de las pérdidas y conflictos.

VIII)- Metodología:

Sabido es que la carencia de recursos materiales lúdicos podría haberse superado con simples donaciones o subsidios otorgados a las instituciones. No obstante, se consideró necesario y fundamental superar el asistencialismo que había primado en los programas de ayuda a personas e instituciones damnificadas por la catástrofe hídrica y la fragmentación de acciones dispersas. En función de esto se utilizó metodología de gestión comunitaria participativa, promoviendo la formación en recursos humanos y vehiculizando las iniciativas de distintos sectores sociales (salud, educación, promoción comunitaria) mediante un trabajo en red que conectó nodos intersectoriales e interinstitucionales en la reconstrucción de una parte de la comunidad afectada por la catástrofe hídrica. Esta propuesta aportó en el tejido de una trama de redes sociales que a través de sus esfuerzos pudieron satisfacer mutuamente sus necesidades, compartir recursos y generar otros nuevos, conformando una comunidad altamente comprometida con las necesidades de los distintos sectores sociales más castigados y postergados.

La estrategia comunitaria implementada integró: a) transferencia de conocimientos, b) movilidad y accesibilidad de recursos y c) formación de voluntarios y/o líderes y se vertebró alrededor del eje de la participación comunitaria.

Las intervenciones propiciaron la toma de decisiones de los directos afectados, la autogestión para la resolución de problemas, el rediseño ocupacional, la solidaridad y cooperación como base de la participación y reconstrucción comunitaria, el respeto por los derechos humanos y la salida colectiva.

El proceso de enseñanza aprendizaje se fundamentó en el enfoque constructivista y enfatizó la estrategia didáctica basada en la resolución de problemas junto al monitoreo sistemático. Esta experiencia favoreció la formación de los alumnos para la instrumentación de la ocupación humana y la modificación del contexto como medios de promoción de la salud con poblaciones vulneradas en sus derechos.

IX)- Resultados alcanzados:

- Funcionamiento de una red de instituciones comprometidas con la niñez en situación de riesgo social e interesadas en el juego y sus alcances.
- Movilización activa de distintos sectores sociales, disciplinares e institucionales.
- Adquisición de aprendizajes sobre el valor lúdico y su implementación, por parte del personal de las instituciones, voluntarios, padres y cuidadores de los niños.
- Mejoramiento de la calidad del servicio impartido a sus beneficiarios en las instituciones involucradas en el proyecto, afectadas por la catástrofe hídrica.
- Incremento de los recursos materiales (baterías de juguetes) en las instituciones involucradas afectadas por la catástrofe hídrica.

- Adquisición de conocimientos, habilidades y competencias por parte de los miembros de las instituciones para el trabajo en red.
- Formación de profesionales adquirida por los estudiantes de la Licenciatura en Terapia Ocupacional y Educación Física, para la intervención en comunidad, afectadas por situaciones de catástrofe mediante el juego.
- Materialización de un ámbito de formación profesional donde la transferencia y el aprendizaje se realizan a través de un servicio a la comunidad.

X)- Conclusiones:

Esta experiencia ha generado:

- Un aporte innovador a la metodología de trabajo en las instituciones que permitió descubrir la potencialidad del juego a directivos, personal, padres, cuidadores y voluntarios, y ejercitar el derecho a la participación en la toma de decisiones.
- La resignificación y apropiación del juego como ocupación significativa por parte de diversos actores sociales.
- El reconocimiento y validación de varias de las instituciones participantes al solicitar la continuidad de la experiencia, identificando el aporte a la ruptura del aislamiento y el trabajo en soledad. Algunas instituciones señalaron que era la primera vez que una institución no perteneciente al barrio se interesaba por sus necesidades y trabajaba con ellos.
- Desarrollo del razonamiento clínico y habilidades profesionales a partir de la estrategia didáctica de resolución de problemas en contexto no tradicionales. Es de tener en cuenta que las problemáticas de catástrofes son situaciones emergentes nuevas en las que terapia ocupacional no posee antecedentes ni trayectoria, constituyendo un alto desafío para docentes y alumnos.
- Oportunidades de desempeño para docentes y graduados e identificación clara de un rol profesional comprometido con la

realidad socio política que rompe el paradigma biomédico y rehabilitativo abriendo nuevas perspectivas para el campo de terapia ocupacional y las otras disciplinas participantes.

- La movilización de recursos institucionales, disciplinares y sectoriales, con extensiones locales, provinciales y nacionales, expresado en la constitución de la red que no reconoce antecedentes en la terapia ocupacional dentro de la provincia.
- Impacto a partir de la transferencia en instituciones sociales y comunitarias (públicas y privadas), que trabajan con niños y no participaron en el proyecto, al solicitar la repicación del mismo a partir de la difusión.
- Impacto en la investigación. Estudiantes de terapia ocupacional y de disciplinas no participantes del proyecto: Arquitectura, Servicio Social; definen sus trabajos de tesis con su temática relacionada con el proyecto, iniciativa generada a partir de los resultados y solicitan el asesoramiento del mismo.
- Impacto en la formación de grado de profesionales de la salud y la educación. Se lograron articulaciones curriculares verticales y horizontales demostrando de este modo que el juego posee potencial generativo de contenidos. Se recibió la demanda (no planificada dentro del proyecto), de la capacitación para alumnos de medicina y la de articulación con asignaturas de arquitectura (“Diseño de artefactos e instalaciones”).
- Impacto en los medios de difusión. Periodistas de la prensa escrita, radial y televisiva realizaron diferentes notas sobre la experiencia por propia iniciativa (no generados por el proyecto). Esto constituye un indicador de alto impacto producido pro lo novedoso del tema. Reconociendo los periodistas no poseer antecedentes ni tener identificado que los juguetes y el juego podían ser parte del proceso de reconstrucción post catástrofe. Esta difusión produce a su vez un impacto en cadena porque fue generando nuevas demandas por parte de diferentes sectores e instituciones.

- Impacto en la gestión de la Universidad que solicita la continuidad y ampliación del proyecto en el próximo, a partir del proceso y resultados.

XI) Referencias.

- (1) Galheigo S.M. 2006. “Terapia Ocupacional sin Fronteras. Aprendiendo del espíritu de Supervivientes”. Ed. Panamericana. (Madrid) pág. 85 a 95.
- (2) Oscar Santini y Daniel López.1997. “Desastre, impacto psicosocial”: Editorial Alción. (Bs As. Argentina). Cap I, pag 11 a 23.
- (3) Ullrich y Beeck: 2000. “Retorno a la teoría de la sociedad en riesgo”: World Risk Society, Polity Press Cambidge. (Inglaterra) Boletín de AGE, Nro 30, Pág. 9 a 20
- (4) Townsend, E. y Whiteford, G. 2006 . “Una estructura de participación en el marco de la justicia ocupacional. Procesos prácticos basados en la comunidad”, en: Kronenberg, Simó Algado y Pollard. “Terapia Ocupacional sin fronteras, aprendiendo del espíritu de supervivientes” Editorial Panamericana (Madrid. España). Cap 9 Pág. 110 a 124.
- (5) Wilcok, A.A. 1999. “Reflections on doing, being and becoming” Australian Occupational Therapy Journal. (Australia) 46, 1-11.
- (6) Kronenberg, F. Pollard, N. 2006. “Terapia Ocupacional sin Fronteras. Aprendiendo del espíritu de Supervivientes”. Ed. Panamericana. (Madrid) Superar el apartheid ocupacional. Exploración preliminar de la naturaleza política de la Terapia Ocupacional. pág. 58 a 82.
- (7) Townsend, E. Wilcock, A. 2002. Occupational Justice. In Christiansen, C. Introduction to occupation. Pag 243 a 273. Upper Saddle River, Nj:Prentice-Hall. ISBN# 0-13-013303-5.

Bibliografía:

- Bruner, J. 1997. “La educación puerta de la cultura”. Visor. Madrid (España).
- Cohen, R; AGREAN, F 1980. Manual de atención en Salud Mental para víctimas de desastres”. El Manual Moderno. OPS. DF (México).
- Christiansen, C. 1999. “Defining lives”: Occupational as identify: As essay on competence, coherence, and creation the meaning. The America Journal of the occupational Therapy 53(6). 547_558. (USA)
- Cohen , R. 1999. “Salud Mental para víctimas de desastres. Manual para trabajadores . El Manual Moderno. OPS. DF (México).
- Clark, F., et al. 1991. “Occupational science”: Academic innovation in the service of occupational therapy’ s future. America Journal of Occupational Therapy, 45, 300-310. (USA).
- Csikszentmihalyi, M. 1990. “Flow”. The psychology of optimal experience. Harper an Row. (New York).
- Eisner, E. 1998. “Cognición y curriculum”. Amorrortu . Buenos Aires (Argentina).
- Ferland, F. 1997. “Play, children with physical disability and occupational therapy “. The Ludic Model . University of Ottawa Press. (Canadá).
- Florey, L. 1981. “Studies of play”: Implications for growth, development for clinical practice “ en AJOT 35,8. AOTA. (USA)
- Henitt, 1999; Smith 1996 y White, Luestage, Whisner, O’keefe, Hewwnit en Susana Rodríguez, H. 1999. “El daño y la evolución del riesgo en América Central”. Red de estudios Sociales en Prevención de Desastres en América Latina. (Costa Rica)

- Kielhofner, G. 2002. "Model of Human Occupational . Theory y and application." Third Edition . Lippincott Williams y & Wilkis. (USA).
- Knox, S. 1998. "El Juego y Actividades de Esparcimiento" . Cap 8, Sección 3, en: Hopking, H, y Smith, H 1998. "Terapia Ocupacional". 8º Edición. Editorial Médica Panamericana. Madrid (España).
- Lawlor, M. 2003. The significance of being occupied: The social construction of childhood occupations. The American Journal of Occupational Therapy, 57 (4) 424-434. (USA).
- Litwin, E. 1997. "Enseñanza e innovaciones para las aulas para el nuevo siglo". El Ateneo . Buenos Aires. (Argentina)
- Litwin, E. 1997, "Las configuraciones didácticas. Una nueva agenda para la enseñanza superior. Paidós . Buenos Aires (Argentina).
- Llorens , L. 1973. "Consultation in the Community : Occupational therapy in child Health". AOTA. Inc Iowa (USA).
- Losano Ascencio, C. 1995. "La construcción social del medio ambiente a partir de los acontecimientos catastróficos que lo destruyen". En revista de la Facultad de Ciencias de la información. UCM. Número extraordinario , pp 47_67. Madrid (España).
- OPS-OMS.1999. "Asistencia humanista en casos de desastres. Washington. DC. 2000. Los desastres naturales y la protección de la salud. Washintong D.C (USA).
- Reilly , M. 1969. "Occupational Behaviour Model" en Model the practice in Occupational Therapy. Williams y Wilkins, Baltimore. (USA).
- Reilly, M. 1974. "Play as exploraty learning. Slage publications, Inc. Beverly Hills California (USA).
- Robinson, A. 1981. "Play the arena for adquisition of rules competence behaviour. AJOT, 31, 4. AOTA. (USA).

- Subirats, E. 2005. “Las catástrofes naturales no existen”, en Diario Página 12 mes Septiembre, Contratapa, p.32. Buenos Aires (Argentina).
- Twonsend, E. 1997. “Ocupación: potencial para la transformación social y personal, en revista de la Ciencia de la Ocupación.”. Abril 1997, V. 4, N°1, pp 18-26 (Australia).
- Twonsend, E, & Wilcock, A. 2002. “Occupational Justice”. In Christiansen. C. Introduction to occupation, pp 243-273. Upper Saddle River, Nj: Practice- Hall. ISB 0-13393-5. (USA).
- Wilcock, A. A. 1999, “Reflections on doing, being and becoming. Australia Occupational therapy Journal, 46, 1-11. (Australia).
- Yerxa, E. 1989. “An introduction to occupational science: A fundationn for occupational therapy in 21 century” en: Occupational Science: the foundation for new model of practice. The Haworth Prees. (USA).
- Kondo, T. 2004. “Cultural tension in occupational therapy practice: Considerations from a Japanese vantage point. The American Journal of Occupational therapy 58 (2), 174-184. (USA).

Abordaje centrado en la persona con demencia

Lic. Milagros Rosselló

El tratamiento de las personas con demencia requiere una comprensión de la enfermedad y del individuo detrás de ella. (Kitwood, 1997b) El objetivo de un efectivo tratamiento es brindar una adecuada calidad de vida que respete la dignidad, identidad y necesidades de la persona con demencia.

Se define demencia como un síndrome adquirido producido por una causa orgánica que provoca un deterioro persistente de las funciones mentales superiores, que conlleva a una incapacidad funcional, tanto en el ámbito social como laboral, en personas que no padecen alteraciones de conciencia. Esta definición comporta que la demencia es un conjunto de signos y síntomas de carácter plurietiológico.

En esencia, actualmente la demencia se asocia conceptualmente con un complejo sindrómico, de etiología multifactorial y con una amplia constelación de síntomas y signos.

Esto lleva a dificultades significativas para el paciente y aporta altos niveles de stress en los cuidadores. Su incidencia y prevalencia aumenta con la edad. Un cinco por ciento de los mayores de 65 años y un 20 por ciento de los mayores de 80 están afectados de demencia. Con el aumento de la expectativa de vida acompañada de un envejecimiento de la población, significa que las personas con demencia serán una creciente carga en el futuro de la salud y los servicios de cuidados sociales. Mientras no haya una "cura" para la demencia, los esfuerzos deben estar concentrados en el mejoramiento de la calidad de vida.

Definimos a la "**calidad de vida**" como el bienestar, felicidad, satisfacción de la persona que le permite una capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de la vida. Es un concepto subjetivo, propio de cada individuo, que está muy influido por el entorno en el que vive como la sociedad, la cultura, las escalas de valores...

Según la OMS, la **calidad de vida** es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno".

¿Qué pasa cuando la persona no puede hacerse cargo de su calidad de vida?

La persona con trastornos de memoria, desorientación, déficits perceptuales, etc es fácilmente proclive a sentimientos de falta de control, inseguridad y vulnerabilidad. Tradicionalmente demencia es asociado con pérdida –de memoria, pérdida de la habilidad para realizar actividades que uno disfrutaba, para cuidarse de uno mismo y la pérdida del self (Cohen & Eisdorfer, 1986). Sin embargo la demencia es algo más que pérdida y declinación. Las personas con demencia mantienen su personalidad y espíritu a lo largo de todo el curso de la enfermedad. Tienen una vida de experiencia que moldea sus sentimientos y respuestas a situaciones. Quizás es por eso que las personas con demencia dicen en una variedad de formas que desean ser tratados con dignidad y respeto. Esto es posible solamente, en un contexto de confianza y respeto mutuo, reconociendo el nivel de individualidad de cada persona.

La idea de este artículo es reconsiderar la filosofía de trabajo en cuanto al tratamiento de las personas con demencia.

El término abordaje centrado en la persona (ACP) no es un concepto nuevo. Se ha utilizado como marco de trabajo en personas con retardo mental e injuria cerebral, pero también ha sido de gran utilidad en el tratamiento de personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Kitwood, psicólogo social, de la Universidad de Bradford, Inglaterra ha sido un gran

precursor en cuanto al ACP, con intereses bien marcados en el ser humano y la personalidad. Hacia mediados de los 80 se vuelca hacia el campo de las demencias y nos muestra el camino hacia la comprensión y comunicación con las personas con demencia.

El abordaje centrado en la persona está basado en la comprensión de que la persona con demencia no ha perdido las características que la hacen un individuo, es guiado por valores, se focaliza en la independencia y el bienestar del individuo y familia y "le permite a la persona sentirse respaldada, apoyada y socialmente segura".

Este abordaje enfatiza un tratamiento holístico e individualizado basado en las necesidades únicas de cada persona. Está focalizado en las habilidades y fortalezas, creando un ambiente donde cada persona es única y respetada, tiene en cuenta a la persona antes que a la tarea o actividad. Esta práctica brinda la base para crear una vida diaria que valga la pena de ser vivida, esforzarse por nutrir no solo la mente sino el espíritu y promover crecimiento y desarrollo para todos. En contraste focalizarse en las pérdidas o deterioro, refuerza percepciones negativas y también puede tener un impacto significativo en la progresión de la demencia. Fig 1

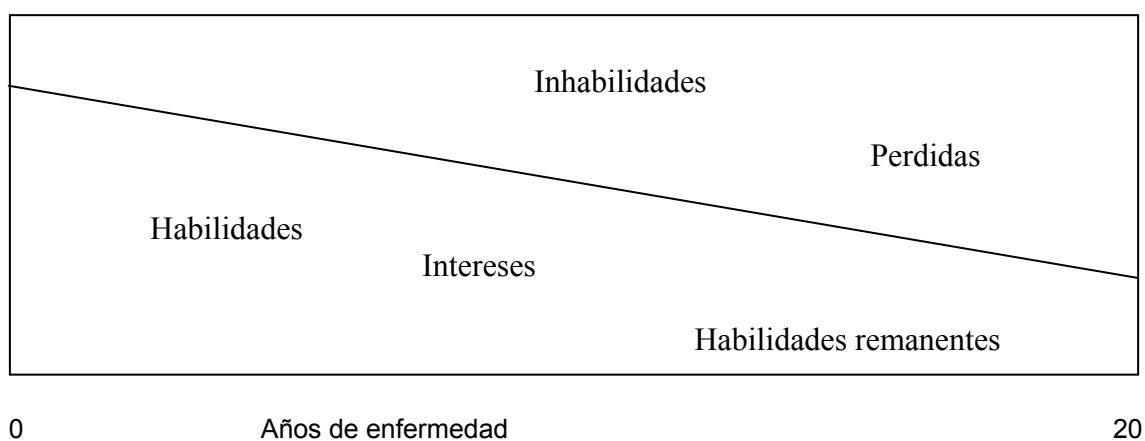


Fig 1. Impacto de la demencia en las habilidades de la persona

EL ACP apunta a proveer soporte psicosocial y emocional. Las emociones son un indicador de la calidad de vida (Lawton, 1999) Atender a las emociones brinda varios propósitos relacionados a la calidad de vida. Ganamos importante información clínica que guía nuestro trabajo cotidiano. Nos ayuda a comprender mejor a la persona, mejorando nuestra relación y a darnos cuenta si algo se debe cambiar en el ambiente o en la forma en que el tratamiento es conducido para minimizar sentimientos negativos y maximizar los positivos. Reconociendo que una persona continua sintiendo, nos ayuda a responder a su individualidad y humanidad, restaurando el ser persona.(personhood)

De acuerdo a Kitwood el ser persona es "un estado o condición que es otorgado sobre un ser humano, por otros, en el contexto de una relación y vida social. Lleva implícito el reconocimiento, respeto y confianza. Nuestro objetivo será mantener la personalidad (el ser persona) a medida que las capacidades mentales declinan. Poner la atención en la personalidad incluye el reconocimiento de la centralidad de la relación, la unicidad de la persona.

El ACP esta fundado en la ética de que todos los seres humanos son absolutamente valiosos y dignos de respeto, no importa su discapacidad y en la convicción que las personas con demencia pueden vivir una vida plena. (Kitwood, 1996)

El tratamiento de la demencia que se focaliza solo en la enfermedad, y no presta atención a la personalidad del paciente, trata a la persona como un objeto pasivo, perjudicando al paciente.

Tratamiento centrado en la persona en demencia
Apunta a :
A. toda la persona, no solo la enfermedad cerebral B. las habilidades remanentes, las emociones y las habilidades cognitivas- no en las pérdidas. C. la persona dentro del contexto de la familia, matrimonio, cultura, etnia y género.
Adaptado de Cheston R. Bender, M. Understanding dementia: The man with the worried eyes Jessica Kingsley Publishers. London 1999.

Es central al ACP el principio que la experiencia de vida de la persona, su personalidad única y su red de relaciones deben ser valoradas y tenidas en cuenta por el equipo de tratamiento. Esta perspectiva esta fundada en lo que Kitwood considera que la presentación de la demencia no puede ser reducida a los efectos del daño neuropatológico sino en una combinación de factores que incluyen:

- A. **Personalidad:** Lo que cada individuo trae constitucionalmente, con todos los resultados del aprendizaje social. Se incluyen aquí los modos en que la persona sobrelleva las crisis, perdidas y cambios; defensas contra la ansiedad; y apertura a la ayuda dada por otros.
- B. **Biografía:** Algunas personas se embarcan en la enfermedad con la mayoría de las estructuras que antiguamente lo sostenían permanecen intactas, otros sin embargo experimentan una sucesión de cambios de vida desmoralizantes y desestabilizantes, y con sus recursos personales cada vez mas reducidos a cero.
- C. **Estado de salud física:** Incluyendo la agudeza de los sentidos.
- D. **Deterioro neurológico:** De acuerdo con su localización, tipo e intensidad, reduciendo la capacidad de almacenar y producir información, ejecutar planes, etc.
- E. **Psicología social:** la cual representa la estructura de la vida cotidiana, y en especial si favorece o reduce la sensación de seguridad, valor y ser personal.

Kitwood identifica varias áreas de la psicología social que tienen un efecto nocivo en las personas con demencia, afectando su autoestima y tendiendo a disminuir su personalidad. Kitwood lo llama "psicología social perjudicial"

El término "perjudicial" no implica un intento nocivo de los cuidadores, familiares o terapeutas, sino que es parte de nuestra herencia cultural y los efectos son sumamente dañinos desde el punto de vista del receptor.

Los términos han sido operacionalmente definidos y ejemplificados.

1. **Traición:** Utilizar formas de engaño en orden de distraer o manipular a la persona o forzarla en un acuerdo.
2. **Deshabilitamiento:** Hacer por la persona cosas que ella misma podría hacer, aunque de forma torpe o lenta.
3. **Infantilización:** Suponer que la persona con demencia tiene la mentalidad y capacidad de un bebe o niño pequeño.
4. **Intimidación:** Inducir miedo en la persona, a través del uso de amenazas o poder físico.
5. **Etiquetamiento:** utilizar la categoría como demencia o desorden mental orgánico como la principal base para interactuar con la persona o para explicar su comportamiento.
6. **Estigmatización:** Tratar a la persona como si fuera un objeto enfermo o un proscrito.

7. **Sobreexigir: (Outpacing)** Dar información, presentar elecciones de forma demasiado rápida como para que la persona lo comprenda; colocándola bajo presión para hacer cosas mas rápidamente de lo que ellos pueden.
8. **Invalidación:** Dejar de reconocer la realidad subjetiva de la experiencia de la persona y especialmente lo que está sintiendo.
9. **Exclusión:** Excluir a la persona tanto física como psicológicamente.
10. **Cosificación:** Tratar a la persona como si fuera un pedazo de materia muerta, sin tener en cuenta que es una persona que siente.
11. **Ignorar:** Mantener una conversación o actuar en presencia de la persona como sino estuviera.
12. **Imposición:** Forzar a la persona a hacer algo, negando la posibilidad de elección de su parte.
13. **Negación:** Rechazar a brindar atención o cumplir necesidades evidentes.
14. **Acusación:** Culpar a la persona de acciones o fracasos de acción que surgen de su falta de habilidad o por la falta de comprensión de la situación.
15. **Interrupción:** Entrometerse de repente en las acciones o reflexiones de la persona.
16. **Burlas:** Divertirse de las acciones “extrañas” de la persona, burlándose, humillándolo y haciendo chistes a sus expensas.
17. **Menosprecio:** Decirle a la persona que es incompetente, inútil, despreciable, dañando su autoestima.

De esta forma el ACP emerge como respuesta a la vieja cultura la cual:

- 1) reducía a la demencia a un fenómeno estrictamente biomédico.
- 2) era orientado a la tarea o dirigido a la tarea
- 3) Contaba con técnicas de control como químicas y de restricción física y medicación innecesaria
- 4) Desvalorizando la individualidad de la persona con demencia

La vieja y la nueva cultura

Kitwood en su libro “La nueva cultura de la asistencia de la demencia” define a la cultura como “es una forma establecida de dar significado a la existencia humana en el mundo y de dar una estructura a la acción dentro de ella”.

Cada cultura representa una forma de adaptación al ambiente y se estabiliza a través de un proceso de evolución. Reconoce tres aspectos de la cultura.

Primero, existen organizaciones, las cuales conducen o sostienen relaciones de poder de una forma duradera.

Segundo, existen las normas, estándares y patrones de conducta aceptables, particularmente para el desempeño de los roles mas visibles.

Tercero, existen creencias de lo que es real y verdadero, y acerca de lo que se debe ser.

Una vez que una cultura se establece, es extremadamente resistente al cambio. Cambiar una cultura no es fácil e involucra una resistencia psicológica.

Kitwood (1997) considera que algunas culturas deben cambiar y pueden mejorar con el cambio, especialmente la cultura de la demencia. Se ha hecho un gran progreso y el cambio debe continuar. Se solía creer y aun se cree también que las personas con demencia solo necesitaban ser mantenidas limpias, seguras y alimentadas, sin tener en cuenta las necesidades psicológicas, en las que luego haremos hincapié. Ahora y en especial a los trabajos de Kitwood se habla de preservar y favorecer la personalidad (ser persona)

Vieja cultura	Nueva cultura
Visión general de la demencia	
La demencia es una enfermedad del sistema nervioso central, en la cual la personalidad y la identidad son progresivamente destruidas	La demencia debe ser vista, en primer lugar, como una forma de incapacidad. Como una persona es afectada depende de la calidad del cuidado.
Fuente fundamental del conocimiento	
Las personas que poseen el conocimiento más confiable, válido y relevante son los médicos y los científicos.	Las personas que poseen el conocimiento más confiable, válido y relevante es cualquier profesional de salud intuitivo y habilidoso.
Que implica el cuidado	
La asistencia involucra asuntos como un ambiente seguro, cubrir necesidades básicas y brindar cuidado físico en forma competente.	La asistencia involucra primariamente el mantenimiento de la personalidad. Proveer un ambiente seguro, cubrir necesidades básicas y brindar cuidado físico es esencial pero sólo una parte de toda la persona.
Prioridades	
Es importante tener una comprensión clara del deterioro de la persona, especialmente aquellos referentes a la cognición.	Es importante tener una clara comprensión de las habilidades, gustos, intereses, valores, formas de espiritualidad. Existen tantas manifestaciones de la demencia, como personas con demencia.
Conductas problemáticas	
Cuando una persona muestra trastornos del comportamiento, estas deben ser manejadas eficientemente.	Deben ser vistos primeramente como intentos de comunicación, relacionados a necesidades
Actividades	
Las actividades son para entretener, pasar el tiempo. Para todos la misma actividad.	Las actividades son individualizadas, terapéuticas, significativas para la persona, que apuntan a la calidad de vida y al mantenimiento de la personalidad.
Investigación	
No hay mucho para hacer por la persona con demencia. La investigación esta centrada en la estructura, función y patología del cerebro. Y en la cognición particularmente	La investigación se centra en mantener el bienestar personal, emocional y la calidad de vida de la persona con demencia.

¿Cuáles son las necesidades de la persona con demencia?

Si se tiene en cuenta la aportación de Kitwood (1997) sobre la promoción del bienestar personal en la atención de las personas con demencia se puede afirmar la importancia de analizar las necesidades de la persona desde la perspectiva de primar y centrar la atención en la PERSONA frente a las perspectivas más clínicas que se han centrado más frecuentemente en la enfermedad. Las necesidades y fortalezas que cada uno tiene son una parte de lo que define nuestra personalidad y espíritu humano.

Maslow (1970) Fig 2 ha hecho una descripción de las necesidades básicas del hombre. Estas necesidades según Maslow son jerárquicas y las necesidades de la base de la pirámide deben ser cubiertas antes de focalizarse en los niveles superiores. Uno de los mayores problemas, esta en concentrarse únicamente en los niveles inferiores, como en las necesidades fisiológicas y de seguridad, no reconociendo la totalidad de la persona, y dejando de lado necesidades psicosociales y espirituales.

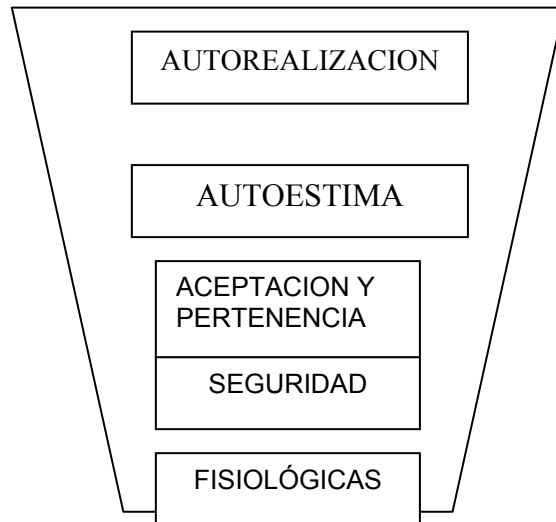


Fig 2. Pirámide de la jerarquía de las necesidades de Maslow

Kitwood en contraste a Maslow, sugiere que no existe un jerarquía de necesidades, sino un grupo de necesidades (Fig 3) interconectadas y actuando en cooperación.

El concepto de necesidad está expresado dentro de una estructura cultural y de esta manera impregnado de significados y valores culturales.

Reconoce que existen 5 necesidades, confort, inclusión, ocupación, identidad, vinculación, que se superponen, con una necesidad central que es el amor.

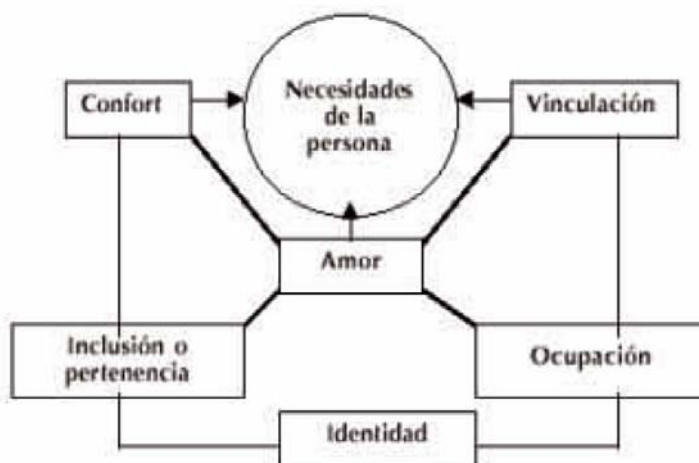


Fig 3. Las principales necesidades psicológicas de las personas con demencia.

(Agregar de necesidades de la pag 81 Dementia Reconsidered) El patrón de necesidad variara de acuerdo a la personalidad e historia de vida de la persona y frecuentemente la intensidad del la necesidad manifestada aumenta con el avance del deterioro cognitivo.

Veremos cada necesidad en forma detallada.

1. **Comfort:** Esta palabra carga con un significado de proximidad, calmante del dolor y la tristeza, tranquilizador de la ansiedad, sentimiento de seguridad. En la demencia la necesidad de confort se da cuando la persona comienza a sentir la sensación de pérdida, la caída de las habilidades.
2. **Vinculación:** Uno de los pioneros en la investigación en este campo es John Bowlby (1979) que sugiere que los lazos o los vínculos crean una red de seguridad particularmente en los primeros años de vida, donde el mundo está lleno de incertidumbre. Sin la tranquilidad que la vinculación provee es difícil para toda persona de cualquier edad poder funcionar bien. La pérdida de la vinculación primaria mina el sentimiento de seguridad y si varios lazos son rotos en un corto tiempo, el efecto puede ser devastador. Hay varias razones para suponer que la necesidad de vinculación permanece cuando una persona tiene demencia, en efecto puede ser tan fuerte como en la niñez. La vida es eclipsada por nuevas incertidumbres y ansiedades y algunos de los buenos recuerdos de vínculos del pasado pueden haberse perdido
3. **Inclusión:** Ser parte de un grupo es esencial para sobrevivir y en muchas culturas la exclusión temporaria era una forma de severo castigo. Si esta necesidad no es cumplida la persona es posible que se deteriore hasta que la vida sea vivida casi enteramente en una burbuja de aislamiento como lo describió Tessa Perrin (1997)
4. **Ocupación:** Estar ocupado para Kitwood significa estar involucrado en el proceso de vivir en la forma que es personalmente significativa, y recurre a las habilidades y energía de la persona. Es lo opuesto al estado de aburrimiento, apatía e inutilidad. El origen de la ocupación radica en la infancia a medida que el niño adquiere el sentido del trabajo. La ocupación involucra tener algún tipo de proyecto ya sea en el trabajo o en el tiempo libre. Si las personas son privadas de las ocupaciones las habilidades comienzan a atrofiarse y la autoestima desaparece. La necesidad de ocupación esta claramente presente en las demencias y muy especialmente teniendo en cuenta el pasado y los intereses de la persona.
5. **Identidad:** Tener una identidad es conocer quien es uno en cuanto a la cognición y a los sentimientos. Significa tener un sentido de continuidad con el pasado; una historia para presentar a los demás. En la vieja cultura de la demencia, la identidad de la persona es quitada, particularmente a través de la institucionalización y de la eliminación de todo contacto con el pasado. Dos cosas son esenciales para mantener la identidad. La primera es conocer la historia de vida de la persona y la segunda es la empatía, a través de la cual es posible responder a la persona en la unicidad de su ser.

La primera tarea en el tratamiento de la demencia, como ya lo definió anteriormente, es mantener la personalidad a medida que la capacidades mentales declinan. Ahora es posible ir más allá y sugerir que esto ocurrirá a través del cumplimiento de este grupo de necesidades. Si una necesidad es cumplida, esta tendrá un efecto en las otras necesidades, produciéndose una forma de "círculo virtuoso".

Principios de Kitwood

El TCP involucra el establecimiento y mantenimiento de un ambiente social positivo y comprensivo. En este contexto la personalidad de las personas con demencia puede ser realzada, fortaleciendo los sentimientos positivos, nutriendo las habilidades y destrezas y ayudando a curar las heridas psíquicas.

Kitwood propone diferentes tipos de interacciones positivas:

1. **Reconocimiento:** Es reconocer al hombre o mujer que tiene demencia como una persona, conocer su nombre, afirmar su propia unicidad. El reconocimiento es logrado con un simple saludo, la escucha. No es solamente verbal. Uno de los actos más profundos de reconocimiento es el contacto directo con los ojos.
2. **Negociación:** El rasgo característico de esta interacción es que las personas con demencia sean consultadas acerca de sus preferencias, deseos y necesidades. La negociación le da a la persona cierto grado de control acerca del cuidado que recibe y coloca el poder nuevamente en sus manos.

3. **Colaboración:** El verdadero significado de la colaboración es el “trabajar juntos”. La colaboración no implica hacer algo a la persona en un rol pasivo, sino que es un proceso en el cual las propias habilidades e iniciativa son involucradas.
4. **Juego:** Mientras que el trabajo es dirigido hacia un objetivo específico, el juego en su forma mas pura no tiene objetivos. Un adecuado ambiente de trabajo o tratamiento es aquel que nos permite que nuestras habilidades crezcan.
5. **Timalation:** El termino en si, es un neologismo que deriva de la palabra griega TIMAO (te honro y de esta forma no violo tus limites personales) y estimulación (en el sentido de alerta sensorial, sensory arousal) El significado de este tipo de interacción es brindar contacto, uso de los sentidos, particularmente valioso con deterioro cognitivo severo.
6. **Celebración:** Las personas con demencia, a pesar de su sufrimiento, mantienen la capacidad de celebrar, quizás es aun favorecida ya que la responsabilidad desaparece, asimismo la división entre cuidador y cuidado desaparece completamente.
7. **Relajación:** Apunta a proveer a la persona un confort personal cercano (ej tomarle las manos) Muchas personas con demencia con sus fuertes necesidades sociales son solamente capaces de relajarse cuando otros están cerca es decir con un contacto corporal.

Mientras cada una de estas 7 interacciones tienen un contenido fuertemente positivo, estas tres siguientes son interacciones psicoterapéuticas.

8. **Validación:** Es el reconocimiento de las emociones y sentimientos y responder a ellas. La validación involucra un alto grado de empatía, intenta comprender todo el marco de referencia de la persona, aunque sea caótico o paranoide o colmado de alucinaciones. Cuando nuestra experiencia es validada nos sentimos mas vivos, mas conectados.
9. **Contención:** (Holding) En un sentido psicológico significa brindar un espacio psicológico sano, también involucra una contención física.
10. **Facilitación:** Significa permitirle a la persona hacer lo que de otra manera no podría hacer, a través de proveerle alguna partes de la acción. La facilitación se combina con la colaboración. Aca meter imitación, guiar la acción, etc

Beneficios del tratamiento centrado en la persona

Calidad de vida

En los últimos 10 o 15 años ha habido un incremento de los trabajos y publicaciones en calidad de vida en demencia y la proliferación de escalas que miden la calidad de vida de las personas.

Burgener y colaboradores encontraron que el tratamiento centrado en la persona, incluido el mantenimiento de las actividades sociales y actividades pasadas, fue asociado con resultados de calidad de vida positivos en personas con demencia. También encontraron que la calidad de la relación entre los cuidadores y las personas con demencia fue asociada con el nivel de depresión, bienestar psicológico y conductas productivas.

Disminución de la agitación

Matthews y colaboradores encontraron que las intervenciones orientadas a la persona para la agitación y patrones de sueño de personas con demencia, donde se hacía hincapié en la libertad de la elección de las actividades (cuando comer, bañarse, momento de acostarse), resultó en una disminución de los niveles de agitación verbal y en los sentimientos del staff menos apurados y mas tolerantes a las conductas de los pacientes.

Sloane y colaboradores evaluaron la eficacia de dos métodos no farmacológicos para reducir la ansiedad y la agresión en el momento del baño y encontraron que el baño centrado en la persona y el baño de toalla constituye un método seguro y efectivo para reducir la agitación durante el baño en personas con demencia.

Mantenimiento de la autoestima

Sabat y colaboradores analizan el mantenimiento de la autoestima en las personas con demencia y encuentran que cuando la persona es tenida en cuenta por los otros en su ambiente social y cuando se le da la oportunidad para la autoexpresión las personas con demencia son más capaces de mantener la autoestima disminuyendo la ansiedad y el sentimiento de ser una carga para los demás.

Tratamiento

Como dijimos anteriormente la teoría de Kitwood sobre los cuidados en demencia sugiere que un entorno social invalidante y deshumanizante interacciona con la fisiopatología cerebral para producir la conducta y la función observadas en las personas con demencia. Según Kitwood (1997) este entorno puede incrementar la progresión de los cambios neuropatológicos, formando una espiral de declinar y degeneración.

Por ello, todas estas intervenciones están destinadas a mantener y estimular las capacidades preservadas del individuo, intentando conseguir la mejor situación funcional posible en cada estadio de la enfermedad y con ello ralentizar el declive que pudiera venir generado por factores externos. Se trata de mantener a la persona con demencia activa y estimulada, para favorecer su mantenimiento funcional en la vida cotidiana.

Los primeros claros intentos de proveer interacciones positivas vienen de las técnicas de **orientación a la realidad (TOR)** las cuales han sido desarrolladas alrededor de 1950 en la rehabilitación de personas heridas en la guerra. Luego las TOR fueron introducidas en personas mayores confusas. A medida que el método fue ampliado incluyó la estimulación de los sentidos, las relaciones humanas y el reconocimiento general (Holden and Woods, 1988). Cualquiera sea la debilidad de este método, las TOR reconocieron la personalidad de la persona con demencia, expresando la creencia que vale la pena tomarse el trabajo de intentar brindarle una forma de vida mas "normal".

En 1960, Naomi Feil desarrolló el abordaje "**Terapia de validación**" (Feil, 1982).Acá hubo un cambio dramático hacia los sentimientos y emociones, afirmando que la experiencia de las personas con demencia debía tomarse con suma seriedad.

Otra gran contribución fue la introducción de la **reminiscencia**, siguiendo los trabajos de Robert Butler (1963) y las siguientes investigaciones de Peter Coleman (1986) Aunque la demencia acarrea grandes trastornos en la cognición, es bien sabido que la memoria a largo plazo frecuentemente permanece relativamente intacta. De esta forma se utilizan disparadores como la música, las fotografías, objetos cotidianos. Se trabaja particularmente con la memoria autobiográfica. No solo se estimula el recuerdo sino los sentimientos asociados al evento. Woods et al, (1992) define a la terapia de reminiscencia como el "recuerdo verbal o silencioso de sucesos de la vida de una persona, ya sea sola, con otra persona o grupo de personas"

Conclusiones

La utilización de este abordaje requiere un cambio sustancial en nuestra forma de práctica cotidiana dentro de la Terapia Ocupacional y demás disciplinas que trabajan con personas con demencia. Debemos atender a las necesidades de la persona, apuntando al mantenimiento del ser persona a lo largo de todo el camino de la enfermedad, aún sabiendo que nos espera el declinar de las funciones. La familia y cuidadores necesitan soporte y entrenamiento para reconocer su contribución en este tipo de abordaje, atendiendo también a sus necesidades emocionales. "Si la satisfacción del staff es alta, la calidad del cuidado es también mejor" (Gilloran et al, 1995).

El TCP un abordaje filosófico y a la vez un abordaje práctico con significados e implicancias formales e informales para la práctica, un concepto dinámico que cambia con la condición física del paciente y el ambiente en el que este se encuentra.

Podemos enumerar estrategias a tener en cuenta al utilizar el ACP. Estas incluyen:

Evaluaciones que involucren y reconozcan las elecciones de los pacientes y cuidadores o familiares.

Inclusión de evaluaciones de calidad de vida en las que podamos identificar alteraciones en el comportamiento, compromiso en las actividades, etc. Asimismo dichas evaluaciones nos ofrecen una medida de satisfacción con el tratamiento.

Objetivos de trabajo realistas, basados en los cambios de la persona con demencia.

Actividades apropiadas a las habilidades cognitivas remanentes.

Actividades culturalmente adecuadas a la historia de vida de la persona.

Focalizarnos en las habilidades remanentes, hasta el final de la enfermedad.

Bibliografía

Bowlby, J. (1979) The making and breaking of affectional bonds. London.: Tavistock

Burgener S, Dickerson-Putnam J. Assessing patients in the early stages of irreversible dementia. The relevance of patient perspectives. J Gerontol Nurs 1999; 25:33-41

Butler, R.N (1963) The life review: an interpretation of reminiscence in the aged. Psychiatric, 26, 65-76.

Cohen, D, & Eisdorfer, C(1986). The loss of self. New York: W.W. Norton

Colleman, P. "Issues in the therapeutic use of reminiscence with elderly people". En: Hanley, I.; Gilhooly, M (eds). Psychological therapies for the elderly. Londres: Croom Helm, 1986

Feil, N (1992) Validation Therapy. Geriatric Nursing. May / June. 129-133

Holden, U.P; Woods, R.T Positive approaches to dementia care. Edimburgo: Churchill Livingstone, 1995

Kitwood, T. 1993b. Person and process in dementia. International Journal of Geriatric Psychiatry, 8, 541-546.

Kitwood, T (1996) Building the mosaic of good practice. J Dement Care 1996; 3: 12-13

Kitwood, T. (1997). Dementia reconsidered. Bristol, PA: Open University Press.

Kitwood, T. 1997b. The experience of dementia. Aging and Mental Health, 1, 13-22.

Lawton MP, van Haitsma K, Perkinson M and Ruckdeschel K. Poserved affect and quality of life in dementia: Further affirmations and problems. Journal of Mental Health and Aging 1999.

Maslow, A. (1970). Motivation and personality. New York: Harper & Row

Matthews E, Farrell G, Blackmore A. Effects of an environmental manipulation emphasizing client-centred care on agitation and sleep in dementia sufferers in a nursing home. J Adv Nur 1996; 24:439-47

Sabat S, Fath H, Moghaddan F, et al. The maintenance of self-esteem: lessons from the culture of Alzheimer's sufferers. Culture and Psychology 1999; 5:5-31

Sloane P, Hoeffler B, et al. Effect of person- centred showering and the towel bath on bathing-associated aggression, agitation, and discomfort in nursing home residents with dementia: A randomized, controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 2004;52:1795-1804

Perrin, T. 1997b Occupational need in dementia care: a literature review and implications for practice. *Health Care in later life* 2(3): 166-176

Woods, R.T. "What can we learn from studies on reality orientation?". En *Care-giving in dementia* (de . G.Jones y B. Miersen). Londres: Routledge, 1992, p.121-136

Woods et al. Reminiscence therapy for dementia. *Cochrane Database Syst Rev.* (2005)

ALTERACIONES EN EL DESEMPEÑO DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA DURANTE EL EMBARAZO.

Autores: Vivian Villarroel, Rodrigo Sepúlveda, Ximena Díaz, Andrea Eberhard, Leonardo Estrada. Universidad de Chile, Escuela de Terapia Ocupacional.

Independencia 1027, Santiago, Chile

9786343, vvillarroel@med.uchile.cl

RESUMEN

Durante el período de embarazo, en diversos sistemas del cuerpo de la mujer ocurren cambios fisiológicos necesarios para la gestación de un nuevo ser. Estas alteraciones pueden afectar los Factores del Individuo, impactando el Desempeño en algunas Áreas de Ocupación.

El presente estudio busca conocer cómo los cambios fisiológicos propios del embarazo impactarían en el desempeño de las Actividades de la Vida Diaria, estimando que este impacto alteraría en la mujer su rutina diaria y otras Áreas de Ocupación. Se realiza un estudio exploratorio cuali-cuantitativo en 50 mujeres con embarazo no patológico en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile “José Joaquín Aguirre”, de la ciudad de Santiago de Chile. La recopilación de datos es a través de la aplicación de entrevista y cuestionario, que recogen información acerca al grado de independencia, valoración y calidad de ejecución de la actividad, e identificación de cambios en el desempeño de las actividades de la vida diaria relacionados con los cambios fisiológicos propios del embarazo.

Los resultados muestran que en la mayoría de las entrevistadas aumenta el tiempo de ejecución de las Actividades de la Vida Diaria, varían los grados de independencia, y se destaca un alto valor asignado en la ejecución de ellas. Estos cambios impactan en el Desempeño Ocupacional, lo que se ve reflejado en cambios de hábitos y rutinas, variaciones en la motivación y pérdida de participación social, entre otros.

Se concluye, que si bien esta alteración es temporal, afecta de manera importante tanto a la mujer embarazada como a su entorno, identificándose la necesidad de intervención desde la Terapia Ocupacional y la Ocupación para favorecer un embarazo seguro y satisfactorio.

INTRODUCCIÓN

Durante el período de embarazo se producen una serie de cambios fisiológicos, como respuesta adaptativa del cuerpo de la mujer a la situación de gravidez. Estos cambios se manifiestan para cubrir diversas funciones y mantener la homeostasis.

Esta adaptación fisiológica genera alteraciones en determinados Factores del Individuo que podrían alterar el desempeño en Áreas de Ocupación, como las Actividades de la Vida Diaria (Básicas e Instrumentales), Productividad, Participación Social, etc.

Existen estudios detallados acerca de las modificaciones del cuerpo de la mujer durante el periodo de embarazo, sin embargo, no encontramos investigaciones propias de la Ciencia de la Ocupación que especifiquen cómo estos cambios alterarían el desempeño en las Áreas de Ocupación, en especial en el caso de las Actividades de la Vida Diaria. Si bien estos cambios son transitorios pueden alterar la ejecución de determinadas actividades cotidianas propias de la mujer actual.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio exploratorio de alteraciones en el desempeño en Actividades de la Vida Diaria en mujeres embarazadas. La investigación, se realizó a través de un instrumento de recolección de datos que integró pautas de evaluación cuali-cuantitativas que incluyeron las dimensiones a explorar definidas previamente. La muestra se construyó con mujeres embarazadas en el segundo o tercer trimestre del embarazo, de entre 18 y 35 años, que realizaban su control obstétrico en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, con un embarazo no clasificado como de alto riesgo.

Las mujeres de incluidas en el estudio fueron contactadas a través de profesionales a cargo del control de embarazo del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Se trató de una muestra no probabilística, de ingreso voluntario y un tamaño definido por saturación¹, quedando en 50 el número de casos estudiados

Para estudiar de manera integral las alteraciones en el desempeño en Actividades de la Vida Diaria en mujeres embarazadas, se diseñó un Instrumento de Evaluación de Actividades de la Vida Diaria, el cual se aplica en un solo momento y tiene por objetivo registrar el impacto de los cambios fisiológicos propios del embarazo en el desempeño de las Actividades de la Vida Diaria en la mujer embarazada. El instrumento aborda:

¹ Se trata de un criterio cualitativo usado para definir el tamaño muestral. En: Bogdan, R. y Taylor, S. Introducción a los métodos cualitativos de investigación social. Ed. PAIDÓS, Bs.Aires 1996

Datos básicos de la entrevistada, como edad, principales ocupaciones de la mujer y semanas de gestación, entre otros.

Un Cuestionario, que permite rescatar información acerca del desempeño de la mujer embarazada en Vestuario, Aseo Personal, Control de Esfínteres, Deambulación y Arreglo Personal.

Una Tabla de Registro, en la cual se vuelcan las respuestas al Cuestionario.

Una Entrevista semi-estructurada, con tres dimensiones, que apuntan a recolectar información relacionada con el significado de los Cambios percibidos en el Desempeño de las Actividades de la Vida Diaria, los Motivos a los cuales se atribuyen los cambios en el Desempeño y el Desempeño antes del período de embarazo, de manera de poder captar elementos subjetivos relacionados con las posibles alteraciones en el desempeño de dichas actividades.

RESULTADOS

De acuerdo a los resultados se observa independencia y alta valoración en las actividades evaluadas excepto de las actividades de Vestimenta y Deambulación donde se aprecia disminución de independencia y en Arreglo Personal donde la valoración fluctúa entre alta y media. Estas alteraciones se deben principalmente al aumento de volumen corporal y peso de la zona abdominal, así como cambios músculos esqueléticos propios del embarazo, dolor en la espalda y caderas y falta de fuerza en extremidades, lo que obstaculiza la ejecución de la actividad, impactando en el desempeño, reflejándose en un aumento del tiempo de ejecución.

Aseo Personal:

Se observa independencia en la ejecución, así como también una alta valoración de la actividad, con mayor limitación en el aseo mayor, uso de la ducha y acceso y uso del escusado. Esto se percibe como una dificultad importante, afectando la autoimagen y generando una percepción de cierta ineficiencia en el desempeño del aseo personal. Este tipo de alteraciones provocan una modificación de la rutina para la búsqueda de un óptimo desempeño, lo que nos hace considerar la importancia sociocultural que tiene el aseo mayor. En algunos casos se vuelve imprescindible contar con la ayuda de terceros y en casos más críticos es necesario el uso de algún objeto de apoyo que permita la acción, como por ejemplo ayuda tanto para acceder como para salir del escusado.

Control de esfínteres.

Se aprecia independencia en la actividad y un alto valor asignada a esta. Ante el aumento de la frecuencia de micción, se observa una alteración en el desempeño de otras actividades que implican mayor uso de tiempo (como ir de compras, ir por los hijos al colegio, trámites, pago de cuentas, etc.). Esto produce un aumento en el tiempo de ejecución o una interrupción o abandono de la actividad, provocando una percepción de ineficacia en el medio. Las mujeres no manifiestan tener mayores problemas específicamente en relación al aumento de la micción, sin embargo esto ha impactado de manera significativa el desempeño de la mujer en otras funciones que ésta cumple además del impacto social que esto implica.

Vestuario:

La mayoría de las mujeres entrevistadas son independientes en vestuario y otorgan una alta valoración personal, aumentando el tiempo empleado en la actividad y aumento de dolor, impactando en su percepción de desempeño, ya que ellas mismas manifiestan tener sentimientos de pérdida de su independencia al solicitar ayuda de terceros o uso de adaptaciones y/o cambios en las prendas de ropa, para facilitar la actividad. Esto podría impactar significativamente en la autoimagen de la mujer embarazada, reflejándose en un cambio de la percepción de las atribuciones propias de la femineidad, desligándose de un papel más sensual y erótico a uno más cándido. Sin embargo, es importante destacar que dentro de este mismo grupo de mujeres que ve afectada la percepción de desempeño, esta necesidad de ayuda y de dependencia les acomoda, ya que se sienten “mimadas” y generan un cambio en la dinámica familiar que tiende a alterar las funciones de los miembros del grupo familiar.

Arreglo Personal.

Las mujeres entrevistadas son independientes en estas actividades, con una valoración que se mueve dentro de los rangos alto y mediano. Perciben un leve cambio en el desempeño de estas tareas, ya sea por un aumento en el tiempo de ejecución o por una modificación, simplificación o eliminación de la actividad. Estos cambios son producidos principalmente por presencia de dolor, fatiga y una alteración de la motivación (aumento o disminución), lo que se ve reflejado en algunos casos en el cese de la actividad y en otros en el aumento de la misma. En relación a los cambios motivacionales de la mujer, se pueden observar tres grupos de mujeres; el primero corresponde a aquellas mujeres que sienten en transición el perfil relacionado con lo sensual, dado que están en un rol maternal, por lo que no efectuaron un cambio en la realización de la actividad porque consideran que al estar embarazadas ya no necesitan arreglarse porque “ya no las miran”.

Deambulaci3n

Se observa una gran variabilidad en los grados de independencia, as3 como tambi3n de valoraci3n de 3stas. Las mujeres entrevistadas han sentido un cambio importante en el desempe1o en la deambulaci3n, si bien perciben que requieren mayor tiempo principalmente para subir o bajar escaleras, al caminar o que les dificulta mucho levantarse de la silla o el sill3n, siendo referido el aumento de volumen y el dolor una causa de esto, lo cual biomec3nicamente es esperable, dada la condici3n de embarazo, si embargo asumen todas estas alteraciones como algo propio del embarazo. Esto, en base a algunos de los testimonios, ha limitado de cierta forma la vida social de las mujeres embarazadas.

Muchas mujeres afirman sentirse menos 3giles que antes, en 3sta 3rea de Ocupaci3n y en otras, influenciando incluso otros roles, como el productivo, maternal o de pareja.

CONCLUSI3N

Algunas de las dificultades que presentan las mujeres entrevistadas para realizar sus Actividades de la Vida Diaria se enmarcan desde c3mo los cambios fisiol3gicos propios del embarazo interfieren en el modo de realizar cualquiera de estas labores. Es por esto que el aumento de volumen y peso de la zona abdominal, as3 como los cambios m3sculo esquel3tico que provocar3an dolor en la espalda y caderas; y falta de fuerza en extremidades dificultar3an el desempe1o f3sico necesario para realizar dichas actividades. Es necesario considerar adem3s, que estas molestias f3sicas se relacionan con ciertas percepciones de las mujeres, lo que afecta directamente en su autonom3a: temor a caerse o al dolor, miedo a hacer fuerzas que pudieran afectar el curso del embarazo, entre otras. Estas percepciones frente al embarazo y el desempe1o en estas actividades, son opuestas a las previas del embarazo.

Es por ello, que en conjunto con la alteraci3n en el desempe1o, podemos encontrar en la mujer embarazada, una alteraci3n en los procesos volicionales y de habituaci3n, los que traen como consecuencia aislamiento social y consideraciones antes innecesarias, que limitan la participaci3n de 3sta en otros 3mbitos de su vida, tales como: la participaci3n social, Actividades de la Vida Diaria Instrumentales, Actividades Productivas, etc. En base a estos resultados obtenidos, se hace necesario generar las herramientas para observar a la mujer embarazada desde la visi3n caracter3stica de los Terapeutas Ocupacionales y considerando la implicancia de los aspectos socioculturales relacionados con el proceso de embarazo y que no han sido objetos de este estudio, pesquisando un problema real y constatando la necesidad de intervenci3n, donde dentro de las posibles alternativas de intervenci3n se encuentren: talleres de psicoeducaci3n para la familia y a la mujer embarazada, apoyando los procesos de

adaptación y sugiriendo estrategias que permitan a la mujer enfrentar este proceso sin tener que, necesariamente, incurrir en una rutina ocupacional desequilibrada, fomentando una mejor calidad de vida y así, disfrutar de un embarazo pleno y sano.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bogdan,R.; Taylor,S, 1987 “Introducción a los métodos Cualitativos de Investigación” Ed. Paidós, (Bs. Aires).
2. “Consentimiento libre e informado”: “Apuntes de clase Modelos de Intervención en Salud Mental y Psiquiatría”, Escuela de Terapia Ocupacional, Universidad de Chile, 2004.
3. Hopkins, H., Smith, H. 1998. “Terapia Ocupacional: Áreas de Ejecución de Terapia Ocupacional”. 8ª edición. Editorial Médica Panamericana, S.A. (Argentina)
4. Pérez, A., Donoso, E. 1999. “Obstetricia”. 3ª Edición. Editorial Mediterráneo. Ltda. (Santiago, Chile)
5. Asociación Americana de Terapia Ocupacional, 2002. “Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional: dominio y proceso”. Revista Americana de Terapia Ocupacional (AJOT) 56, 609-639. (Traducción y adaptación al español realizado por Comité de Ciencia de la Ocupación, Escuela de Terapia Ocupacional, Universidad de Chile 2006).
6. Dra. Miriam Stoppard, 1999. “Concepción, Embarazo y Parto”; Javier Vergara editor S.A.
7. Dr. Enrique Oyarzún Ebensperger, 2005. “alto riesgo obstétrico”, Edición: Universidad Católica de Chile, (Santiago, Chile).
8. Wang SM, Dezinno P., Maranets I et. Al: Low back Pain during Pregnancy: Prevalence, Risk Factors and outcomes. *Obstet Gynecol* 2004;104:65-71.
9. “Terapia ocupacional Willard & Spackman”, Editorial Médica Panamericana, 10ª edición, 2006.
10. Voitk AJ, Mueller JC, Farlinger DE, et al. : Carpal Tunnel Syndrome in Pregnancy : a prospective study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1987 ;66 :233-5.
11. SERNAM, INE. Mujeres Chilenas, tendencias en la última década (Censos 1992 – 2002) (1ª Edición). Chile.
12. Portal Español de Terapia Ocupacional, <http://www.terapia-ocupacional.com>.
13. “Régimen de garantías explícitas en salud”, Ministerio de Salud de Chile, 2005. www.minsal.cl.
14. Revista Digital - Buenos Aires - Año 8 - N° 50 - Julio de 2002 Natación y embarazo, María Martina Rama, <http://www.efdeportes.com/efd50/embaraz.htm>.

**“CALIDAD DE VIDA y DESEMPEÑO FUNCIONAL DE PERSONAS
COM ARTRITIS REUMATOIDE”**

De Carlo, Marysia Mara Rodrigues do Prado, Stiel Radu, Ari
Universidade de São Paulo – Brasil

Palabras claves: Terapia Ocupacional; Artrite Reumatoide; calidad de la vida; desempeño funcional

RESUMEN: El éxito de procedimientos clínicos y la eficacia del programa de la rehabilitación deben estar basados en datos significativos y confiables. La evaluación debe, así, considerar los aspectos clínicos, como el desempeño funcional, pero también los aspectos socio-culturales, como partes del desempeño ocupacional. Así, este trabajo (cuali-cuantitativo) enseña los datos de la relación entre las variables clínicas, desempeño funcional y calidad de vida; fueron usados: protocolos internacionales “SF-36” y “HAQ” y fue hecha una entrevista semi-estructurada.

MATERIAL Y MÉTODO: Fueran treinta y cinco pacientes (34 femeninos y 1 varón), con variación de 20 hasta 74 años de edad, con Artritis Reumatoide (AR) diagnosticada por un reumatólogo, en acuerdo con los criterios de la “American Rheumatic Association” (ARA), en seguimiento en la unidad del paciente no internado del Hospital de Clinicas de la Universidad de São Paulo. Presentaron diversos tipos de deformidades, con déficit en varios componentes del desempeño. Los autores han estudiado la relación entre las variables clínicas y el desempeño funcional; fueron usados: protocolos internacionales “Medical Outcomes Short-Form Health Survey” (SF-36) y “Stanford Health Assessment Questionnaire” (HAQ) y también por el medio de entrevista semi-estructurada (datos cualitativos).

INTRODUCCIÓN: La artritis reumatoide (RA) es un desorden autoinmune de etiología desconocida, cuyos síntomas más comunes son dolor, deformidad progresiva y pérdida de fuerza, conduciendo a la inhabilidad ocupacional y funcional. La terapia medicamentosa del Artritis Reumatoide, con un aumento de la eficacia de las drogas modificadoras de la enfermedad (DMARDs), tenía cambiado significativamente el desarrollo de la enfermedad. Sin embargo, el AR sigue siendo una enfermedad crónica

con control escaso en una parte significativa de los casos; los pacientes tienden a desarrollar importantes deformidades y pasan a ser candidatos potenciales al tratamiento quirúrgico reparador.

Así, como el control de la actividad de la enfermedad no puede ser el objetivo terapéutico, los estudios sobre la eficacia terapéutica han comenzado recientemente también a evaluar conceptos importantes, como la incapacidad y la calidad de la vida. Sin embargo, son pocos los estudios controlados sobre esto y hay una lacuna en el conocimiento científico y la ayuda para los pacientes con la artritis, particularmente en el campo de la rehabilitación.

CALIDAD DE LA VIDA Y DESEMPEÑO FUNCIONAL EN LAS ACTIVIDADES DEL COTIDIANO

La calidad de la vida es un parámetro que ha sido cada vez más usada en el campo de la salud, como indicador importante de la mejora del estado general de la salud. Permite que los profesionales evalúen y cuantifiquen, desde la mejora de síntoma más específico, hasta aspectos más subjetivos, como expectativas y valores del paciente y/o cuidadores.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS): "calidad de la vida es una percepción del individuo sobre su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los cuales vive y en la relación con sus metas, expectativas, padrones y preocupaciones". (WHO, 2004.) Por lo tanto, este es un concepto amplio en lo cual están involucrados sus condiciones de salud física, estado psicologico, creencia personal, relaciones sociales, como también la inserción del individuo en su contexto y interacciones en su ambiente social.

Calidad de vida es un tema particularmente relevante en la atención a los pacientes con enfermedades crónico-degenerativas. Los muchos avances tecnológicos y de las terapéuticas -farmacológicas y no-farmacológicas tienen proporcionado una sobrevida cada hora más larga. Sin embargo, es necesario considerar, no solamente su tiempo de vida a más, pero también (y principalmente) la calidad de vida que tienen y el impacto de tal manera de la enfermedad y del tratamiento en su vida y su cotidianidad.

El paciente artrítico vive con frecuencia modificaciones profundas en su estilo de la vida y en su cotidianidad, resultados del sufrimiento persistente provocado por el dolor, con repercusiones en la manera como percibe su calidad de la vida. Pronto, el trabajo del terapeuta ocupacional es esencial para la promoción y el mantenimiento de

la calidad de la vida de los sujetos acometidos por enfermedades crónicas, como el Artritis Reumatoide, pues vuelve su atención básicamente a la promoción del desempeño funcional e da la calidad de su vida ocupacional.

Serán presentados abajo los datos construidos, en nuestra investigación, con dos protocolos internacionales de evaluación de calidad de vida (SF-36) y evaluación funcional (HAQ):

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

1. Protocolos internacionales de evaluación

1.1. “Medical Outcomes Short-Form Health Survey” (SF-36): es un instrumento de evaluación genérica de la salud, desarrollada originalmente en la lengua inglesa y derivado del “The Medical Outcomes Study” (MOS); fue validado culturalmente para el Brasil (Ciconelli, 1997), tiene fácil aplicación y comprensión y permite comparaciones entre distintas enfermedades o tratamientos. Es un cuestionario multidimensional compuesto por 36 itens, organizado en 8 escalas o componentes, que se pueden automanejar por el paciente o por el entrevistador. Los valores de cada item se transforman en una escala que vaya de 0 (ese corresponde una la peor estado de salud) los 100 (lo mejor estado de salud posible). Los datos de la investigación son los que se siguen (cuadros 1 a 4):

Cuadro 1 – Domínios do SF-36 - Capacidad Funcional y Dolor

SF-36 - Descripción general de las variaciones								
Variación	Capacidad Funcional (1)				Dolor (2)			
	N (%)	Média(%)	sd (%)	cv (%)	N (%)	Média(%)	sd (%)	cv (%)
Negativa	7 (20,00)	20,91	6,58	31,49	10 (28,60)	36,29	23,85	65,72
Positiva	25 (71,40)	86,00	82,14	95,55	18 (51,40)	62,70	77,49	123,55
No varió	3 (8,57)				7 (20,00)			
Total	35 (100,00)				35 (100,00)			

prueba de Wilcoxon com alfa=0,05. (1) p-value=0,0040 (é signficante); (2) p-value=0,2157

Cuadro 2 – Domínios do SF-36 - Aspecto Emocional e Aspectos Sociais

SF-36 - Descripción general de las variaciones								
Variación	Aspecto Emocional (3)				Aspectos Sociais (4)			
	N (%)	Média(%)	sd (%)	cv (%)	N (%)	Média(%)	sd (%)	cv (%)
Negativa	11 (31,40)	71,22	29,91	41,99	10 (28,60)	36,29	23,85	65,72
Positiva	10 (28,60)	116,80	68,46	58,59	18 (51,40)	62,70	77,49	123,55
No varió	14 (40,00)				7 (20,00)			
Total	35 (100,00)				35 (100,00)			

prueba de Wilcoxon con alfa=0,05. (3) p-value=0,3689; (4) p-value=0,4000

Cuadro 3 – Dominios do SF-36 - Vitalidade e Estado General de la Salud

SF-36 - Descripción general de las variaciones								
Variación	Vitalidad (5)				Estado General de Salud (6)			
	N (%)	Mé dia(%)	sd (%)	cv (%)	N (%)	Mé dia(%)	sd (%)	cv (%)
Negativa	13 (37,10)	36,19	25,09	69,33	12 (34,30)	24,63	18,13	73,61
Positiva	19 (54,30)	62,00	84,96	137,08	20 (57,10)	37,50	46,54	124,26
No varió	3 (8,57)				3 (8,57)			
Total	35 (100,00)				35 (100,00)			

prueba de Wilcoxon con alfa=0,05. (5) p-value=0,4567; (6) p-value=0,6250

Cuadro 4 – Dominios do SF-36 - Salud Mental e Aspectos Físicos

SF-36 - Descripción general de las variaciones								
Variación	Salud Mental (7)				Aspectos Físicos (8)			
	N (%)	Mé dia(%)	sd (%)	cv (%)	N (%)	Mé dia(%)	sd (%)	cv (%)
Negativa	13 (37,10)	37,65	27,43	72,86	13 (37,10)	73,72	115,24	156,33
Positiva	19 (54,30)	199,99	555,40	277,89	13 (37,10)	152,40	31,15	20,44
No varió	3 (8,57)				9 (25,70)			
Total	35 (100,00)				35 (100,00)			

prueba de Wilcoxon con alfa=0,05. (7) p-value=0,6379; (8) p-value=0,8395

Entre las distintas categorías del SF-36, destacamos que, en el dominio de la "capacidad funcional", la variación fue positiva (ha mejorado) para 25 pacientes (el 71.40%) e, con la aplicación de la prueba de Wilcoxon, se consiguió una diferencia estadísticamente significativa entre primera y segunda evaluación, en lo que se relaciona con la categoría "capacidad funcional", con p-value=0,0040.

1.2. "Stanford Health Assessment Questionnaire" (HAQ): es un instrumento elaborado, básicamente, para la evaluación de las modalidades terapéuticas propuestas, acá usada con pacientes con la Artritis Reumatoide. Según M.B. Ferraz (1990), el HAQ, que puede ser auto-administrable o ser manejado por los entrevistadores, está compuesto por ocho componentes relacionados a las actividades de la vida diaria. Aunque sea un único instrumento, lo componen cinco instrumentos independientes que, cuando están utilizados en conjunto, permiten una evaluación de los aspectos inherentes más importantes de enfermedad reumática.

El cuadro 5, seguir, presenta los resultados del conjunto de los componentes del HAQ, en la comparación entre la 1ª y 2ª evaluación.

Cuadro 5 - Score final del HAQ

Score final - HAQ			
Descrição geral da variação			
Variación	N (%)	Média(%)	sd (%)
Negativa	15 (42,86)	53,33	24,31
Positiva	18 (51,43)	50,00	29,08
No varió	2 (5,71)		
Total	35 (100,00)		

p-value=0,0156 (é significante)

Al aplicar la prueba de Wilcoxon, conseguimos una diferencia estadísticamente significativa en medio primero y la segunda evaluación del HAQ, con p-value=0,0156 (es significativo).

1.3. Correlaciones: con los coeficientes de la correlación linear de Pearson (r_p), se observa que la correlación entre la categoría "capacidad funcional" del SF-36 y el HAQ tenía como coeficientes: -0.768 en la 1ª evaluación y -0.824 en la evaluación 2ª - qué caracteriza una correlación altamente significativa.

2. Evaluación médica

En la evaluación médica, se usó el Criterio Europeo de la Actividad de la Enfermedad (*Disease Activity Score - DAS*), pues ésta permite subdividir nuestra población en acuerdo con la actividad de la enfermedad. En vista del valor del DAS final (en la evaluación 2ª) y de la variación (mejora del DAS) entre la 1ª y 2ª evaluación, se ha constatado 7 pacientes (el 20%) habían presentado la buena respuesta al tratamiento, 9 pacientes (el 25.71%) presentaron respuesta moderada al tratamiento y 19 pacientes (el 54.29%) no habían presentado respuesta al tratamiento. A pesar de la mayoría de los pacientes que mantenían la enfermedad actividad, él tenía una mejora funcional.

Quadro 6: Relação entre variação da função e a atividade da doença

Função	F	fr (%)	atividade da doença	f	fr (%)
função piorou	0	0			
função estável	7	20	doença em atividade leve	1	2,86
			doença em atividade intensa	6	17,14
função melhorou	28	80	doença em remissão	6	17,14
			doença em atividade leve	5	14,29
			doença em atividade intensa	17	48,57
total	35	35	Total	35	100

teste de Wilcoxon con $\alpha=0,05$. $p\text{-value}=0,0171$ (é significante)

Los datos clínicos del cuadro arriba demuestran que la variación negativa era muy significativa, es decir, la función se ha mejorado para 28 pacientes (el 80% de la muestra), siendo que, de este total, 6 pacientes (el 17.14%) tenían la enfermedad en la remisión, 5 pacientes (el 14.29%) tenía la enfermedad en la actividad ligera y 17 pacientes (el 48.57%) tenía la enfermedad en actividad intensa. Al aplicar la prueba de Wilcoxon (con $\alpha=0,05$, $p\text{-value}=0,0171$) percibimos evidencia que las intervenciones habían tenido efecto estadísticamente significativo entre primera y la segunda evaluación del DAS.

Por lo tanto, al comparar la respuesta (o lo mejora) de la función de los pacientes con la actividad de la enfermedad (según los valores del DAS), se demostró que la función mejoró en los 3 grupos de pacientes, independientemente de la enfermedad estar o no en actividad. Con estos datos clínicos conseguidos por el reumatólogo, hemos podido evidenciar que hubo mejora funcional también en pacientes que tenían la enfermedad en actividad intensa, qué provee excelente dato para la constatación de la eficacia del trabajo hecho, dentro de los límites puestos por la metodología de esta investigación.

3. Analisis de las entrevistas (datos cualitativos)

Las informaciones construidas con las entrevistas, hechas al final del proceso del acompañamiento longitudinal de los pacientes de la investigación, hacen posible la organización de un conjunto de unidades del análisis, que legaran por se integrar en los discursos. Son los siguientes: desempeño funcional; relación entre el dolor, aspectos emocionales y funcionales; relaciones familiares; el uso de órtesis; el proceso de la atención a la salud; expectativas para el futuro, con la búsqueda de la calidad de la vida.

A lo largo del período, fueron varias las historias y cambios que habían sucedido en las actividades diarias debido a la enfermedad y, por veces, de la hospitalización. Al final de este proceso, hemos podido también reflejar, por comparaciones entre la situación actual y aquella de 1 año detrás, en lo que ocurrió en la vida de cada día, los cambios y sus mejoras funcionales, aunque sin la corrección de las deformidades.

Al analizar el proceso vivido, hablan a respecto de las dificultades que han mantenido, con diversos aspectos que se acercan de su desempeño funcional, en especial los componentes del desempeño como de la fuerza, la habilidad de prensión y

amplitud de movimientos. El dolor es un tema siempre presente - en el cotidiano y en los discursos - y se relaciona tanto con los aspectos emocionales como funcionales y puede incluso comprometer sus actividades profesionales. Algunas historias demuestran que las limitaciones físicas y el dolor no solamente traen dificultades en el cuidado personal y las actividades domésticas, pero también las actividades sociales, del ocio (**lazer**) y en la comunidad. Hay muchas historias de como la gente había dejado sus actividades debido a dolor, depresión, miedo y vergüenza, pero también de como la mejora alcanzada proporcionó la vuelta a las actividades del cotidiano, el estudio y el ocio

"(Pac.) Era un dolor horrible, pero ahora yo estoy muy mejor. Yo puedo peinarme el pelo, es... secarme, era un sacrificio yo a secarme, para a coger a la cosa, para si frotar, ai que dolor, el hombro (...) debajo de la ducha, ese dolor, gritado debajo de la ducha, pero gritado silenciosamente, el né... porque de mis niños fue a pedir porque usted tá que gritaban, né "

(I.C., asistente de la limpieza)

Como parte del llevado con procedimientos terapéuticos, las posibilidades de adaptaciones de las actividades y los objetos del uso diario habían sido presentados a los pacientes, para la protección de la articulación y conservación de la energía. Hay hablas sobre como el uso de órtese ha ayudado en su desempeño funcional y como los cambios ocurridos habían mejorado su autoestima.

"(Pac.) Estoy bien mejor, tá excelente. Porque cuándo llegué aquí yo no me podia apoyar era para nada E ahora que puedo ya hacer una cierta cosa, ya, gracias a Dios.

(Terap.) que tipo de cosa que usted no hizo tiene un año detrás y que usted él ahora hace?

(Pac.) No podía ni vestir mis ropas, ni me peinar nada. Ahora no, (...) visto ya mis ropas (...) Yo no conocia, yo no sabía ni qué tenía, ahora despues que comencé a convivir con ustedes acá, yo tuvo la órtesis y todo, yo comencé a entender mis límites y yo mejoré, né? Yo estoy bien mejor (...) Ahora después de este tratamiento con usted y de este grupo todo allí, aprendí amarme y hacer lo que debo hacer (...)¿Hay cosa mejor que usted misma hacer sus cosas?" "

(E.F.S., peluquera)

Dentre las historias sobre las perspectivas y las expectativas para el futuro, apareció la búsqueda de la calidad de la vida.

"(Pac) (Espero) que yo pueda mantener una calidad de la vida, que yo no esté, así, dependiente... creo que es la cosa peor que tiene... Para yo, así, particularmente, la cosa peor que puede existir es usted a ser dependiente, así, para todo, para cualquier cosa... para una ducha, para caminar, para comer."

Conclusiones:

Con las historias y datos acá presentados, hemos podido percibir cuánto el proceso de la enfermedad genera dolor y sufrimiento físico, psíquico y social, comprometiendo la estructura de la vida cotidiana. Hemos visto también que la Terapia Ocupacional, ciertamente, trae gran contribución para la mejora funcional, promoción de la salud y la calidad de la vida, en toda su complejidad.

La análisis de los datos demostró, a pesar de la complejidad de los estados clínicos analizados y de las deformidades de los pacientes con Artritis Reumatoide, ha sido observada mejora significativa en el desempeño funcional de los pacientes en varias áreas ocupacionales, principalmente en cuentas de la intensidad del dolor y scores del SF-36, después del uso de las ortesis asociadas a un programa de la orientación sobre la protección, conservación de energía y control del dolor, durante el proceso de la rehabilitación. Los resultados sugieren la importancia de estos procedimientos de la evaluación y del tratamiento, desarrollada por el terapeuta ocupacional y la importancia de la promoción del desempeño funcional como medio de desarrollar la calidad de la vida y de la inclusión social.

Referencias bibliográfico

CARLO, M.R.P.; REYNALDO, A.C.; OTANI, M.; PEREIRA, R.P.E.; BEIM, S.F.; SILVA, S.N.P. "Terapia Ocupacional em Reumatologia: Princípios e Perspectivas" In: CARLO, M.R.P., LUZO, M.C.M. (org.) Terapia Ocupacional - Reabilitação Física e contextos hospitalares, SP, Ed. Roca, 2004, 352p.

CICONELLI, Rozana M. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "medical outcomes study 36-item short-form health survey" (SF-36), SP, tese de doutorado, Escola Paulista de Medicina, 1997. 120 p..

FERRAZ, M.B. Tradução para o português e validação do questionário para avaliar a capacidade funcional "Stanford Health Assessment Questionnaire", SP, tese (Doutorado) - Escola Paulista de Medicina - UNIFESP, 1990, 80p.

MELVIN, J.L., FERREL, K.M. (2000) Adult Rheumatic Diseases, 1ªed, AOTA, Inc., New York, 365 p.

**Caracterización de la discapacidad psiquiátrica en tres comunas vulnerables
de la ciudad de Cali**

**GRUPO DE APOYO A LA
DISCAPACIDAD PSIQUIATRICA**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE REHABILITACION HUMANA
Cali, 2007**

Caracterización de la discapacidad psiquiátrica en tres comunas vulnerables de la ciudad de Cali

RESUMEN

Estudio descriptivo que caracteriza a la población con discapacidad psiquiátrica, sus hogares y cuidadores de 3 comunas pertenecientes a un sector vulnerable de la ciudad de Santiago de Cali (Comunas 13.14 y 15 del Distrito de Aguablanca). La investigación es el resultado de una sinergia conformada por la Escuela de Rehabilitación Humana de la Universidad del Valle, La Asociación de personas y Familiares con enfermedad Mental y la Fundación SOLIVIDA.

Los criterios para el abordaje de la temática central están basados en los lineamientos de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF). A partir de los resultados obtenidos se realizaron propuestas encaminadas al mejoramiento de la calidad de vida de las personas con enfermedad mental y sus cuidadores. Se tomó una muestra de 80 personas con discapacidad psiquiátrica y sus cuidadores, pertenecientes a la asociación de de personas y familiares con enfermedad mental de la Red de Salud Oriente Empresa Social del Estado.

Los resultados de la investigación concluyen, por una parte, que la persona con discapacidad presenta desequilibrio en áreas de ejecución; existe la necesidad apremiante de programas de atención dirigidos al empleo del tiempo libre y rehabilitación profesional; los cuidadores se enfrentan a factores de riesgo psicosociales que tienen el potencial de disminuir su calidad de vida y no cuentan con la suficiente información para convivir con la discapacidad. Por otra parte, dentro del sistema general en seguridad social, existen programas de atención en salud mental limitados a escasos recursos económicos, humano y farmacéutico.

1. INTRODUCCION

A partir de la promulgación de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF, 2001) se incluyeron aspectos determinantes que anteriormente no habían sido tenido en cuenta para identificar la Situación de discapacidad. Actualmente, los programas y servicios han ampliado su espectro para el mejoramiento de la calidad de vida de las personas en situación de discapacidad. Sin embargo, al revisar la realidad de la discapacidad psiquiátrica en el Distrito de Aguablanca se ha identificado que aún persisten factores de riesgo que inciden en el bienestar de la persona en situación de discapacidad y sus cuidadores.

El presente estudio fue dirigido a identificar factores personales y contextuales que permitieron determinar las principales necesidades existentes en su cotidianidad, los sentimientos generados en torno a la discapacidad y la oferta de servicios de salud mental y rehabilitación.

Caracterización de la discapacidad psiquiátrica en tres comunas vulnerables de la ciudad de Cali

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de las familias que tienen en su interior población con discapacidad psiquiátrica a través de la caracterización de los hogares, de las necesidades de la población con discapacidad psiquiátrica y de sus cuidadores.

2.2 Objetivos Específicos

Caracterizar a la población de personas con discapacidad psiquiátrica.

Describir los apoyos requeridos por la persona con discapacidad psiquiátrica para la realización de actividades de la vida diaria.

Caracterizar a la población de cuidadores de personas con discapacidad psiquiátrica, en términos de sus condiciones sociodemográficas y el desempeño de su oficio como cuidador

Identificar la red de apoyos con los que cuentan los cuidadores

Identificar las redes sociales de soporte para las personas con discapacidad psiquiátrica y personas con trastorno mental grave.

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudio:

Para cumplir con los objetivos propuestos se desarrolló un estudio descriptivo, que permitiera elaborar un análisis situacional de los escenarios en los que se desenvuelven las personas con discapacidad psiquiátrica del Distrito de Aguablanca y los cuidadores de estas personas.

El estudio fue realizado durante cuatro fases específicas:

FASE I: Construyendo camino.

FASE II: Contacto con la realidad.

FASE III: Análisis de la situación

FASE IV: Discusión de resultados y recomendaciones

3.2 Población y muestra

El universo de la investigación corresponde a la población registrada en la Asociación de personas y familiares con enfermedad mental, que cuenta con 200 afiliados y de los cuales se obtuvo una muestra de 80 hogares.

3.3 Criterios de inclusión

* Población registrada por la asociación de personas y familiares con enfermedad mental.

* Residencia habitual en las comunas 13, 14 y 15 de la ciudad de Santiago de Cali (Distrito de Aguablanca).

* Consentimiento de la persona con discapacidad y de su cuidador para participar en el estudio.

Caracterización de la discapacidad psiquiátrica en tres comunas vulnerables de la ciudad de Cali

3.4 Criterios de exclusión

- * Consentimiento negado por alguna de las partes.
- * Persona con discapacidad ausente por tiempo indefinido (por ejemplo viaje o manejo intrahospitalario).

3.5 Técnicas y fuentes para recolección de la información:

Se aplicaron tres formatos de encuesta donde se caracterizó el Hogar y familia, la persona con discapacidad psiquiátrica y el cuidador. Los documentos empleados fueron tomados del estudio Prevalencia de Discapacidad en el Valle del Cauca (2003), adaptados y modificados por el grupo de apoyo a la discapacidad psiquiátrica.

4. RESULTADOS

Se caracterizó una muestra de 80 personas con discapacidad psiquiátrica, sus hogares y cuidadores.

4.1 Caracterización del hogar: Los hogares visitados corresponden a estratos 1 y 2 que cuentan principalmente con servicios básicos de energía eléctrica, acueducto y alcantarillado. De acuerdo a la percepción del riesgo se identificaron problemáticas las siguientes problemáticas en orden de importancia: Atracos o robos, drogadicción, homicidios o asesinatos, contaminación por basuras. El hogar está conformado principalmente por familias nucleares.

4.2 Caracterización de la persona con discapacidad psiquiátrica: Fueron caracterizadas personas que asisten al servicio de salud mental de la Red de salud de Oriente y residentes habituales de las comunas 13, 14 y 15. El 98.75% corresponde a personas mayores de edad y el restante 1.25 corresponde a menores de 18 años. La distribución percentil por edades corresponde a:

- Menores de 18 años: 1.3%
- Entre 18 y 24 años: 18.5%
- Entre 25 y 39 años: 40.2%
- Entre 40 y 59 años: 33.3 %
- Mayores de 60: 4.1%
- NS / NR: 2.7%

De la población caracterizada, el 76.38% es soltera, mientras que la población separada corresponde al 9.7 %. Residen principalmente con familiares, dependiendo económicamente de ellos (79.16), un porcentaje bajo depende económicamente de si mismos (20.83%) teniendo en cuenta que realizan actividades remuneradas de manera ocasional. Los diagnósticos de acuerdo a CIE- 10 que más predominan son: Esquizofrenia correspondiente al 55%, Trastorno Afectivo Bipolar 12.5%, la categoría otro engloba personas que desconocen su diagnostico, demencias y síndrome convulsivo y corresponde al 32.5%. La afiliación al sistema de salud corresponde principalmente al régimen

Caracterización de la discapacidad psiquiátrica en tres comunas vulnerables de la ciudad de Cali

subsidiado (63.88%) y en segundo orden de importancia son población pobre no asegurada (vinculados) que corresponde al 19.4% y dentro de los criterios de inclusión al sistema general de seguridad social (SISBEN) no se reconoce la situación de discapacidad psiquiátrica, este procedimiento se realiza a través de una junta calificadora de invalidez y generalmente aplica para el régimen contributivo. La atención en salud es brindada por programas de ampliación de cobertura en salud mental donde principalmente se asiste a servicios de Psiquiatría y Terapia Ocupacional. Sin embargo, la oportunidad de asistir es limitada puesto que estos servicios por ser especializados no están contemplados dentro del Plan Obligatorio de Salud (POS) y su continuidad depende de los recursos asignados por la Secretaría de Salud Pública Municipal. Los servicios de salud mental hacen parte del nivel III de atención dando prioridad a casos de crisis. En la misma comunidad no existe una institución que ofrezca permanentemente programas de rehabilitación para el trastorno mental grave.

4.3 Caracterización del Cuidador:

Quien asume el rol de cuidador en los hogares visitados principalmente son familiares (madre – hijo), de acuerdo al rango de edad, los porcentajes corresponden a:

- Menores de 18 años: 4.1%
- Entre 18 y 24 años: 4.1%
- Entre 25 y 39 años: 8.3%
- Entre 40 y 59 años: 40.27 %
- Mayores de 60: 26.38%
- NS / NR: 16.66%

El grupo de cuidadores entrevistados manifestó depender económicamente de familiares (61.1%) y quienes dependen económicamente de sí mismos (20.83%) realizan algún tipo de actividad productiva en el interior de su hogar (tiendas de barrio, ventas informales). Semanalmente emplean un tiempo entre 20 y 81 horas, teniendo que distribuir el tiempo de una jornada de vigilia entre las actividades propias del hogar, actividades de autocuidado y actividades de tiempo libre (descanso). El área de ejecución donde hay menor participación por parte del cuidador es autocuidado, el 56% manifiesta no dedica tiempo suficiente para estas actividades, mientras que el 29% manifiesta lo contrario. Teniendo en cuenta que un alto porcentaje de las familias caracterizadas están conformadas por más de cuatro personas, quien asume el rol de cuidador cuenta con apoyos que le permiten reducir la carga de labores domésticas los fines de semana.

El cuidador(a) se encarga principalmente de su familiar con discapacidad, el 74% de las personas entrevistadas manifestó que dentro de su rutina diaria solo presta cuidados a la persona con discapacidad psiquiátrica

Frente a la manifestación de sentimientos, se encuentra que los cuidadores han aprendido a convivir con la discapacidad. Niegan la posibilidad de sentir

Caracterización de la discapacidad psiquiátrica en tres comunas vulnerables de la ciudad de Cali

vergüenza por las conductas del familiar, de dejar el cuidado de su familiar a otras personas. Sin embargo un porcentaje reducido (39%) considera que no será capaz de continuar cuidando a su familiar, este sentimiento de angustia lo manifiestan principalmente aquellos cuidadores mayores de 50 años. La convivencia con la discapacidad, ha permitido que un 34% de los cuidadores manifiesten estar satisfechos con el reconocimiento que tienen de la enfermedad mental teniendo en cuenta que han tenido información relevante frente al manejo de las crisis, el uso de medicamentos y la participación de la persona con discapacidad en actividades de ocio y tiempo libre. La experiencia de cuidador les aporta una serie de responsabilidades, de las que rescatan principalmente la posibilidad de formar parte activa del tratamiento farmacológico y la expresión de sentimientos hacia la persona, una constante fue la expresión *“Es una forma de expresarle que uno lo quiere...”*. Adicionalmente refieren que dentro del rol de cuidador, se sienten expuestos a situaciones “negativas” como *“La pérdida de la esperanza por las recaídas”*

Las principales redes de apoyo que se identificaron fueron según el orden de importancia: Familiares, amigos e instituciones. Lo anterior hace referencia al impacto de las actividades educativas en las que participaron cuando existían los servicios de salud mental comunitaria. Sin embargo aseguran que se hace necesario que dichas actividades tengan continuidad en el tiempo puesto que al interrumpir se pierde la adherencia al tratamiento por que las personas con discapacidad psiquiátrica ya no quieren regresar, se interrumpe el manejo de rutinas por parte de la persona con discapacidad o se presentan recaídas por agitación.

Los ingresos percibidos por núcleo familiar se encuentran entre uno y dos salarios mínimos legales vigentes, razón por la cual coinciden en que las principales necesidades que presentan son de índole económica. Los recursos económicos se convierten la principal barrera para acceder a medicamentos psiquiátricos de alto costo que no cubre el Plan Obligatorio de Salud, a servicios de rehabilitación y para adquirir bienes de uso cotidiano. En segundo orden de importancia, reconocen que la persona con discapacidad psiquiátrica presenta un elevado porcentaje de tiempo libre y que requiere de servicios de rehabilitación que le permitan alcanzar la inclusión sociolaboral. En el área de influencia del estudio no existen centros de rehabilitación profesional ni centros día para la atención de esta población y los existentes en la ciudad presentan costos elevados que no responden a la capacidad adquisitiva de esta población.

Caracterización de la discapacidad psiquiátrica en tres comunas vulnerables de la ciudad de Cali

5. CONCLUSIONES

La discapacidad psiquiátrica no ha sido reconocida por el régimen subsidiado del Sistema General de Salud. Desde este punto de vista, esta discapacidad puede ser considerada “invisible” puesto que los criterios para su reconocimiento no han sido claramente definidos.

Existe un déficit en los programas de salud mental, de la continuidad de éstos depende la adherencia al proceso terapéutico de la población con discapacidad psiquiátrica de las comunas 13, 14 y 15 del Distrito de Aguablanca.

La intervención indirecta con cuidadores a través de actividades educativas han posibilitado la vinculación de la familia a los programas de complementación terapéutica, sin embargo, se requiere que los servicios y programas de salud mental sigan generando espacios de participación donde se rescate el rol del cuidador como una persona independiente de la persona a la que cuida.

Se hace necesario que los usuarios de los programas de ampliación de cobertura en salud mental y sus familias formen parte activa en la construcción de los servicios que requieren para satisfacer sus necesidades. Los aportes que realicen son determinantes para el éxito de la implementación de la estrategia Rehabilitación Basada en Comunidad

VII Congreso Argentino y Latinoamericano
Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina

*“CONSTRUCCIÓN DE NUEVOS CONTEXTOS DEL TRABAJO: LA TERAPIA
OCUPACIONAL EN EMPRESAS SOLIDARIAS”.*

Beatriz Cardoso

Regina Yoneko Dakuzaku Carretta

Universidad de Medicina de Ribeirão Preto - Universidad de São Paulo. Brasil

*Dirección: Rua Rui Barbosa, 291, Centro
São Carlos, São Paulo, Brasil.
CEP.13560330*

*Fone: 55 16 3602 44 14
55 16 3602 44 17*

FAX: 55 16 3602 44 13

*e-mail: beatriz@fmrp.usp.br
reginadc@fmrp.usp.br*

CONSTRUCCIÓN DE NUEVOS CONTEXTOS DEL TRABAJO: LA TERAPIA OCUPACIONAL EN EMPRESAS SOLIDARIAS.

Beatriz Cardoso

Regina Yoneko Dakuzaku Carretta

Universidad de Medicina de Ribeirão Preto - Universidad de São Paulo. Brasil

La economía solidaria se basa en los principios de la participación igualitaria, teniendo como objetivo la inclusión en la sociedad, en la economía y o ejercer de la ciudadanía por el trabajador, por medio de su trabajo. En empresas solidarias se observa la dificultad de los socio-trabajadores en construir un nuevo cotidiano del trabajo con bases en una relación democrática entre los socio-trabajador y en derechos y los deberes, diferentes de los encontrados en el trabajo convencional. El actual estudio tiene como objetivo reflexionar sobre las contribuciones de la terapia ocupacional en este contexto y mostrar nuevos campos de actuación. El terapeuta ocupacional actúa en y con la acción el humana, usándose de la actividad terapéutica. Este profesional entiende que el trabajo está construido socialmente como elemento central en la vida de una persona, e su intervención és, principalmente, referente a sus significados y posibilidades, a las relaciones establecidas y a su potencial del facilitador do ejercer de la ciudadanía. Al contexto de la economía solidaria este profesional puede asistir específicamente a los socio-trabajadores para ejercer su participación en el proceso de la producción, de la gerencia, do ejecer de la gerencia del uno mismo y asistir a la construcción del cotidiano del trabajo de acuerdo con las habilidad y intereses de los trabajadores para el alcance de las metas establecidas colectivamente. Esto implica en actuar en el cambio de la cultura hegemonica del capitalismo, en la búsqueda de la cultura solidaria, participativa y de más ciudadanía.

Palabra-llave: economía solidaria, terapia ocupacional, trabajo, salud, ciudadanía.

CONSTRUCCIÓN DE NUEVOS CONTEXTOS DEL TRABAJO: LA TERAPIA OCUPACIONAL EN EMPRESAS SOLIDARIAS.

Beatriz Cardoso; Regina Yoneko Dakuzaku Carretta.

Universidad de Medicina de Ribeirão Preto - Universidad de São Paulo. Brasil

ECONOMÍA SOLIDARIA: NUEVAS POSIBILIDADES Y DIFICULTADES EN EL CONTEXTO DEL TRABAJO.

La economía solidaria consiste en un importante movimiento social creado pelas personas que si encuentran (o temen) ser excluido del mercado del trabajo convencional. Sus principios consisten en el desarrollo sostenible y la participación democrática, teniendo con objeto la inclusión social, económica y o ejercicio de la ciudadanía para el trabajador, por medio de su trabajo apropiado^{1,2}. Las empresas solidaria son pautadas en el ética solidaria y las maneras colectivas de trabajar y de generar la renta, configurando nuevas maneras de trabajar y demostrando la energía inventiva de los trabajadores en sus formas diarias de vivir y de produciren la vida³.

Estas empresas, para dirigir su acción, buscan la ayuda mutua, la igualdad entre los trabajadores, el respecto al conocimiento y las potencialidades individuales. Por otra parte, también tiene una preocupación con la actividad social y cultural de los trabajadores a que da lugar a la creación de un espacio del abrigo de las experiências y vivencias particulares con objeto de mejorar la calidad de la vida y la participación de los trabajadores en el âmbito económico, social y cultural.

Los trabajadores en las empresas solidaria necesitan asumir un papel de socio-trabajadores, la denominación que si afirma como condición social en la cual todos los trabajadores son socios en una empresa donde todos los socios son trabajadores, caracterizando una situación de la ciudadanía en el trabajo^{4,5}. Para Gadoti⁶, la gerencia del uno mismo significa practicar una abertura con los centralizadores de los proyectos y dar espacio de modo que el colectivo si maneja y de modo que cada trabajador ejerza su poder en esto colectivo.

Para que el proceso de la gerencia del uno mismo si materialice y si fortaleça é necesario la constuición de un nuevo cotidiano de trabajo pautado en el establecimiento de los derechos y de los deberes y en un nuevo padrón de relaciones diferentes de los encontrados en el trabajo convencional. Para Holzmann⁷ que estos trabajadores necesitan és negar la condición del empleado, el significado de la subordinación aprendido en experiencias vividas en lo trabajo convencional y romper con la cultura y la experiencia del

trabajo y vida del mundo capitalista, en el cual predomina la individualidad y la competitividad, y afirmar una situación de la igualdad y de la solidaridad entre los socios.

La construcción de una nueva cultura y cotidiano del trabajo se presenta como una de las dificultades principales de estos trabajadores que necesitan aprender a relacionarse de forma democrática, estableciendo las relaciones de la igualdad que permitan compartir del conocimiento, la exposición de opiniones, la participación democrática en los procesos de la gerencia y el desarrollo de la empresa. Delante de este contexto, el actual estudio tiene como objetivo reflexionar sobre las contribuciones de la terapia ocupacional en la busca de prácticas que atiendan las expectativas y las demandas de los trabajadores y que les asistan en el desarrollo de una empresa solidary, así como, señalar nuevos campos del funcionamiento de este profesional.

LA TERAPIA OCUPACIONAL EN EL CONTEXTO De LA ECONOMÍA SOLIDARIA: LA POSIBILIDAD DE CONSTRUCCIÓN DE UN NUEVO COTIDIANO DEL TRABAJO.

La salud és entendida por la Terapia Ocupacional con respecto a las maneras de vivir, producir la vida y significar las experiencias, las contingencias y las energías de la vida. El terapeuta ocupacional actúa en y con la acción humana, usándose de la actividad terapéutica para asistir el individuo en la construcción de su cotidiano con las bases en la calidad de la vida y de la posibilidad para o ejercicio de su ciudadanía ^{8,9}.

Este profesional entiende que el trabajo está construido socialmente como elemento central en la vida de una persona, por permitir que amplíe sus relaciones personales y sociales, que insertese en las relaciones de la producción y de la consumición, que demuestre a su independencia y autonomía en relación a su familiares y la sociedad y que ejerza su ciudadanía. La intervención deste profesional és, principalmente, referente a los significados y posibilidades del trabajo, de las relaciones establecidas neste contexto y a su potencial como facilitador del ejercicio de la ciudadanía.

El campo de la salud y del trabajo es un campo nuevo para la Terapia Ocupacional con fundamento en el conocimiento que procede de la ergonomía, salud mental, de la prevención de enfermedades ocupacionales y de la organización del trabajo. La investigación y la intervención en este campo tienen con objeto de mejorar las condiciones de la salud y de la calidad de la vida en el contexto del trabajo.

En las empresas solidaria el terapeuta ocupacional puede actuar en las cuestiones que se refieren a la salud del trabajador y de la organización de la empresa, no obstante esto profesional acentúa su actuación en la manera como los socio-trabajadores se relacionan

con su función en la empresa, con la empresa y con los otros socio-trabajadores. El énfasis en las relaciones establecidas es básico en estas empresas, por lo tanto se relaciona directamente con el alcance de las metas de la democracia y de la gerencia del uno mismo y conseqüentemente con el desarrollo del establecimiento. Esta énfasis en los aspectos que se refieren a las relaciones en el contexto del trabajo permite que los socio-trabajadores identifiquen las funciones más adecuadas a sus capacidades, permite que saben las capacidades, las funciones y las expectativas de cada uno de los sócio-trabajadores e, como consecuencia, les asiste en la construcción de las metas colectivas para la empresa.

La Terapia Ocupacional apoya el socio-trabajador con los relacionamientos establecidos en ambiente del trabajo, potencializa los socio-trabajadores a participar del proceso de gerencia y producción que contribui con la materialización y fortalecimiento de la gerencia del uno mismo y para la construcción del cotidiano de trabajo dirigido para el alcance de las metas establecidas colectivamente. Este profesional establece las metas del intervención junto con el grupo de trabajadores y neste contexto observase la necesidad de si establecer un límite de tiempo para el alcance de las metas definidas, con la intención de permitir lo grupo aprender a buscar suyas soluciones para las demandas, promoviendo la independencia y la autonomía del grupo en lo referente a las decisiones y a las opciones establecidas.

El alcance de estos objetivos implica en el cambio de la cultura hegemonic del capitalismo y en la busca de la cultura solidaria, participativa y de más ciudadanía, implicando, por lo tanto, de un proceso de la educación de los trabajadores y de la construcción de nuevas formas para hacer. En este proceso del cambio de la cultura és necesario ajustar y desarrollar estrategias de la intervención condignas con el perfil del grupo de trabajadores que compone la empresa, usandose recursos existentes en el grupo de modo que si tenga mayor posibilidad de se incorporar del cambio y para traer los resultados esperados.

BIBLIOGRAFÍA

1) RECH, D., 2000 “Cooperativas: uma alternativa de organização popular”. DP&A (Rio de Janeiro).

2) SINGER, P., SOUZA, A R., 2003. “A economia solidária no Brasil: autogestão como resposta ao desemprego.” Contexto (São Paulo).

3) TITONI, J., 2004. *Saúde mental, trabalho e outras reflexões sobre Economia Solidária*. In MERLL, A R.C. (orgs), 2004. “Saúde e Trabalho no Rio Grande do Sul: Realidade, pesquisa e intervenção”. Editora UFRGS (Rio Grande do Sul).

4) ESTEVES, E., 2003 In. *Os desafios à igualdade nas cooperativas autogestionárias*. In: DAKUZAKU, R.Y. (orgs.), 2003. “Uma outra economia é possível – Paul Singer e a economia solidária”. Contexto (São Paulo).

5) SINGER, P, 2002. “Introdução à economia solidária”. Fundação Perseu Abramo (São Paulo).

6) GADOTTI, M. 1997. “Escola Cidadã”. Cortez (São Paulo).

7) HOLZMANN, L., 2001. “Operários sem patrão: gestão cooperativa e dilemas da democracia”. EDUFSCar (São Paulo).

8) DAKUZAKU, R. Y., 1996. *Mudanças tecnológicas e organizacionais e a inserção da pessoa com deficiência no mercado de trabalho*. Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar; 5, 1: 17-32.

9) MEDEIROS, M.H.R., 2002. *O sofrimento mental no trabalho: diferentes olhares*. Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar; 10,1: 42- 50.

DESARROLLO DE LA TERAPIA OCUPACIONAL LABORAL

INTRAMUROS

El Rol De Trabajador Y El Proceso De Rehabilitación

RESUMEN:

En este artículo describo las particularidades del rol de trabajador dentro de la cárcel y como se entiende a éste desde la exclusión, ya que esta percepción es fundamental para pensar la rehabilitación laboral intramuros.

Luego describo las etapas del proceso de rehabilitación laboral en este contexto.

DESARROLLO DE LA TERAPIA OCUPACIONAL LABORAL
INTRAMUROS

El Rol De Trabajador Y El Proceso De Rehabilitación

MARÍA TERESA IRIBAR
Lic. en Terapia Ocupacional

SERVICIO PENITENCIARIO BONAERENSE
Calle 6 N° 122 e/ 34 y 35 C.P. (1900) La Plata,
Prov. de Bs. As. Argentina
Tel:(0221) 429-3852
Fax: (0221) 429-3822

El ejercicio de nuestra profesión en este ámbito particular tiene matices que le son propios, por ello resulta a mi entender, fundamental pensar en lo contextual primero, y luego en su abordaje específico.

1. **CAPITAL Y TRABAJO:** Para poder entender que implica el abordaje de lo laboral en la cárcel, analizo en principio que particularidades tienen estos conceptos en este ámbito.

A. Que es el trabajo:

Diferenciamos primeramente entre **empleo y trabajo** en tanto el empleo es una situación de relación laboral, remunerada, económica, y el trabajo es un valor, es decir un factor fundamental en la construcción de subjetividad por cuanto conlleva el **valor de identificación e integración social**¹. Es éste, un hacer valioso para sí y para los demás: digno de ser pagado. Esto le otorga una función clave en la construcción de identidad ciudadana, de integración y participación en la trama social.

El trabajo es además: *Un saber hacer* (en tanto el sujeto posee herramientas y conocimientos de esa tarea) y *una forma de ser*: porque es parte del sujeto, mas allá del sueldo o el reconocimiento.

Ahora bien: veamos como esto aparece en el contexto carcelario

B. El trabajo intramuros:

- **Trabajar en los talleres:** Esta posibilidad por un lado escasea y por otro, implica no ser propietarios de lo que producen, con lo cual el valor de lo realizado es dispuesto por otros y *sin relación directa* con el resultado obtenido por el trabajo. **El peculio** ganado por el trabajo en un oficio (promedio 28,4\$ mensuales) es depositado en una cuenta de la cual el interno puede usar 1/3 del total.

En los últimos años viene dándose la posibilidad de participar de trabajos de tipo industrial por **convenios con terceros**, que posibilitan una ubicación más saludable y un ingreso mayor aunque aún dista mucho de lo óptimo.

- **Particularidades de la administración de los bienes ganados o adquiridos:**

Las personas con las que trabajamos, en su mayoría presentan rasgos impulsivos que se reflejan entre otros en el manejo de sus bienes. Es común encontrar en la indagación de las Historias Ocupacionales el derroche, y la característica de inmediatez de los objetos de consumo. Poca o nula capacidad de ahorro ligada también, a la falta de proyectos a mediano o largo plazo.

- **La propiedad privada:**

Poseer un capital implica la noción de posesión y en consecuencia la de determinación de lo propio y lo ajeno. El delito en muchísimos casos se asocia a la carencia de esta cualidad de propio y ajeno, y muchas otras a la trasgresión de un frágil parámetro de este límite. El sujeto establece una relación de consumo hacia los objetos sin aparecer en la escena la figura del Otro.

C. El significante: “trabajador”

Esto es lo primero que se trabaja en cuanto hacen la admisión a TO y se incorporan o se forma un grupo de reinserción laboral.

Para esto debemos considerar primero, el contexto socio cultural donde se forja la identidad del sujeto en cuestión. Entendido esto desde ese lugar, y no desde afuera, podemos comenzar a indagar en su historia ocupacional.”¿ Que es eso de ser trabajador?”.

Cuando uno indaga se encuentra con que “El trabajador” es valorado e identificado de maneras contrapuestas: a) como algo loable, b) como actividad de “los giles” -contrapuesto a ser “chorro”- o c) como “careta” o pantalla para la familia trabajadora.

Aquí también es necesario pensar en **la desocupación, que funciona ya no como una circunstancia temporal “está desocupado”, sino como parte de la identidad “soy un desocupado”**ⁱⁱ. Es entonces objetivo del tratamiento poder transitar del “no poder” al “ poder ser” en tanto subjetivante.

2. ENTONCES EL PROCESO DE REHABILITACIÓN LABORAL EN TO IMPLICA VARIOS ESTAMENTOS:

1. Diagnóstico

En la población de jóvenes que asistimos, se observa como constante histórica: La dificultad para sostener actividades, la falta de hábitos laborales, la carencia de compromiso con la actividad y su proceso, situación que se desprende, en parte, de que las mismas son ajenas a sus intereses y motivaciones, insuficiencia de espacios que favorezcan la autogestión, escasos recursos económicos para adquirir bienes básicos para la vida intramuros, dificultad en la generación, obtención y mantenimiento de actividades laborales socialmente aceptadas, desorganización ocupacional en las rutinas diarias.

¿Consecuencias? : La reinserción laboral se ve truncada en la práctica, cuando estas variables no son tenidas en cuenta, “El solo hecho de concurrir a un espacio de trabajo” no implica necesariamente: interés por trabajar (muchas veces se ve como mero paso para el logro de otros beneficios), capacidad de autogestión (posterior a la libertad), capacidad de planificar y proyectarse en un emprendimiento laboral, etc.

2. **Entrevistas iniciales, admisión a TO:** donde se trabaja con relación a la historia ocupacional y a una demanda particular para este espacio.

Una de las primeras modificaciones en la realización de las entrevistas iniciales fue la de agregar, dentro de las actividades indagadas, la actividad delictiva. Ésta, en relación no a lo Legal, sino a las posibilidades y dificultades encontradas en la misma (en su planificación, ejecución, etc.), debido a que en muchos casos es nombrada como trabajo. En relación también al espacio que ocupa en sus rutinas y el desarrollo y la implicancia en términos de su importancia respecto de las demás actividades.

3. **Participación en grupos de debate y reflexión:** donde se abordan la identidad laboral y las historias ocupacionales individuales, las capacidades y expectativas empiezan a conformar una identidad grupal.

4. **Realización de emprendimiento hipotético en grupo:** momento en el cual se trabaja desde lo verbal una hipótesis de emprendimiento laboral, trayendo a esta situación las vicisitudes propias de la realidad desde cómo comenzar hasta la finalización de la actividad productiva. En este espacio se realiza un riquísimo trabajo terapéutico, que los prepara con mejores herramientas para afrontar un trabajo real, **con algo capitalizado**.

5. **Participación como socios de emprendimientos productivos** con base cooperativista durante 6 meses (mínimo). Esta estructura de trabajo grupal permite:

- Depositar en todos y en cada uno de los integrantes, las responsabilidades de la tarea.
- Que cada integrante haga su aporte particular y sea retribuido por éste de manera equitativa. Cortar la verticalidad del sistema posibilitando la horizontalidad de las decisiones.
- Permite la experimentación y la formación en el establecimiento de una red social como facilitadora de un objetivo laboral aplicable fácilmente en su entorno social extramuros
- Establece una comunidad laboral autodefinida, constituida con los recursos que le son propios y no impuestos ni ajenos a su identidad.

Para constituir la base legal que normatiza el funcionamiento de la cooperativa se establece el *Estatuto Social* de la misma, según los parámetros generales de estas. El mismo es construido y reformado por los “socios”. Se designarán entre otros: los roles, la distribución de la tarea, las responsabilidades, derechos y obligaciones.

Todo esto es pensado teniendo en cuenta la importancia de que el grupo establezca las leyes que ordenarán su funcionamiento y lo que permite en cuanto al trabajo terapéutico la vivencia de la “*ley propuesta*” desde el ceno del grupo, ya no vivida como “*ley impuesta*”.

BIBLIOGRAFÍA:

- ⁱ Cecilia Ros, 2006. "Viviendo Redes: Experiencias y estrategias para fortalecer la trama social" Comp. Ediciones CICCUS (Buenos Aires) 235 – 252.
- ⁱⁱ Duschatzky, S. y Corea, C. 2002 “Chicos en Banda: Los caminos de la subjetividad en el declive de las instituciones”. Paidós, (Buenos Aires)

Título del trabajo

Desempeño ocupacional disfuncional en usuarios de programas de tratamiento y rehabilitación en drogodependencias: recomendaciones para la intervención.

Apellido y nombres completos de los autores.

Autora:

RIVEROS ESPÍNEIRA, MARÍA ELENA

Co Autoras:

AGUILERA, NANCY

JIMÉNEZ, CAROLINA

MIRANDA, GABRIELA

PIZARRO, M^a CECILIA

Institución a la que pertenece/n, ciudad, provincia, país, dirección postal, teléfono, e-mail y fax.

Universidad de Chile, Escuela de Terapia Ocupacional. Santiago, Chile. Av. Independencia 1027, 9786342 – 9786183, mriveros@med.uchile.cl Fax: 9786286.

Desarrollo del Trabajo:

El consumo de drogas se ha transformado en un problema social que va en aumento: cada vez más personas consumen algún tipo de droga, en mayor cantidad y a edades más tempranas. Es un problema complejo, y enfrentarlo es responsabilidad de todos los actores de la sociedad, en especial de aquellos que se desempeñan en el “sector salud”, ya que tienen el deber ético de diseñar investigaciones, planes y estrategias que colaboren tanto con la prevención, como con la rehabilitación y reinserción social de las personas que padecen este problema.

El desempeño en áreas de la ocupación, o desempeño ocupacional, es el resultado de la interacción entre un individuo, un contexto o contextos y las ocupaciones o actividades que desarrolla en su vida cotidiana (1). Las investigaciones realizadas en el área del consumo de drogas abarcan, principalmente, aspectos relacionados con el tipo de drogas que se consumen, edad de inicio del consumo, perfil epidemiológico del consumidor, entre muchos otros temas, pero son escasos o nulos los estudios que permiten conocer aspectos ocupacionales (2) (áreas de la ocupación, habilidades de desempeño, patrones de desempeño, entre otros) de las personas que consumen drogas.

Un estudio realizado por la autora (3), permitió describir el perfil ocupacional del usuario de programas de tratamiento y rehabilitación en drogodependencias, identificando una serie de aspectos ocupacionales disfuncionales, que constituyen el fundamento para la presente investigación.

Dado lo anterior, el presente estudio se inicia a partir de la siguiente pregunta:

¿Cómo se afecta el desempeño de roles, hábitos y rutinas en personas que presentan consumo abusivo de drogas?

Material y Método:

Objetivo general

1. Explorar experiencias de desempeño ocupacional en sujetos con consumo problemático de drogas.
2. Comprender cómo se afecta el desempeño de roles, hábitos y rutinas en la población objeto de estudio.

Tipo y diseño general del estudio.

El estudio se realizó a través de la metodología de *estudio de caso*. Se desarrolló un estudio de caso de carácter holístico y múltiple. Lo anterior significa que la unidad de

análisis, es decir el sujeto con consumo abusivo de drogas, fue considerada como fenómeno global. Esta metodología es ideal para describir a la persona, o al fenómeno, en profundidad, a través del tiempo y en su contexto real.

Universo de estudio.

Los sujetos que participaron del estudio de caso fueron personas que presentaban diagnóstico de abuso a drogas ilegales, con compromiso biopsicosocial moderado a severo, actualmente en programas de tratamiento y rehabilitación de carácter ambulatorio, con edades que fluctuaban entre los 19 y 25 años. El compromiso biopsicosocial moderado a severo se refiere a pérdidas personales, familiares o laborales significativas, o que han interferido en el desarrollo habitual de las actividades normales.

Procedimientos para recolección de información.

Se realizaron una serie de entrevistas en profundidad con pauta semi estructurada y cuestionario autoplicado que permitieron explorar y recoger las experiencias de desempeño de los sujetos en relación a roles, hábitos y rutinas. Las entrevistas fueron grabadas para analizar las experiencias de los participantes.

Se utilizaron los procedimientos correspondientes para garantizar aspectos éticos del estudio (consentimiento informado).

Análisis de los Resultados

El desarrollo del análisis se inició cuando aún se recogían y transcribían los datos, permaneciendo inmersos en la literatura relevante y explorando conceptos en reuniones del equipo investigador. Este proceso contempló al menos dos tareas: análisis temático y categorización.

Conclusiones y Discusión.

Los individuos que fueron objeto del estudio de caso eran jóvenes con antecedentes de consumo abusivo de drogas, vivían en casa de sus padres, eran solteros, no tenían hijos y su nivel de escolaridad era enseñanza media incompleta, desempeñándose laboralmente en oficios de la construcción, para lo que habían tenido capacitación informal.

Se inicia el estudio con la descripción del uso del tiempo en las rutinas a través del desarrollo del “patrón de idiosincrasia” (4), definido como la “representación del uso del tiempo diario del individuo durante un periodo específico de su vida”. La información recogida con este instrumento es factible de homologar con hallazgos de estudios realizados en otros países respecto al uso del tiempo en jóvenes, especialmente en cuanto a la realización de actividades de tipo pasivas, que no requieren practicar competencias, destrezas, ni la eficacia personal.

En la población del estudio también aparecen actividades de ocio sociales- aquellas en las que existe el propósito primario de estar con otros- desarrollando competencias particularmente en las áreas de aceptación social y relaciones interpersonales. Sin embargo al analizar los relatos, este tipo de actividades no cumplían con el objetivo señalado, sino que representaban una justificación para el consumo.

Similar a los hallazgos de estudios previos, es posible señalar que los jóvenes dejaron de participar en ocupaciones de ocio de logro- aquellas que proveen desafíos, son demandadas y requieren de compromiso, tales como los deportes- fundamentalmente debido a que carecen de los recursos económicos para desarrollarlas.

En cuanto al rol productivo, que en el caso de los entrevistados corresponde a una combinación de rol de estudiante con el de trabajador, presentan una historia escolar de abandono o fracaso, dado que no se identifican con el rol escolar. Los jóvenes no logran una clara evaluación de su desempeño en esta área, existiendo discrepancia entre lo que ellos perciben en cuanto a las demandas de la actividad y las destrezas que poseen para ello, obteniendo escasas experiencias exitosas o satisfactorias que les permitan identificar cuales son sus habilidades. Es así como llegan a la deserción escolar. Frente a esta situación, las familias definen algunos límites: si no estudian, deben trabajar. Lo anterior lleva a los entrevistados a ingresar al mundo laboral. Otra razón para la deserción escolar es tener carencias económicas. Los jóvenes relatan que, dado que sus familias no pueden proveerlos de todos los recursos que ellos necesitan, privilegian las actividades que les permitan obtener recursos propios (trabajo; acciones delictuales como el robo). De esta manera reciben una recompensa de carácter tangible e inmediata, a diferencia del sistema escolar que les ofrece recompensas muy a largo plazo que no satisfacen sus necesidades materiales (licencia de cuarto medio o título técnico).

Respecto al ambiente que les provee el medio escolar, éste no genera motivación en los entrevistados, no logrando insertarse realmente en el sistema.

Discusión y recomendaciones.

Partiendo de los hallazgos mencionados, se realizan las siguientes propuestas:

- En la población escolar en riesgo social, la enseñanza básica debiera estar orientada a programas de exploración laboral para que, posteriormente, en enseñanza media se provea de una formación destinada a canalizar destrezas, habilidades y competencias para el mundo del trabajo. Estos programas deberían entregar estímulos de corto plazo, por ejemplo, la existencia de prácticas laborales remuneradas, lo cual sería un impulso para completar la educación media, recibiendo capacitación para desempeñar un oficio en forma efectiva y satisfactoria.
- Respecto al desempeño en el contexto familiar, se constata que no existen mayores elementos de autoconocimiento, no existe una percepción nítida de las habilidades para relacionarse, ni de cual es el rol que desempeñan dentro del grupo familiar. Los jóvenes identifican cuáles son las expectativas de la familia hacia ellos, sin embargo no logran reconocer sus destrezas y tampoco se comprometen para cumplir con lo que se espera de ellos, apareciendo sentimientos de frustración al no alcanzar las metas propuestas.
- En cuanto al ambiente escolar se considera necesario implementar, ya sea a nivel escolar o municipal, acciones que promuevan la participación de los jóvenes en actividades que sean de su interés. En nuestro país existen dichos programas, sin embargo, aparentemente no logran motivar a la gran mayoría, existiendo un gran número de jóvenes que no realizan deportes o actividades que impliquen el desarrollo de habilidades, destrezas y socialización.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CHRISTIANSEN & BAUM. “Enabling Function and Well Being”. 2ª edición (1997). Capítulo 4. pp. 72 – 103.
2. AOTA (2002). “Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional: dominio y proceso”. Revista Americana de Terapia Ocupacional (AJOT) 56, 609-639. Traducción al español Comité de Ciencia de la Ocupación, Escuela de Terapia Ocupacional Universidad de Chile (2006).
3. RIVEROS, M.E. (2005). Apunte Docente Asignatura Metodología de la Investigación I. Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Escuela de Terapia Ocupacional.
4. GÓMEZ L., S. Ciencia de la Ocupación y Terapia Ocupacional. Material Docente. Escuela de Terapia Ocupacional. Universidad de Chile.
5. LOUISE FARNWORTH. “Time use and leisure occupations of young offenders”. AJOT, 54, 315-325.
6. Instituto Nacional de la Juventud – INJU. Cuarta Encuesta Nacional de la Juventud (2003). La integración social de los jóvenes en Chile 1994 – 2003. Individualización y estilos de vida de los jóvenes en la sociedad del riesgo. Vicente Espinoza et al.
7. CONACE (2004). Sexto Estudio Nacional de Consumo de Drogas. Disponible en el sitio web: www.conacedrogas.cl
8. CONACE Lineamientos técnicos. Tratamiento y rehabilitación de personas con consumo problemático de drogas. Disponible en el sitio web: www.conacedrogas.cl
9. http://www.risolidaria.tdata.cl/Portada/Dirseccion/Home_Drogas.asp?dir=Comunidades_Terapeuticas&id=183; http://es.wikipedia.org/wiki/Comunidad_terap%C3%A9utica; <http://escuela.med.puc.cl/publ/Boletin/Psiquiatria/TratamientoDependencias.html>
10. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Cuarta Edición. American Psychological Association (APA)
11. DE LAS HERAS, CARMEN GLORIA “Teoría y aplicación del Modelo de Ocupación Humana”. Primera y Segunda parte. Copyright Reencuentros, 2004.

EQUIPAMIENTO TÉCNICO:

- Se requiere Proyector Multimedia.

FIRMA

Título del trabajo: Discursos e imágenes de la violencia.

Autora: Fernanda Cristina Marquetti.

Institución: Universidade Federal de São Paulo. Santos/ São Paulo/ Brasil.

Dirección: Avenida Dona Ana Costa, 95. Vila Mathias CEP: 11060001 Santos/São Paulo/Brasil.

Teléfono: (55-013) 32326348

Fax: (55-013) 32613324

Email: femarquetti@uol.com.br

I) Título: “Discursos e imágenes de la violencia”.

II) Autora: Fernanda Cristina Marquetti.

III) Institución: Universidade de São Paulo (USP) / Faculdade de Saúde Pública.

Dirección: Avenida Dr. Arnaldo, 715. Cerqueira César. CEP: 01246904. São Paulo/SP/Brasil. Fone: (55-011) 30667734.

IV) Resumen: Este trabajo es el resultado de la investigación en Salud Colectiva “Discursos e imágenes de la violencia” en que se abordó el tema de las muertes violentas en la metrópoli de San Pablo, privilegiando el estudio de las elaboraciones psíquicas y culturales que ocurren en torno de este fenómeno. El principal objetivo fue estudiar los diversos dispositivos colocados en escena para mitigar y apaciguar los efectos de las muertes violentas en la población sometida a esta situación.

La elaboración teórica se basó en los principios del psicoanálisis y autores próximos que intentan desvendar cuestiones relacionadas con la temática de la muerte.

Dos vertientes fundamentales se evidencian en este trabajo: la primera, un abordaje de un territorio violento en la ciudad de San Pablo mediante el análisis de discursos de sus moradores y la segunda, el análisis de discursos de la mídia televisiva sobre las muertes violentas.

En el primer abordaje con la población del territorio solicitamos discursos imagenéticos (fotografías) que representasen la temática de la violencia y el resultado de este trabajo de campo fue sorprendente. Obtuvimos como producto lo que conceptuamos como una “Foto Velada” y una serie de discursos verbales fragmentados, caóticos, desorganizados donde estaba presente el terror de la proximidad excesiva con la muerte. Los tradicionales recursos discursivos para escamotear la muerte no son pasibles de uso para esta población.

En contrapartida, en el análisis del discurso de la mídia televisiva del programa “Línea Directa” encontramos un exceso de discursos repetitivos y estereotipados que remitían a asociación de la violencia con la locura, con la desregulación, con el elemento femenino, con la pasión, etc. Las imágenes del programa también analizadas mostraron construcciones de discursos imagenéticos sutiles que inducían a conclusiones engañosas y no verídicas sobre las escenas de violencia presentadas por el programa.

V) Desarrollo del trabajo.

Introducción: Este trabajo se basó en la investigación del tema de las “muertes violentas” (homicidios) en la metrópoli de San Pablo. En esta pesquisa se buscó enfatizar la dimensión psicosocial y los lazos de subjetividad que los sujetos-habitantes de este territorio hacen con la violencia. Para realizar tal demanda nos **detubimos** sobre la teoría psicoanalítica en un ejercicio de “metapsicología de la violencia” colocando a prueba algunos conceptos psicoanalíticos en el análisis de cuestiones contemporáneas de nuestra sociedad. La muerte en la sociedad occidental fue tratada a lo largo de los siglos de diferentes formas, siendo que en el período contemporáneo asistimos a un tratamiento de la muerte donde circulan una serie de restricciones, prohibiciones y códigos que la llevan cada vez más lejos de los vivos. Conforme nos muestra Áries, la muerte en la cultura occidental fue progresivamente silenciada, temida y hospitalizada, o sea, ella raramente escapa a las restricciones colocadas cuanto a su lugar, a su forma y a su momento. Innúmeros rituales la cercan. (1). Percibimos algo de fundamental importancia sobre las “muertes violentas” o “muertes por causas externas” (homicidios, suicidios y accidentes) conforme su denominación en el área de salud: estas son las únicas que escapan al “patrón de muerte occidental” descrito por Ariès. Pues, estas se substraen a los ritos y controles establecidos por la cultura ante la muerte.

El referencial teórico del psicoanálisis auxilia la discusión sobre como la sociedad actual elabora la cuestión de las muertes violentas y como estas exponen la cuestión de la finitud humana sin los subterfugios envueltos en las muertes naturales. La representación psíquica de la muerte en la visión del psicoanálisis no es posible y por lo tanto nuestra propia muerte siempre es “imaginizada”, o sea, revestida de innúmeros velos del orden del Registro de lo Imaginario. La muerte permanece como objeto **intransponible** en el orden del Registro de lo Real, como un elemento imposible de significación y que por eso retorna insistentemente en los discursos imaginarios. (2). J. Lacan mostró que existe en el sujeto la construcción de una “Tela” como un producto trazado por lo Real, Simbólico y lo Imaginario. Esta “Tela” lo protege y hace la mediación entre sujeto-deseo-mundo, siendo que en esta se proyecta todo tipo de “imagnarización” que protege al sujeto del contacto directo con lo Real que sería insoportable. (3). Y es esta **imbricación** de los registros que permite al sujeto convivir con la angustia de la muerte que continuamente persiste en el

sujeto. En la investigación que originó este artículo analizamos los recursos por los cuales la población sometida a violencia se protege con esta “Tela” que recubre lo Real, y como esta vela por este “algo” **inaprensible** al sujeto impuesto por las muertes violentas. Así, analizamos los discursos verbales e **imagéticos** sobre la violencia de una población circunscripta a un territorio violento y posteriormente contrastamos con los discursos de la mídia televisiva sobre la violencia.

Se eligió la mídia como polo productor de discurso, pues damos a esta estructura un lugar de poder simbólico incomparable en la sociedad moderna y también un lugar de espejo en la producción de subjetividades contemporánea. O sea, la mídia recibe y emite imágenes en el proceso de construcción de lo imaginario de las sociedades modernas. Ya a elección de la metodología de trabajo con un área geográfica de la ciudad a partir del punto de vista de sus moradores objetivó la salida de los discursos genéricos y abstractos sobre la violencia. Así, buscamos comprender como estas dos poblaciones, los sujetos-habitantes de un territorio violento e los telespectadores de la mídia de una ciudad violenta, enfrentan y elaboran la violencia.

Conclusiones: Los resultados de esta investigación fueron de varios ordenes debido a la complejidad del tema y debido a los abordajes metodológicos utilizados en el trabajo de campo para obtener una respuesta satisfactoria sobre el tema-cuestión de la violencia. Así, obtuvimos resultados de orden epidemiológico, resultados sobre la etnografía del campo, análisis sobre la conformación espacial del territorio y sus lugares símbolo de violencia y muerte y otros. No obstante, en este trabajo vamos a relatar apenas el resultado del eje principal de la pesquisa: el análisis de los discursos e imágenes sobre la violencia.

En primer lugar vamos a discurrir sobre el proceso de elaboración de los discursos y los resultados obtenidos con la población habitante del territorio violento. A partir de contactos de aproximación con la población local solicitamos a la misma que retratase en fotografías escenas relacionadas a violencia. La técnica de fotografía como discurso imagético fue elegida como recurso de investigación, pues creímos en el efecto de la pulsión **escópica** en el sujeto.(3) Las imágenes siempre serán su reducto de “**confortación ou consuelo** a la angústia”, su forma de aplacar a in-completitud, su reducto narcísico y su forma de “dar plazer al ojo que ve la falta”. La mirada y la imagen siempre remiten a lo imaginario y a lo ilusorio, pues los objetos dados a ver aprisionan al sujeto en esta relación

escópica. O sea, el objetivo del recurso de las fotografías sobre el tema de la violencia era traer elementos oriundos de la pulsión escópica y su **atractividad** pela violencia. (4).

Sin embargo, después de un largo camino de trabajo de campo las imágenes de la violencia no se presentaran en escena. Los sujetos de este territorio sometido a extrema violencia mostraron posturas esquivas y de rechazo por el proceso de registro del tema de la violencia en imágenes fotográficas. En contrapartida, presentaban discursos verbales enigmáticos, truncados, desorganizados e disociados sobre la violencia a la cual estaban sometidos. Podemos decir que encontramos discursos verbales que retrataban una población **estilhaçada** por el terror de la violencia y de los homicidios explícitos de se territorio. Interpretamos la ausencia de fotografías como una “Foto Velada”, o sea, relacionamos la ausencia de imágenes con la ausencia de luz, la falta de visibilidad, un campo **escópico** impenetrable. El exceso de proximidad con las muertes violentas paralisa el sujeto y no le permite ningún tipo de representación (vista la ausencia de imágenes o los discursos verbales desarticulados). Las relaciones de la pulsión escópica con su objeto (la violencia) parecen fallar cuando la proximidad sujeto-imagen es demasiada. Así, observamos una población sometida a violencia y sin posibilidades de elaboración psíquica de la misma. Para mas alla de una “ley de silencio” venida de fuera encontramos una “ley de silencio” interna (psíquica) que marca el impedimento de la representación de escenas de angustia extrema.

En la segunda parte del análisis de este trabajo encontramos resultados opuestos. O sea, la población que permanece distante de la violencia y apenas tiene contacto con esta a través de la mídia está repleta de discursos verbales e **imagenéticos**. Los discursos verbales e **imagenéticos** encontrados en la mídia son repletos, organizados, elaborados, repetitivos, reinventados, excesivos, plenos...Ellos no dejan lugar vacío para cualquier otra significación. El distanciamiento de la violencia mediante las imágenes de la televisión permite una red discursiva plena. Encontramos innúmeras teorías, asociaciones, pré-conceptos, análisis y conclusiones que remontan a asociaciones clásicas: crimen-locura, homicida-demonio, crimen-femenino desregulado, homicida-monstruo, homicida-animal, sexualidad-violencia, etc... Así, concluimos contrastando la “Falta” en el discurso de los sujetos del territorio-violento con el “exceso” que obtubimos en el discurso de los sujetos-telespectadores.

VI)Referências Bibliográficas:

- 1) P. Ariès,1989. “História da morte no ocidente” Editora Teorema (Lisboa).
- 2) A.Vallejo,1979. “Lacan: operadores da leitura” Editora Perspectiva (São Paulo) 115-116.
- 3) J. Lacan, 1998. “Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise” Editora Jorge Zahar (Rio de Janeiro).
- 4) C. A. Messeder, E. Rondelli, K. E. Scholhammer, M. Herschmann, 2000. “Linguagens da violência” Editora Rocco (Rio de Janeiro).

VII) Nota: Este trabalho no fue presentado en otro congreso.

El Dolor en el Contexto de la Salud y el Trabajo

*Ms. Ciomara Maria Pérez Nunes
Professora da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG - Brasil
e-mail: ciomara_nunes@uol.com.br*

Resumen:

Presentación: *El dolor en el contexto de la salud y el trabajo absorbe toda la complejidad dinámica, cambiante y perversa de la civilidad humana. Transcurren los ciclos históricos y de producción, se modifican los desafíos, y el ser humano mantiene en el trabajo su fuente de identidad psicosocial, su estructuración psíquica, su lugar en el mundo, superando con esto el sentido humanamente riguroso del dolor.*

Metodología: *El ciclo funcional del dolor tiene semejanza con las etapas del estrés: De alarma, de resistencia y de agotamiento. El tratamiento terapéutico ocupacional se diferencia en cada etapa: De cuidados de la salud, de riesgos de enfermedad y de agravamiento de los síntomas, de recolocación en el trabajo y intervención de la organización, de rehabilitación profesional.*

Conclusión: *Este trabajo tiene como objetivo mostrar situaciones psicosociales del ser humano y su relación con el trabajo, los mecanismos que los generan y las estrategias para enfrentar el estrés, las posibles causas del dolor en el trabajo y los mecanismos de promoción de la salud, prevención de enfermedades, control y reformulación del procedimiento operativo, mostrando las perspectivas de la Terapia Ocupacional relacionados a los conceptos y terminologías de la salud organizados por la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud – CIF de la Organización Mundial de Salud - OMS.*

Palabras claves: *dolor, CIF, salud y trabajo*

Presentación

El dolor es un fenómeno multidimensional, y muy complejo de ser diagnosticado y tratado, de sensación particular, individual de la persona que siente el dolor, la Organización Mundial de la Salud – OMS reconoce que el dolor no es cuidadosamente diagnosticada y, como consecuencia, el tratamiento es insuficiente o inadecuado, siendo motivo de preocupación y un grande desafío para los profesionales de la salud y para los científicos.

Para el OMS, en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud – CIF, el dolor es una sensación desagradable y bien conocida, que indica una lesión potencial o real en alguna parte del cuerpo, incluyendo sensaciones de dolor generalizados o localizadas, en una o mas partes del cuerpo, dolor en un dermatomo, dolor agudo, de quemazón, impreciso, continuo y localizado, deficiencias como mialgia, analgesia y hiperalgia.

La CIF identifica los componentes de la salud donde el dolor tiene como función principal servir de alerta a las agresiones corporales que, además de influenciar en casi todas las otras funciones corporales como las funciones mentales, sensoriales y principalmente las funciones neuromusculoesqueléticas y relacionadas con el movimiento, puede ser una respuesta

a la alteración de cualquier parte corporal. En el trabajo, las manifestaciones del dolor son ampliamente divulgadas como, dolores de cabeza entre otras que afectan directamente las funciones mentales, dolores en la columna, en los miembros superiores y inferiores, y las que están relacionadas con la voz y el habla, con las sensaciones auditivas y visuales y con los sistemas respiratorio, digestivo y cardiovascular.

El dolor perjudica la capacidad del aprendizaje y la aplicación del conocimiento que fue aprendido durante el trabajo; interfiere directamente en las tareas de la vida diaria, en la disposición para la comunicación y en la comprensión del medio donde convive, afecta la locomoción, el cuidado personal y la vida doméstica, el dolor principalmente afecta las relaciones personales e con las personas, la participación en la vida comunitaria, social y cívica, poniendo en riesgo su trabajo, según la OMS es una de las áreas principales de la vida.

La competencia en la disputa por un puesto de trabajo, tanto para iniciantes como para aquellos que se sienten constantemente amenazados por las substituciones en masa, afecta el ambiente de la relación entre colegas y autoridades, aumentando la desconfianza, inclusive para que el trabajador pueda manifestar su desagrado ante el del dolor provocado por el trabajo. Entre los factores ambientales citados en la CIF, los propios servicios y algunos profesionales de la salud, en un sistema mas dirigido para el registro estadístico que para profundizar los procesos de la enfermedad, que funcionan como agravantes de los cuadros del dolor cuando el trabajador busca atendimento médico, causando frustración, desaliento y dificultando la permanencia en su empleo y en el desempeño socio-familiar.

La CIF incluye las actitudes entre los factores ambientales y la estructura de apoyo y relacionamiento que es fundamental para la aproximación del éxito en el control del dolor, incluso porque en muchos casos hay necesidad de modificar las funciones ocupacionales o alterar las herramientas y puestos de trabajo. Las actitudes, determinan finalmente, los frágiles límites entre la adaptación y el control o el cansancio.

La interdependencia entre las funciones, estructuras, actividades y participación en factores ambientales específicos de la realidad del trabajo dirigen una acción de la Terapia Ocupacional para la atención del dolor en el trabajo.

La trayectoria de la Terapia Ocupacional del dolor en el trabajo

La Terapia Ocupacional en la salud y el trabajo esta dirigida para la preparación de las personas, en diferentes contextos socio-culturales, para que ellas sean capacitadas, de manera

consciente, de decidir sus acciones en dirección a una salud mejor, personal, familiar y colectiva, particularmente con relación al trabajo.

El campo de actuación de la Terapia Ocupacional en la salud y el trabajo ha evolucionado en su forma de abordar, desde su creación, ganando dimensiones importantes en el transcurso del desarrollo de la profesión. La intervención tradicional, que antes era estrictamente rehabilitadora, ha sido reformulada y ampliada para tratar la promoción de la salud en el trabajo, programas y técnicas preventivas debido a los riesgos de accidente y de enfermedad, programas educativos, de vigilancia y de asistencia, en los sectores público y privado, dentro de las empresas y puestos de trabajo como miembros de equipo o en la forma de consultoría y asesoría, centros de asistencia, consultorios y ambulatorios. Su desarrollo viene acompañando las modificaciones ocurridas con los avances tecnológicos en las relaciones del trío hombre-trabajo-salud.

El control del dolor en el trabajo no es posible apenas con la intervención puntual y localizada en las áreas corporales doloridas, ni tampoco tiene éxito a partir de la reeducación de las acciones neuromusculares fragmentadas, necesitando incorporar una complejidad, tanto del dolor, como del trabajo. En el modelo de Educación en la Salud del Trabajador esbozado en la perspectiva de la Terapia Ocupacional, el quehacer, como actividades de la vida diaria y práctica, es usado para promover cambios, para la reconstrucción de estilos de vida, estando en el contexto de una lógica que privilegia el cuerpo e la acción, en una relación que no excluye la mente y la razón.

Intervención de la Terapia Ocupacional del Dolor en el Trabajo

Los métodos educativo-terapéuticos derivados de las terapias cognitivo comportamental son, de modo general, realizados en grupo y constituyen un avance en la terapia ocupacional para el dolor neuromusculoesquelética. Gran parte de las intervenciones puede ser desarrollada de manera individual, sin embargo las ventajas de las intervenciones grupales son innumerables: acogedora y pertenecedora; identificación y solidaridad; vínculos psico-afectivos y psicosociales; cambio de experiencias que se adaptan positivamente; desvío del foco del dolor para la convivencia grupal y para una tarea.

La Terapia Cognitivo Comportamental se basa en la reformulación de la reflexión, información y aprendizaje, en el comportamiento adaptación dinámica dirigido para la resolución de problemas sucesivos en etapas de complejidad creciente, en la atención,

identificación y reformulación de los estados de humor negativos que interactúan en la perpetuación del dolor e en el estado de la enfermedad. Con el objetivo de aumentar gradualmente la tolerancia y la participación en las actividades cotidianas y dirigidas para la definición en el trabajo o retorno a las actividades productivas, la Terapia Ocupacional asocia técnicas de reemisión y reducción de los síntomas y propicia la convivencia de las tareas reales o simuladas para favorecer, simultáneamente, el aumento de la participación, la motivación y la recuperación de la capacidad funcional.

Las técnicas de relajamiento generalmente inician los procesos grupales con diversas finalidades como: añadir y concentrar las personas en el contexto de la Terapia Ocupacional dejando fuera del “setting” terapéutico la sobrecarga de ansiedad, fatiga y preocupación: preparar la musculatura, el ritmo respiratorio y el control de la postura para las actividades de reformulación del modo operativo; desarrollar una conciencia corporal a través de los estímulos propio-receptivos, del toque superficial y de la de los segmentos corporales; orientar la selección de las sensaciones mórbidas, de difusas para diferenciadas.

En la búsqueda del equilibrio entre las actividades diarias, en la retomada de las actividades del trabajo, en la minimización de los síntomas de enfermarse y del dolor, la Terapia Ocupacional reapropia del sentido de la ocupación humana, en situaciones reales de trabajo o en simulaciones en los “settings” terapéuticos ocupacionales, el aprendizaje por la vivencia, con incorporación del conocimiento en el cotidiano de cada persona con dolor en el trabajo. Con baile, juegos de mesa y corporales, culinaria y artesanía, además de propiciar el aumento de la auto-estima a partir de las actividades previamente analizadas y planeadas para el resultado del éxito, esto modela nuevas relaciones individuales con el trabajo. La utilización terapéutica del quehacer / trabajo, que es un principio clave de la Terapia Ocupacional, que posibilita la reorganización del comportamiento humano y favorece el reconocimiento y comprensión del trabajador sobre su proceso de enfermedad.

La autonomía, el control sobre las herramientas y materiales, la concretización del resultado del trabajo sin sufrimientos y sin dolor, la emancipación en la búsqueda de otras formas de sobrevivencia por el esfuerzo de la producción con la preservación del aparato psíquico y físico que ocurre en cada sesión de la Terapia Ocupacional, en cada superada, en cada información que se transforma en conocimiento y es incorporado en las pequeñas y grandes tareas del día a día. Los desafíos son enormes y el alcance de la intervención

terapéutica ocupacional también lo es, desde la minimización del dolor inmediato a nuevas formas de sobrevivencia por la producción del trabajo.

Etapas de Reacción y de Alarma

Las reacciones de alarma son las características iniciales del dolor donde el organismo acciona sus defensas biológicas para resistir a las acciones ambientales y se caracteriza por los altos niveles de liberación de energía, tensión muscular y aumento de los batimientos cardiacos. Conceptos y estrategias de raciocinio clínico para entender la experiencia y las necesidades de la persona con dolor y observación de los comportamientos disfuncionales como apoyo de una parte corporal comprometida, rigidez o contracción exagerada de las partes musculares no envueltas con el movimiento, refregar o adoptar posiciones poco comunes en alguna región del cuerpo son las que inician la aproximación con la Terapia Ocupacional.

Etapas de Resistência o Adaptación

La relación frente a los agentes estresantes o causadores del dolor mantienen a la persona en una reacción de adaptación si la exposición esos agentes es permanente. Las señales corporales características de una reacción de alarma desaparecen virtualmente y la resistencia exigida para el desempeño del trabajo y de las actividades cotidianas es muy arriba de lo normal o esperado. La efectividad de la Terapia Ocupacional actuando con personas con dolor crónica depende del alcance de los cambios en las estrategias y los estilos de sobrellevar o de enfrentar las situaciones estresantes que causan o agravan el dolor. El proceso crónico del dolor en el trabajo es rápido, por todo lo que el trabajo representa y por todas las dificultades de demostrar la enfermedad en situaciones donde hay riesgo de pérdida del empleo, de la empleabilidad y de la trabajabilidad.

Aparece así un primer desafío en la comprensión del proceso de adelantos en la búsqueda por cuidados de la salud y de una cuadro del dolor y del sufrimiento después de una habitual peregrinación entre los diversos profesionales de la salud sin conseguir sanar, aliviar o esquivar el dolor. El proceso crónico del dolor y el efecto de la intervención de la Terapia Ocupacional basada en los procedimientos cognitivos-comportamentales fue estudiado haciendo una revisión sistemática de la Practica Basada en las Evidencias en el periodo de 1978 a 1998 publicando 29 artículos con resultados positivos en comparación con los casos no tratados por esta metodología, particularmente para la percepción y control de la intensidad del dolor. Aunque no hayan sido consideradas las terapias alternativas, la intervención terapéutica

ocupacional fue agendada en el control de las condiciones que incluyan el nivel de actividad, depresión y cognición.

Etapa de Cansancio

Debido a las largas y continuadas exposiciones a los mismos agentes estresantes, a los cuales el cuerpo intenta adaptarse, reaparecen las señales de reacción de alarma, volviéndose irreversibles y dejando secuelas permanentes tanto en el cuerpo físico así como en la parte psíquica. El cansancio emocional se refiere al sentimiento de fatiga y agotamiento energético emocional, donde la persona se siente súper exigida y disminuida en sus recursos emocionales, en su dimensión personal. Es acompañada por actitudes negativas, de dureza y aislamiento o de distanciamiento excesivo en el contexto del trabajo y de las personas, en la dimensión interpersonal. Se adiciona aún una disminución de la realización personal que retrata el sentimiento de incompetencia a la percepción de un desempeño insatisfactorio en los servicios de salud, procedimientos terapéuticos y de trabajo.

La actitud en la aceptación y la comprensión del dolor y de sus consecuencias a través de programas de concientización y de sensibilización junto a los otros trabajadores y empleadores; dar auxilio al trabajador en la identificación de las modificaciones necesarias y eliminación de barreras; analizar y proponer una reestructuración o modificación del trabajo, incluyendo maquinas y equipos; asesorías para el mantenimiento de las vacantes y empleos, integran las acciones de la Terapia Ocupacional de recolocación en el trabajo y rehabilitación profesional.

Consideraciones Finales

La ocupación es la esencia de la terapia ocupacional y es la re-apropiación del sentido dado al trabajo que rescata la dignidad humana a través de la salud y no del adolecimiento. El dolor representa un umbral de destitución de la ocupación en el desenvolvimiento histórico y personal del trabajo de cada uno, imponiendo la reflexión sobre los valores, los límites y la motivación de la vida en sociedad. Tratar el dolor del trabajo como adolecimiento traumático o sistemático indiferenciado es lo mismo que destituir la terapia de ocupación de la representación única del quehacer humano identitario y completo.

Bibliografía

*NUNES, Ciomara M. P. & MELO, Andréa, G. Terapia ocupacional e a dor no campo das relações entre saúde e trabalho. In: DE CARLO, Marysia M.R.P. & QUEIROZ, Mônica E.G. **Cuidados a Quem Sente Dor e Cuidados Paliativos em Terapia Ocupacional**. São Paulo (SP), Editora Roca, in prelo. 2007.*

Título: EL COTIDIANO ASILAR Y SUS HACERES

Autores: TO Ximenes, Maria Amélia y Côrte, Beltrina

Instituição: Pontificia Universidade Católica de São Paulo

Cuidad – Bauru /Brasil

Dirección postal – Rua Almeida Brandão 8-54, Vila Cardia, CEP: 17013421

Teléfono- (14) 32343993 – (14) 81351885

E-Mail: mameliaximenes@yahoo.com.br

EL COTIDIANO ASILAR Y SUS HACERES – Maria Amélia Ximenes; Beltrina Côrte

Introducción

Esta investigación fue elaborada a partir de una práctica profesional señalada por la búsqueda de respuestas relación a la problemática de los haceres en instituciones que acogen ancianos.

La sensación que se tiene es de un lugar donde el tiempo se ha parado. Las horas perezosas siguen, resisten y, en su marasmo, contaminan todo el ambiente, como si nada pudiese pasar. Algunos ancianos gritan, sin motivo aparente, otros sólo vagan. La sensación es de renuncia de la vida. Permanece un tiempo vacío de “espera” de la muerte.

Dentro de esa monotonía, parece no haber lugar para el hacer, o ¿el hacer institucional es esa monotonía?

El sentimiento de impotencia al constatar que el no hacer parece ser una regla, cumplida de manera silenciosa, como un pacto asilar y cruelmente probada por todos los profesionales que tratan con estos ancianos.

Añadida a esa situación, hay la cobranza institucional y de la propia sociedad, que dentro del imaginario social, el anciano es percibido como un “desocupado”.

La terapia ocupacional tiene como objetivo de estudio la actividad humana, el hacer. Esto complica la problemática presentada en la medida en que crecen las cobranzas y, por más que se intente explicar el trabajo realizado, es cobrada la rapidez relación a las soluciones de éstos problemas, como si los efectos terapéuticos proporcionados por la actividad, como recurso, fuese semejante al efecto de un medicamento.

Es importante resaltar que se desconoce la existencia, en la terapia ocupacional, de trabajo científico sobre el cotidiano asilar, a partir de su hacer dentro de la realidad brasileña.

Esos problemas llevaron al estudio de la realidad de la vida cotidiana asilar para verificar de qué manera ésta puede interferir en los haceres de los residentes.

Justificativa

El porcentual de personas con más de 60 años en Brasil se duplicó en los últimos 50 años. Se estima que dentro de 20 años, la población anciana exceda a 30 millones de personas, lo que equivale a un porcentual de más de 13% de la población brasileña (1).

Esa nueva realidad nos llama la atención para cuestiones como la vivienda y el cuidado y cuales las responsabilidades de los gobiernos, de la sociedad y de la familia relación a ellas. Esas cuestiones nos remiten a una antigua discusión; la institucionalización del anciano, cuestión polémica y compleja, porque involucra consideraciones políticas, sociales, económicas, de salud y psicoemocionales, además de carácter de prejuicio y moral.

Born aclara que hay un rechazo de la sociedad brasileña relación a instituciones que dan asistencia al anciano (aunque no sea negada su importancia). Para que hubiese un cambio, sería necesario que esas instituciones pasasen por un gran proceso de reestructuración, para que pudiesen cumplir, de manera satisfactoria, sus responsabilidades implícitas ante esos ancianos. Esas responsabilidades serían las de proporcionar un hogar, un lugar de vida, de ambiente acogedor, de identidad y al mismo tiempo de cuidado. (2)

Hay una desvalorización de las necesidades del anciano, por creerse que éstas se limitan a ciertas prioridades fisiológicas (alimentación, vestuario, vivienda, cuidados de salud e higiene), olvidándose de las necesidades de nivel social, afectivo y sexual. El anciano tiene dificultad en asumir aspectos de su vida, como persona plena, aislándose afectiva y socialmente, negando o desvalorizando sus capacidades. (3)

La actividad o hacer humano es esencial al equilibrio físico, psicoemocional y social del anciano, en la medida en que eso favorece el seguir viviendo, aunque los hechos negativos puedan interponerse al proceso de envejecimiento. Este hacer lo estimula a seguir haciendo planes, establece los contactos sociales, haciendo con que sea activo, participante de su comunidad, autónomo, o sea, a los ojos de la sociedad un anciano sin el estigma de anciano.

El hacer, por lo tanto, dará soporte para la creación de recursos internos, para que el anciano enfrente el proceso de envejecimiento, adaptándose a los cambios con algún equilibrio emocional, fortaleciendo su auto-estima, con una visión de mundo más positiva, ganas de vivir y

consecuentemente trayendo la esperanza de una vida larga, con salud, independencia y autonomía.

Método

Esta investigación tuvo como objetivo, verificar cuál es la realidad de la vida cotidiana asilar y de que manera ésta puede interferir en los haceres de los residentes.

A través del análisis de la vida cotidiana asilar, se buscaron respuestas para la comprensión de esa realidad, su interferencia en el hacer de los residentes, además de contribuir para el repensar de la vejez y su hacer en instituciones asilares.

El lugar elegido para este estudio fue una institución para ancianos, ubicada en una ciudad del Estado de Sao Paulo. Debido a un pedido de los dirigentes de la institución el nombre no será revelado.

Los instrumentos de recopilación de datos fueron: entrevista, observaciones de campo, informes de graduandos del curso de terapia ocupacional, documentos institucionales y periódicos antiguos.

Los datos fueron categorizados y analizados simultáneamente, de acuerdo con la descripción de la historia del asilo y su hacer cotidiano y luego comparados con la literatura existente.

El estudio nos posibilitó al mismo tiempo la acción y comprensión científica de los hechos, además de la reflexión de situaciones, que en la realidad investigada eran dadas como obvias. También nos proporcionó vivir momentos del cotidiano asilar, que no se mostraban aparentes.

Resultados y conclusiones

Se percibe que la institución no se alejó de las reglas: fue creada por una sociedad de carácter religioso y a ella está vinculada. Tiene como objetivo principal el acto de la caridad cristiana, como norma orientadora de la obra social.

Intentó solucionar un problema social de la época: sacar los pobres y mendigos de la calle, dándoles casa y comida. Vivió de la caridad de la sociedad y hasta hoy utiliza esos recursos. Trás un tiempo se volvió en una institución de atención a la vejez. Conocer el pasado de la institución nos ayudó en el entendimiento de los haceres de la actualidad.

Hoy guarda características de su fundación como los dirigentes, la búsqueda de recursos y una dosis de “sistema asistencial”. El elemento esencial de su hacer es coleccionar fondos, a través de la caridad, por lo tanto, los ancianos sólo son valorados, cuando vueltos en renta.

Por ello, los haceres diarios de los residentes, los de entretenimiento y otros no son percibidos. Como no son percibidos, no existen y les promueven la fama de “ociosos” que sólo son valorados como ser productivo para el mercado y no como productor social.

Esa visión, enajenada al sistema asistencial es compartida por los profesionales y por parte de la sociedad que rotula el residente asilar como “pobre”, incapaz e improductivo, impidiendo que se vea los haceres escogidos por ellos mismos, como: las actividades de vida diaria y de interacción entre ellos, los visitantes, pasantes, voluntarios, entre otros. Incluso las actividades religiosas, de entretenimiento como mirar la tele, escuchar la rádio, jugar a las cartas y otras actividades, pasan desapercibidas, en un cotidiano regido por horario de las comidas, dentro de un consenso falso de “ociosidad” y en un ambiente provisional.

Ambiente éste que trae a los sentidos la sensación de abandono y tristeza, dando la impresión de marasmo y de la espera de la muerte.

El trabajo voluntario dentro de la institución es hecho de modo solitario y estos trabajadores no reciben ningún entrenamiento, no están integrados al equipo y tampoco tienen una visión de lo que es envejecer.

La institución tiene un cuadro de profesionales de diversas áreas, sin embargo realizan un trabajo individual, sin integración.

Los residentes nunca son consultados previamente sobre los intereses en las actividades propuestas; ni existe un calendario donde puedan mirar las actividades del mes, lo que los lleva a un estado de enajenación total y a la desorientación temporal.

Esas cuestiones de la realidad cotidiana asilar nos llevaron a descubrir factores que interfieren en el hacer de los residentes, las cuales enumeraremos a seguir:

1. La institución “espera la muerte”, no hay inversión en la vida, ausencia de proyectos que dé otro significado a la vida.
2. La falta de formación sobre el proceso de envejecimiento humano desde la perspectiva del ser que envejece. Las instituciones para ancianos necesitan de esa formación para que puedan dar calidad y significado a sus haceres.
3. Los reglamentos institucionales, por no regir todos los haceres, impiden la flexibilidad y libertad, “condimentos” saludables a la vida del residente.
4. La alternancia profesional es otro factor junto a sus consecuencias: inexperiencia profesional; rupturas constantes en los trabajos, no hay la continuidad de los mismos y eso resulta en la falta de formación de vínculos, desorganización de los haceres institucionales por no ser un trabajo integrado entre un cuadro profesional, empleados, voluntarios, pasantes y dirigentes.
5. La falta de autonomía, por llevar al aislamiento, a la desvalorización del residente, a la improductividad social, en fin, hacer que no da sentido a la vida.
6. Los ambientes y los materiales, considerados esenciales para el hacer, caminan juntos por relacionarse a los requisitos: independencia, seguridad, riesgo, límite de desempeño y comodidad. Un ambiente tranquilo, previsible, acogedor, con cores estimulantes y olores agradables son calidades indispensables a un hacer significativo.
7. La dictadura de la rutina de horarios y de los haceres diarios por el hecho de condicionar a los residentes a que vivan en función de los mismos. La rutina paulatinamente los arrastra a la despersonalización y a la pérdida de la dignidad y del respeto.
8. El sentimiento de no pertenecer es el último factor. Se verificó que el sentido de pertenecer favorece a los haceres porque les da la idea de hacer parte, trayéndoles la sensación de seguridad, de conocer con detalle el espacio, favoreciendo las ganas de conservarlo, lo que no es observado en la institución.

Esos factores interfieren directamente en el hacer de los residentes, conocerlos es tener conceptos esenciales para desarrollar un trabajo de excelencia, en instituciones que acogen ancianos.

Conclusión

A lo largo del estudio, se constató que la institución cree que está haciendo un buen trabajo. Ante sus posibilidades, se sienten orgullosos de sus haceres. Tal situación de seguridad les impide de que vean bajo otro punto de vista su propio hacer y busquen formación sobre el envejecimiento y la vejez.

La institución necesita de vida, dinamismo, a partir de las ganas del hacer del residente y del profesional. Para que eso sea viable, la institución tiene que invertir en la cualificación de todo el personal: empleados en general, voluntarios y directores, además de certificarse del placer que todos tengan por esta área, la cual genera dedicación y ganas de hacer mejor, favoreciendo la participación e interlocución de los residentes, por lo tanto, aumentando las posibilidades de hacer.

El equipo deberá estar sintonizada en un mismo objetivo. Colaborar con sus saberes, orientar y formar el voluntariado. Además la institución tiene que “conocer” cada residente: tener una evaluación individual de sus capacidades, necesidades e intereses, para después, en conjunto, analizar los haceres que serán desarrollados, adecuándolos de acuerdo con la capacidad, disponibilidad e interés de cada uno de los residentes.

Conocer quienes son sus residentes y escucharlos cuanto a la organización de los haceres y de las decisiones de la vida institucional, son objetivos primordiales a cualquier trabajo, en una institución asilar. Esa información orienta todo el hacer institucional, porque el residente pasa a ser sujeto de su hacer.

El trabajo que interviene, en las instituciones no son frutíferos, en la mayoría de las veces, porque no hay respeto relación a la diversidad del envejecer. La institución, por falta de un proyecto de gestión, que lleve en cuenta otra significación de vida, lo trata como uniformidad. Es necesario que se estudie procedimientos lógicos que abarquen la singularidad del residente, sin excluir su socialización.

Las instituciones para ancianos necesitan tener conocimiento, concientizarse de la importancia de cada area que trabaja el envejecimiento y verlas como necesarias e importantes.

Un ambiente institucional claro, ventilado, organizado, con cores estimulantes, accesible y con olores agradables proporciona bienestar a sus residentes, empleados y visitantes, estimulando una mayor apropiación de los espacios y, consecuentemente de los haceres.

Para desarrollar un trabajo serio, es necesario que la institución invierta en la accesibilidad y en la calidad de los materiales utilizados, ofreciendo así, la seguridad de sus residentes. Ambiente seguro, garantiza una mayor independencia, ejercitando, así, la autonomía.

El cotidiano promueve haceres que pasan desapercibidos dentro del cotidiano asilar. De ahí la necesidad de la mirada y del trabajo del terapeuta ocupacional para que sean integrados dentro del hacer institucional. El hacer nos acompaña, hace parte de nuestra vida y debería seguir y acompañarnos hasta la muerte. Falta que nos concienticemos de eso.

Bibliografía

(2) T. Born., 2001. “Quem vai cuidar de mim quando eu ficar velha?” R. Kai. Ger.; 4, 2:135-148

M.M.R.P. De Carlo y cols., 2001. “Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas”. Editora Plexus (Brasil). 19-39.

I.A. Cortelletti y cols., 2004. “Idoso asilado: um estudo gerontológico”. Editoras Educs/Edipucrs (Brasil). 13-60.

(1) IBGE., 2002. “Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil”. IBGE (Brasil).

E.F. Mercadante., 2002. “Comunidade como um novo arranjo social”. R. Kai. Ger.; 5, 2:17-34

R.M. Moragas., 1997. “Gerontologia social: envelhecimento e qualidade de vida”. Editora Paulinas (Brasil). 10-283.

(3)L.M.G. Pimentel., 2001. “O lugar do idoso na família: contextos e trajetórias”. Editora Quarteto (Portugal). 9-244.

B.B. Sawaia., 1995. “O calor do lugar: segregação urbana e identidade”. S. P. Pers.; **91**, 2:
20-24

“Escala de evaluación por interrogatorio de las actividades de la vida diaria (AVD), para pacientes con diagnóstico de trastornos mnésico-cognoscitivos y demencia tipo Alzheimer (EIAD)”.

Autores:

Andrada, María de los Angeles.

Dr. Gonorazky, Sergio

T.O Roumec, Bettina Susana.

Grupo de trabajo para la validación del EIAD:

Alessio, Candelaria

Rosell, Roxana

Sánchez, Mirna

Grupo de trabajo para la creación del EIAD

T.O Loo, Andrea

T.O Roumec, Bettina

Dra. Scharovsky, Diana

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Hospital Privado de Comunidad. Servicio de Medicina Preventiva. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. 9 de julio 3264. C P (7600) Tel: (0223) 494-9371 / 479-0342. e-mail: broumec@copetel.com.ar

Resumen

La Escala por interrogatorio de las actividades de la vida diaria (AVD) para personas con diagnóstico de deterioro mnésico-cognoscitivo y demencia (EIAD) fue creada ante la necesidad de contar con un instrumento que permitiera detectar y registrar cambios tempranos en la ejecución de las actividades cotidianas básicas, como así también discriminar con mayor precisión los niveles de asistencia requeridos. El presente estudio se llevó a cabo en el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Privado de Comunidad de la ciudad de Mar del Plata, durante el periodo agosto- noviembre del año 2006. El objetivo fue determinar la confiabilidad y aportar evidencia a favor de la validez del EIAD. La muestra estuvo conformada por 95 adultos y adultos mayores a partir de 56 años de edad con diagnóstico de deterioro cognoscitivo y demencia. Amplia bibliografía sustenta la relevancia de la información aportada por los cuidadores, fundamenta tal aseveración en que a mayor deterioro cognoscitivo menor conciencia de déficits. Por tal motivo 3 evaluadores administraron el EIAD, los índices de Barthel y Katz a los cuidadores formales e informales que consideraron tener el conocimiento suficiente sobre el desempeño cotidiano de la persona afectada.

El EIAD ha demostrado poseer confiabilidad interevaluador ($n = 93$, $ICC = 0.93$) e intraevaluador ($n_1 = 49$, $ICC = 0.85$; $n_2 = 48$, $ICC = 0.95$), por otra parte se estableció que posee un grado de coherencia aceptable, evaluado por el alpha de Cronbach, se aportó evidencia a favor de su validez de constructo, aplicando el coeficiente rho de Spearman, al ser correlacionado con otras escalas que valoran el mismo dominio, como también se comparó con la escala global de deterioro (GDS) y fue revisado por un grupo de expertos.

Por lo tanto se considera que reúne las características necesarias de un instrumento de evaluación, y que podría utilizarse tanto en el ámbito de la clínica como en el de la investigación.

Palabras claves: Deterioro cognoscitivo leve. Enfermedad de Alzheimer. Evaluación funcional. Validación de una escala de AVD por interrogatorio. Actividades de la Vida Diaria.

Introducción

Una de las patologías de creciente preocupación es la demencia, no sólo por el impacto que produce en la persona y su entorno familiar sino también por las consecuencias en el ámbito sociosanitario. Con el transcurso de los años han evolucionado los paradigmas en cuanto a los métodos de evaluación usados para examinar el Sistema Nervioso Central (SNC) (1). Sin embargo los últimos avances destacan la importancia de detectar cómo los déficits cognoscitivos afectan las actividades habituales que desarrolla una persona, desde las más complejas como sostener un rol laboral, familiar, social; las denominadas actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), hasta las más básicas (AVD) (2). El conocimiento acerca de las habilidades para realizar las diferentes AVD es una parte esencial de la evaluación general de una persona con trastornos mnésicos-cognoscitivos y demencia, es importante en la determinación del diagnóstico y evaluación de cambios. A pesar de que ha habido una inversión considerable en el desarrollo de escalas de evaluación para medir status y/o cambio cognoscitivo, hay pocos protocolos específicamente ideados para evaluar cambios en variables no cognoscitivas, y varios autores (3) (4) (5) (6) (7) han comentado sobre la necesidad de desarrollo de tales escalas dado que la medida del desempeño en AVD permite la evaluación de los resultados del tratamiento, la carga del cuidador, el objetivo de la intervención y la elucidación entre la cognición y la habilidad funcional en lo cotidiano.

De la revisión de los estudios realizados sobre las AVD y AIVD, se observa que existe un mayor desarrollo y correlación del deterioro mnésico con las actividades instrumentales que con las básicas. La crítica más relevante a las pruebas que miden las AVD es que no son sensibles a los cambios tempranos y a través del tiempo, debido a que fueron diseñadas para emplearse con otros grupos, por ejemplo: disfunciones físicas (Barthel, Katz), o para establecer diferencias entre los tipos de envejecimiento (FAQ, Blessed-Roth) (8). Los tests considerados sensibles generalmente son administrados por observación directa; a menudo se caracterizan por ser extensos, el estímulo no es familiar y la presión de realizar tareas de AVD en su hogar puede generar ansiedad en el paciente y distress en el cuidador (por ejemplo, la observación directa de tareas como higienizarse o toilette). Por otra parte se encuentran las escalas que miden conjuntamente AVD y AIVD, que según Lawton y Brody (3) ambos tipos de habilidades son importantes, sin embargo las AIVD pueden ser más difíciles de evaluar ya que no puede darse por sentado que todos los pacientes fueron capaces de realizar todas éstas actividades en su estado premórbido. (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18) (19) (20) (21) (22) (23).

El presente estudio se originó en el Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Privado de Comunidad de la ciudad de Mar del Plata como un aporte desde el área funcional para presentar en el Consortium Argentino para el Estudio de la Demencia (C.A.E.D.) (1) (2) (24) en un trabajo conjunto con la Dra. Diana Scharovsky.

El instrumento fue creado frente a la necesidad de contar con una escala con mayor sensibilidad, que los utilizados comúnmente, fácil de implementar, acorde al contexto de la clínica, que permita brindar un mejor asesoramiento al familiar y optimizar los abordajes y estrategias terapéuticas. Por lo tanto, el objetivo primordial de esta investigación es establecer por medio de los procedimientos científicos, metodológicos y estadísticos correspondientes la confiabilidad y validez de la escala EIAD.

Materiales y método

La muestra de estudio estuvo conformada por 95 adultos y adultos mayores a partir de 56 años de edad, de ambos sexos, con diagnóstico de trastornos mnésico-cognoscitivos y demencia tipo Alzheimer, cuyos puntajes en la Escala Global de Deterioro (GDS) fueron comprendidos entre los niveles 3 a 6 (1) (24) (25) (26) (27). Que concurren a la evaluación interdisciplinaria, en el Servicio de Medicina Preventiva (SATE) del Hospital Privado de Comunidad, de la ciudad de Mar del Plata. Durante el período agosto- noviembre del año 2006. Se excluyeron aquellos sujetos que se encontraban institucionalizados, que padecían patologías asociadas que interferían significativamente en el desarrollo de las AVD, que se encontraban en el transcurso de una enfermedad aguda y/o internación y también los que concurren sin acompañante. Los cuidadores entrevistados, debían ser mayores de edad, tener la capacidad de interpretar el consentimiento informado y el conocimiento necesario acerca del desempeño cotidiano del paciente como para poder responder a las evaluaciones.

Instrumentos

Se utilizaron los índices de Barthel (10) (26) y de Katz (27), ambos fueron diseñados para evaluar el desempeño de las AVD en pacientes con deterioro físico.

El E.I.A.D, fue diseñado para evaluar el nivel de independencia de las AVD en pacientes con deterioro cognoscitivo y demencia. Es fácil de administrar, insume de diez a quince minutos y no requiere de capacitación previa. Consta de una primer parte donde se consignan los datos del paciente y del informante, lugar, fecha y nombre del evaluador. Una segunda parte, está formada por nueve ítems que se corresponden con las AVD Básicas (continencia urinaria, continencia fecal, aseo, toilette, alimentación, movilidad, traslado dentro y fuera del hogar, baño y vestido), a su vez cada una de ellas está desglosada en las

acciones que conforman la tarea y la forma en que el paciente la lleva a cabo. A cada actividad le corresponde un puntaje parcial, que refleja la capacidad funcional del paciente. **Es muy importante hacer hincapié en si se perciben cambios en el modo habitual de realizar cada actividad y comparar siempre el nivel previo con el actual.**

También el E.I.A.D provee datos cualitativos acerca de la realización de las actividades, y además consta de un dispersigrama que resume los resultados de la escala y de manera rápida y a simple vista se puede obtener un perfil de desempeño global y observar claramente en qué áreas de las AVD se encuentran mayores dificultades. Ésta información posibilita una visión holística de la situación del paciente.

Procedimientos

El presente trabajo se enmarca dentro del tipo de **investigación metodológica**, la misma se refiere a investigaciones controladas sobre la forma de obtener, organizar y analizar los datos. Abordan el desarrollo, la validación y evaluación de instrumentos o técnicas de investigación (28).

Se recabaron datos de las historias clínicas de los pacientes tales como: diagnóstico y grado de deterioro según la escala GDS. Fueron convocados telefónica y/o personalmente todos aquellos pacientes que durante el año 2006 fueron evaluados interdisciplinariamente, como también pacientes y familiares que se encontraban en grupos de estimulación en SATE, que cumplieran con los criterios de inclusión. Los 95 cuidadores fueron entrevistados en primera instancia por un evaluador que administró los índices de Barthel y Katz. Luego otros dos evaluadores administraron el EIAD en forma individual y ciegos de los resultados de los demás evaluadores y del diagnóstico del paciente. En un lapso de 15 días concurrieron 52 cuidadores a los que se les volvió a administrar el EIAD en forma aleatoria.

Resultados

Para establecer la confiabilidad interevaluador del EIAD se aplicó al puntaje total de la primer evaluación el coeficiente de correlación Intraclass (ICC), se utilizó el modelo de efectos aleatorios de dos factores tipo acuerdo absoluto, resultando: $n= 93$, $ICC= 0.93$, $IC= 0.89- 0.95$. Para establecer la confiabilidad intraevaluador del EIAD se aplicó al puntaje total de cada una de las evaluaciones administradas en primera y segunda instancia, el coeficiente de correlación Intraclass (ICC) se utilizó el modelo de efectos aleatorios de dos factores tipo acuerdo absoluto, resultando: *evaluador 1* $n= 49$, $ICC= 0.85$, $IC= 0.74- 0.91$; *evaluador 2* $n= 48$, $ICC = 0.95$, $IC= 0.91- .097$. Para establecer la consistencia interna del EIAD, se aplicó el

coeficiente Alpha de Cronbach a cada una de las 10 actividades que componen la escala en las 4 oportunidades que se administró la misma.

- Evaluador 1, primera vez: n= 94, Alpha = 0.68;
- Evaluador 1, segunda vez: n= 50, Alpha = 0.63;
- Evaluador 2, primera vez: n= 94, Alpha = 0.71;
- Evaluador 2, segunda vez: n= 49, Alpha = 0.78.
- Promedio de las cuatro evaluaciones, Alpha = 0.70

En lo concerniente a la validez de contenido se recurrió a la opinión de versados en la temática. A cada uno de los miembros, se le acercó una copia del instrumento con su respectivo instructivo. Además tres alumnas avanzadas de la carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional quienes a su vez participaron del trabajo de campo, luego de la implementación de la prueba piloto sugirieron modificaciones.

Para aportar evidencia a favor de la validez de constructo se correlacionaron los resultados totales del EIAD con cada uno de los siguientes instrumentos, Índice de Katz, de Barthel y con la Escala Global de Deterioro de Reisberg (GDS) aplicando el coeficiente rho de Spearman (rs) (ver tabla 1).

Tabla 1 Aplicación del coeficiente rho de Spearman sobre los índices de Katz y Barthel, EIAD y GDS en los 95 pacientes que concurrieron a la evaluación en SATE durante el período agosto- noviembre el año 2006 en la ciudad de Mar del Plata.

Correlations

			katz total	BARTOTAL	E1TOTAL	E2TOTAL	GDS
Spearman's rho	katz total	Correlation Coefficient	1,000	-,638**	-,626**	-,603**	,145
		Sig. (2-tailed)	,	,000	,000	,000	,170
		N	95	95	94	94	91
	BARTOTAL	Correlation Coefficient	-,638**	1,000	,685**	,685**	-,104
		Sig. (2-tailed)	,000	,	,000	,000	,329
N		95	95	94	94	91	
E1TOTAL	Correlation Coefficient	-,626**	,685**	1,000	,787**	-,202	
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,	,000	,057	
	N	94	94	94	93	90	
E2TOTAL	Correlation Coefficient	-,603**	,685**	,787**	1,000	-,252*	
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,	,016	
	N	94	94	93	94	90	
GDS	Correlation Coefficient	,145	-,104	-,202	-,252*	1,000	
	Sig. (2-tailed)	,170	,329	,057	,016	,	
	N	91	91	90	90	91	

** . Correlation is significant at the .01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the .05 level (2-tailed).

Discusión

El objetivo principal de éste estudio fue diseñar una evaluación por interrogatorio de las AVD de fácil y rápida implementación, para ser administrada en adultos y adultos mayores con deterioro cognoscitivo y demencia, como así también a sus cuidadores. Si bien en gran parte de las publicaciones científicas, las escalas por observación directa priman a la hora de la elección, sustentada en una mayor sensibilidad, a menudo no se ajustan al contexto clínico, y a los recursos institucionales, por lo tanto la solución costo-beneficio y práctica más inmediata fue diseñar una escala por interrogatorio.

Por otra parte el diseño de una evaluación por interrogatorio también presenta sus dificultades, constituyendo la mayor desventaja el sesgo que le imprime a la información la subjetividad tanto del evaluador, del paciente y del cuidador (22). En lo referente a la información aportada por el paciente, es respaldada por abundante bibliografía, que la confiabilidad de la misma es elevada cuando no presentan deterioro o a lo sumo es leve, observándose un decremento gradual en aquellos que si lo poseen. A la inversa la información brindada por los cuidadores, adquiere mayor veracidad a medida que progresan los déficits, asegurando sus juicios en base al conocimiento previo del desempeño (3) (4) (12) (20) (24). Con respecto a la información recabada por el evaluador, la bibliografía respalda su confiabilidad, en tanto implemente la disociación instrumental, posea capacitación previa, exprese con claridad las preguntas y por sobre todo ejerza la escucha tomando cada caso como único e irrepetible, evitando la automatización del proceso de evaluación.

Para la construcción del EIAD fueron indispensables: por un lado el rastreo bibliográfico de numerosas evaluaciones, índices y escalas de AVD reconocidas y validadas en el ámbito de la Terapia Ocupacional y de la rehabilitación, que aportaron el sustento para delinear la estructura, las áreas incluidas y el tipo de evaluación, por otro lado la riqueza de la experiencia clínica permitió conocer la patología, a las personas que la sufren y plantear los interrogantes a resolver a través del razonamiento clínico y el método científico, finalmente conocer los niveles de MEDICARE proporcionó el fundamento para construir los intervalos elegidos para detectar cambios tempranos en el desempeño de las AVD (29).

El EIAD es una evaluación fácil y rápida de implementar, Las áreas a evaluar están claramente definidas y dentro de ellas cada actividad es desglosada en sus acciones respectivas. La riqueza del instrumento radica en la definición operativa de cada actividad, en la descripción detallada de cada tarea e indaga sobre el desempeño actual, registra los cambios y si requiere algún grado de asistencia verbal y/o física. El evaluado debe responder una vez finalizada la descripción de la actividad y el evaluador insistirá en propiciar una

actitud reflexiva con el objetivo de registrar si hubo alguna modificación en la manera habitual de llevar a cabo las actividades cotidianas.

La proliferación de los marcos de referencia, el crecimiento del área de la investigación y de los campos de intervención son cambios que denotan una evolución de la terapia ocupacional en nuestro país, sin embargo las autoras del presente trabajo consideran que el mismo no es uniforme en cuanto al desarrollo y validación de instrumentos de evaluación, sumamente escasos en las AVD. Si bien se ha facilitado el acceso al material a menudo no es tenido en cuenta el contexto en que fue construido y aplicado. Se torna indispensable a la hora de elegir una herramienta de evaluación que la misma cumpla los criterios de confiabilidad y validez.

Conclusión

El EIAD aparenta poseer una elevada confiabilidad interevaluador, indica que dos evaluadores diferentes administraron el EIAD a la misma muestra de pacientes y obtuvieron resultados equivalentes. Se revela de ésta forma el alto grado de reproducibilidad que posee el EIAD. Además impresiona tener alta confiabilidad intraevaluador, esto significa que un evaluador lo administró en dos oportunidades y obtuvo resultados similares. En la presente investigación se obtuvo un resultado estadísticamente significativo en el evaluador dos y un resultado ligeramente inferior en el evaluador uno.

De acuerdo a los resultados obtenidos los valores indican que la consistencia interna es aceptable. El mejor puntaje fue el del evaluador dos en la segunda aplicación, nuevamente obtuvo mejor resultado que el evaluador uno. Si bien la consistencia interna no es la esperada se pudo observar que escalas de AVD como el Índice de Barthel y Katz tienen una consistencia interna aún menor.

La validez de contenido fue determinada por un grupo de expertos en el área, cuyos aportes fueron valiosos y consistieron en: homogeneizar la graduación de las actividades, modificar la redacción de algunas preguntas para facilitar su comprensión, simplificar el método de puntuación y la inclusión de un dispersigrama cualitativo para obtener a simple vista un perfil de desempeño en las AVD. Este equipo de profesionales considera que el EIAD posee validez de contenido ya que logra valorar las AVD en pacientes con deterioro cognoscitivo y demencia haciendo hincapié en la dificultad cognoscitiva que presenta la persona para llevar a cabo la actividad y no se basa sólo en criterios físicos como sí lo hacen el índice de Barthel y de Katz. También es claro que sólo evalúa AVD básicas, a diferencia de otros instrumentos que valoran conjuntamente AVD, AIVD, ocio, entre otras.

En lo que respecta a los aportes para determinar la validez de constructo, quedó demostrado que el EIAD posee una correlación aceptable con el índice de Katz, incrementándose con la escala de Barthel. En cuanto a las correlaciones existentes entre el EIAD, el índice de Katz y el de Barthel con el GDS es escasa; sin embargo el nivel de significancia es aceptable solamente para el EIAD, observándose en el evaluador dos los valores más altos. De ésta forma se continúa demostrando en una pequeña medida que el EIAD podría valorar mejor que Barthel y Katz las AVD en pacientes con deterioro cognoscitivo y demencia.

En el presente trabajo de investigación las correlaciones entre ambos evaluadores fueron buenas, sin embargo siempre uno de los evaluadores obtuvo mejor puntaje que el otro, evidenciando así el punto débil de los tests por interrogatorio, planteado por la bibliografía. La constante que se presentó a lo largo del proceso abrió interrogantes acerca de su origen y el replanteo si hubo déficits en la etapa de capacitación y la influencia preponderante de la subjetividad en este tipo de instrumentos, es por eso que se propone para próximos estudios profundizar este tema.

Referencias bibliográficas

1. MANGONE, C.; ALLEGRI, F.; ARIZAGA, R.; OLLARI, J., 1997. "Demencia. Enfoque multidisciplinario". Editorial Sagitario. (Buenos Aires). Argentina.
2. WILSON, B., 2003 "Rehabilitación Cognitiva: Desarrollos recientes en la teoría y la práctica." (SONEPSA). (Buenos Aires).
3. LAWTON, P. Calidad de vida en la enfermedad de Alzheimer. Polisher Research Institute, Philadelphia Geriatric Center, Philadelphia, Pennsylvania. USA.
4. REISBERG, B; SCLAN, S., 1992. Functional Assesment Staing (Fast) Alzheimer disease.Confilidad, Validez y Ordinality.Aging and Dementia Research Center. New York University Medical Center New York USA. I. Ps.4, 1 *International Psychogeriatrics*
5. DESFORGES, J.F., 1990 Current concepts geriatrics. New Engl J. Med; **332**, 17. Traducción TO Roumec Bettina.
6. APPLGATE, W; BLASS, J; WILLIAMS, T. F., 1990. Instrumentos para la evaluación funcional de adultos mayores. New Engl J. Med; **332**, 17.
7. KANE, R.; SASLOW, M.; BRUNDAGE, T., 1991. Using ADLs to Establish Eligibility for Long-Term Care Among the Cognitively Impaired.The Gerontologist. **31**. 1.
8. RODGERS,H; CURLESS,O; JAMES, F., 1993. Standarized functional assessment scales for elderly patients. Age and Aging **22**.161-163.
9. ASUMAN, K. H.; TERI, L.; BORSON, S., 1994. Physical and Functional Health Assesment in normal aging and in Alzheimer's disease: Self-reports vs family reports. The Gerontological Society of America. **34**, 3: 324-330.
10. BAUM, C ; EDWARDS, D., 1995. Position Paper: Ocupational Performance : Ocupational Therapy's. Definition of function. AJOT; **49**, 10.
11. BOSEMBERG, I.; FAIDUTTI, S.,1993 . Evaluación de la discapacidad en personas mayores de 65 años que sufrieron un Accidente cerebro vascular ACV. Tesis de grado de la Lic. T.O. UNDMP.
12. BUCKS, R.; ASHWORTH, D.; WILCOCK, G; SIEGFRIED, K., 1996. Assessment of Activities of Daily Living in Dementia: Development of the Bristol Activities of Daily Living Scale. Age and Ageing; **25**. 113-120.

13. BURNS, T., 1991. "Cognitive performance test (CPT). A measure of cognitive capacity for the performance of routine tasks". Geriatric Research, Education and Clinical Center (GRECC). Minneapolis Veterans Administration Medical Center.
14. CIERI, P.; COHN, M., 1997. Grado de dependencia de las actividades básicas cotidianas (ABC) en adultos mayores de 60 años con trastorno cognitivo. Tesis de grado.Lic. T.O UNDMP.
15. DE CILLIS, M., 2000. Instrumentos de evaluación en Terapia Ocupacional. Concordancia entre observadores de la Evaluación de Autoatención E.N.A. Tesis de Grado. Lic. T.O UNMDP.
16. GREEN, C.; MOHS, R.; SCHMEIDLER, J.; ARYAN, M.; DAVIS, K., 1993. Functional decline in Alzheimer's Disease: A longitudinal study. *J. Am Ger. S.* **41**: 654-661.
17. GUTRÚN, Á., 1990. "The brain and behavior. Assessing Cortical Dysfunction Through Activities of Daily Living (ADL)". Editorial The C. V. Mosby Company.
18. JOHNSON, N.; BARION, A y otros. 2004. The activities of daily living questionnaire: a validation study in patients with dementia. *Alzheimer Dis Assoc Disord.* **18**, 4: 223- 30.
19. JUVA, K.; MÄKELA, M.; ERKINJUNTI, T.; SULKAVA, R.; YLIKOSKI, R.; VALVANNE, J; TILVIS, R. 1997. Escalas de Evaluación funcional en la detección de demencia. *Age and aging*; **26**:393-400.
20. MONTERO, R; FERNÁNDEZ GUINEA,S., PELÁEZ, E.,TORRE, C.,TORRES, M.C. "Propuestas de un nuevo cuestionario para valorar las actividades de la vida diaria en pacientes con enfermedad de Alzheimer". Primer Congreso Internacional en Neuropsicología en Internet. [http:// www.uninet.edu.com](http://www.uninet.edu.com) 02/06/01
21. OAKLEY, T.; SUNDERLAND, T.; HILL, J.; PHILLIPS, S.; MAKAHON, R.; EBNER, J., 1991. The Daily Activities Questionnaire: A Functional Assesment for People with Alzheimer's Disease. *Ph. Occ. The. Ger.***10**, 2.
22. TULLY, M.; MATRAKAS, Q.; MUSALLAM, K., 1997. The Eating Behavior Scale (EBS): A simple method of assesing functional ability in patients with Alzheimer's Disease. *J. Ger. Nur.* **23**, 7: 9-15.
23. UNGERECHE THRALOW, J; SCHAUBACH RUETER, M., 1993. Activities of daily living and cognitive levels of function in dementia. *A.J of Alzheimer's Care and Related Disorders & Research.*

24. CONSORTIUM ARGENTINO PARA EL ESTUDIO DE LA DEMENCIA. (CAED). 1995. Normativas para el diagnóstico de demencia en general y demencias corticales tipo Alzheimer. *Rev. Neurol. Arg.* **20**, 4.
25. REISBERG, B; FERRIS, S; DE LEON M; CROOK, T. 1982. The Global Deterioration Scale for Assessment of Primary Degenerative Dementia. *Am J Psychiatry.* **139**: 1136-1139.
26. BURNS, A; LAWLOR,B; CRAIG, S., 1999. “ Assessment Scales in Old Age Psychiatry” Editorial Martin Dunitz. (Reino Unido).
27. CRUZ JENTOFT, A.J. 1991. El índice de Katz. *Rev. Esp. de Ger y Geront.* **26**: 338-348.
28. POLIT, D; HUNGLER, B. 2000. “Investigación científica en ciencias de la salud.” Editorial. Mc Graw Hill Interamericana S.A. (México).
29. TROMBLY, C. 1995. “Occupational Therapy for Physical Dysfunction.” Editorial Williams and Wilkins. (USA).

Agradecimientos

Las autoras agradecen los valiosos aportes de las siguientes personas: Lic. M. Julia Xifra, Lic. Silvia Garralda, Mg. Claudia Arias, Lic Julieta Franco, Dra. Ruth Brugger, Dra Diana Scharovsky; Dra. Marta Cosentino; Lic. Cristina Alvarez, T.O. Patricia Butrón, Candelaria Alessio, Mirna Sanchez, Roxana Rosell, Marcela Lema, Claudia Soragni, y en especial a todos los pacientes, familiares y cuidadores que participaron en este estudio.

ESTUDIO DE LAS BUENAS PRÁCTICAS DOCENTES PARA LA INTEGRACIÓN LABORAL A TRAVÉS DE PASANTÍAS LABORALES

Laura Liliana Di Clemente y Verónica Anahí Fernández

Centro de Formación Laboral N° 1. Castelli 1173, Mar del Plata (7600), Provincia de Buenos Aires, Argentina. Te: (0223) 486-1593.

Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, Universidad Nacional de Mar del Plata. Funes 3350 Acceso 1 Nivel 4, Mar del Plata (7600), Provincia de Buenos Aires, Argentina. Te: (0223) 475-2442. E-mail: terapia_ocupacional_mdp@yahoo.com

RESUMEN

Las buenas prácticas son acciones o equivalentes intencionales de conductas, situadas en escenarios culturales y en estados intencionales mutuamente interactuantes de los participantes. Caracterizar las buenas prácticas docentes que posibilitaron la integración laboral de alumnos concurrentes al Centro de Formación Laboral N° 1 del Partido de General Pueyrredón (CFL) durante 2005-2006, consistió en la descripción de acciones situadas en y desde la excepcionalidad del objeto de intervención -alumno con necesidades educativas especiales- dando sentido o significado comunal al otorgar una nueva lectura de la realidad. Describir las experiencias de integración en actividades productivas a partir de pasantías laborales permitió interpretar el mundo social de los sujetos participantes, sus creencias, deseos y esperanzas.

Se seleccionaron diversos escenarios (CFL y empresas de Mar del Plata) y actores sociales (alumnos-pasantes con diagnóstico de retraso mental, supervisores e integrador laboral). La triangulación de métodos permitió complementar y confrontar información proveniente de distintas fuentes a través de la combinación de recopilación documental y entrevistas basadas en un guión.

Las propuestas de trabajo del CFL, las estrategias docentes que facilitaron el proceso de formación integral del alumno y la intervención sistemática durante la pasantía laboral para la formación del alumno en situación real de trabajo, pueden considerarse acciones de buenas prácticas del equipo docente.

Estudiar las buenas prácticas en torno a las necesidades educativas especiales de los concurrentes al CFL permitió objetivar vínculos entre lo excepcional y lo habitual a fin de legitimar los significados negociados en y a partir de las acciones situadas en escenarios específicos.

Palabras clave: buenas prácticas docentes - formación laboral - pasantías laborales - integración laboral - retraso mental.

INTRODUCCIÓN

El estudio se enmarca en el proyecto de investigación “La promoción de la participación social de las personas con discapacidad: las buenas prácticas” de carácter bianual (2005-2006) evaluado y aprobado por una Comisión de Evaluadores Externos a la Universidad Nacional de Mar del Plata (Código 15/I041) del cual constituye uno de los sub-proyectos que lo conforman.

El interés de las investigadoras fue realizar un abordaje de los factores inherentes a la integración laboral como son: el proceso de enseñanza y de aprendizaje durante la formación laboral, las estrategias docentes facilitadoras de estos procesos para la formación del alumno con necesidades educativas especiales (NEE) y la vinculación entre la educación y el mundo del trabajo a través de las pasantías laborales (PL).

La investigación da a conocer experiencias de trabajo institucional que involucra a un colectivo social que puede beneficiarse con los resultados, en tanto las acciones identificadas y situadas en un escenario cultural específico trasciendan a otros escenarios del campo educativo y se legitimen en el campo laboral.

Desde un enfoque cualitativo se caracterizan las buenas prácticas del equipo docente del Centro de Formación Laboral N° 1 (CFL) que posibilitan la integración laboral, proceso que no finaliza al ingreso del alumno en una pasantía laboral sino que, por el contrario, se complementa con las acciones de los supervisores o tutores laborales de empresas de la ciudad de Mar del Plata mediante el asesoramiento y el apoyo referidos a la capacitación en el rol de trabajador, necesarios según cada caso en particular. Además, se describen las prácticas integradoras a través de las experiencias de integración en actividades productivas de los participantes del proceso. Focalizar en las PL permite interpretar dichas experiencias para que cobren significado en función de patrones de creencia establecidos respecto a la integración laboral.

Conocer las experiencias de los alumnos que realizan o que realizaron pasantías laborales permitió analizar las acciones de buenas prácticas durante la formación laboral que posibilitaron la integración laboral. Particularmente se presenta un “caso” que luego de dos años de permanencia como pasante se incorpora como trabajador de planta permanente en la misma empresa.

Antecedentes

El empleo en colectivos con especiales dificultades de inserción laboral fue analizado como “proceso” en tres momentos: el acceso al mercado laboral, el desarrollo y mantenimiento del puesto de trabajo y las posibilidades de promoción en las empresas, en un estudio llevado a

cabo por un grupo de investigación de una universidad de España (1) en el que se realizó un diagnóstico de la situación del empleo en Andalucía de personas con discapacidad intelectual, visual, auditiva, física, con discapacidad para hablar y con enfermedad mental, en las tres modalidades de empleo que establece la normativa allí vigente (público, protegido y ordinario), con una metodología consistente en una encuesta administrada mediante entrevista personal a una muestra representativa de 716 personas con discapacidad empleadas. Entre sus conclusiones se destaca que existe correlación directa entre el nivel de formación de la población empleada, la categoría profesional y el tipo de empleo. Las personas con menor nivel de formación están ubicadas principalmente en el empleo protegido. El empleo protegido sigue siendo una fórmula importante para el acceso al mercado laboral, resultando la modalidad de empleo más extendida entre personas con discapacidad intelectual y con enfermedad mental. El empleo protegido está masculinizado y el empleo público y ordinario feminizado. La población empleada prefiere trabajar con salario y condiciones dignas antes que beneficiarse de una pensión por digna que ésta sea, idea compartida por el contexto familiar, laboral e institucional. La formación fue considerada como el principal facilitador para la inserción laboral, aunque se valora la formación ofertada como insuficiente e inadecuada a la demanda laboral. Del personal técnico de orientación e inserción laboral entrevistado (n=92), un grupo señaló que en su trabajo no cuentan con un programa de prácticas profesionales en empresas ni realizan acciones de acompañamiento laboral, a pesar de valorar estas medidas de forma positiva para la inserción laboral. Piensan que se invierte poco en investigación y en la realización de estudios de mercado que ayuden, por una parte, a detectar nuevas fuentes de empleo, y por otra, adecuar la formación a la demanda laboral.

ACTIVIDAD PRODUCTIVA

El trabajo es una actividad humana orientada hacia una finalidad. El trabajo no es exclusivamente manual ni mental, puesto que ambas dimensiones están siempre presente, aunque en diversas proporciones, en cada actividad humana. Aún cuando el puesto de trabajo en el convenio colectivo sea clasificado como “no calificado”, el trabajador realiza un esfuerzo mental a pesar de que esas tareas sean consideradas “manuales”.

El trabajo se constituye como un hecho eminentemente social, una práctica en la que el hombre se relaciona con otros hombres con el objeto de transformar la naturaleza y transformarse a sí mismo. Esta relación con la naturaleza configura al trabajo como una actividad transformadora.

Marx (2) ubica al trabajo como un elemento central en la vida de las personas y de la sociedad. Para el mismo, la “actividad laboral” resulta ser un constructo central en la definición del hombre como tal. Es una actividad propiamente humana, es decir, particulariza al género humano.

Desde la visión marxista, la noción de trabajo adquiere dos características: una como “actividad productiva” (praxis productiva) a través de la cual el hombre transforma la naturaleza y construye sus condiciones de vida y existencia; y otra, que es a través de esta práctica que el hombre afirma su condición humana y se relaciona con otros hombres.

En el mundo capitalista el proceso de trabajo asume otras características que permiten pensar de otro modo la relación entre el trabajo y el hombre. La actividad laboral puede representar un elemento de libertad y realización para el hombre pero puede también encarnar su contrario.

El trabajo productivo realizado fuera del hogar se diferencia del improductivo realizado dentro del hogar sin que medie relación salarial. Estas actividades que resultan improductivas no son consideradas como actividades laborales porque carecen del carácter productivo que deberían tener todas las actividades laborales para ser consideradas como tales.

La actividad productiva incluye una amplia gama de posibilidades de profesiones, ocupaciones, oficios, empleos y tareas, desde los menos hasta los más exigentes y calificados, siempre que se trate de una actividad habitual y sea remunerada.

Las empresas y organizaciones al nivel del establecimiento son las que programan y realizan las actividades productivas. Allí dentro se lleva a cabo el “proceso de producción” desde sus dimensiones “proceso de trabajo” y “proceso de valorización del capital”, entendido éste como la generación de excedentes destinados a las inversiones.

CALIFICACIÓN PROFESIONAL. SISTEMA DE CLASIFICACIÓN PROFESIONAL

En cada rama de actividad se establecen los sistemas de clasificación profesional -SCP- (o de los trabajadores asalariados) estableciendo una estructura de jerarquías sociales. El SCP es concertado primero a nivel de la rama y luego se adapta a la realidad específica de la empresa. Por otra parte las clasificaciones dependen de la organización del trabajo en la cual el trabajador participa, directa o indirectamente, como algo impuesto -trabajo prescripto- o como parte de una negociación. En el primer caso estaríamos hablando de la concepción “tradicional” del trabajo y en el segundo de la concepción “renovadora” del trabajo.

El SCP es el resultado de un acuerdo entre el trabajador y la empresa sobre un cierto número de variables de tipo cualitativo (convenios colectivos).

Las categorías se ordenan jerárquicamente (obreros, empleados técnicos, supervisores, capataces, personal jerárquico) y este ordenamiento representa el itinerario normal para la carrera profesional de los asalariados dentro de las empresas hasta el máximo nivel al que puede alcanzar.

Los cargos intermedios o mandos medios mantienen una relación más directa con el personal jerárquico y por sus funciones, capataces y supervisores son los responsables de dirigir, supervisar y evaluar el trabajo de otros, de mantener el orden y la disciplina; gozan de un cierto margen de autonomía e iniciativa en el proceso de adopción de decisiones.

Las innovaciones organizacionales (nuevas formas de organizar la producción, la gestión del personal y el trabajo) y los trabajos de investigación están cuestionando desde hace un tiempo esta clasificación hasta el punto que progresivamente muchas de las tareas propias de los mandos medios van siendo asignadas a los trabajadores.

Es posible medir objetivamente la calificación del trabajo, es decir, los “requerimientos del puesto”, y en base a esto, determinar la clasificación profesional o categoría.

A medida que se instaura la división social y técnica del trabajo, se acelera la desaparición de los oficios tradicionales, los cuales requerían un largo tiempo de aprendizaje y cuya transmisión no siempre se daba dentro del sistema formal de educación.

Surge también la necesidad de poner el acento en las funciones y actividades correspondiente a cada categoría en términos de productividad, responsabilidad, autonomía y calidad.

La naturaleza de las calificaciones requeridas a los trabajadores se define utilizando cuatro criterios: autonomía, responsabilidad, tipo de actividad y conocimientos requeridos.

Además de poner en práctica el oficio, el trabajador debe tener en cuenta la conducción (gestión), la vigilancia del proceso, asumir operaciones de mantenimiento de herramientas y equipos, valorizar el producto en cuanto a calidad, la responsabilidad en control y análisis de procedimientos.

La calificación de un trabajador se define por sus conocimientos, su experiencia y las funciones que ha ejercido sucesivamente, que es lo que en esencia determina su clasificación.

La posición de un trabajador en un escalafón supone que posee los conocimientos necesarios para responder a las exigencias del nivel correspondiente; para la promoción se requiere generalmente aprendizaje y prácticas que lo capaciten para el ejercicio efectivo de la nueva función. Para ello, la empresa debe ofrecer un itinerario mínimo de carrera profesional.

Los salarios se fijan no solo en función del puesto de trabajo ocupado, también se determinan a partir de las clasificaciones basadas en las competencias individuales.

En algunas empresas se ha implementado un sistema de evaluación del desempeño, tomando como consideración la competencia profesional, iniciativa, autonomía, productividad, capacidad para hacer y analizar, conocimiento de la tarea, cooperación, actitud hacia los clientes y presentación personal.

En síntesis, los siguientes factores deben considerarse en la calificación profesional:

- a) Proceso de preparación del trabajador, selección y reclutamiento del personal (para la inserción en un puesto de trabajo y en una escala profesional jerarquizada).
- b) Actividades, funciones, tareas asignadas y sus relaciones de subordinación jerárquica.
- c) Salario directo básico inicial.
- d) Posibilidad de permanecer en el mismo puesto mientras que no se produzcan transformaciones de ese puesto (cambios organizacionales o tecnológicos).
- e) Posibilidad de movilidad de ese puesto a otros.
- f) Requisitos y condiciones para ocupar cargos vacantes.
- g) Promoción a partir de un “mercado interno de trabajo” (itinerario profesional).
- h) Competencias iniciales.
- i) Competencias que pueden adquirirse a partir del aprendizaje y práctica dentro de la empresa.

La definición de las calificaciones está en función de la adquisición de competencias, el acceso a empleos, la organización del trabajo, la evolución de los empleos, el status y la consideración social. Entendida así, “La calificación es una operación social de codificación mediante la cual los asalariados son seleccionados en el mercado de trabajo y jerarquizados en la empresa” como expresaran Bureau y Nivelte (3).

FORMACIÓN PROFESIONAL

Entendida la formación para el trabajo como un aspecto para la formación permanente, en la educación formal, se está dando un desplazamiento del concepto de empleo hacia el de “empleabilidad”, superando el concepto taylorista de lo “ocupacional” y de la formación de mano de obra.

“Ayer, la educación tradicional se ocupó de preparar personas para dar respuesta a los problemas conocidos o a un futuro previsible. Hoy, se ha hecho necesario incorporar la mirada de la educación tecnológica para preparar personas que respondan ante problemas de un futuro incierto. Para ello, se promueve el estudio de cómo el hombre hace cuando hace, se procura el desarrollo de didácticas problematizadoras, a partir de las cuales el conflicto cognitivo desencadene el saber hacer y la reflexión sobre dicha acción” (4).

Asimismo, esta propuesta enfrenta el desafío actual de una sociedad cambiante y de una cultura del trabajo que exigen el logro de objetivos que superen los tradicionales de la formación de mano de obra para un puesto determinado de trabajo y la orientan en el sentido de formación integral de la persona. La tendencia actual es considerar la “formación para el trabajo” como dimensión sustantiva de la educación permanente integral.

En ese nivel ya no se forma para la obtención de un empleo determinado sino que se brindan “saberes” instrumentales que fomentan en el alumno condiciones de empleabilidad, que otorga capacidades básicas que ayudarán a obtener calificaciones laborales para una futura formación profesional que posibilite la inserción laboral y social.

La formación profesional tiende a ser continua, flexible y cambiante, orientada hacia niveles tecnológicos avanzados y especialidades transversales para el acceso a un área que permita el entrenamiento ágil en puestos de trabajo de distintas ramas de actividad económica con igual base tecnológica.

La formación profesional, como concepto universal y no como sectorización arbitraria y específica de la educación, es el proceso por el cual una persona debe llegar a una síntesis entre lo que puede hacer (capacidades y competencias), lo que quiere hacer (intereses) y lo que debe hacer (exigencias del trabajo) acordes a las posibilidades actuales y reales del mercado laboral de la comunidad.

El abordaje para la capacitación requiere de una intervención interdisciplinaria y transdisciplinaria que considere la integridad del sujeto, pues es un aprendizaje para el trabajo y no un aprendizaje de un trabajo.

EDUCACIÓN ESPECIAL

Servicios para la Formación Profesional

Los servicios para la formación profesional en Educación Especial realizan evaluación, orientación y formación profesional de los alumnos con necesidades educativas especiales (NEE) que no puedan hacerlo en las instituciones de Educación Común.

Sus funciones son:

- a) Brindar una amplia gama de ofertas para la Formación Profesional.
- b) Evaluar las competencias laborales que podrán desarrollar los alumnos, teniendo en cuenta el contexto social y productivo, articulándose en redes que permitan la optimización del uso de las ofertas de formación e integración laboral.

c) Evaluar permanentemente las posibilidades de integrar a sus alumnos a las instituciones que brindan Formación Profesional en la Educación Común o a otros ámbitos laborales a través de las “pasantías”.

Centro de Formación Laboral N° 1

En abril de 1986 se crea en la ciudad de Mar del Plata la Escuela Laboral (EL) de nivel post-primaria dependiente de la Dirección de Educación Especial de la Provincia de Buenos Aires (DEE) para la continuidad de los aprendizajes laborales iniciados por los alumnos concurrentes a los pre-talleres de las Escuelas Especiales.

La EL estaba organizada con ocho talleres, cuatro en cada turno. La elección de las especialidades de los talleres (tejido en telar, tejido a mano, tejido a máquina, mecánica, carpintería, confecciones, compostura de calzados y proceso de armado) formaba parte de la estructura armada y aprobada por la DEE. Se desconoce si para dicha selección de talleres se realizó un estudio de mercado laboral local o regional dado que no hay constancia en los registros del hoy, Centro de Formación Laboral N° 1.

El equipo interdisciplinario estaba formado por un Director (Terapeuta Ocupacional), un maestro de apoyo pedagógico, ocho maestros de taller y un equipo técnico (Asistente Educacional, Asistente Social y Terapeuta Ocupacional).

Durante los años 1986 y 1987 se realizaban reuniones con los Directores de las EL en la ciudad de La Plata y de las mesas de trabajo se efectuaron ajustes en la denominación y funcionamiento.

Las EL se convierten en Centros de Formación Laboral (CFL), cambio de denominación que dio origen a la modificación de las normas de admisión, entre ellas, la edad de ingreso, que al momento era hasta los 18 años, se extendió hasta los 35 años posibilitando el ingreso de personas adultas que no hubiesen tenido acceso a Educación Especial y para ofrecerles la oportunidad de realizar aprendizajes laborales.

Los cambios en el mercado laboral, el incremento de la matrícula, las preferencias de los alumnos ingresantes y sus posibilidades laborales generaron cambios tanto en las especialidades como en la cantidad de talleres. Se incorpora así, otro taller de proceso de armado y servicios. También se amplía la Planta Orgánica Funcional, creándose los cargos de vicedirectora y dos de profesores de educación física, además de incorporarse otro equipo técnico y dos maestros de apoyo pedagógico.

Las funciones y tareas inherentes a la integración laboral a partir del año 1990 en que comienzan las experiencias de pasantías laborales, eran realizadas por ambas terapeutas

ocupacionales (TO) además de las tareas específicas del cargo, hasta el mes de abril del año 2006 en que se crea el cargo de “maestro de integración laboral”, desempeñado por una TO.

Las escuelas y servicios laborales tenían una estructura organizativa que dividía a los alumnos en dos modalidades: Capacitación y Adaptación Laboral. Dicha estructura diferenciaba a los alumnos según el cociente intelectual (CI) y el diagnóstico (Retardo Mental Leve y Moderado) en relación a las normas de admisión vigente.

A pesar de esto, tanto la EL como el CFL del Partido de General Pueyrredón (PGP) tenían en cuenta para su derivación a los talleres los resultados de las evaluaciones en cuanto al “funcionamiento” del alumno, considerando al CI como un dato más.

Sólo los talleres de proceso de armado formaban parte del nivel de adaptación laboral, en cambio los otros (con formación en un oficio) lo eran del nivel de capacitación laboral.

En 1989 cambia la denominación y, en lugar de “adaptación” y “capacitación”, se comienza a hablar de dos niveles de aprendizaje denominados:

- a) Formación profesional básica (FPB) -ex adaptación laboral- y,
- b) Formación profesional de oficios (FPO) -ex capacitación laboral-.

Esta nueva estructura tenía en cuenta para la derivación a los talleres la “desventaja profesional” y el “pronóstico laboral” de los alumnos.

La integración laboral tenía relación con la formación laboral recibida, encasillando al alumno hacia una forma de trabajo (competitivo o protegido). Los alumnos egresados de la FPB se integraban a los talleres protegidos mientras que los de la FPO a un trabajo de tipo competitivo.

A pesar de esta rígida estructura el CFL del PGP realizó experiencias de incorporación de alumnos con una formación básica a un trabajo competitivo en empresas mediante “pasantías laborales”, con supervisión y buenos resultados.

Actualmente, el CFL N° 1 funciona con una estructura de diez talleres: cinco en turno mañana (indumentaria -confecciones-, construcciones civiles -carpintería-, armado -reciclado, artesanías y panificación-) y cinco en turno tarde (indumentaria -tejido-, compostura de calzado, mecánica con un módulo de electricidad, servicios y armado -panificación-).

PASANTÍAS LABORALES

El Decreto 340/92 en su Artículo 1° aprueba el sistema de pasantías que rige en todo el ámbito del sistema educativo nacional. (5)

Las pasantías laborales contribuyen a complementar las competencias a través de su relación con el mundo del trabajo, aplicando en situaciones reales de producción o de prestación de servicios, los conocimientos tecnológicos adquiridos en el Centro de Formación Laboral N° 1.

Las pasantías laborales facilitan la relación y el intercambio de información entre el CFL y el organismo receptor de los pasantes (empresa, taller, emprendimiento familiar).

Las pasantías laborales representan una oportunidad para enriquecer la formación integral del alumno pasante y contribuyen a vincular a cada joven con la dinámica de un determinado ámbito laboral fortaleciendo el dominio de la comunicación oral y escrita, entre otros contenidos.

El propósito de contar con un ámbito de aprendizaje fuera de la institución escolar asegura la interacción de los jóvenes con un entorno cotidiano laboral y contribuye a desarrollar el respeto a la normativa, la aceptación de opiniones y el valor de la solidaridad y la cooperación.

El perfil de los pasantes para aspirar a una pasantía debe considerar los siguientes aspectos:

- a) Capacidad para encontrar soluciones a los problemas que se le presentan, solo o con apoyo.
- b) Capacidad para aceptar y corregir los propios errores o equivocaciones.
- c) Capacidad para llevar adelante su tarea con determinación.
- d) Comportamiento y hábitos: viajar solo, manejo mínimo del dinero, conocimiento de la hora y del uso del reloj, reconocimiento de números y letras, conocimiento del domicilio personal, cuidado sobre materiales e instrumentos de trabajo, asistencia regular, relación cordial con pares y docentes, trabajo en equipo, uso del teléfono, respeto de horarios y normas generales elementales, prolijidad personal y aseo.

El grado de desarrollo de estas competencias básicas dependerá del tipo de organización laboral hacia la que se oriente al joven en determinado momento del proceso formativo en un espacio real de trabajo.

RETRASO MENTAL

La Asociación Americana de Retraso Mental (AAMR) hace referencia respecto al término retraso mental (RM) como aquellas “limitaciones sustanciales en el desenvolvimiento corriente. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual inferior a la media que tiene lugar junto a limitaciones asociadas en dos o más de las siguientes áreas de habilidades adaptativas posibles: comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización

de la comunidad, autogobierno, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio y trabajo. El retraso mental se manifiesta antes de los 18 años.” (6)

La definición de la AAMR (2002) se basa en un enfoque multidimensional, centrado en cinco dimensiones que abarcan aspectos diferentes de la persona y el ambiente, con la finalidad de mejorar los apoyos que permitan un mejor funcionamiento individual. Dichas dimensiones son: habilidades intelectuales, conductas adaptativas (conceptual, social y práctica), participación/interacción/roles sociales, salud y contexto (ambiente y cultura).

Las limitaciones sustanciales se refieren a la dificultad para el aprendizaje y desempeño de algunas actividades de la vida diaria que requieren de capacidades personales como: inteligencia conceptual, inteligencia práctica e inteligencia social.

Las limitaciones en habilidades adaptativas se manifiestan en entornos de la comunidad en los cuales las personas de la misma edad interactúan, aprenden y trabajan (barrio, escuela, ámbito laboral). Las limitaciones adaptativas pueden coexistir con capacidades en otras habilidades adaptativas, por lo tanto son relativas y no absolutas. Con lo cual la importancia de identificar las limitaciones consiste en planificar apoyos apropiados a las necesidades educativas específicas. Estos apoyos se refieren a estrategias llevadas a cabo por distintas personas en relación al ámbito de referencia (escuela, empresa, taller, hogar, etc.). Los apoyos pueden provenir de personas como compañeros de trabajo y/o supervisores y de tecnología como adaptaciones en el trabajo.

Las intensidades de los apoyos necesarios con relación a las dimensiones ya mencionadas pueden ser: “intermitente” cuando se requiere en determinados periodos de transición del ciclo vital, siendo de corta duración y de elevada o baja intensidad; “limitado” cuando se brinda transitoriamente acotado en un tiempo; “extenso” cuando se necesita regularmente y a largo plazo, y “generalizado” cuando se requiere la intervención de más profesionales dado que se lleva a cabo en distintos entornos y con elevada intensidad.

Desde esta perspectiva la intervención profesional se orienta hacia el desarrollo y el crecimiento personal mediante la construcción de proyectos individuales que contemple la diversidad de aspectos del funcionamiento de la vida de la persona y, a través de los apoyos necesarios, promueva la autonomía y la integración social.

Dichos aspectos son las habilidades conceptuales, sociales y prácticas aprendidas o que la persona deberá aprender para funcionar en el contexto de la vida diaria. Entre ellas se contemplan:

- Comunicación: incluye habilidades como la capacidad de comprender y expresar información.

- Cuidado personal: comprende habilidades relacionadas con el aseo, vestido, higiene y apariencia personal.
- Habilidades sociales: son las relacionadas con los intercambios sociales con otras personas, tales como, iniciar, mantener y finalizar una interacción con otros; regular la propia conducta; responder a las demandas de los demás; adecuar la conducta a las leyes, entre otras.
- Utilización de la comunidad: incluye habilidades relacionadas con la utilización adecuada de todos los recursos de la comunidad, por ejemplo manejarse con el transporte público.
- Autorregulación: abarca habilidades relacionadas con acciones como, iniciar y terminar las tareas necesarias y exigidas, buscar ayuda cuando se la necesita o resolver problemas en situaciones laborales.
- Salud y seguridad: comprende a las habilidades relacionadas con consideraciones básicas sobre seguridad (industrial, por Ej.).
- Habilidades académicas funcionales: aquellas que tienen aplicación directa en la vida diaria personal, como la escritura, lectura y utilización práctica de los conceptos matemáticos básicos.
- Ocio: incluye actividades que posibiliten la interacción social y reflejen preferencias y elecciones personales.
- Trabajo: abarca habilidades relacionadas con tener trabajo/s a tiempo completo o parcial en la comunidad, en el sentido de mostrar habilidades laborales y conducta social apropiada, tales como, conocer los horarios, recibir críticas, mejorar destrezas, aplicar habilidades académicas funcionales, ir y regresar del trabajo, entre otras.

Un funcionamiento adaptativo del comportamiento de la persona se da en la medida en que está involucrado con su ambiente. Los roles sociales se refieren a un conjunto de actividades valoradas como normales para un grupo específico de edad. Y pueden referirse a aspectos personales, laborales, comunitarios, de ocio, etc.

INTEGRACION LABORAL

La integración laboral se define como la participación de la persona con discapacidad en la vida corriente de la comunidad a través de la actividad productiva, rol mediante el cual se relaciona con el sector socioeconómico del trabajo.

Las posibilidades de integración laboral están determinadas por las capacidades y el deseo de la persona de desempeñar una actividad productiva, por las necesidades y expectativas de la sociedad sobre la fuerza productiva y por las oportunidades o barreras que ofrezca el medio,

en concordancia con las sugerencias de las normas uniformes sobre la preparación de la persona y el entorno para que sea accesible.

La integración laboral, por lo tanto va más allá de la inserción en un puesto de trabajo, posibilita la integración a la sociedad a través del rol de trabajador. El trabajo, por naturaleza, es un impulsor para la integración comunitaria de la persona.

El principio de integración trasciende a la función de la escuela y se extiende a otros ámbitos que permiten conceptualizar a la integración laboral o la integración social. La integración es entendida como la incorporación por derecho propio a un grupo para formar parte de él. Según el caso, ese grupo de referencia puede ser el de alumnos de la misma edad, los trabajadores del mismo sector productivo o el grupo social con el que se relaciona el sujeto.

Es un principio basado en la legitimidad de los derechos y deberes sustantivos de la persona, el reconocimiento de los principios de igualdad y derecho a la diferencia entre todas las personas y contempla la “necesidad especial” como situación de excepcionalidad a la que la sociedad debe dar respuesta mediante, por ejemplo, las adaptaciones curriculares o del entorno laboral.

Las bases en las que se asienta el principio de integración evidencian la necesidad de una aproximación del entorno al sujeto, desplazando la responsabilidad de éste hacia el medio.

La Declaración Universal de Derechos Humanos en su artículo 23 expresa que el trabajo es tanto un “deber” como un “derecho”. La actividad laboral es un medio para sostener la vida, pero no se puede olvidar que ese mismo trabajo debe favorecer la realización personal del hombre atendiendo a sus propias necesidades y a las de su entorno.

Si la actividad laboral ha de ser humana y humanizadora, la incorporación al mundo del trabajo es un aspecto esencial de la integración y normalización de la persona con RM en la sociedad, permitiéndole alcanzar autonomía e independencia y generar un sentimiento de valía propia y autoestima.

El trabajo facilita la integración social y el desarrollo personal en diferentes dimensiones: independencia financiera que condiciona la autonomía (económica), desempeño de un rol en la sociedad, participación y contribución al bien común (psicológica) y, reconocimiento social y pertenencia como miembro de la sociedad por el hecho de ocupar un empleo (sociológica).

CONCEPTUALIZANDO LAS BUENAS PRÁCTICAS

Las prácticas connotan formas tradicionales de vivir y trabajar juntos congéneres que crean y negocian significados dentro de una comunidad. Estas acciones humanas dependen de significados y conceptos compartidos así como de formas de discurso compartidas que sirven

para negociar las diferencias de significados e interpretación. Es así que el significado para Bruner (7) se hace “público” y “compartido” y en virtud de ello todo intento de explicación de la acción del hombre no puede hacerse sino desde la subjetividad humana, es decir, en sus estados intencionales – creencias, deseos, intenciones, compromisos – que le dan origen y sentido a la misma.

Las buenas prácticas son, entonces, acciones o equivalentes intencionales de conductas y, más concretamente, “acciones situadas” en escenarios culturales y en estados intencionales mutuamente interactuantes de los participantes (7).

La forma de esos estados intencionales sólo puede plasmarse mediante la participación del hombre en los sistemas simbólicos de la cultura, con lo cual es la cultura la que confiere significado a la acción situando sus estados intencionales subyacentes en un sistema interpretativo al imponer modalidades de lenguaje y discurso, formas de explicación lógica y narrativa y patrones de vida comunitaria interdependientes.

Comprometerse con buenas prácticas conlleva una creencia de acuerdo con la cual una determinada acción merece nuestro apoyo, aun cuando su práctica resulte difícil. Si bien dicho “compromiso” puede afectarse por limitaciones biológicas como el agotamiento físico, la enfermedad o el dolor (límites sobre la acción cuyos efectos son modificables), la cultura también puede llegar a afectarlo al predominar en distintas circunstancias sociales, políticas, económicas e inclusive científicas ciertos rasgos por honrar, recompensar o cultivar. Es decir, el compromiso con formas de práctica específicas es inherente a los valores comunales consecuentes con una comunidad cultural determinada.

Así, los “compromisos de valor” de los miembros de una cultura proporcionan la base para llevar satisfactoriamente formas de práctica o, al menos, su negociación y legitimación, trascendiendo aun las propias limitaciones biológicas. Las culturas, pues, descansan sobre valores que se incorporan a la propia identidad y, al mismo tiempo, nos sitúan en ella, generando formas características de vida con sus correspondientes concepciones de realidad.

Entre estas concepciones de realidad existe la premisa elemental de que la gente tiene creencias y deseos, por ejemplo creencias sobre cómo está organizado el mundo y que dicho conocimiento se utiliza para llevar a cabo cualquier acción; creencias que entre las cosas que se desean o anhelan unas importan más que otras; creencias sobre el presente, el pasado y el futuro; creencias respecto a que las creencias y los deseos son lo suficientemente coherentes y bien organizados como para merecer el nombre de compromiso o formas de vida de las personas. A su vez esas coherencias se consideran como “disposiciones” (7) que caracterizan a los sujetos: una madre dedicada, un hombre trabajador o un amigo leal.

Recordemos que el sistema de disposiciones socialmente constituidas, en términos de Bourdieu “habitus”, es el principio generador y unificador del conjunto de las prácticas e ideologías -creencias- características de un grupo de sujetos (8). Podría pensarse que ante determinadas condiciones o posibilidades objetivas (estructuras) interiorizadas por una categoría de sujetos se generan en ellos disposiciones (inconscientes) a través de las cuales su relación objetiva con el campo profesional se traduce en buenas prácticas.

También se postula la existencia de un mundo fuera de nosotros (contexto en el que se sitúan nuestros actos) que puede modificar la expresión de los propios deseos y creencias así como proporcionar razones para los mismos. Es así como se da una relación recíproca entre los estados percibidos del contexto y los estados intencionales de la persona, según la cual ambos se afectan mutuamente instalando, de algún modo, un “carácter dramático”, desde la perspectiva de Bruner, a la acción humana. Más aún, las teorías de la práctica cotidiana situada no establecen una separación entre acción, pensamiento, sentimiento y valor o las formas colectivas e histórico-culturales de actividad localizada, interesada, conflictiva y significativa, sino afirman que las personas que actúan y el mundo social de la actividad no pueden ser separados. (9)

DISEÑO DEL ESTUDIO CUALITATIVO

Estudiar las buenas prácticas

Se ha intentado conceptualizar las buenas prácticas, restando en adelante responder a ciertos interrogantes, entre ellos, respecto a cuáles, para qué, en y por quienes, con la finalidad de arribar a dimensiones aplicables al estudio de las mismas.

Estudiar buenas prácticas en torno a las necesidades educativas especiales de los alumnos concurrentes al CFL N° 1 permitió objetivar vínculos entre lo “excepcional” y lo “habitual” a fin de legitimar los significados negociados en y a partir de las acciones situadas en escenarios específicos.

En este sentido, afirma Bruner, “aunque una cultura debe contener un conjunto de normas, también debe contener un conjunto de procedimientos de interpretación que permitan que las desviaciones de esas normas cobren significado en función de patrones de creencias establecidos”. (7)

En la sociedad es la mayoría la que determina las normas o reglas con que comparar a cada individuo en cuanto a los patrones de conducta establecidos o las formas de vida o de actuación esperadas dentro de la comunidad a la que se pertenece. Aquel que se desvía de la norma es el individuo que manifiesta una diferencia respecto de los “semejantes” en algún

aspecto de la vida cotidiana considerado por ellos importante, pero además, y allí lo significativo, con la valoración negativa que de ella hacen quienes la perciben. (10)

Caracterizar las buenas prácticas docentes que posibilitan la integración laboral consiste en la descripción de acciones situadas en y desde la excepcionalidad del objeto de intervención –la persona con discapacidad- para que tengan sentido o significado comunal al otorgar una nueva lectura de la realidad.

El estudio de las buenas prácticas tiene que ver, por un lado, con cómo interpretan el mundo social los sujetos participantes, qué significan las cosas para ellos, sus creencias, deseos y esperanzas al describir las experiencias de integración en actividades productivas a partir de pasantías laborales. Y, por otro, asume el carácter dramático de las acciones situadas que refiere a las desviaciones respecto a lo canónico con sus consecuencias morales y que remite al compromiso moral de sus hacedores y a los valores de su cultura.

Resumiendo, las buenas prácticas tratan de la acción y la intencionalidad humanas que hacen que lo excepcional dentro del mundo canónico de la cultura sea “comprensible”.

Fase de planeamiento

a) Selección de contextos, casos e informantes

En esta tarea se intenta alcanzar criterios de calidad, en particular de confiabilidad, considerados necesarios en un estudio cualitativo. La triangulación de datos es una estrategia adecuada para alcanzar “credibilidad”, para lo cual se seleccionaron diversos escenarios (empresas y CFL N° 1) y personas (alumnos-pasantes, supervisores e integrador laboral) que aportasen información proveniente de distintas fuentes.

Las decisiones muestrales se tomaron considerando, primeramente, los casos “potenciales” a través de las fuentes disponibles en el CFL N° 1: los registros actualizados de las pasantías del ciclo lectivo 2006 consultados y una informante “clave” para acceder o establecer el primer contacto con los representantes de las empresas o responsables de los pasantes. Dicha informante, la integradora laboral, fue considerada como tal por su ingreso reciente a la institución al momento de esta fase del diseño.

Conocida la situación actual de las pasantías laborales a cargo del centro se decide, luego, por la “heterogeneidad” de los casos conceptualmente relevantes por comparar: dos alumnos-pasantes, en 1° y 2° año de PL, y un ex alumno del CFL N° 1 actualmente trabajador de la planta permanente de una empresa local.

Se seleccionaron aquellos informantes “especiales” que pudiesen aportar información relevante para los objetivos del estudio y porque ocupaban una posición única en la empresa:

gerente comercial de una, jefe de producción de otra y propietario de una de ellas; además de la “accesibilidad física y social” evidenciada por los mismos.

b) Selección de estrategias metodológicas

La triangulación de métodos permite complementar y confrontar la información recogida a través de la combinación de técnicas, en este estudio: recopilación documental y entrevista basada en un guión.

Los materiales documentales permitieron identificar la muestra que se disponía y la elaboración de un marco muestral en función de las características ya mencionadas, el año de PL que cursa el alumno-pasante en el ciclo lectivo 2006 y la situación laboral de los egresados del centro.

La consulta de documentos como los “legajos” proporcionan los trayectos pre-profesional y profesional recorridos por cada alumno en ésta y otras instituciones (incluido el ex alumno del CFL N° 1), contenido informativo de carácter único que le otorga el beneficio de la “exclusividad” y que no podría obtenerse de otro modo, es decir mediante técnicas directas como la observación y la entrevista.

El Diagnóstico Institucional y el Proyecto Educativo Institucional (PEI) fueron consultados como fuente de información acerca de las propuestas de formación del CFL N° 1 relativas a las pasantías laborales. Asimismo, los registros de las PL (convenios y cuadro de situación) y de la toma de posesión de los cargos docentes documentadas desde 1990 hasta la actualidad otorgan una dimensión histórica al análisis de las buenas prácticas propuesto.

Las circunstancias de producción del material documental, específicamente los legajos y el registro de las PL, pueden describirse desde la finalidad de registrar y comunicar al equipo técnico - docente de la institución los informes de evaluación, evolución y seguimiento realizados por el maestro de taller, la TO y la integradora laboral.

Los problemas de autenticidad de los documentos, de disponibilidad de los mismos y de veracidad de la información han sido minimizados por la pertenencia de una de las investigadoras al CFL N° 1.

El estudio de las buenas prácticas debe estar basado no sólo en lo que hacen las personas en determinado contexto, sino también en lo que “dicen” que hacen y en lo que “dicen” que los llevó a hacer lo que hicieron; en lo que “dicen” que han hecho los otros y de sus razones. (7)

La entrevista basada en un guión posibilita la riqueza informativa en tanto sea intensiva, contextualizada y personalizada. Es más, posibilita la flexibilidad y diligencia en su administración considerando las características de los entrevistados a los que va dirigida.

En el caso de los informantes especiales que ocupan cargos intermedios y jerárquicos, se consideró el factor tiempo como un condicionante en la extensión de la entrevista, elaborando una guía tan sólo orientadora y menos aún exhaustiva, cuya secuencia y enunciación se ajustase a la situación misma.

Respecto a los alumnos-pasantes y ex alumno del CFL N° 1 (casos) el guión de entrevista se elaboró contemplando los diagnósticos y las necesidades educativas especiales identificadas en los legajos consultados de cada uno. Simplicidad, concisión y claridad fueron criterios presentes en la formulación de las preguntas al momento de su construcción.

Fase de entrada al campo

a) Tareas de gestión

Se presenta nota dirigida a la Inspectora de Área de Educación Especial en el mes de marzo de 2005, donde se informa del proyecto de investigación evaluado y aprobado por una Comisión de Evaluadores Externos a la Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMdP) y se solicita autorización para el trabajo de campo en el CFL N° 1, asegurando la confidencialidad de los datos recogidos y la preservación de las identidades de las personas partícipes (casos e informantes).

El primer contacto con los informantes de las empresas fue por medio de la integradora laboral del centro, siendo el canal social de más fácil acceso y más adecuado para la consecución de la confianza inicial necesaria con los mismos.

El siguiente contacto es establecido telefónicamente por una de las investigadoras acordando día, hora y lugar de entrevista, atendiendo a las preferencias del informante.

En la presentación se explicitó la intencionalidad de las investigadoras de conocer las experiencias laborales de jóvenes que concurren al CFL N° 1 en el marco de un estudio sobre integración socio-laboral de alumnos con NEE llevado a cabo por la UNMdP. Se asegura la confidencialidad de la información aportada y se solicita el consentimiento para entrevistar a los pasantes y grabar las entrevistas, agradeciendo la disposición manifestada.

b) Tareas de ajuste en las técnicas

En la primera entrevista previendo una posible falta de tiempo por parte del informante se confecciona un instrumento impreso conteniendo cinco preguntas del guión, además del correspondiente título, presentación e identificación de las investigadoras.

La situación anticipada permitió, no obstante, entregar el cuestionario y acordar otro encuentro con el jefe de producción y el ex alumno – pasante en la misma empresa.

En tal circunstancia se revisa y amplía el guión de entrevista, decidiendo aplicarlo también con los otros informantes en las restantes entrevistas en las que no fue necesario hacer uso de un cuestionario auto-administrado.

Fase productiva

a) Tareas de ejecución en el campo

La consulta de los materiales documentales del CFL N° 1 se efectuó en dicha institución durante el mes de abril de 2006, concurrencia en la que se facilitó una copia del registro de las pasantías laborales.

Las entrevistas se llevaron a cabo en las mismas empresas durante los meses de mayo y junio de 2006.

Las entrevistas con los informantes transcurrieron en sus respectivos despachos u oficinas, en condiciones de privacidad, manifestando cada entrevistado disposición y capacidad para informar.

Mientras que el ex alumno – pasante del CFL N° 1 y actual trabajador de la empresa fue entrevistado en la oficina del jefe de producción, su supervisor durante la PL, los alumnos – pasantes fueron entrevistados en sus puestos de trabajo, lo que pudo haber afectado la obtención de información por las mínimas condiciones de privacidad y tranquilidad en cuanto al lugar y momento de las entrevistas. Sin embargo, nos permitió observar la ubicación de los puestos de trabajo respecto a los otros así como la interacción con compañeros y supervisor.

b) Tareas de archivo

Las entrevistas fueron grabadas con el consentimiento de los informantes y del ex alumno – pasante. Las mismas se desgrabaron y transcribieron, seguidamente se revisaron y realizaron los ajustes necesarios para su posterior análisis.

En cambio, las entrevistas a los dos alumnos – pasantes fueron registradas en forma manual y tomando nota simultáneamente debido al ruido ambiental en ambos puestos de trabajo. De igual manera que las otras entrevistas, se transcribieron, revisaron y duplicaron a los efectos de sus tratamientos preliminar e intensivo.

La información de los documentos consultados (legajos, registro de toma de posesión del cargo, diagnóstico institucional y PEI) fue volcada en un cuaderno, transcripta y duplicada, mientras que, del registro de las pasantías laborales se obtuvo una copia.

Fase de análisis de la información

Los objetivos del análisis de la información no estructurada se limitan en esta etapa a la descripción del caso individual, en particular MP quien luego de dos años en PL egresa del CFL N° 1 y se incorpora a la misma empresa como trabajador de planta permanente. La

descripción de los casos restantes y la comparación de los mismos formarán parte de la continuidad del proyecto de investigación previsto para el período 2007-2008 pendiente de acreditación.

Para realizar el análisis, partimos del supuesto que la relación entre lo que se hace y lo que se dice es, en el proceder normal de la vida, interpretable. Se adopta la postura de que existe una congruencia públicamente interpretable entre decir, hacer y las circunstancias en que ocurren lo que se dice y lo que se hace. Es decir, existen relaciones canónicas establecidas por mutuo acuerdo entre el significado de lo que decimos y lo que hacemos en determinadas circunstancias. Así, estas relaciones gobiernan el modo de conducir nuestras vidas unos con otros. (7)

En procura de alcanzar los significados manifiestos y latentes en el material cualitativo ha sido desarrollada la técnica de análisis temático. Al contrario de su aplicación tradicional, cualitativamente la presencia de temas relativos al marco teórico elaborado desde teorías, perspectivas teóricas y conceptualizaciones, denota los valores de referencia y patrones de comportamiento de los actores sociales.

La selección y organización del material analítico (corpus) se constituyó procurando responder a algunas normas de validez: que contemple la diversidad de conceptos teóricos más generales que orientarán el análisis (exhaustividad); que se adecue a los objetivos de investigación y analíticos (pertinencia) y, que obedezca a criterios precisos en términos de temas, de técnicas y entrevistados (homogeneidad).

Las unidades de registro se determinaron básicamente por temas, personas y acontecimientos variando incluso la delimitación del contexto de comprensión de las mismas según se tratase de material documental o narrativo.

Los textos fueron tomados como documentos a ser comprendidos y como ilustración de situaciones, considerando que la tarea interpretativa se dirige también a la comprensión de sus condiciones de producción. Todo texto admite dos niveles de lectura: el reconocimiento del sentido dado por los autores, actores, emisores o locutores (nivel parafrásico) y la atribución de múltiples sentidos (nivel polisémico). Es más, nos alerta sobre el hecho de que el emisor y el receptor, el autor y el lector, el locutor y el interlocutor, corresponden a lugares específicos en la estructura social: investigador/sujeto de investigación, docente/alumno, supervisor/pasante, empleado/empleador (relaciones de fuerza).

a) Descripción de contextos

a.1) Centro de Formación Laboral N° 1

El CFL N° 1 viene realizando desde el año 1990 experiencias de pasantías laborales (en total 43) en empresas o talleres del sector secundario identificados con las ramas: calzado, indumentaria, metalúrgica, alimenticia, aserradero y de la madera; y del sector terciario como actividades de prestación de servicios.

Con relación a los resultados de dichas experiencias se pueden consignar cuatro categorías: a) pasantía finalizada favorablemente (27), b) integración a planta permanente de la empresa (7), c) en pasantía (3) y d) suspensión de la pasantía por incumplimiento de las obligaciones establecidas en el Convenio (6) tales como desinterés, impuntualidad, inasistencia, falta de aseo personal y trabajo de baja calidad.

El escaso tiempo de permanencia de los TO debido a la situación de revista en los cargos (suplentes) y las consecuentes ausencias de profesionales hasta las designaciones correspondientes, dificultaron la sistematización y continuidad de la práctica docente. A saber, desde el inicio de las PL hasta el presente, los cargos en ambos turnos fueron ocupados por doce (12) TO, dos (2) titulares y diez (10) en cargos suplentes. Esta problemática se refleja en el diagnóstico institucional y la evaluación del PEI realizados anualmente.

a.2.) Empresas

Las organizaciones empresariales seleccionadas para las pasantías laborales de los alumnos con necesidades educativas especiales (NEE) están en relación con la continuidad de los aprendizajes laborales iniciados en el CFL N° 1. De estas empresas se analizaron tres que, al momento de iniciar el trabajo de campo, tenían alumnos o ex alumnos pasantes.

Las mismas representan a los sectores secundario -industria manufacturera- y terciario -servicios-. Las ramas de actividad económica a las cuales representan son dos empresas de la madera (envases en madera y revestimiento) y una de electricidad (comercialización de materiales eléctricos).

En cuanto a la dimensión de dichas organizaciones corresponden a PyMES (Pequeñas y Medianas Empresas), las que al tener menos cantidad de recursos humanos posibilitan la puesta en marcha de mecanismos participativos y acciones de prevención.

La estructura de jerarquía social con cuadros medios o supervisores facilita la capacitación de los alumnos pasantes. En las tres empresas el trabajo es manual. Las operaciones de producción que realizan como parte de la división técnica del trabajo facilitan también la formación de competencias. Si bien esta forma de trabajo permite un aumento de la producción, engendra monotonía ya que cada trabajador repite el mismo tipo de operación una y otra vez. La rotación por otros puestos de trabajo, acompañada de una capacitación

intensiva a cargo de la empresa, es un factor que posibilita que el trabajador pueda integrar distintas tareas al mismo tiempo que exige disposición al cambio y flexibilidad.

a.2.i) Empresa de Envases en madera (Ex alumno pasante del CFL N° 1)

- Requisitos de admisión: edad de ingreso hasta 22 años, sin capacitación laboral; presentación del currículum vitae, entrevistas y examen pre-ocupacional.
- Condiciones para la permanencia: resistencia para un trabajo repetitivo y trabajo en equipo.
- Capacitación en la empresa: posibilita la rotación en los distintos puestos de trabajo y la promoción.

b) Presentación y tratamiento de las entrevistas

Supervisor del ex alumno-pasante MP

Jefe del Departamento de Diseño y Producción de la empresa.

En relación a la FORMACIÓN LABORAL recibida en el CFL N° 1 señala como aspecto positivo: "... manejo de medidas, conocimiento de materiales y herramientas...", es decir, habilidades académicas funcionales en cuanto a la utilización práctica de los conceptos matemáticos básicos. Respecto a los aspectos negativos destaca: "...pero fue prácticamente nulo en lo referente a normas de puntualidad, convivencia, trabajo en equipo o compromiso laboral", entendidos como habilidades laborales (la puntualidad, interactuar con los compañeros, la responsabilidad y el trabajo en equipo).

Referido a la CAPACITACIÓN EN LA EMPRESA se desarrollaron habilidades laborales en cuanto al:

- uso específico de máquinas de mano, al expresar "... ha ido avanzando en el tema máquinas bien, controlado (...) en el caso de MP incentivamos un poco más los cuidados que con otra persona, pero ya lo conocemos todos a MP...".-
- trabajo seriado, ritmo de trabajo y normas de seguridad, al comentar "Elaboramos productos en tandas muy grandes, por ejemplo, cuando te enfrentas a cortar cinco mil cajas iguales, a la mitad del trabajo es como que uno tiende a aburrirse. Lo que más se nos complica a nosotros es mantener el ritmo de trabajo (...) pero una persona que pierde la concentración en la parte de corte es peligroso. El nivel de accidentología es bajísimo, porque son máquinas muy seguras; estamos muy pendientes de lo que pueda pasar, pero el riesgo siempre está. (...) En el caso de MP, el único accidente que tuvo para él mismo fue que en un momento dado estaba haciendo agujeros con el taladro y creo que se enrolló, creo que la bufanda que tenía y se acercó al taladro y se rajó la mano. (...) no ha tenido ningún accidente grave, ni nada de eso, ¡ajo! que nosotros estamos muy pendientes de eso...".-

- trabajo en equipo, al mencionar de este último “El trabajo en equipo posibilita la capacitación de trabajadores que ingresan a la empresa (...) el deber nuestro es de que la persona que ingrese facilitarle todo para que pueda desarrollar bien su tarea...”.-

En opinión del supervisor y responsable directo de la tarea laboral respecto de la participación del CFL N° 1 en el SEGUIMIENTO de MP en la empresa, destaca como aspecto negativo el asesoramiento, subsanado por su propia iniciativa mediante la incorporación de un tutor laboral que brinde el apoyo necesario para la capacitación del pasante, comentando al respecto: “...no haber tenido una experiencia anterior de integración laboral, me hubiera sido de mucha utilidad que el CFL N° 1 participara más activamente del proyecto. Dicho acercamiento comenzó a partir del segundo año de pasantía cuando muchos de los problemas ya estaban bien encaminados. Estoy seguro que un seguimiento más comprometido y mejor planificado de parte del CFL garantizaría un mayor éxito en las integraciones y generaría más confianza dentro de las organizaciones predisponiéndolas a probar con este tipo de pasantías. (...) Luego entra MP en un sector que realmente no funcionaba por su forma de ser (...) en ese momento es cuando necesitábamos un apoyo y no lo tuvimos, entonces empezamos a ver prácticamente dónde funcionábamos mejor, bueno ahí es donde salió la idea de que funcione con un tutor, un tutor laboral... hoy ya trabaja en forma totalmente independiente”.- Atribuye al seguimiento las posibilidades de integración laboral y las expectativas de la sociedad sobre la fuerza productiva.

Sin embargo, en los documentos del CFL N° 1 con relación al seguimiento laboral se consigna el acompañamiento del joven en su primer día, luego seguimiento semanal y cada quince días, también a demanda de la empresa o cuando la situación lo requiera. En tanto, el entrevistado expresa: “... en ese momento MP no me dice nada, me llama la tutora y me dice que -porque yo hablo mucho con ella- y me dice: llegó MP llorando y él no quiso contar nada, pero hablaba de una persona (...) ¿y qué pasó? y no sé, no me quiso contar nada, pero me lo comunicó” (autorregulación: búsqueda de ayuda en el CFL por parte de MP ante la necesidad de dar solución a un problema socio - laboral). Refiriéndose a otro hecho: “Yo llamo a la tutora y le digo: MP va con una amonestación, y en ese sentido ella me respalda totalmente, y me dice: retalo si lo tenés que retar, es un chico... y bueno lo estamos educando entre todos...”.- Ambos, supervisor y T.O., se comunicaron y resolvieron la situación en forma conjunta.

Respecto a su EXPERIENCIA como supervisor manifiesta: “Para las personas que tenemos la oportunidad de gerenciar áreas de producción, cada experiencia y cada integrante de nuestra organización es un desafío. Hoy observo la labor de MP y creo más aún que desde cada

puesto de trabajo podemos hacer un mundo más parecido al que realmente nos gustaría habitar”- expresión que puede interpretarse como un compromiso de valor.

Caso MP, 18 años

Ingresa al CFL N° 1 en marzo de 2001 al Taller de Carpintería, derivado de una Escuela Especial con diagnóstico de retraso mental. Para la admisión a formación laboral se tuvieron en cuenta los intereses del alumno y el trayecto pre-profesional.

Durante el primer año se identificaron las NEE a partir de las evaluaciones de desempeño realizadas por el TO y lo informado por el maestro de taller (MT): “Si bien posee conocimientos y uso de herramientas no posee ninguna norma de seguridad”; por lo cual se le posibilita adquirir o afianzar habilidades sugiriendo a tal fin la repetición del primer ciclo. En informes sucesivos se confirma una evolución lenta de los aprendizajes.

Durante el cuarto año de permanencia en el taller, el maestro informa sobre su buen desempeño laboral con adaptación a la dinámica de trabajo (2004). Consecuentemente, las evaluaciones posibilitaron su ingreso a pasantía laboral (PL) mediante la selección conjunta del MT, el TO y en la que también participó el jefe de planta de la empresa interesada y receptora del alumno pasante, respondiendo al perfil trazado por la misma.

En la entrevista con los familiares, éstos otorgaron la conformidad a los términos del convenio y firmaron la autorización para que MP pudiera realizar la PL en la empresa seleccionada a tal fin.

De acuerdo a lo informado por el TO en su función de integrador laboral, si bien MP comienza realizando trabajo en serie, al identificar el encargado “cierta dispersión”, éste es quien orienta y estimula al pasante rotándolo a otro puesto de trabajo con menor exigencia en ritmo (apoyo limitado).

El supervisor expresa respecto a la evolución de los aprendizajes: “El desempeño de MP dentro de la fábrica es bueno, reúne las aptitudes necesarias propias de su puesto de trabajo. Quizás tenga limitaciones de promoción en el futuro, su evolución es lenta pero constante”.-

La interacción con los compañeros de trabajo es negociada por el supervisor quien la enmarca desde el principio de igualdad y derecho a la diferencia, el que narra: “... previo a que entrara MP yo hice una reunión de personal y les aclaré muy bien la persona que iba a entrar. Cualquier tipo de cargada que yo notara como burla o como que utilicemos a MP como cafetero, mandadero, bueno, yo iba a sancionar. Jamás nada, jamás hubo un problema (...) MP es así nosotros lo toleramos como nos toleramos todos. No tiene problemas sociales distintos a los que puede tener cualquiera”.-

Y en cuanto a la aceptación de la autoridad, declara: “Conmigo sí, no hay ningún problema (...) él tiene su encargado (...) y él mucho no lo acepta (...) le cuesta, le cuesta (...) [Entrevistador: O sea, te identifica con la autoridad...] totalmente, cualquier cosa, cualquier permiso, lo que él necesite viene y me pregunta a mí (...) Que yo me haya enojado con MP me enojé una vez (...) lo sancioné. Las sanciones que tenemos nosotros parten de amonestaciones que son notas, apercibimientos, hasta que una acumulación o una falta muy grande se traslada a una suspensión”.-

El tiempo de permanencia cumpliendo con los tres Ciclos correspondientes a la Formación Laboral fue de 3 años y 2 meses, iniciando la PL en el transcurso del 3° Ciclo en mayo de 2004, extendiéndose la misma hasta marzo de 2006. Egresó de la PL por haberse integrado al mercado de trabajo.

En abril de dicho año se incorpora como trabajador de la planta permanente de la empresa al considerar el supervisor que “técnicamente durante estos dos años ha aprendido cosas y su rol, su puesto lo desarrolla eficientemente (...) es una cuestión humana, o sea, la empresa tiene esta cultura y vemos que necesita integrarse, cualquier empresa funciona dentro de una sociedad y esta empresa necesita estar integrada a la sociedad y MP es parte de la sociedad que necesita apoyo. En este aspecto lo podemos dar nosotros, el 50% es de parte de MP y el otro 50% de parte de la empresa”. - Es decir, la integración laboral se posibilitó por las capacidades y el interés de MP para desempeñarse en esta actividad productiva, sumado a la responsabilidad de la empresa al brindarle las oportunidades para la capacitación en un entorno accesible.

Entrevista al ex alumno - pasante MP

1. CAPACITACIÓN EN LA EMPRESA

Entrevistador (E): ¿Qué haces en la empresa?

MP: -Yo acá lijo, armo, marco y agujereo, todo eso.- (Conocimiento de las tareas que realiza)

E: ¿Y es la misma tarea que cuando empezaste la pasantía?

MP: - Casi la misma.-

E: ¿Sabías hacer esas tareas?

MP: - Sí sabía, algo sabía. Yo acá entré y no sabía bien cómo se armaban las cajas.-

E: ¿así que te enseñaron acá?

MP: - Sí.-

E: ¿Y haces siempre lo mismo, las mismas tareas?

MP: - Cambio, a veces voy lijando, armando...- (Rotación a distintos puestos de trabajo)

E: ¿Y te gustaría hacer otras tareas?

MP: - Sí, me gustaría cortar, usando las máquinas de acá.- (Interés en una capacitación centrada en el uso de máquinas)

2. FORMACIÓN LABORAL EN EL CFL N° 1

E: ¿Cómo son las tareas, te parecen fáciles o difíciles?

MP: - No fáciles.-

E: ¿Y cuándo empezaste a trabajar...?

MP: - No, pensé que me iba a costar, pero no, me adapté al toque.- (Adaptación)

E: ¿Usas alguna máquina?

MP: - Sí, a veces la caladora, a veces, casi nada.-

E: ¿y sabías usarla?

MP: - Sí, sabía.-

E: ¿Dónde habías aprendido?

MP: - Allá en el colegio.- (Competencias laborales adquiridas)

E: ¿Pensás que es peligroso el uso?

MP: - No, si sabes cortar bien, si no sabes, bueno...- (Prevención, Normas de Seguridad Industrial)

E: ¿Tuviste algún accidente?

MP: - No, acá no. (El supervisor relata un accidente no reconocido como tal por él)

E: ¿Y qué otras cosas te sirvieron del Centro?

MP: - Lo que aprendemos en carpintería, como yo quería y todo eso...El oficio que yo quería aprender.- (Capacitación centrada en los intereses)

3. INTEGRACIÓN SOCIAL a través del trabajo

E: ¿Y cómo te llevas con tus compañeros?

MP: - Bien, me llevo bien. No hay problemas con los compañeros-

E: ¿y con el supervisor?

MP: - También.-

E: ¿Quién es tu supervisor?

MP: - J y después está F.- (Conducta social apropiada en las relaciones jerárquicas y mandos intermedios)

E: ¿Durante la hora de descanso qué haces?

MP: - Comemos, descansamos... y hablamos de cosas.-

E: ¿Y a tus compañeros los ves fuera del trabajo?

MP: - Sí, nos reunimos. Juntos vamos a bailar, andamos por todos lados así.-

E: ¿Haces alguna actividad más allá de bailar?

MP: - Sí, nos juntamos a comer un asado en una casa cuando cobramos... somos dos o tres.-

(Actividades de interacción social con sus compañeros de trabajo)

4. EXPERIENCIA PERSONAL durante la PL

E: ¿Te gusta lo que haces?

MP: - Sí me gusta mi trabajo.- (satisfacción con el trabajo)

E: ¿Qué sentiste el primer día que entraste a la empresa?

MP: - Me costaba un poco los primeros días, no sabía cómo iba a hacer las cosas, hasta que le agarré la mano bien (...) Hasta lograr la confianza. Hay que adaptarse.-

E: ¿Cambió la pasantía algo en tu vida?

MP: - Sí, algo cambió.-

E: ¿en qué cambió tu vida personal?

MP: - Que ando mejor que antes, me vengo acomodando.- (adaptación)

5. FAMILIA:

E: ¿Qué piensa tu familia de tu trabajo?

MP: - Bien, que lo tengo que cuidar. Pensaban que me iba a durar poco el laburo y no. Nada que ver con antes. Es mejor. No me tenía confianza que iba a durar mucho. Ahora ya sé.-

E: - Ese es un logro.-

MP: - Lo conservo bien.- (Conservación del empleo como condición necesaria para la empleabilidad)

El tiempo transcurrido en PL le permitió a MP desarrollar capacidades personales - autonomía e independencia-, habilidades laborales y sociales, aspectos considerados para la decisión de incorporarlo a la planta permanente de la empresa, situación generadora de sentimientos de valía y autoestima, a pesar de su percepción respecto a la actitud negativa de su familia.

La pasantía laboral facilitó el desarrollo personal y de las competencias laborales de MP a través de su relación con el mundo del trabajo en la empresa seleccionada, la capacidad de obtener y conservar el empleo desempeñando el rol de trabajador y la integración social.

CONCLUSIONES

En relación a las necesidades educativas especiales de MP se identificó por parte del supervisor un “apoyo limitado” (transitorio y acotado en el tiempo) que consistió en la decisión de incorporar la figura de un tutor laboral y de rotar en otros puestos de trabajo para facilitar la capacitación del alumno en pasantía laboral. Tanto el recurso como la estrategia

implementada promovieron el interés y la satisfacción en el trabajo, incrementaron la independencia e interdependencia, la productividad y la integración social de MP.

Las propuestas de trabajo del Centro de Formación Laboral N° 1, las estrategias docentes que facilitaron el proceso de formación integral del alumno y la intervención sistemática durante la pasantía laboral (formación para el trabajo) pueden considerarse acciones de buenas prácticas del equipo docente al:

- Considerar los intereses del alumno y la orientación en la formación pre-laboral en la Escuela Especial, durante el proceso de admisión.
- Evaluar periódicamente para la admisión, el desempeño durante el proceso de formación profesional y el ingreso a pasantía laboral.
- Posibilitar la repetición de ciclos de formación laboral contemplando las necesidades educativas especiales del alumno.
- Seleccionar organizaciones empresariales que en cuanto a la rama posibiliten la continuidad de los aprendizajes laborales iniciados en el CFL N° 1 y en cuanto a la dimensión sean pequeñas o medianas para que permitan una mejor capacitación con la rotación del alumno - pasante por distintos puestos de trabajo y una supervisión más directa.
- Administrar entrevistas al jefe de planta de la empresa para el consentimiento respecto a la pasantía laboral e identificar los requisitos de admisión y permanencia en la empresa.
- Contemplar la incorporación del jefe de planta de la empresa en la selección del alumno - pasante.
- Promover la participación de la familia y brindar información a la misma respecto a la pasantía laboral.
- Acordar con los distintos actores los términos del convenio, lugar, condiciones, objetivos educativos, fecha de comienzo y finalización de la pasantía, horarios, tareas que realizará el pasante, forma y pago de la asignación estímulo que recibirá para viáticos y gastos escolares, derechos y obligaciones de las partes y datos del alumno para la posterior firma.
- Realizar el seguimiento formal e informal a través de visitas programadas por la terapeuta ocupacional (en la función de integradora laboral) a la empresa, o a demanda de ésta, para: la observación directa del pasante en relación a su desempeño laboral y a la dinámica grupal, la toma de entrevistas al pasante y supervisor, y el asesoramiento a éste.
- Registrar en el legajo del alumno la información recogida para el conocimiento y análisis del equipo interdisciplinario durante la pasantía laboral y posterior toma de decisiones respecto al egreso del CFL N° 1.

- Posibilitar la continuidad de la pasantía laboral durante el receso escolar con el seguimiento de la terapeuta ocupacional con funciones en el proyecto de escuela de verano, extendiéndose el horario y el aumento del estímulo.
- Ofrecer la posibilidad de concurrir al CFL N° 1 en contra turno ante la necesidad de apoyo pedagógico – social – laboral.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. R. Díaz Jiménez et al., 2005. “El empleo de las personas con discapacidad y alternativas para su integración en el mercado de trabajo”. Universidad Pablo de Olavide / Unión General de Trabajadores de Andalucía (Sevilla).
2. S. M. Grinberg, 2003. “El mundo del trabajo en la escuela”. Universidad Nacional de San Martín. Baudino Ediciones (Buenos Aires). 73-4.
3. A. Jobert y otros, 1992. “Formación Profesional. Calificaciones y clasificaciones profesionales. Su influencia en las relaciones de trabajo. La experiencia francesa”. CONICET/SECYT. Piette-Humanitas (Buenos Aires). 29.
4. Dirección General de Cultura y Educación/Dirección de Educación Especial de la Provincia de Buenos Aires, 2003. “Anexo I. Trayecto Pre-profesional para alumnos con Necesidades Educativas Especiales”. Expte. N° 5801- 3279530/03. DGCE/DEE (La Plata). 6.
5. Decreto 340/92: “Sistema de pasantías”. Boletín Oficial, 28 de febrero de 1992.
6. DIRECCIÓN GENERAL DE CULTURA Y EDUCACIÓN/DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN ESPECIAL DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, 2003. Circular Técnica General N° 5. 20 de junio de 2003. <En World Wide Web: <http://abc.gov.ar/LaInstitución/SistemaEducativo/Especial/Circulares/Generales19992002/General2003/TecnicaGeneral5doc:10081>> [Consulta: abril de 2006]
7. J. Bruner, 1991. “Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva”. Alianza Editorial (Madrid). 29, 34, 52, 59, 31, 33.
8. P. Bourdieu, 1983. “Campo del poder y campo intelectual”. Folios Ediciones (Buenos Aires). 22.
9. J. Lave, 2001. La práctica del aprendizaje. En: S. Chaiklin y J. Lave (comp.). “Estudiar las prácticas. Perspectivas sobre actividad y contexto”. Amorrortu (Buenos Aires). 16-7, 19.
10. L. Pantano, 2002. La diversidad en la escuela: nosotros y los otros. Elementos para la reflexión. En: A. Dell’Anno (comp.). “Discapacidad y educación en la perspectiva de la diversidad”. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social/Universidad Nacional de Mar del Plata. Mundo Impresos (Mar del Plata). 22-3.

APENDICE A

Guión de entrevista para el responsable del pasante en la empresa

- ¿Cómo considera UD que ha sido la formación laboral recibida por el alumno-pasante en el CFL N° 1 en función de su desempeño en la empresa?
- ¿Fueron necesarios nuevos aprendizajes para la realización de las tareas asignadas al pasante? ¿Cuáles fueron dichos aprendizajes?
- ¿Qué opinión le merece la participación del CFL N° 1 en el seguimiento del alumno-pasante en la empresa?
- ¿Cuál es su visión respecto al desempeño del alumno en el puesto de trabajo ocupado?
- ¿Cómo es la relación del pasante con los compañeros de trabajo y con el supervisor?
- ¿Qué edades tienen los otros trabajadores?
- ¿Ha cambiado el clima de trabajo a partir de la incorporación del pasante a la empresa?
- ¿Qué condiciones observaron en el ex alumno del CFL N° 1 para decidir incorporarlo a la planta permanente?
- ¿Cuál ha sido su experiencia como “supervisor” de los pasantes del CFL N° 1?

Guión de entrevista para los alumnos en pasantía laboral y ex alumno pasante del CFL N° 1

- ¿Qué tarea haces en la empresa?
- ¿Es la misma tarea que cuando comenzaste la pasantía?
- ¿Sabías hacer estas tareas cuando comenzaste la pasantía?
- ¿Quién te las enseñó?
- ¿Haces siempre lo mismo? - ¿Te gustaría hacer otras tareas?
- ¿Cómo son tus tareas? ¿Fáciles o difíciles?
- ¿Trabajas con máquinas?
- ¿Sabías usarlas?
- ¿Pensás que es un trabajo peligroso?
- ¿Tuviste algún accidente? ¿Por qué se produjo? ¿Qué pasaría si tuvieras un accidente?
- ¿Lo que aprendiste en el centro (CFL N° 1) te sirvió para este trabajo?
- ¿Cómo te llevas con tus compañeros? ¿Y con el supervisor?
- ¿Compartís alguna actividad con ellos durante el descanso?
- ¿Compartís alguna actividad con tus compañeros fuera del trabajo?
- ¿Te gusta lo que haces?
- ¿Qué sentiste en tu primer día de trabajo?
- ¿La pasantía modificó tu vida personal? ¿En qué aspecto?
- ¿Qué piensa tu familia de tu trabajo?

APÉNDICE B

Glosario

Apoyo: Son los recursos y estrategias que promueven los intereses y metas de las personas con y sin discapacidades que les posibilitan el acceso a recursos, información y relaciones propias de ambiente de trabajo y vivienda integrados, y que dan lugar a un incremento de su independencia/interdependencia, productividad, integración en la comunidad y satisfacción de la persona (DGCE/DEE PCIA. BS. AS. Circular Técnica General N° 5. 20/06/03).

Aptitud: Es la potencialidad o predisposición de la persona para desarrollar una habilidad o un comportamiento. Es innata y puede definirse mediante las características siguientes: predisposición natural para determinado trabajo o tarea; existe sin ejercicio, entrenamiento o aprendizaje; se evalúa por medio de comparaciones; permite pronosticar el futuro del candidato en la profesión; con el ejercicio o entrenamiento se transforma en “capacidad”; predisposición general o específica a perfeccionarse mediante el trabajo; posibilita la orientación hacia determinado cargo a futuro y, es el estado latente y potencial del comportamiento (Chiavenato, 1998: p. 206).

Capacidad: Habilidad real de la persona en determinada actividad o comportamiento y se adquiere a partir del desarrollo de una aptitud mediante el entrenamiento o la práctica. Se adquiere y puede definirse a través de las características siguientes: habilidad para realizar determinada actividad o tarea; surge del entrenamiento o aprendizaje; se evalúa mediante el rendimiento en el trabajo; se refiere a la habilidad real del individuo; es el resultado de ejercitar la aptitud; es el grado de perfeccionamiento adquirido en el trabajo; posibilita su acoplamiento inmediato en el cargo y es el estado real de comportamiento. Una prueba de conocimiento o de capacidad ofrece un diagnóstico real de las habilidades del candidato, en tanto que una prueba de aptitud proporciona un pronóstico futuro de su potencialidad de desarrollo (Chiavenato, 1998: pp. 206-7).

Las capacidades se describen en la teoría de la competencia general como aquellos atributos que posibilitan a las personas para funcionar en la sociedad. La capacidad personal más relevante para la definición de retardo mental es la inteligencia conceptual que abarca la cognición y el aprendizaje. Los aspectos más relevantes de la competencia social son los intelectuales que comprenden tanto la inteligencia práctica como social (DGCE/DEE PCIA. BS. AS. Circular Técnica General N° 5. 20/06/03).

Competencia laboral: comprende los conocimientos, habilidades o destrezas que requiere un individuo para la ejecución de una actividad productiva así como los procedimientos para su evaluación, acreditación y certificación (Salinas Alemán, 1997: p. 147).

Las competencias son “conjuntos estabilizados de saberes y de saber hacer, de conductas tipo, de tipo de razonamiento, que se pueden poner en marcha sin nuevo aprendizaje... Esto permite saber con quien se puede contar para cumplir determinada tarea.” (Montmollin, M. de, “La inteligencia de la tarea” en A. Jobert y otros, 1992: p. 29).

Desempeño laboral: hace referencia a resultados y productos requeridos por el criterio de desempeño y delimitado por el campo de aplicación que permiten probar la competencia del trabajador (Salinas Alemán, 1997: p. 153).

Discapacidad: Concepto que refleja la interacción entre la limitación de capacidades intelectuales, habilidades adaptativas y las demandas del entorno (DGCE/DEE PCIA. BS. AS. Circular Técnica General N° 5. 20/06/03).

Empleabilidad: Abarca las calificaciones, conocimientos y las competencias que aumentan la capacidad de los trabajadores para conseguir y conservar un empleo, mejorar su trabajo y adaptarse al cambio, elegir otro empleo cuando lo deseen o pierdan el que tenían e integrarse más fácilmente en el mercado de trabajo en diferentes períodos de su vida (Resolución sobre el Desarrollo de Recursos Humanos, Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo, 88ª reunión, Ginebra, junio de 2000, párrafo 9) <http://www.cinterfor.org.uy>[02/03/07]

Probabilidad que tienen las personas desocupadas de encontrar un empleo en un período dado (Neffa, Panigo y Pérez, 2000: 27).

Limitación funcional: Comprende el efecto de las deficiencias en el desempeño o capacidad de ejecución (DGCE/DEE PCIA. BS. AS. Circular Técnica General N° 5. 20/06/03).

Mercado de Trabajo: Se comporta en términos de oferta y demanda, es decir, disponibilidad de empleos y demanda de empleos, respectivamente. Está conformado por las ofertas de trabajo o empleo ofrecidos por las organizaciones en determinado lugar y en determinada época. Básicamente lo definen las organizaciones y sus oportunidades de empleo (Chiavenato, 1998: p.136).

Necesidades Educativas Especiales: En el contexto del Marco de Acción, el término se refiere a todos los niños y jóvenes cuyas necesidades se derivan de su capacidad o sus dificultades de aprendizaje y tienen por lo tanto necesidades educativas especiales en algún momento de su escolarización (ONU, 1994: Declaración de Salamanca).

Las necesidades educativas especiales son las experimentadas por aquellas personas que requieren ayudas o recursos que no están habitualmente disponibles en su contexto educativo, para posibilitarles su proceso de construcción de las experiencias de aprendizaje establecidas

en el Diseño Curricular (MINISTERIO DE CULTURA Y EDUCACIÓN DE LA NACIÓN, 1998).

Ocupación: Conjunto de puestos de trabajo relacionados entre sí cuyas tareas principales son análogas y exigen aptitudes, habilidades y conocimientos similares (Pujol, 1987: p. 104).

La clasificación de ocupaciones agrupa a personas que realizan tareas similares independientemente del lugar en que ellas se lleven a cabo. Se utiliza la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO) aunque el contenido real de los grupos ocupacionales difiere de un país a otro, por diferencias en las definiciones y métodos de recopilación de datos (Serrat, 1999: p.121).

Pasantía laboral: Extensión orgánica del sistema educativo a instituciones de carácter público o privado para la realización, por parte de los alumnos y docentes, de prácticas relacionadas con su educación y formación, de acuerdo a la especialización que reciben, bajo la organización y control de la institución de enseñanza a la que pertenecen, durante un lapso determinado (Decreto 340/92: Art. 2º).

Puesto de Trabajo: Conjunto de tareas que dentro de determinadas condiciones de trabajo definidas generalmente por un establecimiento constituyen la labor regular de un individuo (Pujol, 1987: p. 105).

Tarea: Es una fracción importante del trabajo realizado en el ejercicio de un puesto y que se realiza en respuesta a un propósito definido por medio de la aplicación de un método específico (Pujol, 1987: p. 106).

APÉNDICE C

Bibliografía

BLASCO, E. (2004). Calidad de vida y autodeterminación. Reflexiones sobre el programa de acogida en un hogar para personas con graves discapacidades. En: A. Dell'Anno, M. Corbacho y M. Serrat (coord.). "Alternativas de la diversidad social: las personas con discapacidad". Universidad Nacional de Mar del Plata. Espacio Editorial (Buenos Aires).

BOURDIEU, P. (1983). "Campo del poder y campo intelectual". Folios Ediciones (Buenos Aires).

BRUNER, J. (1991). "Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva". Alianza Editorial (Madrid).

CASADO PÉREZ, D. y EGEEA GARCÍA, C. (2006). Las estrategias para el cambio pro inclusión de las personas con discapacidad. <<http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/art/estrategias.htm>> [mayo de 2006].

CHIAVENATO, A. (1998). “Administración de Recursos Humanos” (2ª ed.). McGraw - Hill (Colombia).

DECRETO 340/92: “Sistema de pasantías”. Boletín Oficial, 28 de febrero de 1992.

DIAZ JIMENEZ, R. et al. (2005). “El empleo de las personas con discapacidad y alternativas para su integración en el mercado de trabajo”. Universidad Pablo de Olavide / Unión General de Trabajadores de Andalucía (Sevilla).

DIRECCIÓN GENERAL DE CULTURA Y EDUCACIÓN/DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN ESPECIAL DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES (2003). “Anexo I. Trayecto Pre-profesional para alumnos con Necesidades Educativas Especiales”. Expte. N° 5801-3279530/03. DGCE/DEE (La Plata).

DIRECCIÓN GENERAL DE CULTURA Y EDUCACIÓN/DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN ESPECIAL DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES (2003). Circular Técnica General N° 5. 20 de junio de 2003. <En World Wide Web: <http://abc.gov.ar/LaInstitución/SistemaEducativo/Especial/Circulares/Generales19992002/General2003/TecnicaGeneral5doc:10081>> [Consulta: abril de 2006]

FUNDACIÓN DISCAR (2004). Curso de Capacitación por video-conferencia para Profesores y Docentes: Empleo con Apoyo. Fundamentos y metodologías. < En World Wide Web: <http://www.fundaciondiscar.org.ar>>

GIRAUDO, E. D., NEFFA, J. C. (1990). “Condiciones y medio ambiente de trabajo (CYMAT). Manual de apoyo didáctico y guía para la capacitación”. CEIL – CONICET/SECYT y UTN Gral. Pacheco. Editorial Humanitas (Buenos Aires).

GRINBERG, S. M. (2003). “El mundo del trabajo en la escuela”. Universidad Nacional de San Martín. Baudino Ediciones (Buenos Aires).

JOBERT, A. y otros (1992). “Formación Profesional. Calificaciones y clasificaciones profesionales. Su influencia en las relaciones de trabajo. La experiencia francesa”. CONICET- SECYT. Piette-Humanitas (Buenos Aires).

LAVE, J. (2001). La práctica del aprendizaje. En: S. Chaiklin y J. Lave (comp.). “Estudiar las prácticas. Perspectivas sobre actividad y contexto”. Amorrortu (Buenos Aires).

MINAYO, M. C. S. (1995). “El desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud”. Editorial Lugar (Buenos Aires).

MINISTERIO DE CULTURA Y EDUCACIÓN DE LA NACION (1998). “Material de trabajo para la elaboración de un acuerdo marco para la educación especial”. Agosto de 1998.

NEFFA, J. C. (1988). “¿Qué son las condiciones y medio ambiente de trabajo? Propuesta de una nueva perspectiva”. Editorial Humanitas (Buenos Aires).

NEFFA, J. PANIGO, D. y PEREZ, P. (2000). En: M.A.A. Espinosa. Del empleo a la empleabilidad, de la educación a la educabilidad. ASET (Asociación Argentina de Especialidades en Estudios del Trabajo). CEIL-CONICET. Universidad Nacional de Luján. Séptimo Congreso de Especialistas en Estudios del Trabajo. <www.aset.org.ar/congresos/7/10003.pdf> [fecha de consulta 05/11/06].

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA EDUCACIÓN, LA CIENCIA Y LA CULTURA / MINISTERIO DE EDUCACION Y CIENCIA DE ESPAÑA (1994). “Declaración de Salamanca y marco de acción para las necesidades educativas especiales”. 7 al 10 de junio de 1994. Salamanca, España.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (1996). “Introducción al estudio del Trabajo” (4ª ed. rev.). Oficina Internacional del Trabajo (Ginebra).

PANTANO, L. (2002). La diversidad en la escuela: nosotros y los otros. Elementos para la reflexión. En: A. Dell’Anno (comp.). “Discapacidad y educación en la perspectiva de la diversidad”. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social - Universidad Nacional de Mar del Plata. Mundo Impresos (Mar del Plata).

PUJOL, J. (1987). “Análisis Ocupacional. Manual de aplicación para instituciones de Formación Profesional”. CINTERFOR / OIT (Montevideo).

SALINAS ALEMAN, A. (1997). Modelo de proceso para la elaboración de las normas técnicas de competencia laboral en el Consejo de Normalización y Certificación de las Competencias Laborales de México. En: “Herramientas para la transformación”. CINTERFOR / OIT (Montevideo).

SERRAT, M. (Comp.) (1999). “Vocabulario para el estudio interdisciplinario de la discapacidad”. Ediciones Martín (Mar del Plata).

VALLES, M. S. (1999). “Técnicas Cualitativas de Investigación Social. Reflexión metodológica y práctica profesional”. Síntesis (Madrid).

“EVALUACIONES FUNCIONALES DE TERAPIA OCUPACIONAL EN EL
TRATAMIENTO FOCAL DE LA ESPASTICIDAD”

Autores: Lic. Lorena Esther Degue

Lic. Sandra Cecilia Nieto Ramírez

Fundación para la Lucha de Enfermedades Neurológicas Infantiles FLENI. Sede Escobar.

Ruta 9, Km .52,5 Escobar (B1625XAF) Buenos Aires –Argentina

Tel/Fax: 03488-410000

E-mail: sede-escobar@fleni.org.ar

I. “EVALUACIONES FUNCIONALES DE TERAPIA OCUPACIONAL EN EL TRATAMIENTO FOCAL DE LA ESPASTICIDAD”

II. Lic. Lorena Esther Degue, Lic. Sandra Cecilia Nieto Ramírez

III. Fundación para la lucha de enfermedades neurológicas infantiles. FLENI. Sede Escobar.

IV. Cuando los Terapistas Ocupacionales abordamos el tratamiento específico de la espasticidad fácilmente comenzamos a adaptarnos a modelos de abordaje biomecánico, ya que, es habitual medir objetivamente la efectividad del tratamiento mediante el análisis del rango articular, tono muscular, fuerza de músculos agonistas y antagonistas y observación de la recuperación de patrones específicos de movimiento.

Aunque, si tenemos en cuenta, el concepto de salud definido por la OMS en la CIF sabemos de la importancia actual de desarrollar escalas y marcos de trabajo mas integradores persona-tarea –ambiente y comunidad, lo que determina la necesidad de analizar a la persona con espasticidad desde un aspecto mas integral. Así, la cuantificación de aspectos analíticos de movimientos debería complementarse con el análisis de patrones de ejecución que se deben mejorar o facilitar para que el paciente logre completar eficazmente su desempeño ocupacional como resultado de la interacción dinámica entre éste, la tarea y el ambiente.

Nosotros comenzamos a utilizar en la Clínica de Espasticidad de Fleni la escala Arm Motor Ability Test (AMAT) que consiste en la valoración del desempeño del paciente en una serie de actividades de la vida diaria básicas e instrumentales y la escala Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) modificada que mide específicamente la efectividad o inefectividad de las diferentes habilidades motoras y de procesamiento requeridas e involucradas en cada actividad.

Estas escalas nos permiten no solo evaluar los cambios sino también la posibilidad de plantear junto con el paciente nuevos objetivos de tratamiento en función de sus intereses y motivaciones.

V. Históricamente el tratamiento de la espasticidad en pacientes neurológicos se basa en modelos de abordaje biomecánico ⁽¹⁾, utilizando, para medir la efectividad del tratamiento focal, escalas específicas de medición de rango articular (Goniometría⁽²⁾); grados de aumento o disminución del tono (Ashworth modified ⁽³⁾, Tardieu ⁽⁴⁾); escalas de frecuencia de espasmos (Spasm Frequency Store⁽⁵⁾), pruebas que miden los reflejos tendinosos (H-Reflex and H/M Ratio⁽⁶⁾), escalas recuperación motora (Brunnstrom Stroke Scale⁽⁷⁾ y la Fugl Meyer Scale⁽⁸⁾), en algunos casos se utilizan dinamómetros para medir fuerzas de puño y de pinzas⁽⁹⁾ y la Medical Research Council Scale (MRC)⁽¹⁰⁾ que permite medir la fuerza muscular en los diferentes miembros. Los doctores Nathaniel Mayer y Alberto Squenazzi han desarrollado el método de valoración por medio de electromiografía dinámica haciendo hincapié en una mayor efectividad para localizar y analizar alteración del tono en músculos individualizados^(11, 12).

En los últimos tiempos surgió la necesidad de incorporar escalas funcionales y muchos científicos sumaron a sus trabajos la Functional Independence Measure ⁽¹³⁾ y el Barthel Index⁽¹⁴⁾ para evaluar cambios en la independencia de las actividades cotidianas; sin embargo, los resultados reflejan que estas escalas son pocos sensibles a la hora de medir cambios antes y después de la reducción del tono muscular.

El Arm Motor Ability Test (AMAT)⁽¹⁵⁾ ha sido desarrollado para medir los resultados del tratamiento de Constraint Induce⁽¹⁶⁾. Es una escala observacional que consta de 13 actividades de la vida diaria básicas e instrumentales simuladas, las cuales la persona debe realizar cumpliendo pasos específicos mientras está siendo filmado. Las actividades son divididas en componentes de tarea que varían de dos a tres según la actividad y la valoración de cada componente es de 0 (no logra realizarlo) a 5 (normal), evaluando calidad y habilidad motora, con valores intermedios que varían según el nivel de compensación que realice o la sinergia utilizada por la persona.

Ya que las escalas funcionales mencionadas anteriormente no logran valorar específicamente el antes y después del tratamiento focal de la espasticidad comenzamos, en la clínica de espasticidad, a utilizar el AMAT que nos permitió observar cambios de las destrezas motoras requeridas para las actividades cotidianas.

Específicamente en una investigación que estamos realizando que permite correlacionar los resultados analíticos del movimiento con los resultados de las destrezas en actividades de la vida diaria simuladas y con los de resonancias funcionales del cerebro en personas con secuelas de accidentes cerebrovasculares, obtuvimos hasta el momento, de una muestra de 5 pacientes que mejoras en los resultados de la activación cerebral se correlacionan con mejoras

en los resultados analíticos y en la calidad y habilidad de las destrezas motoras en las actividades evaluadas en el AMAT⁽¹⁷⁾.

Sin embargo la posibilidad de elegir entre actividades significativas para la persona no esta contemplada por esta escala, por esto la complementamos con la Assessment of Motor and Process Skills (AMPS)^(18, 19) que mide específicamente la efectividad o ineffectividad de las diferentes habilidades motoras requeridas e involucradas en cada actividad, las cuales, son desarrolladas en un contexto adecuado y apto para la actividad que se va a realizar. Realizamos una modificación de la misma, ya que las actividades que utilizamos en la Clínica son propuestas por el paciente y planteadas en la entrevista inicial como actividades de interés (y no las específicas que propone la escala validada).

Vamos a dar una ejemplo: Una paciente de 39 años de edad que concurre a la Clínica de Espasticidad presenta una limitación en la abducción de hombro derecho, específicamente por un aumento de tono de Ashworth $\frac{3}{4}$ en aductores y podía abducir activamente 60° según medición goniométrica; la evaluación de fuerza muscular según la escala de MRC mostró que su fuerza en abducción era de 3+ (enmascarada por el aumento de tono); en relación a lo funcional pudimos saber que una actividad de gran interés para ella era pintar y que no la estaba pudiendo realizar porque su capacidad de tolerancia a mantener el miembro superior, para pintar en atril (técnica que ella utilizaba regularmente), era casi nula; se decidió tratar localmente el redondo mayor y pectoral mayor y la aducción de hombro disminuyó a Ashworth 1+ y logró una abducción activa de 110° lo que no sería tan interesante de decir sino sabemos que esto le permitió retomar su actividad de pintar en atril y según refería con una fatiga mínima que en reevaluaciones sucesivas fue disminuyendo, ya que a medida que realizaba la actividad con frecuencia aumentaba la tolerancia y fuerza de los abductores de hombro.

Esto aumenta nuestro desafío, ya que no es fácil mantener un abordaje centrado en el cliente en un tratamiento que históricamente viene siguiendo el modelo de abordaje biomecánico, sin embargo siempre debemos tener presente, que el involucrarse en una ocupación y estar “activo” es el objetivo de la intervención de Terapia Ocupacional. La salud y el bienestar son conceptos holísticos y se desarrollan y mantienen con la dedicación activa en una ocupación. Muy frecuentemente se observa una falta de destreza en personas con espasticidad cuando intentan desempeñarse en una ocupación, lo cual puede limitar el desempeño en la misma y desencadenar falta de motivación para perseverar en su realización.

El AMAT complementado con el AMPS modificado son herramientas propias de nuestra disciplina, fáciles de administrar, objetivizan los datos que obtenemos de la entrevista con el paciente y/o familiares y no solo nos permite evaluar los cambios, sino también, la posibilidad de plantear junto con ellos nuevos objetivos de tratamiento en función de sus intereses y motivaciones, a fin de aumentar la participación del mismo en actividades significativas que en definitiva definen sus roles y lo representan como persona.

VI.

1. Hopkins Helen L., Smith Helen D., 1998. "Terapia Ocupacional- Willard/Spackman" Ed. Panamericana (España) Octava Edición: 66-67
2. Trombly, Catherine A. 1990 "Terapia Ocupacional para enfermos incapacitados físicamente" La Prensa Médica Mexicana; Parte Uno: 240-256
3. Bohannon RW, Smith MB., 1986. Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity. *Phys Ther*; 67: 206-207
4. Haugh AB, Pandyan AD, Johnson GR., 2006. A systematic review of the Tardieu Scale for the measurement of spasticity. *Disabil Rehabil*; 28: 899-907
5. Snow BJ, Tsui JKC, Bhart MH, Varelas M, Hashimoto SA, Calne DB., 1990. Treatment of spasticity with botulinum toxin: a double blind study. *Ann Neurol*; 28: 512-515
6. Delwaide PJ., 1993. Human reflex studies for understanding the motor system. *Phys Med Rehabil Clin North Am*; 4: 669-686
7. Brunnstrom S., 1970. "Movement Therapy in Hemiplegia" Harper and Row (New York)
8. Sanford J, Moreland J, Swanson LR, Stratford PW, Gowland C., 1993. Reliability of the Fugl Meyer assessment for testing motor performance in patients following stroke. *Phys Ther*; 73: 447-454
9. Trombly CA, Scott AD., 1977. "Evaluation and treatment of hand function, in Occupational Therapy for Physical Dysfunction" Williams and Wilkins (Baltimore)
10. Gregson J, Leathley M, Moore P, Smith T, Sharma A, Watkins C., 2000 Reliability of measurements of muscle tone and muscle power in stroke patients. *Age and Ageing*; 29: 223-228
11. Mayer N., 2004. Choosing Upper Limb Muscles for Focal Intervention After Traumatic Brain Injury. *J Head Trauma Rehabil*; 19, 2: 119-142
12. Mayer N., Esquenazzi A, Keenan MA., 1996. Evaluation and Management of Spasticity, Contracture and Impaired Motor Control. *Medical Rehabilitation of Traumatic Brain Injury* Zasler N. Horn eds. (Philadelphia); 411-458

13. Keith R, Granger C Hamilton B Sherwin F., 1987. The Functional Independence Measure: A new tool for rehabilitation. *Adv Clin Rehab*; 1: 6-18
14. Mahoney F, Barthel D., 1965. Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Med J*; 14: 61-65
15. Kopp, B., Kunkel, A., Flor, H., Platz, T., Rose, U., Mauritz, K.H., Gresser, K., McCulloch. K.L., & Taub, E., 1997. The Arm Motor Ability Test (AMAT): Reliability, validity and sensitivity to change. *Arch. Phys. Med. Rehab*; 78: 615-620
16. Taub E, Crago JE, Uswatte G., 1998. Constraint-Induced Movement Therapy: a new approach to treatment in physical rehabilitation. *Rehabil Psychol*; 43:152-70.
17. Villarreal M; De Ambrosi, B; Silva, L; Nieto Ramírez, S; Gómez Argüello, S; Crespo, M; Fridman E., 2006. "Plasticidad Adaptativa luego del Tratamiento con Toxina Tipo A en la Espasticidad de Miembro Superior por Accidente Cerebrovascular" Poster presentado en el XLIII Congreso Argentino de Neurología.
18. Carmen Gloria de Las Heras., 2005. "Teoría y Aplicación del Modelo de Ocupación Humana" Copyright Encuentros; Segunda parte: 230-246
19. <En World Wide Web: <http://www.ampsintl.com/> [10 de Marzo 2007]

HISTORIAS INFANTILES COMO INSTRUMENTO MEDIADOR EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN TERAPIA OCUPACIONAL. Mg. Ana Cléa Veras Camurça Vieira, Dra. Luiza Jane Eyre de Souza Vieira, Dra. María Teresa Moreno Valdés. Universidad de Fortaleza, Fortaleza, Ceará, Brasil. Av. Washington Soares, 1321, teléfono: 055 85 3477 3203, anaclea@unifor.br y fax 055XX8534773062.

El trabajo contó en ayuda financiera de la Fundação Cearense de Apoio de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – FUNCAP e ayuda al material de Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq.

HISTORIAS INFANTILES COMO INSTRUMENTO MEDIADOR EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN TERAPIA OCUPACIONAL. Mg. Ana Cléa Veras Camurça Vieira, Dra. Luiza Jane Eyre de Souza Vieira, Dra. María Teresa Moreno Valdés. Instituto Dr. José Frota. Fortaleza-CE. Brasil

Los accidentes en la infancia y las hospitalizaciones que provocan constituyen grandes desafíos considerando los problemas que pueden acarrear al desarrollo infantil, principalmente por la interrupción de los papeles ocupacionales y repercusión en el ciclo vital. El estudio tuvo como objetivo comprender el sentido de las historias infantiles utilizadas como estrategia promotora de salud en Terapia Ocupacional (TO), desde la percepción del niño hospitalizado. Metodológicamente, se sustenta en el abordaje cualitativo, caracterizándose como estudio descriptivo. Fue realizado de julio a octubre de 2005, en la Unidad Pediátrica del Instituto Dr. José Frota, hospital de referencia en el Norte-Nordeste de Brasil, en atención al politraumatizado, en Fortaleza, Ceará. Participaron del estudio 10 niños y niñas entre 6 y 10 años, víctimas de accidentes no intencionales. Los datos fueron obtenidos mediante investigación documental, entrevista, lectura de historias, diario de campo, dibujo y observación participante. Los resultados fueron analizados fundamentalmente a la luz de la teoría Histórico-Cultural y apuntaron hacia las categorías: diversidad y ecología del accidente, sentido de las historias, práctica de la lectura en la hospitalización y pluralidad de cuidados. Esas categorías convergieron hacia el *tienena*: Historias infantiles como instrumento mediador en la Promoción de la Salud en TO. Concluyese que la utilización de historias infantiles en ambiente hospitalario, práctica del terapeuta ocupacional, es estrategia promotora de salud, por favorecer el bienestar de los niños y desarrollar la autoconstrucción de conocimientos sobre prevención de accidentes. Acreciéntese que es un instrumento adaptable, en consonancia con las necesidades/posibilidades de los niños, que considera sus contextos.

Palabras clave: Promoción de Salud, niño hospitalizado, Terapia Ocupacional, historias infantiles, Teoría Histórico-Cultural

INTRODUCCIÓN

La hospitalización infantil es hoy un tema bastante discutido, fruto de varias polémicas sobre la influencia del ambiente hospitalario en el desarrollo del niño, constituyendo objeto de estudio y reflexiones sobre el concepto de Salud.

Esas discusiones, sobre los rumbos de la Salud, focalizando el ambiente, surgieron a partir de la Tercera Conferencia Internacional sobre Promoción de Salud, la Conferencia de Sundswall⁽¹⁾, repercutiendo, positivamente, con la promulgación del Estatuto del Niño y del Adolescente (ECA)⁽²⁾ y, posteriormente, con la creación del Programa Nacional de Humanización de Asistencia Hospitalarioia, que favorecieron, en Brasil, la necesidad de humanización de cuidados en ambiente hospitalario.

La Conferencia de Sundswall⁽¹⁾ preconiza la necesidad de propiciar ambientes saludables, siendo imperativa la creación de locales favorables y promotores de Salud, estableciendo que todos los profesionales de Salud pueden contribuir con esos espacios, pues son interdependientes e inseparables, influenciando la dimensión física, social, espiritual, económica y política del ser. Reafirma la importancia del compromiso que estos profesionales deben tener en el sentido de promover la Salud, preservando ambientes y conductas volcadas hacia la humanización en la atención al usuario del servicio⁽³⁾.

El Programa Nacional de Humanización de la Asistencia Hospitalarioia⁽⁴⁾ surgió debido a cuestiones históricas que condujeron a la implantación y consolidación del sistema de Salud brasileiro. El hospital era un local de aislamiento y segregación, pues acogía personas portadoras de alguna dolencia y que no deberían estar en la convivencia familiar, social⁽³⁾.

Ese local o ambiente de cura inherente al modelo biomédico, tradicionalmente es retratado como forma de punición^(5,6) para quien, de alguna manera, fue profundamente acometido por la enfermedad, especialmente para aquellos que poseen personalidades fatalistas, que los predisponen al desarrollo de algunas enfermedades⁽⁷⁾.

Actualmente, se preconiza la transformación del hospital en un ambiente significativo para la Promoción de la Salud, implementando y adecuando las biotecnologías al contacto humano, así como la relación de los profesionales con el contexto y con las necesidades del niño y de la familia que vivencian el proceso de adolecimiento.

Con el objetivo de salvaguardar algunos de esos derechos, surgen en Brasil el Estatuto del Niño y del Adolescente (ECA)², se eligen algunas necesidades básicas del niño, no

haciéndose referencia aquí apenas a la sobrevivencia. Para que sea feliz, se acredita que este niño necesita ser amado, sentirse seguro, aceptado incondicionalmente y acogido por los padres o responsables, tratado con respeto y tolerancia, además de oído. Esas necesidades, que estructuran y favorecen la adquisición de autonomía, deben ser preservadas, independientemente del ambiente en que los niños estén⁽²⁾.

De ese modo, la hospitalización en la infancia puede configurar una experiencia potencialmente traumática, por el alejamiento de la convivencia familiar, pérdida de la autonomía, mudanzas conportamentales como miedo, ansiedad, regresión e inseguridad que dificultarán la recuperación de la Salud⁽⁸⁾.

La repercusión de experiencias hospitalarias positivas refuerza el hecho de que, cuando un niño se siente seguro se torna disponible en la relación con el otro y con el mundo que lo rodea y esto influenciará en su aprendizaje y adaptación⁽⁹⁾.

Para contextualizar la práctica del terapeuta ocupacional en los ambientes hospitalarios, se relaciona a la ciencia Terapia Ocupacional al individuo, a los papeles y a las ocupaciones. Eses son los elementos clave en las relaciones y en el desempeño ocupacional en el ambiente en que vive. Los terapeutas ocupacionales tienen la función de estimular a los individuos en los procesos de terapia, dirigiendo actividades y tareas de forma creativa y terapéutica para alcanzar objetivos que sean significativos y relevantes para la vida diaria⁽¹⁰⁾.

La historia del niño y la comprensión de su contexto familiar son puntos de partida para la asistencia terapéutica ocupacional⁽¹¹⁾. El principal camino para la elaboración de esa asistencia, sin embargo, es la observación, considerando que la visión del terapeuta ocupacional investiga lo que ocurre en la relación establecida con el cliente y las actividades, principal instrumento utilizado para registrar y componer una historia que trae elementos del sujeto de la asistencia, de su día a día y de sus necesidades.

El terapeuta ocupacional y los otros niños que participan del grupo de historias pueden actuar como intérpretes de la adecuación social y cultural de las acciones de estos sujetos, esclareciendo eventos reales⁽¹²⁾. El proceso de oír la historia del niño puede abrir una ventana para que este profesional comprenda su mundo y sus percepciones a partir de los cuestionamientos sobre las historias infantiles y la dolencia.

Partiendo de ese presupuesto, en 2001, la Fundación Abrinq, el Citigroup y el Ministerio de Salud se unieron para instalar bibliotecas y capacitar profesionales de Salud, como contadores de historias infanto-juveniles en diversas situaciones, como salas de espera, momentos transitorios o libres del ingreso y en la atención en los hospitales. Ese proyecto que, es llamado de **Biblioteca Viva en Hospitales**, tiene el objetivo de hacer con que la

hospitalización no sea solamente un factor de exclusión, mas que pueda colaborar con la promoción del universo imaginario del niño⁽¹³⁾.

Desde el momento en que la historia “saca” al niño por algunos momentos de ese mundo de sufrimiento, conduce al niño a sonreír, a soñar, ayuda en el alivio de sus tensiones, disminuye el estrés y auxilia en la adaptación al ambiente hospitalario⁽¹⁴⁾.

Ese encantamiento del ser humano por las historias es un trazo genético, describiéndolo como un contador de historias⁽¹⁵⁾, a partir de los hechos de la vida cotidiana teje como narrativa, sobre todo para hacer buena figura delante de otros e interpretando la realidad.

Las actividades lúdicas, envolviendo las historias infantiles, proporcionan estímulos a la imaginación. Proporciona la creación de un estado imaginario, no es algo fortuito en la vida del niño, por el contrario, es la primera manifestación de la emancipación del niño en relación a las restricciones situacionales⁽¹⁶⁾.

De ese modo, el saber popular y espontáneo del niño debe ser sumado a las acciones en Educación en Salud a partir de las iniciativas que favorecían transformaciones en el ambiente hospitalario, posibiliten el acogimiento, una relación dialógica entre el terapeuta ocupacional y el niño. En ese sentido, la investigación tuvo como objetivos: comprender el sentido de las historias infantiles utilizadas como estrategia promotora de Salud en Terapia Ocupacional en la percepción del niño hospitalizado; describir los efectos provocados por las historias infantiles sobre las acciones y actitudes de los niños hospitalizados; y analizar como el niño reconstituye, por intermedio del dibujo, la historia contada, y cuales las relaciones que establece entre sus vivencias.

REFERENCIAL TEÓRICO Y METODOLÓGICO

La perspectiva teórica de la pesquisa fue respaldada a través de la Teoría Histórico-Cultural y teorías sobre el juego, enfatizando los contextos sociales y culturales, además del papel desempeñado por el terapeuta ocupacional en el desarrollo de las actividades infantiles. Para articular la autoconstrucción del conocimiento a partir de la historia infantil y de las vivencias de los niños el camino metodológico fue delineado y sustentado en el abordaje cualitativo, caracterizándose como un estudio descriptivo. La línea teórico-metodológica fue constituida enfocando las visiones **macro**, **meso** y **micro** sobre la problemática.

Para entender al niño en una visión macro sobre desarrollo infantil, nos apropiamos de la teoría histórico-cultural, preconizada por Vygotski^(16,17,18) la cual nos permitió el entendimiento de las cuestiones relacionadas a las funciones superiores específicamente humanas y las relaciones con el contexto cultural y social.

Describimos algunos axiomas inherentes a la teoría histórico-cultural, inferido que, para el autor antes citado, el desarrollo de las funciones superiores pasa inicialmente por el plano social y después por un nivel individual. La transmisión y la adquisición de esos conocimientos y de los patrones culturales solamente son posibles a partir del proceso de internalización que pasa por el plano interpsicológico (entre las personas) e intrapsicológico (en el interior del niño).

En la internalización, se establece la reconstrucción interna de una operación externa e incide en una serie de transformaciones resultantes de procesos evolutivos a partir de los conceptos, en los cuales ocurre la formación de la consciencia, producto de la subjetividad a partir de situaciones de intersubjetividad ⁽¹⁹⁾.

Ese proceso es promovido por la mediación, caracterizada en la relación del individuo con el mundo y con otros individuos, para el desarrollo de las funciones psicológicas superiores. Los siguientes componentes para la interacción son: el organismo receptor, el estímulo y el mediador ^(18,20).

En este estudio, nos apropiamos de los componentes para la interacción, esclareciendo que el organismo receptor es simbolizado por el niño hospitalizado, el estímulo, por las historias infantiles, y el mediador, por la investigadora, que representa la Terapia Ocupacional como ciencia y práctica promotora de Salud.

Podemos citar como instrumentos mediadores las herramientas y los signos. Las herramientas están relacionadas a los objetos físicos, que causan modificaciones ambientales, mientras los signos son elementos constituyentes de la cultura, con la función de actuar directamente en las acciones. Los más comunes son los **sistemas** simbólicos que nos permiten actuar sobre la realidad ⁽²¹⁾.

Es imprescindible entender las acepciones diferentes sobre el significado y el sentido. El significado se refiere al sistema de relaciones objetivas que se formó en el desarrollo de la palabra y consiste en el núcleo relativamente estable de comprensión de la palabra, compartido por todos que la utilizan. El sentido se refiere al significado de la palabra para cada individuo, compuesto por las relaciones que dicen a respecto del contexto del uso de la palabra y las vivencias afectivas del individuo ^(16, 21, 22,23).

Cuando buscamos el sentido de las historias infantiles para los niños hospitalizados por accidentes, buscamos subsidiar y ampliar prácticas educativas apoyadas en el desarrollo social y cognitivo del niño, destacando los papeles ocupacionales.

En ese sentido, también ofrecemos algunos elementos para la reflexión sobre la significación y su relación con el desarrollo constituido en la interacción social y en el contexto histórico-cultural. Los “significados están en la mente”, pero tienen origen en la cultura en que son constituidos ⁽²⁴⁾. Esto permite que sean negociados, que exista comunicabilidad e intercambio cultural. De esta manera, es la cultura que ofrece los instrumentos para organizar y comprender nuestros mundos de formas comunicables.

A partir de la internalización de la lengua surge el discurso interior, que es un discurso sin vocalización; es una lengua dirigida al propio individuo; es en realidad un diálogo consigo mismo, corriente en el plano **intrapsicológico** y se encarga con el sentido de las palabras y de las vivencias afectivas y contextuales. El discurso interior es el pilar para apoyar los procesos psicológicos más complejos, como: proceso del pensamiento, de la autoregulación, de planeamiento de la acción, de monitoración del propio funcionamiento volitivo-afectivo ^(16,21).

El recorrido teórico debe ser explicitado y comprendido en razón de ideas sobre el aprendizaje comprendiendo el nivel de desarrollo real, entendido como aquello que los niños consiguen hacer por si mismos. Esos conceptos muestran que la comprensión y interpretación del nivel de desarrollo real y del nivel de desarrollo potencial del niño están basados en presupuestos teóricos vinculados a la filogénesis y a la ontogénesis ⁽¹⁶⁾. En esa premisa, señala la formación de la zona de desarrollo proximal (ZDP), denominada como la distancia entre el nivel real de desarrollo, determinando la independencia en resolver problemas de forma independiente, y el nivel de desarrollo potencial, verificado por medio de la requisición de los medios de ayuda durante la interacción con el adulto o colaboración con otros, con mayor aptitud. ^(22, 23).

La (ZPD) es una zona de subjetividad, un local de encuentro de mentes, para negociar significados y entendimientos a la medida que avanza la interacción o el desarrollo de tareas y no es necesario que exista comprensión compartida y total del significado de la actividad, bastando que ambos actúen como si sus comprensiones fueran iguales ⁽²⁵⁾.

Consideramos el concepto de mediación en la perspectiva de Vygotski, y escogemos el terapeuta ocupacional como mediador y contribuyente en el proceso de internalización de los conceptos y propulsor de la zona de desarrollo proximal durante su interacción con el niño mediante la actividad en el hospital, facilitando la ejecución del desempeño ocupacional, mientras que la narrativa de la historia infantil y el dibujo son denominados de signos (instrumentos mediadores) que auxilian los procesos psicológicos ⁽²⁰⁾.

Buscamos esos signos con la finalidad de aproximarnos del niño en la situación de “hospitalizado”, focalizando el contexto de desempeño ⁽²⁶⁾. Denominamos ese foco de

observación de problemática la **visión meso**, visto que exploramos el contexto ambiental en que él se encuentra y utilizamos instrumentos mediadores, posicionando el terapeuta ocupacional como articulador, debiendo actuar desarrollando situaciones problemas justamente en la zona de desarrollo proximal, por medio de instrumentos mediadores (narrativa, la literatura infantil y el dibujo).

Los elementos estructurales de las narrativas componen la acción como base, pues representan el conjunto de hechos o situaciones, los personajes, que ejecutan las acciones y están clasificados a tipos, con carácter y individualidades, el espacio-elemento determinante de las circunstancias locales, del escenario, el **tiempo** producto de hechos que se desencadenan a un final, en asociación con instrumentos ⁽²⁷⁾.

Helfrich, Kielhofner y Mattingly propusieron que las narrativas ayudan a explicar decisiones y comportamientos de las personas en los contextos terapéuticos ocupacionales, porque están conectadas al concepto de identidad ocupacional, revelan las formas de pensar, de sentir y de hacer de las personas y sus influencias ambientales ⁽²⁸⁾.

Los signos y las palabras constituyen para los niños una forma de comunicación con los adultos. Cuando el niño ya no hace solicitudes verbales al adulto y ya es capaz de elaborar, por medio de internalización, formas de resolución de problemas, ese fenómeno, Vygotski lo llamó de discurso interior ⁽²²⁾.

Esa línea nos conduce para el entendimiento de las imágenes figurativas del dibujo del niño, relacionándolos con su percepción, están los esquemas figurativos que el niño utiliza para significar alguna cosa y que “una de las características de la percepción es que no podemos separarla funcionalmente de la atribución del sentido al objeto percibido” ⁽¹⁷⁾. La teoría histórico-cultural de Vygotsky nos remite todavía al análisis sobre el dibujo de los niños, que no dibujan lo que ven, sino lo que conocen.

Vygotsky diz que el niño dibuja utilizando la memoria y por eso el dibujo puede ser considerado una narración gráfica. La característica de esa narración es que ella no tiene fuerza narrativa en si misma, mas, sí, en la conversación que acompaña el proceso de su producción. Para el niño, mientras más elementos gráficos sean colocados, más significados tendrán los dibujos ⁽²⁹⁾.

Para comprender al niño hospitalizado y al sentido de las historias infantiles en el nivel **micro**, nos basamos en la Terapia Ocupacional como ciencia y profesión. Esa contextualización se dará en la concepción del hombre como “ser ocupacional”. **Primero**, por la forma, función, significado de la ocupación y la importancia de la naturaleza ocupacional para los seres humanos; **segundo**, por los papeles ocupacionales que los individuos ejercen en

sus contextos personales, sociales y culturales; y el **tercero**, por el instrumento de acción mediador de ese proceso, que es la actividad humana ^(10,30).

Las ocupaciones tienen un significado personal, bem así como dimensiones culturales, temporales, psicológicas, sociales, espirituales y simbólicas y son histórica y culturalmente establecidas ^(26, 30, 31).

Estudios realizados por Law, Stteinwender y Leclair sobre los efectos de la ocupación para la Salud y el bienestar incluyeron 23 investigaciones con esa temática y concluyeron que los efeitos de la ocupación en la vida de las personas dependen de la relación entre persona, ambiente y ocupación. Los terapeutas ocupacionales deben buscar métodos que establezcan una relación entre la práctica y las habilidades personales, proponiendo actividades que tengan significado para sus vidas ⁽³²⁾.

En ese sentido, la práctica de Terapia Ocupacional debe reunir los conceptos sobre forma, función y significado de las ocupaciones, esenciales para idealizar mecanismos y estrategias promotoras de Salud. La forma representa los aspectos observables de la actividad, determinando la individualidad e identidad de las personas mientras realizan sus ocupaciones; la función constituye los valores culturalmente atribuidos a las ocupaciones. Las funciones de las ocupaciones proveen necesidades de sustentación inmediatas al cuerpo, auto cuidado, protección y seguridad; desarrollar habilidades que permitan sobrevivir en el ambiente y ejercitar y desarrollar capacidades personales, tornando al organismo capaz de mantenerse y prosperar ⁽³³⁾. El significado puede ser descrito como la significación de la ocupación dentro del contexto de la vida real y de la cultura ⁽³⁴⁾.

En la infancia el niño está continuamente en adaptación e interacción con el ambiente. Es una dinámica natural del desarrollo, de la maduración y aprendizaje del niño y esa forma de relacionarse con la realidad es lo que hace la práctica del terapeuta ocupacional, cuando ejerce el papel de guía y asistente, encontrando conjuntamente significados para sus actividades cotidianas.

El juego es cualquier actividad espontánea u organizada que ofrezca satisfacción y entretenimiento, diversión y alegría ⁽¹²⁾. Ese enfoque determina la extensión de la responsabilidad y del compromiso en la formulación de conocimientos relacionados a la principal ocupación del niño, el brincar, la relación con el contexto y el o papel del terapeuta ocupacional. En esa perspectiva, el elemento “hacer de ” en el juego de roles, se torna esencial en la caracterización y la definición de juego.

Además de ser una relación dinámica, presenta elementos importantes como: la motivación intrínseca, el control interno y la suspensión de la realidad ⁽³⁵⁾. Y es justamente en

la capacidad de suspender la realidad, que la definición de “hacer de ” se torna imperativa e determinante, para describir el juego. Considerar el juego como una actitud subjetiva en la cual el placer y la espontaneidad son combinados y expresados mediante comportamientos libres ⁽³⁶⁾. Y teniendo como referencia de jugar un comportamiento complejo, capaz de trascender la realidad ⁽³⁷⁾. Facilita la comprensión de la cultura, la resolución de problemas, el desarrollo social, intelectual, emocional y de habilidades físicas.

De ese modo, el “hacer de...” elemento indispensable en las historias infantiles ⁽¹²⁾, considerando el acto de contar historias y la actitud narrativa, respectivamente, estrategias de aproximación y comprensión de los eventos que acontecen en la vida cotidiana de los niños y de su familia. El primero ofrece a los oyentes opciones de pensamientos y comportamientos, y la segunda es una estrategia en que la persona es comprendida en el contexto de los eventos de la historia de vida personal. Pueden ser usadas tanto para evaluación, con el fin de explicitar las interpretaciones que los individuos hacen de las experiencias, y para intervención, mediante la renegociación de significados en la relación dialéctica entre el contador de historias y el oyente.

Ejecución de la Investigación

El estudio fue realizado en la Unidad Pediátrica, del Instituto Dr. José Frota, localizado en el Centro, Fortaleza, Ceará, Brasil

Aspectos Éticos

La pesquisa de campo tuvo inicio despues de la aprobación del comité de Ética en Pesquisa de la Universidad de Fortaleza-COÉTICA, respetando la Resolución CNS196/96. La oficialización de la decisión de los sujetos en participar del estudio fue dada por medio de la firma por los padres de los consentimiento libres e informados, una vez oído el consentimiento del niño.

La recolección de datos

El proceso de colecta de datos incluyó pesquisa documental, entrevista, lectura de historia, dibujo infantil y observación participante. La pesquisa documental fue por medio de lectura de los prontuarios clínicos, con vistas a conocer el perfil y motivo de hospitalización del niño, resultando en una preselección de casos, de acuerdo con edad cronológica y estado clínico. La colecta de datos fue realizada por la primera autora, terapeuta ocupacional.

Para integrar el universo de las observaciones, incluimos el diario de campo que es personal e intransferible, incluyendo detalles de diferentes momentos de la investigación ⁽³⁸⁾.

Iniciamos conversando con cada niño, mostramos los libros de historias y solicitamos que escogiesen un libro para que la investigadora pudiese leer para él, entre los ejemplares colocados a su disposición sobre la cama.

La entrevista fue dividida en dos momentos. Antes de la lectura de la historia, hicimos preguntas norteadoras relacionadas al motivo de hospitalización, sentido y elección de la historia infantil. Después de la lectura de la historia, seguimos con preguntas sobre la trama y correlaciones con la vivencia y personajes y solicitamos la descripción de los cuidados preventivos por el niño.

Las entrevistas fueron grabadas con la finalidad de percibir datos relevantes que integran las verbalizaciones de los niños, como, por ejemplo, mudanza en la entonación de la voz, las articulaciones, las interacciones con la investigadora. De esa forma, leímos la historia escogida por el niño y solicitamos que representase libremente cualquier pasaje correspondiente a la trama de la historia y le ofrecimos recursos variados (lapiceros, lápices de colores, pincel, crayolas, lápiz de grafito). La técnica del dibujo de la historia preconiza que las historias seleccionadas para una investigación deben obedecer a los siguientes criterios: 1. ser una historia pequeña; 2. ser interesante para la faja etárea de los niños; 3. estar relacionada con las vivencias de los niños ⁽³⁹⁾. Durante el dibujo empleamos como instrumento de colecta de datos la observación libre.

Análisis de los datos

Fue realizada sobre el total del material, teniendo como objetivo su decodificación y comprensión, con el objetivo de confirmar o refutar los presupuestos del estudio y ampliar el cuerpo de conocimientos sobre historias infantiles como estrategia promotora de Salud.

Esbozaremos los pasos analíticos en función de la técnica de colecta utilizada:

a) investigación en prontuarios: resultó en los datos de caracterización de los niños y fueron organizados y agrupados, originando el perfil sociodemográfico de los niños del estudio;

b) selección de las historias infantiles: dentro de los indicadores, constaram historias cortas y simples y los intereses predominantes en cada faja etárea;

c) lectura de las historias infantiles: las respuestas sobre el sentido de las historias infantiles fueron organizadas de acuerdo con cada pregunta norteadora, en un cuadro

analítico, que permitió la visualización, horizontal e vertical, de las similitudes y divergencias de las respuestas; y

d) dibujos de los niños: esa técnica fue empleada para identificar se había correlaciones entre el pasaje de la historia infantil escogida por el niño y el dibujo realizado.

De esa forma, las cuestiones norteadoras se tornaron las categorías predefinidas, con vistas a buscar respuestas, en preguntas específicas, formuladas por el investigador ^(40,41).

Los cuestionamientos fueron siendo respondidos, pero a partir de las categorías predefinidas y, paulatinamente, comparados con las categorías específicas que fueron emergiendo en el decorrer del análisis de los datos.

Ese procedimiento, como un todo, incluyó lectura fluctuante del material colectado, organización y reflexión a la luz de los teóricos sobre el tema, así como los conceptos de internalización y mediación de la teoría histórico-cultural. Mediante ese análisis, se configuraron las siguientes categorías: (1) diversidad y ecología de los accidentes; (2) sentidos de las historias; (3) práctica de la lectura en la hospitalización; y (4) pluralidad de los cuidados. Esas categorías convergieron para el tema: *historias infantiles como instrumento mediador en la promoción de la Salud en Terapia Ocupacional*.

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El estudio describe elementos significativos para sensibilizar a la familia y a los profesionales de Salud, sobre la ampliación de acciones educativas en la prevención de accidentes en la infancia. El contenido de las entrevistas con los niños participantes, leído exhaustivamente, expresa sobre el accidente, el local, la forma, el trayecto, las acciones e actitudes, los valores, las creencias y el sentido de las historias infantiles en el ambiente hospitalario.

Las categorías fueron organizadas en una secuencia de acontecimientos, pues estas se entrelazan en el itinerario realizado por el niño y el acompañante en el hospital. Durante el procedimiento analítico, fueron configuradas 4 (cuatro) categorías temáticas, a partir de la clasificación de los datos.

Diversidad y ecología del accidente. El estudio nos mostró que, en los 10 casos analizados, los motivos de la hospitalización fueron caídas, lesiones traumáticas y atropellamientos. Esa diversidad tiene estrecha relación con su ecología, o sea, caídas de caballo, de árboles, bicicletas, de juguetes (canal) e están retratando lo cotidiano y los papeles ocupacionales de los niños en la zona rural, urbana, y la forma de jugar.

De acuerdo con estudios realizados en el Estado do Ceará, Brasil, fue detectado que los accidentes adquieren características propias de los locales, sean zonas urbanas y/o rurales y de las etapas del desarrollo psicomotor del niño y relacionaron los motivos a la falta de cuidados de los responsables con la protección y seguridad del niño ⁽⁴²⁾ .

Los niños víctimas de caídas pertenecían a la faja etárea entre 6 e 10 años, viven en barrios en la periferia de Fortaleza, como Mondubim, y/o ciudades del interior del Estado de Ceará, como Canindé y Redención, o en municipios vecinos, como Maracanaú. En esos lugares, los transportes comúnmente utilizados por la población de baja renta son la bicicleta y los animales, que integran las actividades cotidianas de los niños, exponiéndolos a los riesgos que de ellas derivan.

Estudio realizado en el Estado de São Paulo mostró que las caídas permanecen en niveles elevados en niños de más de 4 años, evento relacionado probablemente a las actividades de ocio y deportes, propios de esta faja etárea, destacándose juegos, bicicleta, patines y otros ⁽⁴³⁾ .

Las verbalizaciones de los niños ilustran la prevalencia de caídas en la infancia, las modalidades de ocurrencia, la cronología de los hechos, los escenarios, sus actitudes, los gestos y las personas involucradas que socorrieron o llevaron para el hospital:

Yo me caí del caballo, me golpee la cabeza en un gajo de marañón y me viré para trás. Caí de espalda, yo quedé con brazo “pra” arriba ahí el niño cayó encima de mi brazo, ahí partió. Ahí, cuando yo llegué en casa, mi madre haló mi brazo, mas no haló mucho, sólo así (hace el gesto). (C2).

Yo estaba encima de un arbolito de marañón . Yo subí, agarré el gajo, el gajo se soltó y yo caí con la cabeza, “pra” trás... (se quedó pensativo) sólo quedé tonto...Yo fui “pra” casa y vomité, después fui acostarme. Me quedé acostado. Fui primero “pra” otro, mas olvidé el nombre, después vine “pra cá”. (C4).

Podemos observar que las elaboraciones de esas pequeñas verbalizaciones envuelven el desarrollo del pensamiento, determinado por el lenguaje que son instrumentos lingüísticos del pensamiento, y por la vivencia sociocultural del niño ⁽¹⁷⁾ . Para ilustrar el pensamiento, describimos las verbalizaciones de los niños:

Sé, porque yo me partí la nariz, porque yo “taba” con a chinela mojada ahí yo resbalé, en la acera de la iglesia, allá cerca de mi abuela, yo “taba” trayendo mi hermano pequeño él tiene 3 años en la

“**cacunda**” (espalda) , ahí yo caí... Fuimos “pro” Frota y después “pra cá”. (C8).

Yo “taba” na canal en la plaza, cerca de mi casa. Yo subí y en el momento que fui deslizar caí. (C7).

Los niños, al recordar los accidentes relacionados con los juegos, usan gestos, describen detalles, recuerdan los nombres de los amigos y, en algunos casos, se emocionan y transmiten esas emociones por la entonación de la voz acompañada de llanto, o hablan bajo, o hacen expresión de llanto y los ojos se nublan. Esa reacción de los niños es explicada por medio de los vínculos de imaginación y pensamiento, vivencia, afectividad, hay influencia de los procesos emocionales en el pensamiento, proporcionando una elevadísima emocionalidad (17).

Las verbalizaciones que demuestran esa relación se presentan descritas para explicar esa comprensión:

Es porque las niñas “taban” balanciando” y “taban” jugando en un aparato ahí yo fui ver y caí de cabeza para bajo do aparato con o brazo así. Cuando me lo partí, sólo aguanté un poquito sin llorar, ahí después yo comecé a llorar y dije así – yo quiero mi mamá ahí las niñas me llevaron allá para mi abuelo, ahí mi abuelo cogió con cuidado y dijo no es “para” coger que duele, ahí yo fui “pra” casa y las niñas fueron atrás de mí. Mi madre dijo ah! Se partió tú tienes que ir derecho “pro” hospital... (C9).

El modo de sentir los fenómenos, la propia manera de sentirse y pensar, de vivir las aspiraciones, los posibles éxitos y eventuales fracasos, se basa en que todo se moldea según ideas y hábitos particulares al contexto social en que se desenvuelve el individuo (44). En ese caso, el niño asume en el habla, como propulsor, a la acción:

Yo choqué, una kombi, yo taba parado em la parada del ómnibus, ahí yo solté la mano de mi padre no miré pra allá y pra lá ahí chocó... (C10).

Todas las verbalizaciones de los niños retratan la correlación entre los procesos de lenguaje, pensamiento y afectividad. Estableciendo que el aspecto emocional estimula los mecanismos generadores de la memoria, y, por consiguiente, la descripción del accidente cuando narrada durante el estudio en detalles es nuevamente vivenciada (18).

El contexto temporal y ambiental enfatiza la *dimensión histórica y cultural*, el sentido de las historias infantiles en la percepción de los niños hospitalizados, los cuales verbalizaron

sus historias de como fueron accidentados, tejiendo detalles y enriqueciendo el escenario, que es histórico y también permeado de valores culturales.

La literatura retrata que los niños del sexo masculino se accidentan más que las niñas, pues histórica y culturalmente, la crianza del “hijo” es más permisiva que la de la hija y esa práctica favorece la perpetuación de la prevalencia masculina en las estadísticas de los agravos externos a la Salud del niño ^(43,45).

De ese modo, la dimensión histórica es retratada no como algo del pasado del niño, mas como decurso de transformaciones que engloban el presente. La forma de desarrollar conceptos indica que el niño está estableciendo eslabones con la situación que vivencia. E describe la importancia de la relación entre lenguaje y cultura, mediante lectura de historias, en la educación de los niños, como elemento para socialización de conocimientos ⁽⁴⁶⁾.

Los sentidos atribuidos a las historias infantiles por los niños, en este estudio, tienen una relación directa con las vivencias en el ambiente de casa y en la escuela, producto del proceso de internalización, cuyo conocimiento es transgeneracional, marcado por valores morales y culturales.

En esa perspectiva, podemos entender que los contextos personales, sociales y culturales son marcos referenciales para los niños expresen el sentido de las historias infantiles. En el contexto personal, encontramos las respuestas atribuidas por los niños con base en la vivencia individual, e inferimos que la edad es un elemento que influencia en la formulación de ese concepto, en virtud de las capacidades, habilidades individuales, mudanzas de objetivos y valores concebidos en el decorrer del desarrollo cognitivo.

El contexto social, el sentido de la historia depende de la estructura social en que se inserta el niño en la familia; tienen carácter afectivo y cognitivo, como demostrado por los niños, al referir, varias veces, que la función de la historia es ser “contada en la hora de dormir”, lo que caracteriza producto de interacciones con la madre, con el padre o otra persona que mantenga vínculo afectivo y se mantenga presente.

Los niños no vacilan en afirmar para qué sirven las historias: “*para contar historias pros nenes, dormir*” (C1,). “*Sirven para entretener las niñas, los niños, colocar para dormir*” (C5). “*Pra dormir*” (C7). Ese hecho evidencia que el acto de contar historia es un momento de interacción, de aconsejamiento, de troca de amor, de acoger en un lugar tranquilo y confortable ⁽⁴⁷⁾.

Y, en la escuela, el sentido de las historias es dirigido a la función ocupacional de la lectura, focalizando los papeles desempeñados por los niños como educandos y aprendizes de conocimiento. Como las ocupaciones son simbólicamente constituidas en una cultura,

notamos que, en el momento de establecer sentido a las ocupaciones, esas interpretaciones personales están inevitablemente impregnadas por los significados culturales que absorbieron (48).

Esa afirmación sobre la relación de la constitución simbólica de los significados a partir de la cultura es constatada por las verbalizaciones de los niños relacionados:

Sim, y afirmó ese libro es de los pequeños. (C2).

Allá en la escuela soy quien inventa. “Pra” hacer libros “pra” dar para que mis amigos lean. “Pra” ler mejor. (C3).

En el contexto hospitalario, esa relación de los sentidos de las historias es traída porque ya fue internalizada por el niño, en acciones de mediación simbólica a su historia de vida en otros contextos.

La constante recreación de los contextos culturales por parte de cada uno de los miembros, es la base del proceso histórico, siempre en transformación, de las sociedades humanas (49). Ese sentido de las historias relatadas por las verbalizaciones de los niños se refiere al significado de la palabra para cada individuo, compuesto por las relaciones con respecto al contexto de uso de la palabra y a las vivencias afectivas del individuo.

Sobre la *práctica* y aplicación del uso de la *lectura de historias infantiles en la hospitalización*, constatamos que la lectura de historias infantiles no pertenecía a la rutina del hospital investigado, y los niños hospitalizados, hasta la fecha de la entrevista, desconocían esa práctica en las salas. Los libros que estaban en poder de algunos niños habían sido traídos por los padres o acompañantes.

La historia infantil comparada a un juego, puede ser funcional y terapéutica. Mientras el adulto lee, o cuenta historias para los niños, en esa acción, hay activación de los procesos de imaginación y motivación, y, consecuentemente, fortalecimiento y promoción del bienestar de los niños (50).

Durante nuestra práctica con las historias, constatamos que los niños se identificaron con algunos personajes y correlacionan eventos ocurridos en la trama de las historias con sus vivencias y características fenotípicas. Las verbalizaciones describen las correlaciones encontradas por los niños en las historias:

Pulgarcito tiene cabello rubio y ojos azules, él pide dinero a los “otro” para comprar pan, para la familia de él. Eh! Me dé diez, ahí él me da. En la avenida, sé. Doy a mi abuela, un real. Voy más por la noche, es cuando lo hago. (C1).

La vivencia del niño ejerce influencia inmediata, siendo documentada en la memoria y determinando directamente toda la estructura de pensamiento infantil en las primeras etapas del desarrollo; el lenguaje combina la función comunicativa con la de pensar ^(16,21). Esa influencia es descrita en las verbalizaciones de los niños:

Yo desobedecí a mi madre. A veces no hago las cosas que ella quiere.
Era Pinochho. (C3).

La gallina, porque va “pra onde” quiere, entra en cualquier huequito, come bien, bebe agua de cualquier lugar, y las personas no caben en cualquier hueco, no comen lo que las gallinas comen, comen otras cosas diferentes. (C5).

Los niños (C1),(C3),(C5),(C6) e (C9) relacionaron las vivencias a las historias por ellos escogidas, y lo hicieron en el momento de la mediación, resultando en reflexión.. El discurso interior, el sentido sobre el significado de las palabras se hace en el plano intrapsicológico (donde la actividad es constituida internamente) y se relaciona con las vivencias afectivas ⁽²¹⁾.

El momento del dibujo siempre fue muy esperado por todos los niños, talvez por el uso de los materiales, por el placer producido por la actividad de dibujar, el desprendimiento del ambiente hospitalario, la nostalgia de casa, de los amigos y de las relaciones afectivas. Todos los niños quisieron dibujar, lo que confirma el interés que esa actividad despierta en el niño y sus características promotoras de desarrollo cognitivo, afectivo y social.

En los dibujos de los niños, observamos la inserción de elementos de su conocimiento, de aquello que vivenciaron. Esas correlaciones con las historias se retratan en los escenarios de los dibujos.

Analizando las verbalizaciones y los dibujos, identificamos la noción de que las historias infantiles se mezclan con las historias de los propios niños y asumen el papel de signos en la interacción con el terapeuta ocupacional, facilitando el proceso de comunicación con el niño. Así, una historia describe una secuencia de acciones y vivencias de un determinado número de personajes, sean reales o imaginarios, y el dibujo es la narración gráfica de esos hechos.

Esos personajes son representados en situaciones que cambian y los niños actúan sobre esos escenarios. Esas mudanzas, a su vez, revelan aspectos ocultos de las situaciones y de los

personajes, dando lugar a una nueva condición, que pide reflexión o acción, o ambos. Tal aserción, acontece en respuesta a la condición, lleva la historia a su conclusión ⁽⁴⁸⁾ .

Con respecto a los seis niños que no correlacionaron las historias con sus vivencias e a los dibujos, podemos verificar, en anotaciones del diario de campo, que, según informaciones de sus acompañantes, había interferencias como: la negación, la comprensión de la situación, la edad y vivencias anteriores de hospitalización.

Em ese sentido, los niños expresaron una *pluralidad de los cuidados preventivos* a partir de la resignificación de sus historias.

En la medida que el niño elabora medios de no incurrir nuevamente en accidentes, eso representa la internalización, la propia formación de la consciencia es también un proceso de constitución de subjetividad a partir de situaciones de intersubjetividad⁽¹⁹⁾. Para contextualizar esas afirmaciones, son descritas las verbalizaciones de los niños, relatando como evitar los accidentes. Esos conceptos son construcciones culturales, internalizadas por los individuos a lo largo del proceso de desarrollo ^(17,19) .

Remedio, ir “pra” hospital, y quedarse dentro de casa, no salir “pra medio de la calle”, no robar, y si robar pueden tirar y dar en la cabeza. no estar cerca de los ladrones. (C1).

Yo iba a dar remedio y suero y dar cuidado, andar más en la acera que en la calle (C2).

Las frases elaboradas por los niños son apuntadas como el lenguaje del grupo cultural en el cual el niño se desarrolla y dirige el proceso de formación de los conceptos ⁽¹⁷⁾ . Esa trayectoria de desarrollo de un concepto es predeterminada y atribuida por el lenguaje de los adultos.

Yo iba a decirle para él no partirse, y lo mandaría a no ir para la canal, no suba que es peligroso...(C7).

Rezar um poquito, y no atravesar la calle, no estar em el medio de la calle. (C10).

Podemos observar que los niños atribuyeran conceptos de forma diversificada, relacionándolos a sus vivencias, y esas construcciones denotan el papel determinante de la cultura, del contexto histórico y la interacción con el adulto, para elaborar conocimientos de la vida práctica, a partir de los mecanismos relacionados al pensamiento, lenguaje y afectividad.

El conocimiento del proceso que el individuo realiza mentalmente al desempeñar alguna tarea es fundamental para comprender el papel y la necesidad de la intervención terapéutica ocupacional en la educación. Al no considerar las funciones que se encuentran en proceso de consolidación, dejamos de actuar en la zona de desarrollo proximal, que es la distancia entre el nivel de desarrollo real y el nivel de desarrollo potencial del individuo.

El concepto de zona de desarrollo proximal trae algunas implicaciones para las prácticas educativas en Salud, como la consideración de que la formulación del conocimiento es fundamental y no solamente el producto final de la lectura del saber; la resignificación del papel del terapeuta ocupacional como un mediador, promovedor de situaciones colectivas y “colaborativas” generadoras de interacción, la comunicación dialogada y niveles de ayuda favoreciendo a niños que ejecutan conocimientos la oportunidad de aprendizaje y consecuente desarrollo.

CONSIDERACIONES FINALES

Esa investigación permitió articular el sentido, el contexto y sus interrelaciones en el desempeño ocupacional del niño hospitalizado, convidando a una reflexión sobre las prácticas educativas más informales, que, además de atención a las necesidades clínicas determinadas por el equipo, son atendidas las necesidades socioafectivas, minimizando los efectos de la hospitalización, con el fin de que el niño pueda enfrentarlo con seguridad, menos miedo y angustias originadas por la dolencia.

Constatamos que las historias infantiles tienen múltiples finalidades, como promover actitudes de enfrentamiento durante los procedimientos hospitalares en las salas y ambulatorios; estimular el diálogo entre el equipo médico y el niño; modificar el ambiente hospitalario, posibilitando una atmósfera de acogimiento; aliviar el estrés de la hospitalización, favorecer el intercambio de vivencias y contribuir a la humanización durante la asistencia al niño hospitalizado.

Por consiguiente, las historias infantiles son promotoras de Salud para niños hospitalizados, porque pueden ser utilizadas en combinación con la Educación en Salud, por su capacidad de ser un instrumento adaptable al medio y estar en consonancia con las necesidades y posibilidades de los niños, tomando en consideración los contextos personales, sociales y culturales.

Las historias infantiles establecen una relación dialéctica por medio de un contexto simple y adecuado al entendimiento del niño. Los elementos llave que se desea comunicar no

estarán sueltos, exigiendo un pensamiento abstracto para darles sentido, pues ya estarán encadenados dentro de la historia. Y la comprensión de la historia resultará en el entendimiento de situaciones, razones y resultados que, en última análisis, son los elementos que se desea transmitir.

Considerando que la Terapia Ocupacional proporciona el hacer humano, y que, por medio de él, nos sentimos humanos, entonces, en el hospital, todos los niños deben tener indicaciones para atención terapéutica ocupacional, no sólo para fines de ocio, mas también para construir y preservar lo humano, lo que nos lleva a solicitar la inclusión efectiva del profesional de Terapia Ocupacional en un equipo de Salud, para elaborar projetos que sean viabilizados y reciban apoyo en las acciones institucionales, que disponibilicen recursos humanos y materiales, sistematizando la utilización del juego en la rutina hospitalaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Terceira Conferência Internacional de Promoção a Saúde. Declaração de Sundsvall. 1991. [PDF]. www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Sundsvall [consulta: 20 de agosto 2004].
2. Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990, Pub. Lei 8.069 (13 de Julho de 1990).
3. Brasil. Ministério da Saúde (BR)., 2001. Secretarias de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília (DF): Ministério da Saúde.
4. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. (PNHAH, 2001). <www.portalhumaniza.org.br/ph/>[01 outubro 2003]
5. M Foucault., 1998. “O nascimento da clínica”. Traduzido por: Roberto Machado. Forense Universitária. (Rio de Janeiro). 17-20.
6. H P Ribeiro., 1993. “O hospital: história e crise”. Cortez . (São Paulo).11-22.
7. M I Barasch.,1997. “O caminho da cura”. Traduzido por: Roberto Raposo. Nova Era. (Rio de Janeiro). 99-106.
8. Santa Roza E., 1997. Um desafio às regras do jogo. In: Santa Roza & ES Reis. Da análise na infância ao infantil na análise (161-188). Rio de Janeiro: Contracapa.

9. M R De Carlo, C C Bartalotti (Org)., 2001. "Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas". Plexus . (São Paulo).117-135..
- 10 R Hagedorn., 2003. "Fundamentos para a Prática em Terapia Ocupacional". Roca. (São Paulo). 55-78.
11. Takatori., 2003. "O Brincar no cotidiano da criança com deficiência Física – reflexões sobre a clínica da terapia ocupacional". Atheneu .(São Paulo). 21-69.
12. L. D. Parham, L.S. Fazio., 2000. "A recreação na Terapia Ocupacional pediátrica". Santos. (São Paulo).233-247.
13. Programa Biblioteca Viva. Fundação ABRINQ, 2001. <<http://www.fundabrinq.org.br>> [08 de agosto 2004].
14. Caldin C. F. Biblioterapia para crianças internadas no hospital universitário da UFSC: uma experiência. [on line] Revista Eletrônica Biblioteconomia e Ciência da Informação, n. 14, out. 2002. Acesso em 29. set. 2004. Disponível em: www.encontros-biblio.ufsc.br/Edicao_12/caldin.html.
15. P Demo., 2002."Saber Pensar". Cortez .(São Paulo). 73-82.
16. L. S Vygotsky.,(1998). A formação social da mente. Tradução de José Cipolla Neto, Luis Silveira Menna Barreto, Solange Castro Afeche. Martins Fontes. (São Paulo).121-137.
17. L. S. Vygotsky., 1999. Pensamento e linguagem. Tradução de Jefferson Luiz Camargo. Martins Fontes .(São Paulo).157-200.
18. L. S. Vygotsky., 2003. "Psicologia Pedagógica". Tradução Claudia Schilling. Artmed .(São Paulo).59-159 .
19. Y. La Taille, M K Oliveira, H Dantas., 1992. "Piaget, Vygotski, Wallon: teorias psicogenéticas". Summus .(São Paulo).75-84.
20. Becco G R. Conceptos centrales de la perspectiva Vygotskiana. Acesso em 4 set.2005. Disponível em: www.jalisco.gob.mx/srias/educacion/9riolugo.html.
21. R.Baquero.,1998. "Vygotsky e a aprendizagem escolar". Traduzido por: Ernani F. Fonseca Rosa. Artes Médicas.(Porto Alegre).30-73.

22. T. R. Rego., 2000. "Vygotsky: uma perspectiva histórico-cultural da educação". Vozes. (Petrópolis).37-83.
23. Oliveira H., 1993. A enfermidade sob o olhar da criança hospitalizada. Cad. de Saúde Pública; **9**, 3:326-332.
24. J.Bruner., 1998. "Realidade mental, mundos possíveis". Traduzido por: Marcos A G D. Artmed. (Porto Alegre). 75-83 .
25. N. Del Río,1999. Bordando sobre la zona de desarrollo próximo, Revista de Educación Nueva Época. <<http://www.infoamerica.org/documentos-wold/vygotski.doc> [consulta: 24 de fevereiro, 2005]
26. Early M B.(2005).Desempenho Ocupacional. In: Pedretti, L.W.; Early, M.B. Terapia Ocupacional:capacidades práticas para disfunções físicas (125-131). São Paulo: Roca.
27. B. Coelho., 2003. "Contar histórias: uma arte sem idade". Ática , (São Paulo). 7-46.
28. Goldstein K, Kielhofner G, Paul-Ward A. Occupational narratives and the therapeutic process. AOTJ. 2004; **51**:119-124.
39. Souza SV, Camargo D, Bulgarov YLM., 2003. A expressão da emoção por meio do desenho de uma criança hospitalizada. Psicol. estud., **8**, 1:101-109.
30. Larson EA, Clark F.(1998).Desarrollo de una disciplina Académica: la Ciencia de la Ocupación. In: Hopkins, H.L.; Smith, H.D.; et al. Terapia Ocupacional (44-56). España: Médica Panamericana.
31. Larson, E.A.; Clark, F.;Wood, W.(2002).Ciência Ocupacional: legado da Terapia Ocupacional para o Século XXI. In: Neistadt, M.E., Crepeau, E.B. Willard & Spackman: Terapia Ocupacional (3-17). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
32. Law M, Steinwender S, Lecair L., 1998. Occupation, health and well-being. CJOT; **65**, 2: 81-91.
33. Wilcock A., 1993.A theory of the human need for occupation. JOS:**1**,1: 17-24.
34. C. A. Trombly, M V Radomski., 2005. "Terapia Ocupacional para as disfunções físicas". Traduzido por: Beatriz B G S (Org.).Editora Santos.(São Paulo). 255-281.

35. Bundy A.(2000). Recreação e entretenimento: o que procurar. In: Parham, L. D. A recreação na Terapia Ocupacional Pediátrica(52-66). São Paulo: Santos.
36. Ferland F. Play, children with physical disabilities and occupational therapy. University of Ottawa Press; 1997.
37. Stagnitti K., 2004. Understanding play: The implications for play assessment. AJOT; **51**, 1: 3-12.
38. M C S Minayo, et al. ,2002. “Pesquisa Social: teoria, método e criatividade”. Vozes. (Petrópolis).51-66.
39. A D Pillar., 1996. “O desenho e a construção de conhecimento na criança”. Artmed. (Porto Alegre).50-85.
40. M L P B Franco., 2005. Análise de conteúdo. Líber Livro. (São Paulo). 37-66.
41. Deslandes S F., Assis S G. (2002). Abordagem Quantitativa e Qualitativa em Saúde: o diálogo das diferenças. In: Minayo, M C S.; Deslandes S. F. (Org.). Caminhos do Pensamento epistemologia e método (200-275). Rio de Janeiro: Fiocruz.
42. Souza L J E X, Barroso M G T., 1999. Revisão bibliográfica sobre acidentes com crianças. Rev. Esc. Enferm. USP; **33**, 2: 107-12.
43. Filócomo F R F et al., 2002. Estudo dos acidentes na infância em um pronto socorro pediátrico. Rev Latino-am Enfermagem; **1**, 10:41-7.
44. F. Ostrower., 1986. “Criatividade: processos de criação”. Vozes. (Petrópolis). 31-53.
45. Gaspar V L V et al., 2004. Fatores relacionados a hospitalizações por injúrias em crianças e adolescentes. J Pediatr (Rio J); **6**, 80:447-52.
46. Kyratzis A., 2005. Language and cultura: socialization though personal story-telling practice. Human Development; **48**, 3:146-150.
47. Vieira L J E, Soares V V., 2004. Percepção de crianças sobre a realização de exames. Rev. Esc. Enferm. USP; **38**, 3:298-306.
48. V D Dohme. 2003. “Técnicas de contar histórias: um guia para os pais contarem histórias para seus filhos”. Informal. (São Paulo).18-42.

49. M. K. Oliveira., 1993.” Vygotsky: aprendizado e desenvolvimento um processo sócio-histórico”. Scipione. (São Paulo). 30-75.

50. M. Freeman. Therapeutic use of storytelling for older children who are critically ill.

Abstract. [on line].<

http://www.leaonline.com/doi/abs/10.1207/s15326888chc2004_3?cookieSet=1&journalCode=chc>[consulta: 12 julho de 2004]

“IGUALDAD EN LA EDUCACION SUPERIOR EN ARGENTINA”

Autora: Gabriela Capel

Expositor: Gabriela Capel

Institución : Universidad Nacional de Quilmes

Dirección: Roque Sáenz Peña 352 CP: 1876

TE: 4365-7100-int. 342

Provincia de Buenos Aires. Argentina

Email: gcapel@unq.edu.ar

Comunicación Libre

Temática: “Investigación”.

Área: Educación

Resumen

En el tema de la Igualdad en el marco de la historia de la Educación Superior, en nuestro país, tendré en cuenta la importancia de la implementación de políticas de Estado que reconozcan a la Educación Superior como uno de los pilares fundamentales para el desarrollo y crecimiento de la sociedad. Hablar de equidad, tal como lo define el diccionario es: tratar a las personas con justicia, e igualdad; expresión que nos remite indiscutiblemente a definir a la igualdad como: la equivalencia de dos cantidades, o mejor dicho nivelación entre dos o mas cosas. Pensar a la discapacidad como: la consecuencia de una relación entre el mundo circundante y la persona, ya sea por lesión o enfermedad o cualquier otra causa, en la cual una persona tropieza con una dificultad superior a la normal para desarrollarse en la vida y no como una característica de ciertas personas, no deja margen alguno sobre la posibilidad de que alguna persona pueda ser discriminada. Este trabajo nace desde la detección de una necesidad observada en un grupo de alumnos dentro de la comunidad Universitaria que de manera directa e indirecta se encuentran discriminados. Se llevaron a cabo evaluaciones desde un análisis acerca de la existencia de todas aquellas leyes y artículos, decretos y ordenanzas, las cuales me han permitido asesorarme y acercarme al tema de interés: "régimen de convivencia", según lo establece la Ley de Educación Superior N° 24.521. Este Régimen procura establecer la equidad e igualdad para todos los alumnos en todas las Universidades de nuestro País. Como Terapeuta Ocupacional creo que es necesario que conozcamos y exijamos la existencia de estas reglamentaciones que garanticen el ejercicio de los derechos de los alumnos sobre todo aquellos que presentan características especiales. Fundamentar la necesidad de obtener y crear dispositivo que permitan obtener datos cuantitativos y cualitativos sobre alumnos con características especiales que estudia en el nivel superior de nuestro País.

Introducción:

Para adentrarnos en el tema de la Igualdad en el marco de la historia de la Educación Superior, en nuestro país, tendré en cuenta la importancia de la implementación de políticas de Estado que reconozcan a la Educación Superior como uno de los pilares fundamentales para el desarrollo y crecimiento de la sociedad.

En este escenario, la Universidad Argentina enfrenta en la actualidad múltiples problemáticas para las cuales algunos de los factores fundamentales han sido los costos y la falta de infraestructura. Pese a todo, la Universidad como parte de la Sociedad es fuente generadora de conocimiento y de nuevos cuestionamientos a partir de la realidad en la que se encuentra inmersa.

Por otro lado, necesitamos comprender los alcances de la Ley Federal de Educación. Para ello es necesario hacer varios señalamientos que podemos encontrar en la Constitución Nacional, cuando determina en el artículo 14 que: "Todos los habitantes de la Nación gozan de los siguientes derechos conforme a las leyes que reglamentan su ejercicio" indicado entre otros derechos los "de enseñar y aprender". Así como también, se refiere a lo destacado en el tercer párrafo del inc. 19 que dispone para la sanción de leyes: " sancionar leyes de organización y de base de la educación que consoliden la unidad nacional, respetando las particularidades provinciales y locales, que aseguren la responsabilidad indelegable del estado, la participación de la familia y la sociedad, la promoción de los valores democráticos y la igualdad de oportunidades y posibilidades sin discriminación alguna; y que garanticen los principios de gratuidad y equidad de la educación pública estatal y la autonomía y la autarquía de las universidades nacionales". Asimismo, considera el principio de equidad como la real igualdad de oportunidades y posibilidades desde la búsqueda de asignar recursos materiales y humanos, prestando atención especial a todo estudiante que por razones económicas no pueda continuar o acceder a sus estudios. Mencionando para estos casos becas de ayuda económica que brinda el estado.

Las leyes son en si mismas el basamento de toda sociedad moderna; son el elemento real con el que cuentan las y los ciudadanos para obtener seguridad e igualdad de oportunidades, pues el hecho de que existan implica que deben ser cumplidas. Está en nosotros la responsabilidad como ciudadanos y ciudadanas que las mismas sean llevadas a cabo para garantizar una verdadera democracia participativa.

Basada en lo expuesto anteriormente, he podido ver y detectar durante mi recorrido como alumna universitaria y hoy desde mi rol profesional como docente, que existe un grupo de alumnos dentro de la comunidad Universitaria que de manera directa e indirecta se encuentran discriminados.

De esta manera pongo en marcha un estudio, a partir del mes de Mayo del año 2004, con el fin de poner en manifiesto una necesidad detectada en una población perteneciente a la comunidad universitaria argentina que he asistido a manera de demanda y/o derivación desde otras áreas como: los docentes, tutores o los mismos alumnos.

Teniendo en cuenta que la Educación debe cumplir un papel constructivo y creativo en el cual los procesos innovadores se pongan a la orden de una educación dirigida a la solución de los problemas reales de las personas involucradas, es que la universidad como institución académica debe responder de forma organizada y en diálogo permanente con su misión e identidad institucional, y de manera creativa a las condiciones cambiantes del medio en el que se encuentra.

Hablar de equidad, tal como lo define el diccionario es: tratar a las personas con justicia, e igualdad; expresión que nos remite indiscutiblemente a definir a la igualdad como: la equivalencia de dos cantidades, o mejor dicho nivelación entre dos o mas cosas.

Pensar a la discapacidad como: la consecuencia de una relación entre el mundo circundante y la persona, ya sea por lesión o enfermedad o cualquier otra causa, en la cual una persona tropieza con una dificultad superior a la normal para desarrollarse en la vida y no como una característica de ciertas personas, no deja margen alguno sobre la posibilidad de que alguna persona pueda ser discriminada.

No obstante existen casos, en que aquellas restricciones dadas por ausencia de la capacidad para realizar una actividad determinada, no estén basados en impedimentos o razones discriminativas.

La búsqueda de pensar en una sociedad íntegra, desde cualquier punto que se la mire, podría llevarnos a contraponer el famoso discurso que solemos escuchar acerca de que “todos debemos luchar por un mundo mejor”.

Objetivos

- 1) Detectar un déficit ocupacional en los alumnos de educación superior producido por la falta de igualdad.

- 2) Generar propuestas que permitan mejorar la funcionalidad e independencia del alumno.
- 3) Conocer la Importancia de la terapia ocupacional en el ámbito educativo.

Métodos

Para llevar a cabo el estudio sobre esta necesidad observada y detectada, se requirió de un análisis acerca de la existencia de todas aquellas leyes y artículos, decretos y ordenanzas, las cuales me han permitido asesorarme y acercarme al tema de interés: “régimen de convivencia”, según lo establece la Ley de Educación Superior N° 24.521. El mismo ha sido establecido en dicha Ley para procurar la equidad e igualdad de alumnos especiales.

Para llevar a cabo este objetivo tuve en cuenta: primeramente un trabajo de campo que me permitió detectar y analizar la existencia de las diferentes leyes, decretos y ordenanzas, que establecen derecho y obligaciones de los alumnos en el Nivel Superior.

Estas ideas se fundamentan, por un lado, en el análisis de los artículos tanto de la Constitución Nacional Argentina, como los de la Ley de Federal de Educación N 24.195, la Ley de Educación Superior N 24.521, la Ley de Discapacidad derechos y deberes N 22.431, el Decreto N° 1027/ 94 y la Ley Provincial Argentina N 10.592. Por otro lado, me he tomado el atrevimiento de trabajar y leer sobre estudios realizados en Ecuador y Perú sobre el tema (¹), los cuales señalan la situación actual de las personas con discapacidad en relación con la Educación Superior.

En los mismos se señala la existencia de importantes restricciones que dificultan tanto el acceso y permanencia, como el egreso de la población con discapacidad, lo cual contrasta con un marco legal que explícitamente señala las obligaciones de instituciones y organismos, a fin de propiciar la integración de las personas con capacidades especiales al Sistema de Educación Superior.

Asimismo, se denota en dichos trabajos la problemática frente a las limitaciones encontradas para acceder a información básica sobre dicha población universitaria, dejando entrever la falta de organizaciones dedicadas a la protección y promoción en este campo.

¹ Artículo Publicado en Boletín IESAIC-UNESCO.ORG.VE: Febrero 2005 pr 89,2 Trabajo realizado por el equipo de trabajo : Dr Nelson Rodríguez, Dra Mila Moreno, Dra Susana Baldeon, Dr Ramiro Cazar. Quito Octubre 2004

En los dos países antes mencionados la condición de las personas con características especiales es altamente discriminadora, a pesar de que existen leyes que acreditan y amparan el derecho de dichas personas a la educación en igualdad de condiciones que el resto de la población.

Por otro lado como mencionamos al inicio en el proceso metodológico de este trabajo, se llevo a cabo también, una verificación y búsqueda en todas las Universidades de nuestro País sobre la existencia o no de regímenes o normas destinadas a garantizar los derechos citados en los párrafos anteriores. Este trabajo de rastreo de información de llevo a cabo a través de cartas y correos electrónico explicando la investigación y los objetivos de la misma. Si bien no todas respondieron a nuestra solicitud las que lo hicieron en su mayoría dejaron visualizar en la realidad la débil voluntad institucional, de revertir dicha situación. Y que si bien están obligados a adaptar sus instalaciones físicas, de servicios y programas académicos, solo se conocen casos de alumnos especiales de manera aislada, donde cada uno en forma particular ha tenido que utilizar medios legales que le permitan acceder a sus derechos.

Teniendo en cuenta los resultados negativos de dicha búsqueda, me permito reflexionar de la siguiente manera: la Universidad, como parte integrante de la sociedad y ente generador de conocimiento, fuente inagotable de saber y nunca excluyente, debe replantearse sus políticas educativas y pensar con una mirada transformadora, debe dejar de ser una sociedad individualista para ser una sociedad “con todos y para todos”, en la que cada uno de los ciudadanos puedan obtener seguridad, equidad e igualdad de oportunidades, desde un proyecto institucional.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Habría muchas preguntas para hacernos relacionadas con discapacidades en Educación Superior, en relación con las normas que regulan la accesibilidad.

Quedan latentes cuestiones respecto de la supresión de barreras arquitectónicas que permitan el acceso a espacios para todos, en relación a la equidad sobre los recursos necesarios para brindarles atención y servicios de educación especial para integrarlos a la educación regular, para proporcionarles orientación y capacitación profesional y empleo como fin último del proceso de rehabilitación integral.

Resta pensar en como generar interés en las autoridades a nivel de la Presidencia, Congreso Nacional, Defensoría del Pueblo, y otros altos organismos del Gobierno sobre este tema, difundir y comprometer a las autoridades seccionales, capacitar a los profesionales afines a la construcción, controlar el cumplimiento de las normas donde aún no se hayan implementado en su totalidad, generar desde los ministerios instancias de supervisión y control de cumplimiento de leyes, etc.

Con la Declaración de Naciones Unidas a la Década de los 80 como la Década de los Impedidos, se ha dado en los últimos 20 años un gran impulso a la formulación y puesta en vigencia de Leyes especiales de protección de los derechos de las personas con discapacidad, así como a las áreas de educación, salud e integración laboral.

Las personas con discapacidad que han superado las barreras arquitectónicas, psicológicas y sociales de los Centros de Educación Superior y pese ha esto han accedido a este nivel educativo lo han hecho gracias a los esfuerzos individuales y familiares.

En la actualidad, las políticas gubernamentales no han dejado de ser asistencialitas. Y lo han hecho a contraposición de la verdadera necesidad, la cual involucra y requiere políticas humanistas y promotoras de la integración educativa, económica y social de las personas con discapacidad, que permitan incrementar la participación social **“para todos”, “con todos”** y **“desde todos”**. La discriminación constituye una amenaza a la violación de los Derechos Humanos de las personas; derechos a la vida, a la salud, a la libertad y la seguridad de la persona, a no sufrir penas o tratamientos inhumanos o degradantes, a circular libremente, a la reputación personal, a la vida privada y familiar, a casarse y fundar una familia, al trabajo, a la seguridad, asistencia y la protección sociales.

Desde la Institución que represento y donde se llevo a cabo dicho trabajo nos encontramos poniendo en marcha la definición de un proyecto de Régimen de convivencia, la definición de una ficha de inscripción que discrimine positivamente los alumnos con capacidades especiales, y un proyecto de solicitud de materiales adaptados y cambios arquitectónico.

PALABRAS CLAVES:

Igualdad-Equidad-Legislación-Educación-Terapia ocupacional

BIBLIOGRAFÍA

Libros:

- Ander-Egg, E. y Aguilar, J. (1993), “Como Elaborar un Proyecto: Guía para diseñar proyectos de intervención socio-educativa”. Bs. As., Editorial Magisterio del Río de la Plata.
- OIT (1996), “Orientación Ocupacional de Jóvenes. Guía para Educadores”, Programa Formación Profesional.
- Ojeda, L. (1999). “Orientación Vocacional. La búsqueda de información, nuevos recursos”, Rosario, Homosapiens Ediciones.
- Atrio, Nelida y otros. “Espacios psicopedagógicos”. Editorial Psicoteca.
- De Hemphill, J.B . “Mental Health Assessment in Occupational Therapy, An Integrative Approach to the Evaluate Process”.(USA) 1988.
- Gullco, A y di Paola (1993).Orientación Vocacional “ Una Estrategia Preventiva”. (Bs As), Editorial. Vocacion Argentina
- Kielhfner,G , 1983.Health Through Occupation . En: “Theory and Practice in Ocupacional Therapy”. (Philadelphia) editorial Davis Company.
- Reed,K. y Sanderson, S.,1983 .Concepts of Occupational Therapy. (Los Angeles), Williams and Wilkins 2 edition..
- Sabino, A, C. 1998. Como Hacer una Tesis y Elaborar todo tipo de Escritos. Lumen/Hvmanitas, edición Ampliada.
- Autores Varios. 2000 “Situación Actual de las personas con discapacidad”. Cuatro Módulos.

Leyes:

- Ley de Discapacidades. Reg. Of. 301. 2001
- Reglamento General de la Ley de Discapacidades. Reg. Oficial No. 27. 2003
- Breve Análisis de las Discapacidades en el Ecuador. Dr. Ramiro Cazar Flores.2001.

- Ley Federal de Educación Superior Argentina N° 24.521. “Titulo : Derechos, obligaciones y garantías”, “Titulo II Principios generales”, Capitulo I y II De la Política Educativa Argentina, “Titulo III Estructura del Sistema Educativo Nacional”, Capitulo I y II Descripción General”, Capitulo III Educación General Básica, Capitulo VII “Regímenes Especiales”, Titulo VI Gratuidad y Asistencialidad”.
- Decreto 1027/94 de Ley de Educación Argentina, “Anexo II”, “Anexo VI”, “ Comisión Nacional Asesora para la integración de las personas discapacitadas”.
- Ley Provincial N° 10.592 (Buenos Aires) Argentina, Capitulo II “Servicios de Asistencia y Prevención” Titulo III “ Normas Complementarias”, Decreto N° 1149 “Capitulo Único”
- Constitución Nacional Argentina.
- Decreto supremo N° 001-2003-PCM, de plan de igualdad de oportunidades para la persona con discapacidad, de ministerio de Salud de Perú.
- Ley General de Educación N° 28044 de Perú.
- Programa de Nacional de Emergencia Educativa 2004, Peru: ejes “equidad y Educación Inclusiva: década de la inclusión 2003-2012. Educación Especial.
- Ley General de la Persona con Discapacidad de Peru, N° 27050,.
- Constitución Política del Estado de Perú , año 1979, art 19, Capitulo III, Titulo I.
- Resoluciones Ministeriales del Peru N° 1378-78-VC-3500 y N° 1379-78-VC-3500.
- Constitución Nacional del Perú, promulgada en 1993, art 2 inc. 2 , capitulo II del titulo I, articulo 7 , art. 23, titulo III, art. 59 .

Título: Integración de la Perspectiva Ocupacional en la Evaluación de Desarrollo del Niño de 0 a 4 años.

No. De Hojas: 11

Nombre del Autor: Bolaños, Cristina

Institución a la que Pertenece: Instituto de Terapia Ocupacional

Av. San Antonio 341-1

Col. San Pedro de los Pinos

Delegación Benito Juárez

Ciudad de México

C.P. 03800

México, D. F.

Teléfono: 52 55 55-63-00-86

Fax: 52 55 55-98-62-54

cbolanos@ito-edu.org.mx

Título: Integración de la Perspectiva Ocupacional en la Evaluación de Desarrollo del Niño de 0 a 4 años.

Nombre del Autor: Dra. María Cristina H. Bolaños

Institución a la que Pertenece: Instituto de Terapia Ocupacional

Av. San Antonio 341-1

Col. San Pedro de los Pinos

Delegación Benito Juárez

Ciudad de México

C.P. 03800

México, D. F.

www.ito-edu.org.mx

Resumen

El objetivo de la presentación es analizar como el terapeuta ocupacional aporta su visión integral para integrar datos que permitan identificar problemas no sólo del nivel de desarrollo sino aspectos específicos relacionados con déficit, integración sensorial y desorganización de juego, de tal manera que pueda orientar a los padres para que tomen decisiones prácticas y efectivas para facilitar del desarrollo del niño(a) desde la perspectiva ocupacional.

Para ejemplificar lo anterior, se presenta un estudio de caso de una pequeña con microcefalia y problemas de autorregulación que se le aplicó una serie de valoraciones en diferentes cortes de edad, utilizando como instrumentos de medición el Perfil de Conductas de Desarrollo (PCD), el Sensory Profile y la Escala de Juego. La integración de la información cuantitativa y cualitativa obtenida de estos instrumentos permitió fundamentar la intervención desde la perspectiva ocupacional, empleando los marcos de referencia de Integración Sensorial y Ocupación/Persona/Ambiente en una intervención que duró 20 meses.

Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas en las once áreas del PCD, con una significancia estadística de $p < .05$. En el juego se observaron cambios en iniciativa, en su disposición de juego, imitación, manejo de espacio y materiales. En el procesamiento sensorial, se obtuvieron cambios en atención, estado de alerta, reacción emocional y praxis.

Este estudio mostró la importancia de trabajar todas las áreas de desarrollo, lográndose disminuir la diferencia entre su edad cronológica y nivel de desarrollo. Así mismo, demostró la importancia de integrar el juego de desarrollo tanto en la evaluación como en la intervención y de incluir a los padres en el trabajo terapéutico, confirmando que el intervenir en forma temprana disminuye los efectos secundarios que la desorganización en el procesamiento sensorial puede traer consigo en las conductas de juego y en el desarrollo integral del niño.

Agradecimientos:

Agradecemos la participación de la

Mtra. en Terapia Ocupacional Montserrat De la Riva,
Mtra. en Terapia Ocupacional Leah Golombek

estudiantes de la Maestría en Terapia Ocupacional, cuando se valoró e intervino en el caso

Introducción

El objetivo de la presentación es analizar como el terapeuta ocupacional aporta su visión integral para integrar datos que permitan identificar problemas no sólo del nivel de desarrollo, sino aspectos específicos relacionados con déficit integración sensorial, desorganización de juego, de tal manera que pueda orientar a los padres para que tomen decisiones prácticas y efectivas para facilitar del desarrollo del niño(a) desde la perspectiva ocupacional, a través de la presentación de un estudio de caso.

Los supuestos en que se basa esta presentación son los siguientes:

1. El niño presenta conductas indicadores del nivel de desarrollo en su actividad sensorimotora, de lenguaje, cognición, en la exploración y manipulación de juguetes y en su relación con el entorno.
2. Existe una interdependencia en las áreas de desarrollo que potencializa en sentido positivo y negativo el proceso de desarrollo, de ahí que en la intervención temprana se disminuyen los efectos que la falta de una detección temprana ocasiona.
3. Utilizando escalas de desarrollo estandarizadas y observación de juego se pueden identificar indicadores de riesgo relacionados con integración sensorimotriz, cognición, comunicación y desarrollo neuromotriz y establecer objetivos desde la perspectiva ocupacional.
4. La integración de la información cuantitativa y cualitativa derivada de la observación de juego y de la escala de desarrollo permitirá integrar una visión más completa de las necesidades y los recursos ocupacionales del niño y la niña en diferentes áreas.

Uno de los fundamentos de la intervención temprana son los cambios que se pueden lograr cuando se interviene en forma temprana para evitar el que los problemas se tornen más severos y se involucren más áreas del desarrollo del niño. (1,2)

Investigadores han mostrado la necesidad de valorar el desarrollo de los niños(as) en forma sistemática, no sólo cuando se espera alteraciones en el proceso de desarrollo por prematurez, factores genéticos identificados, malformaciones congénitas o traumatismo neonatales,(3) sino también en presencia de ambientes deprimidos (4), o en el retraso en la aparición de conductas esperadas a su edad.(5,6)

La Evaluación del Desarrollo comprende la utilización de escalas de desarrollo estandarizadas cuyo objetivo es documentar la emergencia de comportamientos y habilidades secuenciales en un período de tiempo. La Evaluación del Desarrollo se realiza los primeros años de vida permitiendo conocer el patrón de desarrollo de niños y de las niñas en diferentes áreas para establecer niveles de edad y tipos de intervención necesarios cuando se detectan indicadores de retraso en la adquisición de conductas en diferentes áreas del desarrollo.

El Juego.

El juego es considerado la ocupación del niño. (7) A través del juego se puede observar su atención, organización, iniciativa, interacción, participación, exploración, forma de aprendizaje y nivel de desarrollo. La competencia, la logra el niño al tener la posibilidad de explorar y experimentar, desarrollar habilidades y divertirse. (8) La interacción entre la experiencia apropiada a la edad y la maduración del SNC determina las características de la capacidad organizativa de cada fase.(9) El juego nos da una muestra clara de la capacidad organizativa del niño por su carácter espontáneo, flexible. El comportamiento de juego puede ser analizado no sólo a través de sus componentes, sino también en relación a los roles culturales y sociales y sus efectos en el ambiente.(9,10,11)

De acuerdo a Knox, (7,12) el análisis de cómo los niños juegan ofrecen información valiosa acerca de sus competencias cognitivas, motoras y sociales.

El terapeuta ocupacional facilita el juego para promover la competencia en el niño, ya sea adaptando el juego, adaptando el ambiente o desarrollando habilidades y como un medio para potencializar el desarrollo del niño.

Diseño de Investigación.

Estudio de caso en serie de tres cortes.

Objetivo de la Investigación

Identificar y evaluar los cambios en niveles de desarrollo, edad de juego y procesamiento sensorial en los diferentes cortes de edad.

Descripción del Caso:

Tere nació de 37 semanas, presentó un Apgar 9/9, nació por parto natural, sin sufrimiento fetal, peso al nacer 2.700.

Inicialmente tuvo intolerancia a la lactosa, la cual se controló a los 3 meses. Presentó problemas de sueño. A la edad de 6 meses, la madre solicitó la valoración porque observaba que no jugaba, que no movía sus manos. Tere es la segunda hija de un matrimonio joven, la mamá psicóloga con conocimientos de IS, nivel socioeconómico medio alto.

Durante todo el estudio, la niña presentó buen estado de salud. A los 7 meses se le diagnosticó probable microcefalia, la cual fue confirmada seis meses después.

Metodología

Instrumentos utilizados:

En esta investigación se utilizó el Perfil de Conductas de Desarrollo,(13,14) que es una escala integrada por once áreas de desarrollo, la cual tiene estudios de validez y confiabilidad para la población mexicana, el Sensory Profile(15) la Escala de Knox Revisada(12) y el INFANIB(16).

Los cortes de edad se realizaron a los 7, 13, 23 y 27 meses. Durante todo ese tiempo recibió terapia de Integración Sensorial combinada con Neurodesarrollo y Juego del Desarrollo.

Procedimiento:

La evaluación del desarrollo se integró por:

1. Entrevista inicial con los padres,
2. Los resultados de la escala del desarrollo (Información Cuantitativa)
3. Resultados del Sensory Profile
4. Observación de juego con el formato de la prueba de Knox.

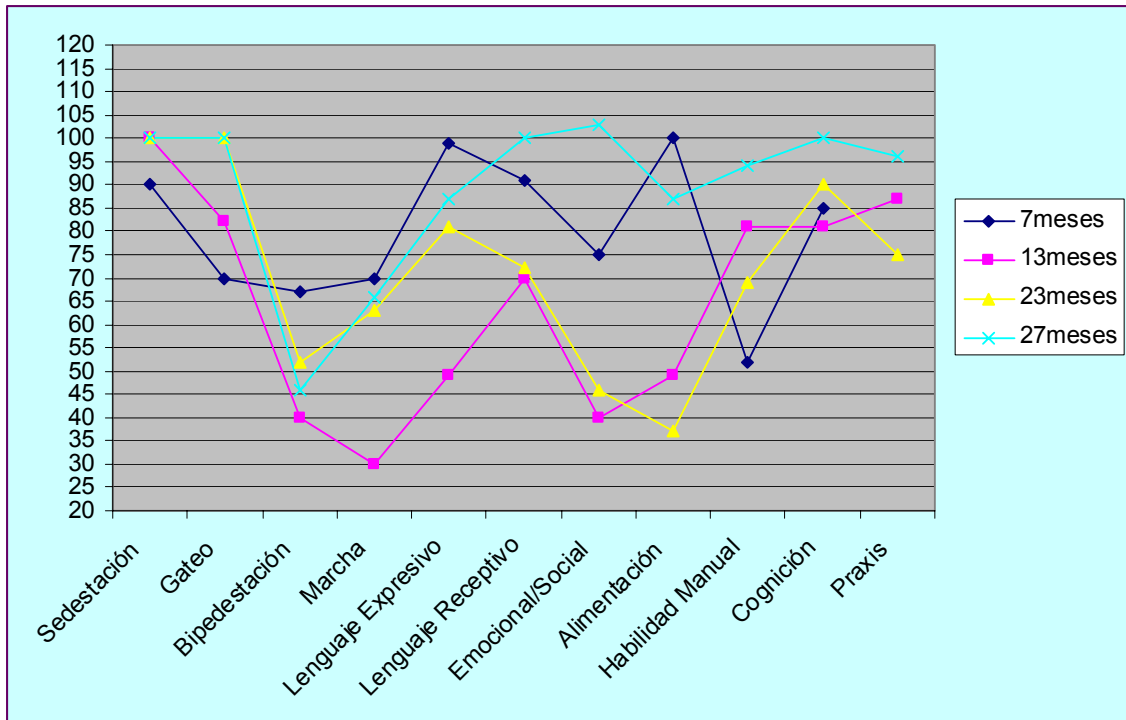
La intervención se realizó por dos años, 2 veces a la semana, de los 7 a los 27 meses, con dos períodos en que se intervino 4 veces a la semana por las prácticas profesionales de los estudiantes de la Maestría en Terapia Ocupacional.

Resultados:

Los resultados de la valoración inicial mostraban retraso en casi todas las áreas de desarrollo con Coeficientes de Desarrollo entre 52 en Habilidad Manual y 90 en Sedestación. Mostraba así mismo, que estaban comprometidas las habilidades de interacción social, no respondía a demandas del ambiente, pero si lograba que el ambiente le respondiera a la poca iniciativa que mostraba, un ambiente sobreprotector que la trataba como una niña más pequeña.

En la tabla 1 se presentan los resultados de los Coeficientes de Desarrollo obtenidos en el Perfil de Conductas de Desarrollo en los diferentes cortes de edad.

Tabla 1



En el análisis estadístico de la diferencia de medias utilizando la prueba t, los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas en las once áreas del PCD, con una significancia estadística de entre $p < .0001$ en Sedestación y Gateo y $p .058$ en Alimentación.

En el procesamiento sensorial, se encontraron comprometidos el registro y modulación sensorial en todas los canales valorados, encontrándose diferencias definitivas en

sensibilidad sensorial oral y auditiva, búsqueda sensorial visual, bajo registro vestibular, propioceptivo y táctil y evitación sensorial táctil, afectando el arousal, afecto, atención y la acción. En esta última se observaba pasividad, patrón de intereses reducido, falta de exploración, manipulación, y mínima comunicación utilizando sólo sonidos agudos. Estas diferencias en procesamiento sensorial repercutían directamente en el nivel de juego, manejo de espacio, interacción social y aprendizaje.

En lo que se refiere al juego, se obtuvieron cambios en su nivel y conducta al jugar, ya que mientras a los 7 meses no se tenía ninguna respuesta de juego a los 27 meses se observaban respuestas más apropiadas a su nivel de maduración. Entre los cambios cualitativos que se obtuvieron fueron aumento de la atención, iniciativa, inicio del juego espontáneo, exploración, manejo de espacio y materiales, aumento de la respuesta emocional.

Conclusiones

Los resultados del estudio corroboran lo señalado por diferentes autores en cuanto a la importancia de integrar los datos cuantitativos, en este caso resultados del PCD, Sensory Profile, con información cualitativa del juego y observación clínica.(17,18) La integración de la información cualitativa y la cuantitativa, nos dio una referencia descriptiva de la calidad de las respuestas de la niña. El observar su nivel de juego permitió integrar elementos que de otra manera, hubieran quedado sin un punto de integración, como era su pasividad, la forma como manipulaba el ambiente, su estado de alerta, su falta de gusto por jugar, la búsqueda sensorial visual y su pobre respuesta emocional.

Desde la perspectiva ocupacional, el análisis de juego permitió integrar la visión del terapeuta ocupacional para intervenir no sólo en el área neuromotora que ya empezaba a mostrar retrasos, sino principalmente incidir en los substratos importantes del procesamiento de integración sensorial(19) e interacción social(9) lográndose cambios significativos en todas las áreas del desarrollo.

Así mismo, fue de especial importancia, los cambios obtenidos en el área cognitiva del PCD. La integración de esta información nos permitió intervenir para modificar la

tendencia del proceso evitando que mayor número de conductas se vieran afectadas como consecuencia de la interdependencia de las variables.

En este caso fue posible constatar la importancia de realizar una detección temprana de alteraciones en diferentes áreas del desarrollo, para realizar un trabajo preventivo, antes que se vieran comprometidos más aspectos del desarrollo, escuchar las preocupaciones de los padres e identificar áreas de retraso, los recursos y fortalezas de la niña y la familia, no quedarnos con el diagnóstico, sino descubrir al niño o a la niña y su potencial, confirmando que el intervenir en forma temprana disminuye los efectos secundarios que la desorganización en el procesamiento sensorial puede traer consigo en las conductas de juego y en el desarrollo integral del niño.

Así mismo, este caso nos permitió descubrir la importancia de no centrarse solamente en el problema neuromotriz, sino realizar un plan de intervención que incluya todas las áreas, de acuerdo al nivel de cada una.

La participación de los padres fue esencial en el proceso de evaluación e intervención ya que ellos son los principales facilitadores del desarrollo de sus pequeños.

Por último, en este caso se puede destacar que por sus conocimientos de desarrollo, integración sensorial, juego y ambiente, el terapeuta ocupacional es un profesional idóneo para realizar una evaluación integral del desarrollo y poder identificar tempranamente desviaciones en sus diferentes áreas.

BIBLIOGRAFIA

- 1 American Academy of Pediatrics., 1994. Screening Infants and Young Children for Developmental Disabilities Pediatrics, **5**, 93: 863-865, RE9414
- 2 Achenbach T., 1981. "Investigaciones en Psicología del Desarrollo" El Manual Moderno. (México)
- 3 Kochanek TT., Buka SL., 1991. "Using biologic and ecologic factors to identify Vulnerable infants and toddlers" Inf Young Children. **4**(1): 11-25
- 4 Aylward G., 1990. "Environmental Influences on the developmental outcome of Children" Inf Young Children. **II**. 1-9.
- 5 Glascoe FP., 1991. "Developmental screening: Rationale, methods, and Application" Inf Young Children. **IV**.1-10.
- 6 Meisels JS., Provence S., 1996. "Screening and Assessment: Guidelines for Identifying Young Disabled and Developmentally Vulnerable Children and their Families" Zero to Three (Washington)
- 7 Knox S., 1974. A play scale, In Reilly, M. (Ed.). "Play as Exploratory Learning" Sage Publications (Beverly Hills, CA) 247-266.
- 8 Reilly M., 1974. "Play as Exploratory Learning" Sage Publications (Beverly Hills, CA).
- 9 Greenspan SI., 1996 "Assessing the Emotional and Social Functioning of Infants and Young Children, en New Visions for the Developmental Assessment of Infants and Young Children" Zero to Three (Washington)
10. Cohen D., 1987. "The Development of Play" New York University Press (New York)
- 11 Ellis M., 1973. "Why People Play" Prentice-Hall (New Jersey)
- 12 Knox S., 1997. "Development and current use of the Knox Preschool Play Scale" en L.D Parham & L. Fazio Eds. Play in occupational therapy for children (pp.35-51) Mosby (St. Louis)
- 13 Bolaños C., 1997. "Perfil de Conductas de Desarrollo" Universidad Iberoamericana e Instituto de Terapia Ocupacional (México)
- 14 Bolaños C., 2005. "Perfil de Conductas de Desarrollo. Estudios de validación del Perfil de Conductas de Desarrollo (PCD) como instrumento para evaluar El desarrollo de los niños de 0-4 años" Boletín Médico del Hospital Infantil de México. **60**, 79-89.
- 15 Dunn W.,1999. "Sensory Profile User Manual" The Psychological Corporation (E.U.A)

- 16 Ellison P., 1994. "The INFANIB. A reliable method for the neuromotor assessment of Infants" Therapy Skill Builders (Tucson, Az.)
- 17 Honzig MP., 1976. "Value and Limitation of Infant Tests: An Overview". En M. Lewis/Ed). Origins of intelligence in Infancy and Early Childhood. Plenum (New York)
- 18 Greenspan SI., Meisels SJ., 1996. "Toward a New Vision for the Developmental Assessment of Infants and Young Children. En New Visions for the Developmental Assessment of Infants and Young Children." Zero to Three (Washington)
- 19 Dahl G., 2001. "From Neuron to Behavior: Regulation, Arousal, Attention as Important Substrates for the Process of Sensory Integration. En: Bundy, A.C. Lane, S.J. Murray, E.A. (Eds.) Sensory Integration with Diverse Populations" Therapy Skill Builders (E. U.A)

SEPTIMO CONGRESO ARGENTINO Y LATINOAMERICANO DE TERAPIA
OCUPACIONAL

Título

INTERVENCION PSICOSOCIAL DE TERAPIA OCUPACIONAL EN EL
TEMA DE PREVENCION, TRATAMIENTO Y REHABILITACION DEL
CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.

DATOS DEL AUTOR

Nombre y Apellido: YUDY SALAZAR TORRES

Agencia: UNIVERSIDAD DEL VALLE

Cargo/Título profesional: DOCENTE- TERAPEUTA OCUPACIONAL-
ESPECIALISTA EN DESARROLLO COMUNITARIO
MG EN NEUROSIKOLOGIA

Ciudad: CALI

País: COLOMBIA

E-mail: yudysalazar@telesat.com.co, yudysa@hotmail.com

INTRODUCCION

El siguiente documento hace referencia a la contribución de la intervención psicosocial en programas de prevención, tratamiento y rehabilitación de población consumidora de sustancias psicoactivas (SPA) a partir de esquemas que permitan cualificar recursos técnicos de los profesionales y optimizar resultados en relación a intervenciones efectivas.

Se presentan aspectos teóricos y de análisis que facilitan entender el tema y la realidad percibida por los diferentes actores sociales que intervienen, pues se requiere de una fundamentación conceptual que permita hacer esa lectura y a partir de ella establecer objetivos acordes a particularidades de los grupos poblacionales y finalmente derivar en algunas estrategias metodológicas frente a una situación de consumo a nivel nacional, internacional y mundial con consecuencias personales, familiares y sociales que de una u otra forma afectan a la comunidad en general.

DESCRIPCION DEL TEMA

El consumo de sustancias psicoactivas (SPA) forma parte de un proceso que va desde el uso y abuso hasta la dependencia de diversas sustancias legales e ilegales que afectan cada día a un mayor número de personas a edades más tempranas con efectos que alteran la salud física, mental o el bienestar de un individuo, de un grupo o de la sociedad en general. Las cifras de incidencia y prevalencia tienen diferentes comportamientos, pero en definitiva se percibe un aumento o mantenimiento en unos casos de una sustancia específica, en otros por grupos etareos, concluyendo de esta manera que las medidas preventivas o terapéuticas siempre serán pertinentes.

Algunos fenómenos sociales, factores personales, familiares, psicosociales facilitan el desarrollo del consumo, es por esto que en la actualidad existe consenso entre profesionales de diferentes áreas y organismos gubernamentales y no gubernamentales a la hora de considerar la importancia de la intervención en los diferentes niveles de atención e identificar las consecuencias del consumo como una situación socialmente relevante.

POR QUÉ LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL?

Porque hoy se consumen sustancias legales e ilegales a más temprana edad y por lo tanto la intervención se hace cada vez más necesaria.

Porque el consumo de sustancias legales se ha convertido en un mecanismo de socialización para la comunidad en general.

Porque en la calle, en la casa, en la escuela, colegios, universidades, en el parque, en el barrio, se puede reflexionar sobre la prevención, el consumo de las SPA y los problemas asociados con la comunidad en general.

Porque la prevención debe ser un hecho cotidiano de participación de los diferentes sectores gubernamentales y no gubernamentales.

Porque es preciso entender que el consumo de SPA se convierte en un problema de salud pública, hecho fundamental para acercarse a una atención integral desde diferentes instituciones y sectores.

JUSTIFICACION

El hombre como ser biopsicosocial, esta en continua interacción con su medio, la persona esta preparada para el desarrollo de sus capacidades, habilidades y destrezas de acuerdo a cada una de las etapas del ciclo vital, valiéndose de la ejecución de roles ocupacionales; la terapia Ocupacional al tener como objeto de estudio la Ocupación humana, se pone en contacto con la realidad del sujeto en cuanto a lo individual y como ser social transformado y transformador de su medio a través del desempeño ocupacional, entendido como la capacidad de desarrollar aquellas tareas que hacen posible ejecutar los roles ocupacionales de una manera que sea satisfactoria y apropiada en relación con la edad del individuo, la cultura y el entorno.

Es así como se requiere aprendizaje y experiencia en la realización del rol, un nivel de desarrollo específico para la ejecución de las tareas, la utilización de los componentes de la ejecución que dependen de elementos intrapersonales y extrapersonales y dimensionado en las áreas de autocuidado, actividades productivas, de trabajo y de juego y/o ocio con los consecuentes componentes y contextos del desempeño.

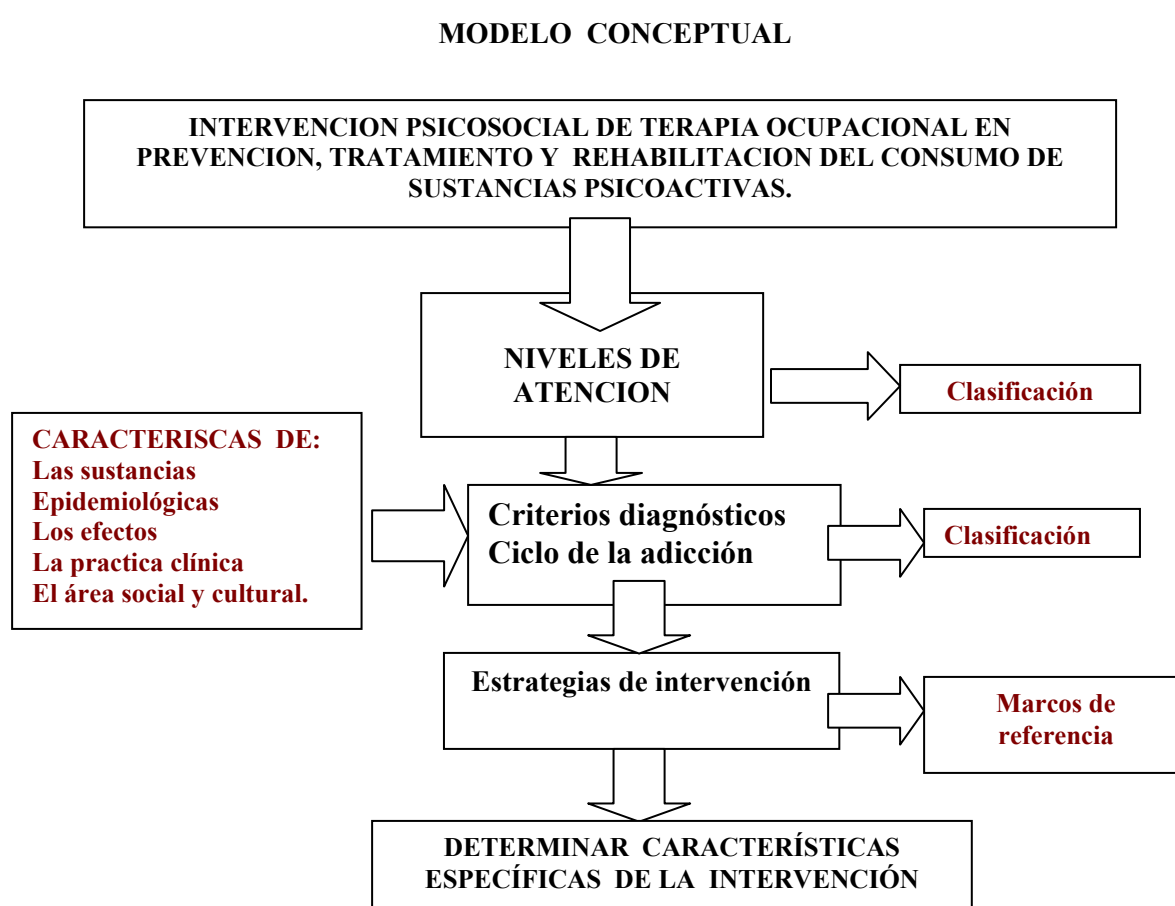
Alicia Trujillo, en su modelo de “ Desempeño Ocupacional y realización humana”, refiere que hay un permanente movimiento entre los procesos humanos (niveles crecientes subsistencia, actualización, dominio y actualización, sustentados en el potencial sensorial, motor, cognoscitivo, social y afectivo de la persona) y procesos ocupacionales (representados por el autocuidado, el juego, el trabajo), los cuales se mueven en un medio ambiente que esta constituido por un espacio, una temporalidad y una estructura social, económica e ideológica que favorece o impide que el desempeño ocupacional tienda a la realización de la persona. La continua interacción entre estos se sintetizan en el desempeño ocupacional.

Consecuente con lo anterior en la intervención en Terapia Ocupacional es importante priorizar estrategias de promoción y prevención, en tratamiento, rehabilitación y equiparación de oportunidades a partir de espacios terapéuticos que permitan el análisis del desempeño Ocupacional, la capacidad adaptativa de los usuarios a través de elementos socioeducativos que propicien autoconocimiento y habilidad para interactuar, reorganizar y/o mantener patrones conductuales que optimicen su desempeño en los diferentes roles sociales y favorecer de esta manera el abordaje de las restricciones en la participación educativa, laboral teniendo en cuenta para ello el enfoque biopsicosocial y sociocultural.

Finalmente la intervención se justifica en la medida que el mayor conocimiento del tema y el perfil o características de la población amplía las posibilidades de establecer procedimientos diagnósticos y terapéuticos que enriquecen el pronóstico, el éxito en el proceso y el impacto sobre la práctica social que consolide una intervención reflexiva y focalizada en aspectos específicos y enriquecidos por una visión integral.

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

A continuación se describen modelo conceptual y la estructura que permitirá visualizar la intervención psicosocial en el consumo de SPA:



Existe un constructo teórico denominado intervención psicosocial en los diferentes niveles de atención en el tema de la drogadicción que permite realizar abordajes interdisciplinarios de acuerdo a particularidades de los grupos poblacionales o teniendo en cuenta el perfil ocupacional del consumidor, el diagnóstico, el pronóstico, la orientación vocacional y el proceso de inserción social teniendo en cuenta para ello el análisis de potencialidades, intereses, hábitos, rutinas, roles y destrezas a partir de un proyecto de vida donde las personas puedan desarrollar una vida saludable, socialmente normalizada conjuntamente con su red de apoyo familiar y posibilite a su vez la dinámicas de inclusión social.

La consecución de lo anterior esta determinado, por una parte, por una intervención positiva sobre la persona consumidora y su entorno más inmediato y por otra parte por cambios en la sociedad a través de estrategias educativas en promoción y prevención que hagan posible su participación activa en la misma.

ESTRUCTURA DE LA INTERVENCIÓN

Fases	Objetivos	Actividades	Estrategias
Valoración Identificación de necesidades.	<p>Evaluar condiciones actuales de las personas o grupos poblacionales según nivel de atención.</p> <p>Identificar elementos del micro y macrocontexto de las personas o grupos poblacionales.</p> <p>Valorar éxitos y fracasos de intervenciones anteriores.</p> <p>Identificar recursos existentes, redes de apoyo familiar, social y los dispositivos a utilizar.</p> <p>Definir el problema.</p>	<p>Revisión antecedente de intervenciones.</p> <p>Entrevista estructurada</p> <p>Análisis del desempeño ocupacional según ciclo vital</p> <p>Observación específica y estructurada de la comunidad y diferentes actores sociales.</p>	<p>Sesiones individuales o grupales</p> <p>Protocolo de intervención acordes a necesidades.</p> <p>Diseño de una forma particular de recolección de datos</p> <p>Esquematizar los datos.</p> <p>Reunión con equipo interdisciplinario.</p>
Planificación	Plantear objetivos y propuesta de intervención	<p>Análisis de resultados</p> <p>Propuesta de diagnóstico.</p> <p>Visualización de resultados y pronóstico.</p>	<p>Proyección y viabilidad de la estrategia.</p> <p>Socialización de la propuesta de intervención.</p>
Intervención	Desarrollar planes de acción acordes a necesidades particulares de la persona o grupo.	<p>Psicoeducativa</p> <p>Cognitivo-conductual</p> <p>Aprendizaje en habilidades sociales</p> <p>Habilidades de autocontrol y manejo de estrés.</p> <p>Habilidades de autocuidado</p> <p>Actividades de la vida diaria.</p> <p>Actividades escolares-hábitos-rutinas y roles.</p> <p>Actividades de ocio y tiempo libre.</p> <p>Proyección de Integración comunitaria.</p>	<p>Individual.</p> <p>Grupal</p> <p>Familiar</p> <p>Operacionalización de recursos</p> <p>Instrumentalización de recursos.</p>
Evaluación	<p>Adaptar la intervención a las necesidades y evolución de cada usuario o grupo.</p> <p>Facilitar un mecanismo de evaluación interna.</p>	<p>Reconocer dificultades, retos y logros.</p> <p>Valorar las condiciones actuales de las personas y la proyección de la intervención.</p> <p>Introducir cambios.</p>	<p>Informes de avance y final que den cuenta de los objetivos planteados al iniciar la intervención.</p>
Seguimiento	<p>Conformar un mecanismo dinámico de realimentación sistemática.</p> <p>Medir cumplimiento de objetivos.</p> <p>Comprender los procesos relacionado con la evolución de la intervención.</p> <p>Adaptar la intervención a las necesidades de la población</p>	<p>Realizar entrevistas</p> <p>Aplicación de protocolos de evolución.</p> <p>Comprobar la evolución</p>	<p>Informe de seguimiento a los objetivos.</p> <p>Reuniones periódicas con objetivos planteados acordes a las necesidades.</p> <p>Trabajo interdisciplinario</p>

Para llevar a buen término el desarrollo metodológico que permita actuar con eficacia es importante tener en cuenta los siguientes elementos:

Definir objetivos y procedimientos.

Estudiar el alcance y las características del tema teniendo en cuenta los medios técnicos para tener un conocimiento preciso y veraz.

Incluir el equipo interdisciplinario, identificando y movilizándolo los recursos existentes de los grupos poblacionales, incluyendo el mayor número de actores sociales posibles.

Abordar intervenciones con enfoques teóricos claros y acordes a necesidades específicas o colectivas según sea el nivel de atención.

Se necesitan intervenciones no focalizadas en el déficit, teniendo en cuenta para ello una visión amplia que permita el diálogo con otras disciplinas, ampliar la base teórica y asegurar que los procesos sean accesibles.

Se resalta la conveniencia de intervenir específicamente sobre aquellas funciones directamente asociadas al funcionamiento diario de la persona consumidora, a su perseveración en el consumo y al alto riesgo de recaídas.

APORTES DEL ABORDAJE DEL TEMA

Determinar elementos que prioricen la intervención de terapia ocupacional en los diferentes niveles de atención, así como, delimitar un perfil profesional que posibilite realizar intervenciones acordes a las exigencias de los usuarios, del medio, no focalizar la atención a ofrecer respuestas puntuales a las demandas explícitas, sino también a comprender y valorar las demandas implícitas a partir de una valoración integral que permita analizar los diversos factores que favorecen o no el desempeño ocupacional de las personas consumidoras de SPA.

Contribuir al desarrollo de propuestas psicosociales como un medio que permita la adopción de protocolos de evaluación e intervención de acuerdo a las características de la población, reorganizar y/o fortalecer el proceso de inserción socio-ocupacional a partir del diseño y estructuración de programas en cualquier nivel de atención con la participación de un equipo interdisciplinario y de los actores sociales involucrados como sujetos activos en el proceso que propician la autodeterminación, autogestión, regulación de sus dinámicas y lideran acciones para sí y para otros en torno a temas que considera relevantes para ellos y su comunidad.

Favorecer un mayor conocimiento de tema, posibilitar una actitud investigativa y nuevas formas de intervención.

ELEMENTOS DE REFLEXIÓN

El proceso de formación de profesionales en el área psicosocial y específicamente en el tema de prevención, tratamiento y rehabilitación del consumo de SPA ofrece estrategias que fortalecen

propuestas de intervención con los usuarios, sus familias, sistemas educativos, de salud y redes de apoyo, siendo esta la manera de garantizar que los procesos perduren en el tiempo.

Una intervención será efectiva en la medida en que abarque el mayor número de factores causales y abordajes integrales acordes a las necesidades de las personas con actuaciones secuenciales, continuas y relacionadas con otras a nivel de un equipo interdisciplinario, interinstitucional e intersectorial.

Como miembros de un equipo interdisciplinario en el área psicosocial es importante dimensionar lo que es posible hacer, lo que es necesario hacer, lo que se desea hacer y lo que en realidad se puede hacer de una manera integral y atendiendo a las necesidades sentidas del grupo poblacional, identificando red de recursos comunitarios y rutas de seguimiento en los diferentes niveles de atención.

BIBLIOGRAFIA

A T, Beck; Fred D: Wright, Corey F. Newman, Bruce S. Liese (1999). Terapia Cognitiva de las drogodependencias.

Alvarez, L. Drogas de abuso. P.49-86. En: Alcaldía de Medellín y Hospital Universitario San Vicente de Paúl. Compendio de farmacodependencia y alcoholismo. Medellín.

Alvadalejo, M. (2005). Farmacología clínica de las drogas de abuso: Málaga.

American Psychiatric Association. (2005). Diagnostic statistical manual of mental disorders DSM IV- TR. Washington.

Castaño Pérez G. (2001) Nuevas estrategias de atención en drogodependencias “la reducción de riesgos y daños. Fundación Universitaria Luis Amigó.

Durante P, Molina B. (1998) Terapia ocupacional en salud mental. Principios y práctica

Dulce María Romero Ayuso (2003). Terapia ocupacional. Teoría y práctica. Ed. Masson.

Joanne k. Factores que promueven la resistencia a la adversidad psicosocial. V simposio de actualización de SPA.

Fundación de ayuda contra la drogadicción (1997): Información general para la prevención de drogodependencias. Obra colectiva de la FAD.

Fleming, Michael y otros. (1994). guía de los trastornos adictivos. Impreso en España.

Farmacodependencia y política de drogas (2001). Seminario de expertos, Berlín- Alemania.

González P, Toro G, Yépez R. (1997). Fundamentos de medicina. Manual de psiquiatría. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas.

Gómez J. Fundamentos metodológicos de la T:O Mira editores

Galanter, M. y Cléber, H. (1997). Tratamiento de los trastornos por abuso de sustancias de la American Psychiatric Press. Barcelona: Masson, S.A.

Kieflhoner G: motivos, patrones y desempeño de la ocupación: conceptos básicos.

Ledoux, S. Sizaret, A. Hassler, C. Choquet, M. (2000). Consumo de sustancias psicoactivas en la adolescencia. Análisis de los estudios de cohorte. Revista de adicciones Vol. 12 N° 2. Pamplona. Madrid.

Organización Panamericana de la Salud (1995). Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10ª. Revisión. W. D.C. OPS, Vol. 1.

Plan nacional sobre drogas. (1997). Prevención de las drogodependencias: análisis y propuestas de actuación. Ministerio del interior. España.

Silva, R. Gonzáles C, Espinel, M. Espinosa, I. (1998). Consumo de sustancias psicoactivas: estudio en adolescentes escolarizados en tres localidades de santa fe de Bogota.

Trujillo A. Propósito de la T.O en la intervención psicosocial campos de acción.

Verdejo, Et al (2004); Impacto de la gravedad del consumo de drogas sobre distintos componentes de la función ejecutiva Revneurolog 38 (12).

Viveros C. Licer (2002) Consumo de drogas y alcohol por adolescentes escolares de enseñanza básica y media de la comuna de Ñuñoa. -- p.251-265.

Willard /Spackman. Terapia ocupacional. Octava edición, Ed. Panamericana. 1998. Capitulo 4, sección 3j, paginas 85-86.

VII Congreso Argentino y Latinoamericano de Terapia Ocupacional.
Mar del Plata del 12 al 15 de setiembre de 2007.

Título del Trabajo: “Intervención desde Terapia Ocupacional con niños que presentan Trastornos Psicopatológicos”

Autora: Lic María Nelly Boiffier.

Mauro tenía 4 años de edad Se le había realizado un ECG, que demostraba leve alteración, por lo que los padres recibieron el diagnóstico de Disrritmia Cerebral leve, con Retraso Psicomotor asociado.

Mauro no controlaba esfínter, no había presencia de lenguaje oral, comunicaba algunas necesidades llevando a su madre de la mano hasta el objeto deseado. Rechazaba todo contacto corporal, ignoraba la presencia del padre y mantenía una clara relación simbiótica con su mamá. Todo intento por hacerlo ingresar a la terapia sin la presencia de su madre, provocaba crisis de angustia que se manifestaba con llanto, conductas impulsivas hetero y auto- agresiones. Su mamá refería las dificultades para alimentarlo ya que no lograba permanecer sentado en la mesa ni realizar ninguna actividad que le implicara estar sentado. Fracasando incluso todo intento por integrarlo en el jardín de infantes. Asimismo comentaba que podía permanecer “jugando a la pelota” todo el día, haciéndola picar sobre el piso reiteradamente.

Lucas tenía 4 años cuando llega al consultorio, sus padres habían recibido a temprana edad el Diagnóstico de Sme de Soto, pero su madre se encontraba preocupada por la presencia de conductas atípicas que no se relacionaban con el diagnóstico de base.(aleteo de las manos, manierismos, estereotipias, trastornos del lenguaje, jergafasia, ecolalia, soliloquios, uso estereotipados de los objetos, falta de control esfínter anal, caminaba en puntas de pies y rechazaba ciertas texturas).

Francisco, a los 5 años de edad llega al consultorio en el mes de agosto, a pedido de su maestra de jardín y autoridades de la escuela, ya que observaban conductas atípicas que interferían en su adaptación al ambiente y a la dinámica de trabajo de la sala. Su madre refería desconocer la situación ya que consideraba que su hijo era sumamente inteligente, dócil y tranquilo. Francisco pasaba muchas horas del día mirando TV, pudiendo luego relatar lo visto con lujo de detalles imitando incluso la voz de sus personajes.

Francisco presentaba destrezas y habilidades manuales competentes acordes a su edad. A nivel cognitivo lograba un desempeño superior para su edad. Pero sus destrezas y habilidades de comunicación no estaban en función del lenguaje comunicacional, rechazaba todo contacto corporal, no existía esbozo de figura humana en el plano y presentaba enuresis y encopresis secundaria.

Joel ingresa a la edad de 6 años al Centro Psico-educativo Intensivo (C.Pe.I), desde temprana edad se le había diagnosticado “Psicosis Simbiótica”, presentaba estado de desnutrición avanzado debido a que su madre ya no sabía como alimentarlo ya que debía tenerlo alzado, para evitar que se autoagrediera. Presentaba trastornos del sueño, existía colecho. Joel no tomaba ningún objeto, sus manos carecían de uso funcional, observando una severa disminución de fuerza motriz generalizada.

Acabo de presentarles 4 realidades socio-familiares diferentes, 4 posibles diagnósticos posibles, pero por sobre todo estoy hablando de 4 niños diferentes que requieren de abordajes individualizados y específicos.

Esta es la realidad que a diario nos llega al consultorio, donde se entretajan historias diversas...padres que cargan el peso de un diagnóstico, su angustia, su ansiedad, su incertidumbre, marcados por todo lo que les han dicho que sus hijos NUNCA HARAN. Otros padres llegan cansados de recorrer consultorios en busca de respuestas a sus miles preguntas, y en muchas oportunidades nos llegan niños que se ha perdido años de intervención precoz y llegan a una consulta interdisciplinaria cuando los problemas se ponen de manifiesto en el ingreso al sistema escolar.

En cada caso es necesario realizar una adecuada contención y orientación de la familia, como así también una evaluación que nos permitan identificar necesidades, capacidades potenciales y fortalezas. Los niños con patologías psiquiátricas, específicamente las que se encuentran dentro del Espectro Autista, pueden mostrar problemas que surgen de su vulnerabilidad psicosocial. La naturaleza de cada trastorno implicará que los problemas se enfoquen en las áreas del comportamiento afectivo o intrapersonal que comprometan el desarrollo de actividades y ocupaciones indispensables en la vida del niño.

Si nosotros nos remitimos a la bibliografía (Nawarta M), nos marcan alteraciones que encontraremos en estos cuadros particularmente.

- Fallas o desvíos en el crecimiento.
- Marcha inestable.
- Torpeza motriz.
- Conducta solitaria.
- Tendencia al aislamiento.
- Alteración expresiva y/o comprensiva del lenguaje.
- Desorganización motriz.
- Pasividad.
- Fallas en el control de la conducta.
- Fallas en el control motor.
- Juego atípico. Ausencia del juego simbólico.
- Acceso tardío a la actividad gráfica.
- Falta de interés por el ambiente.
- Trastornos cognitivos.
- Dificultades en la adaptación.
- Dificultades en el aprendizaje.

También podemos remitirnos a una bibliografía nosológica como es el DSM IV, que demarca para los Trastornos Autistas.

Niños con: Alteraciones de la interacción social.

Alteración cualitativa de la comunicación.

Patrones de comportamiento, intereses y actividades restringidos, repetitivos y estereotipados.

Pero si nos detenemos simplemente en los signos y síntomas, nos perdemos de ver lo más importante de cada niño, que es un ser único y particular que nos puede sorprender con el descubrimiento de nuevas potencialidades, fortalezas y el aprendizaje de

destrezas y habilidades, para ser contempladas en los diferentes ambientes en los cuales el niño se vincula.

Abordar desde una visión psicosocial nos permite pensar y hacer “con el niño y su familia”, desde una clara visión holística, abarcando no solo las necesidades básicas de desempeño en AVD sino también contemplar la principal ocupación del niño, EL JUEGO, a las que luego se irán sumando capacidades de desempeño en otros ambientes de exploración.

Conocemos el valor de la EXPLORACION “esta etapa es en la cual el niño muestra deseo de interactuar con el ambiente, con el mero propósito de obtener experiencia sensoriales y placer. Se refiere al interés del niño y a la necesidad de descubrir el entorno” (Kielhofner 2004). Si bien sabemos cuan comprometido se encuentra este aspecto, esto de nada debe ser un indicador que nos limite y no pongamos al niño en situación concreta de explorar, reconocer cual es el canal sensorial que me permite acceder al lenguaje del niño, captar su atención y motivación por el ambiente, social y físico. Por lo tanto es relevante determinar cualquier causa que este interfiriendo en esta Exploración, ya que se comprometerá y limitará su Capacidad de Desempeño.

Conocemos el valioso aporte de la Teoría de Jean Ayres, desde Integración Sensorial. Las posibles Disfunciones Táctiles, Vestibulares y Propioceptivas pueden estar presentes e interferir en el desarrollo de la capacidad de vinculación y aprendizaje hacia el entorno. Llegar a saber que hace un niño, cómo lo hace, que no hace y por qué..., es de suma importancia, ya que el impacto se verá directamente sobre la misma ejecución de actividades, restringiendo sus posibilidades de descubrir ...interpretar sensaciones sensoriales.

Asimismo los padres necesitan que le aportemos estrategias para el hogar y a su vez debemos ofrecerle oportunidades de mejorar su Volición que nos permita vincularnos desde un espacio afectivo.

Una familia contenida y participante activa del proceso de su hijo es una familia que podremos contener, capacitar y a su vez evitar el desgaste y la disfuncionalidad familiar. Aspecto que se ve frecuentemente en estas familias.

Los Principios Básicos de Intervención apuntan a:

- El ambiente debe apoyar al niño para entrar en proceso positivo de cambio.
- El ambiente debe promover la motivación.
- Las ocupaciones son el contexto en el cual la T.,O. logra cambios positivos.
- La interacción debe seguir retos crecientes para una participación adecuada.
- El verdadero objetivo de la terapia es establecer un nuevo patrón de interacción.
- Ver las fortalezas del niño y sus características únicas construye un camino que si bien por momentos sea incierto nunca los logros son imposibles.

Mi trabajo no tiene conclusión sino mas bien una reflexión como se verá en el video. Considero que los niños que presentan trastornos Psicopatológicos, son cuadernos en blancos donde día a día se pueden inscribir junto al niño y su familia nuevos aprendizajes.. Recordar que “ el hecho de que podamos mirar, tocar, caminar, alcanzar, sostener y dar forma al mundo es una invitación irresistible actuar”(Dr. Kielhofner 2004). Pero es desde el ambiente desde donde dichas oportunidades se deben proveer y estimular, mas allá del diagnóstico, del pronóstico, de las estadísticas siempre es válido el hacer...el buscar ...el crear oportunidades de placer para el niño.

El diagnóstico precoz también es de suma importancia para que los padres puedan ponerle nombre a lo que le ocurre a sus hijos, pero este debe ser dado por el médico competente en psiquiatría infantil.

La eficacia clínica parte del razonamiento terapéutico: sentir, pensar y hacer con el niño y su familia, porque cada episodio de la terapia está entrelazado con la vida del niño, resonando con la historia del pasado del niño y su experiencia y guía hacia un proceso de interacción con el entorno, bajo la mirada del presente en pos de un futuro que debemos construir.

El presente trabajo fue expuesto en las I Jornadas Nacionales y VII Jornadas Provinciales en Salud Mental.
Mendoza del 16 al 18 de abril del 2007.

Requerimientos técnicos: Power Point.

Bibliografía:

“Detección temprana- Diagnóstico y Tratamiento” Mawarta Mariana E. Edit. MMUI by Laudiera. S.A. 1era Edición.1998.

“Modelo de Ocupación Humana. Teoría y Aplicación.” Dr. Kielhofner Gary. Edit. Médica Panamericana- 3 era Edic. 2004.

“Manual del Modelo de Ocupación Humana. Intervención en niños”. Compiladora Mg. De Las Heras Carmen. Material proporcionado en el Curso de Pos Grado. Nivel Intermedio. Universidad Nacional de Chile. Enero 2004.Editado en Reencuentros.

La vida cotidiana antes y después de la enfermedad mental

Mariana Moraes Salles

Sônia Barros

Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo, Departamento de Enfermería Materno-infantil y Psiquiátrica. Avenida Dr. Enéias de Carvalho Aguiar, 419. CEP 05403-000. Tel. (55 11) 3066-7611.

Resumen

Este trabajo es parte de una investigación que ha buscado conocer el cotidiano del enfermo mental re-internado en institución psiquiátrica. Se buscó conocer el camino recorrido por el enfermo a lo largo del tiempo anterior a la enfermedad, las consecuencias psicológicas y sociales que atingen el cotidiano del paciente y sus expectativas para el futuro.

Se ha empleado la metodología cualitativa para abordar este tema y el concepto de cotidiano de la autora Agnes Heller como fundamento de la investigación. Han sido realizadas entrevistas con pacientes y sus familiares, que pasaron por la análisis del discurso, enseñando una proximidad entre las expectativas de los pacientes y las propuestas de reforma psiquiátrica.

Fue identificado que los pacientes pasan por un momento de ruptura en su cotidiano con la manifestación de los síntomas de la enfermedad, siendo necesaria una reestructuración de su vida. Al final, notase que los deseos de los pacientes para el futuro están relacionados con las actividades socialmente aceptas, que son esferas de la vida cotidiana: amor, trabajo, diversión, salud y dinero. Estes deseos tienen conexión con las propuestas de la Rehabilitación Psicosocial, en afinidad con las propuestas de políticas de salud y el discurso de los pacientes.

Introducción

Este trabajo estudió el cotidiano del enfermo mental internado en institución psiquiátrica y que estuvo fuera de la institución por un período de tiempo inferior a los seis meses. El paciente que retorna al hospital psiquiátrico tuvo una experiencia de vida en la que buscó un lugar en la sociedad. El análisis de esta vivencia es un análisis de como ocurre, o no ocurre, la inserción social de este paciente.

Brasil adopta como directriz para la salud mental las propuestas de Reforma Psiquiátrica y Rehabilitación Psicosocial, buscando reducir el número de hospitales psiquiátricos y aumentar los CAPS para atender a esta población, de acuerdo con la *Legislação em Saúde Mental*⁽¹⁾.

La preocupación principal de la Rehabilitación Psicosocial es con las conversiones que ocurren en la vida del paciente y en su manera de relacionarse con el mundo en el que vive, por más sutiles que son estos cambios.

Así, la cuestión sobre como los pacientes se organizan en su cotidiano, donde están, lo que hacen y como manejan su cotidiano, es algo relevante para el tratamiento. Y también un factor importante para propiciar la inserción social.

La Rehabilitación Psicosocial presupone que la comunidad y el tratamiento sean dimensiones posibles de propiciar la inserción social del paciente. Pero el gran número de reinternaciones en hospitales psiquiátricos va hacia los presupuestos de la Rehabilitación Psicosocial y de la Reforma Psiquiátrica. Por eso, brota la cuestión sobre lo que pasa con el enfermo mental tras una internación. En este artículo se intenta investigar como la enfermedad ha tocado las posibilidades de vida e inserción social del paciente cuando el está convivindo en la sociedad.

Metodología

El abordaje cualitativo ha sido utilizado en el proceso metodológico de esta investigación, buscando aclaramiento sobre las relaciones sociales que informan sobre el campo de la salud.

Se ha elegido por basar esta investigación en el concepto del cotidiano de Agnes Heller, que realiza un análisis crítico del real, ofreciendo un soporte para el conocimiento de la actividad práctica social de los sujetos históricos concretos.

Estar inserido en la sociedad es organizar una vida cotidiana capaz de conducir a una continuación, in interacción con los otros a su rededor y con el modo de producción de la sociedad ⁽²⁾.

Puntuado en la vida cotidiana, el individuo se inserte en la sociedad, asimilando y participando del cotidiano de la comunidad. Las actividades del cotidiano de cada persona están relacionadas con las actividades cotidianas de su familia, amigos, compañeros de trabajo, constituyendo una red de relaciones sociales vinculadas a las distintas actividades del día ⁽²⁾.

Como categoría de análisis, en esta investigación, ha sido utilizado el concepto de Rehabilitación Psicosocial; en síntesis, sus presupuestos son: la construcción de una nueva manera de vida autónoma, inserida en la sociedad; el proceso de restitución del poder contractual del usuario, que se desarrolla en los escenarios hábitat, mercado y trabajo, considerados espacios de cambio; y la referencia a la micro y a la macro variables del contexto social que determina resultados para la Rehabilitación Psicosocial.

El fundamento del cotidiano se relaciona con los presupuestos de la Rehabilitación Psicosocial, cuando afirma que el portador de trastorno mental puede construir una vida en la sociedad, articulada con las distintas esferas sociales, sin perder su particularidad.

La investigación ha sido realizada en un hospital experto en psiquiatría de la ciudad de São Paulo, en el estado de São Paulo.

Fueron sujetos de esta investigación personas con trastornos mentales que han sido internadas en el hospital psiquiátrico descrito y su familia; a lo total, fueron llevadas en cuenta trece entrevistas con los pacientes y nueve con la familia de estes pacientes.

El análisis del discurso ha sido utilizado como forma de interpretación y aprehensión de la realidad apoyado en material recogido, teniendo en vista “*comprender el modo de funcionamiento, los principios de organización y las formas de producción social del sentido*”⁽³⁾. El discurso es producido en el interior de instituciones, de grupos, de un determinado contexto social y a partir de una construcción histórica.

Cotidiano antes y tras la enfermedad

Ha sido relevante la separación realizada por los sujetos de la investigación sobre la ruptura causada por la enfermedad, que los condució a hablar de un cotidiano antes de la enfermedad y un cotidiano tras la enfermedad. También brotó como tema el “deseo por lo que hacer”, a pesar de la enfermedad.

En los testimonios analizados, el pasado es relatado con posibilidades más grandes de actividades e inclusión social. Aparece una rotura con el “antes de la enfermedad”, cuando había más probabilidad y opciones de trabajo, diversión y amigos.

P10 – *Perdí el interés de profesión, de novia, de la vida de casado.*

P9 – *Ahora no hice nada más. Después que volví enfermo.*

P3 – *Ya hace un año que no trabajo. Desde que volví enfermo.*

Es marcada por la enfermedad una ruptura en el tiempo, una interrupción de la continuidad de la vida, de las actividades, relaciones y del lugar social del sujeto. La enfermedad lleva consigo un vacío para la vida del paciente y es relacionada por los sujetos de la investigación a la falta de gana, a la inacción, a la restricción de posibilidades y capacidades.

Por un lado, los testimonios confirman la falta de posibilidades, una situación de ausencia de intereses, en cotidiano monótono, en una circunstancia de aislamiento.

Pero, en contrapunto, el abatimiento causado por la comparación con lo que se podía hacer “antes de la enfermedad”, al investigar el cotidiano de esta población, aparecen distintas ocupaciones que están presentes en el cotidiano de los pacientes y que les ponen en un lugar social.

En lo que es considerado como “no hay nada para hacer”, al investigar el cotidiano con una lupa, brotan micro posibilidades de actividades e inclusión social, como: deportes, diversión, limpieza y organización del hogar, ver a la tele, oír música, leer al periódico, actividad religiosa y caminar por el barrio.

Estas actividades se oponen a la apatía, supliendo los pacientes de temas que pueden ser compartidos. La elección de la actividad enseña iniciativa e búsqueda personal. De una manera general, las actividades son importantes para que se tenga satisfacción en la vida, para estar bien donde está y con lo que hace. En los discursos de los pacientes también han sido identificados sus deseos y proyectos para el futuro.

En contrapunto a la apatía, paralización y sensación de pérdida vivenciada por los pacientes al referirse al pasado, al “antes de la enfermedad”, las expectativas para el futuro son prósperas, presentan vivacidad.

La principal perspectiva es de poder vivir mejor, constituir familia, intensificar las relaciones, trabajar y no hacer falta internaciones como modo de tratamiento.

P10 – *(Me gustaría) mi vida, construir una familia, construir una vida, porque ya he sufrido demasiado.*

P8 – *Yo lograría un empleo. Empleo. Con registro. Para toda la vida, hasta volver mayor.*

También aparece el placer con las pequeñas cosas de la vida, como pasear, comer algo distinto, salir con los amigos, ir a la playa, tener una religión. Parecen detalles, pero es a partir de la constitución de los pequeños fragmentos, momentos agradables y significativos, que se acercan de un bienestar con la construcción de su vida.

La intención de los servicios sustitutivos favorece la manifestación de la persona enferma, para poder aprehender la enfermedad como una experiencia singular. La mirada del equipo pasa a *“encontrar el enfermo, su historia, sus costumbres, su ambiente social, su manera de vivir la vida y ayudarlo a manejar mejor estas dificultades, creando condiciones y posibilidades para que ellos puedan participar del juego social”*⁽⁴⁾.

El que los pacientes quieren para el futuro es participar de las actividades socialmente aceptas, que son esferas de la vida cotidiana: amor, trabajo, diversión, salud y dinero.

Conclusiones

El proceso de rehabilitación se atribuye a la posibilidad del paciente practicar su ciudadanía, lograr autonomía, formación profesional, capacidad social, bienes materiales. Está en la capacidad de las personas en practicar sus derechos, construir su habilidad de acceso al valor, en el camino de la emancipación.

Es el propio paciente, en el interior del sistema de relaciones en el que se encuentra, que podrá desarrollar nuevas formas de autonomía, *“mismo que la enfermedad mental no presente remisión, es posible desarrollar potencialidades afectivas que reduzcan la vulnerabilidad y posibilitan la formación de vínculos sociales”*⁽⁵⁾.

Aquello que los pacientes quieren hacer, sus expectativas para el futuro, es nada más que la rehabilitación. Ellos quieren tratarse, cuidar de la salud, constituir familia, tener amigos, trabajar; quieren un cotidiano inserido en la comunidad, quieren un proceso de rehabilitación de éxito.

En este sentido, el discurso de los pacientes se alinea con las propuestas políticas de salud mental y con los presupuestos de la Rehabilitación Psicosocial.

Referencias bibliográficas

1. Ministério da Saúde, 2002. “Legislação em saúde mental 1990-2002”. Secretaria Executiva Ed. (Brasília) I. 56-64.
2. Heller A., 1994. “La revolución de la vida cotidiana”. Ed. Península (Barcelona) I. 71-91.
3. Minayo MCS., 2004. “O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde”. Hucitec (São Paulo) I. 94-106.
4. Melman J., 1998. “Repensando o cuidado em relação aos familiares de pacientes com transtorno mental”. [dissertação] Faculdade de Medicina da USP (São Paulo) 41-99.
5. Lussi IAO y Col., 2006. A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização? Rev. Latino-Am. Enfermagem; **14**, 3: 448-456.

VII Congreso Argentino

y

VII Congreso Latinoamericano de Terapia Ocupacional

**“Terapia Ocupacional basada en la calidad de vida,
ideologías, teorías, espacios y prácticas”.**

Mar del Plata - Argentina

Septiembre 2007

Trabajo de Investigación

Título: Modalidad de Intervención en Dispositivos Laborales de Salud Mental

Autor: Daniela Testa

Institución: Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial José T. Borda

Ciudad de Buenos Aires - Argentina

Dirección Postal: Portela 708- (1406) Ciudad de Buenos Aires Argentina

Te: 011- 4612 1791

Email: danitestu@yahoo.com.ar

INDICE

<u>I- Introducción</u>	<u>3</u>
Antecedentes	4
Marco teórico	6
Objetivos de la Investigación	10
<u>II- Aspectos Metodológicos</u>	<u>11</u>
Las variables teóricas y sus indicadores	12
Descripción de la estrategia metodológica	15
<u>III- Presentación y Análisis de los Datos</u>	<u>16</u>
<u>Taller Protegido Terapéutico</u>	17
Características del dispositivo	18
La Modalidad de Intervención	19
<u>Taller Ocupacional</u>	20
Características del dispositivo	20
La Modalidad de Intervención	21
<u>Emprendimiento Social en Salud</u>	21
Características del dispositivo	22
La Modalidad de Intervención	24
<u>Programa de Voluntariado Comunitario</u>	25
Características del Programa	25
La Modalidad de Intervención	27
<u>Programa de Inserción Laboral</u>	27
Características del Programa	27
La Modalidad de Intervención	28
<u>IV- Resultados</u>	<u>29</u>
<u>V- Consideraciones Finales</u>	<u>30</u>
<u>VI- Referencias Bibliográficas</u>	<u>31</u>
<u>VII- Anexo</u>	<u>35</u>
Instrumento empleado para la recolección de los datos	35
Cuadros	40
Datos	44

Título: Modalidad de Intervención en Dispositivos Laborales de Salud Mental

Institución: Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial José T. Borda

I- Introducción

La instrumentación de actividades laborales como recurso terapéutico en torno a los que sufren psíquicamente ha estado presente en la historia del hombre, acompañando los diferentes intentos de mejorar el estado de la salud. Esta situación no ha sido ajena al campo de la salud mental.

En Terapia Ocupacional (de ahora en más T.O), el trabajo ha sido utilizado tanto como fin o medio terapéutico, con distintos propósitos (adaptativo-normalizador, moralizador, de re-inserción social, etc.) de acuerdo con los diferentes marcos ideológicos y filosóficos que fueron surgiendo como productos socio-históricos. Del mismo modo las actividades laborales han estado presentes en el desarrollo de las conceptualizaciones y de las prácticas de la Terapia Ocupacional.

La Lic. T,O Elizabeth Gómez Mengelberg se refiere a los antecedentes históricos de la instrumentación de actividades laborales en nuestro país y señala que el uso de las actividades y el trabajo de los pacientes como recurso en el tratamiento ya se practicaba mayoritariamente en los asilos y hospitales psiquiátricos antes de las guerras Mundiales.

En nuestro país se comenzó a utilizar la mano de obra de los internos para la producción de bienes en los hospitales psiquiátricos, como unos de los efectos de la revolución industrial.¹

El desempleo con su consecuente marginación del mundo laboral, constituye una de las situaciones de desventaja que sufren con mayor gravedad las personas con enfermedades mentales

Coincido con la Lic. Aguiar al afirmar que como trabajadores de la salud mental es necesario interrogarse no sólo sobre *“la articulación de las representaciones sociales e intersubjetivas que se ponen en juego con la desocupación”*, sino también sobre qué respuestas daremos y cómo pensaremos nuevas alternativas que se traduzcan en las instituciones y en las prácticas, acordes a la situación de crisis social.

El desarrollo de mi práctica profesional se ha focalizado en el campo de la salud mental principalmente, y mi formación está en concordancia con el mismo en el ámbito público, donde me desempeño desde el año 1991. Dentro de este contexto social antes mencionado, me he confrontado con la necesidad de reformular mi práctica cotidiana, su metodología y objetivos. Surgieron de este modo los motivos, tanto vivenciales como teóricos, que generaron este trabajo, en un intento de

sistematización acerca de las prácticas en dispositivos laborales en salud mental, a través de conocer la modalidad de intervención de los terapeutas ocupacionales (de ahora en más t.os / t.o) en dispositivos laborales para adultos en salud mental.

La T.O Nicasio reflexiona acerca del “trabajo terapéutico” y los procedimientos y programas, señalando la importancia que tienen las técnicas y modalidades de intervención, ya que a partir de las prácticas concretas se haría posible una práctica superadora de la tradicional lógica asistencialista.ⁱⁱ

No obstante, Benetton señala como problema de los t.os la dificultad de crear un cuerpo teórico que de cuenta de las distintas intervenciones, especialmente en la utilización de actividades.ⁱⁱⁱ

Este tema convoca el interés científico-técnico de la comunidad de terapeutas ocupacionales por su referencia a un ámbito de aplicación específico de la profesión, como es el campo Laboral en salud mental, destacándose la importancia de teorizar y sistematizar acerca de las intervenciones y sus modos de instrumentarlas, basados en la posibilidad que éstas conllevan de generar y transformar las prácticas concretas en salud mental. Implicando, a su vez, una maduración en la praxis específica de la Terapia Ocupacional.

1- Antecedentes

Para el desarrollo y análisis de todo proceso de atención en salud, no sólo se deben conocer las estrategias de intervención adecuadas, con un mínimo rigor metodológico, sino que también se deben considerar aquellos elementos del contexto que inciden directamente en ellos.

En este sentido es que se han gestado los procesos de transformación en las prácticas de atención en salud. Estos movimientos se desarrollaron a partir de los años sesenta, en distintos países, y constituyeron los contextos ideológicos y organizativos que determinaron los distintos modelos de atención sanitaria en salud mental, propiciando el abandono de las prácticas centralizadas hacia el desarrollo de prácticas de atención comunitaria.

Aunque estas experiencias han tenido sus propios desarrollos y particularidades que las diferencian, es posible reconocer algunos vectores básicos que se han hecho presentes en todas, y que caracterizan los modos de dar respuesta al problema de la salud mental, tales como: la crítica al hospital psiquiátrico, la desinstitucionalización, la articulación de servicios por territorialización y la comprensión del problema de salud mental reconociendo los factores psicosociales.

Luego de la caída del Estado de bienestar, surgió como alternativa en Europa la idea de empresa social como transformadora de las prácticas y las modalidades de intervención. Se desarrolló desde el enfoque de la desinstitucionalización, que da gran impulso a las acciones de rehabilitación en todas sus etapas, poniendo mayor énfasis en la situación de desventaja.

En nuestro país, a mediados de los años '50, un grupo de psiquiatras “reformistas”, promovieron cambios en las prácticas de las instituciones psiquiátricas.

Dentro del marco de las políticas del Estado de bienestar se creó en 1957, el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM), que dispuso una política activa por parte del Estado en los problemas de la salud mental y proponía la descentralización, desburocratización y formación en salud pública para Salud Mental.

En 1967, se aprobó el Plan de Salud Mental, que incluyó una serie de medidas comprometidas con estas concepciones, y se creó Talleres Protegidos de Rehabilitación Psiquiátrica, primera institución pública destinada a la rehabilitación laboral de pacientes psiquiátricos con capacidad laboral remanente.

En este período la rehabilitación se asocia a la idea de recuperación de una determinada capacidad física y / o mental y de preparación para el trabajo en lo posible remunerado. Por lo cual, si consideramos los cuatro aspectos o etapas que comprende el proceso de rehabilitación: patología, deficiencia, discapacidad y desventaja^{iv}, este dispositivo pone mayor énfasis en sus esfuerzos en reparar la deficiencia y la discapacidad, partiendo desde la patología.

.Los modelos teóricos que se afianzaron entre los terapeutas ocupacionales argentinos para esa época fueron el kinesiológico y el psicoanalítico.

Con el golpe militar de 1976, la destrucción de lo conseguido en el campo de la salud mental fue una constante, muchos trabajadores de la salud mental desaparecieron y otros de exiliaron. Las instituciones se cerraron y aislaron.

“Durante la dictadura (los t.os) fueron los únicos profesionales que lograron continuar trabajando con grupos de pacientes, tal vez porque la idea de hacer no parecía tan peligrosa como la de hablar, aunque aislados entre sí y del exterior, y con escasa o nula circulación de bibliografía.”^v

El enfoque terapéutico de la desmanicomialización se desarrolla en nuestro país en la provincia de Río Negro desde 1983, año en el cual se inició esta experiencia de transformación en el campo de la salud mental. Desde esta perspectiva se intenta abordar el problema de la locura y los

que padecen sufrimiento mental, a través de un modo de atención que involucra no sólo a los especialistas sino a diferentes actores sociales en su conjunto.

Dentro de este marco se implementan iniciativas de inserción socio-laboral a través de las empresas sociales. La Ley 2440 ofrece el marco teórico legal a esta modalidad a partir de su promulgación en 1991.

Publicaciones y comunicaciones en Jornadas, Congresos y otros encuentros científicos de Terapia Ocupacional, reflejan una preocupación de esta comunidad relacionada con el tema, acompañadas de una profunda reflexión y crítica de las propias prácticas y sentido de las mismas. En este contexto, se han presentado dentro de las prácticas de la Terapia Ocupacional, dispositivos laborales con diferentes modos de organización, tales como talleres ocupacionales, microemprendimientos cooperativos, empresas sociales, etc. con el objetivo de disminuir la situación de desventaja y vulnerabilidad psicosocial y mejorar la situación laboral y de inserción relacional.

Se encontraron referencias de abordaje a partir de dispositivos laborales desde esta perspectiva en diferentes campos en los que trabajan las t.os: con ancianos, con personas con trastorno mental severo, con personas que portan discapacidades mentales, y con discapacidades motoras.^{vi}

Según los datos que surgen del relevamiento realizado en el inicio de esta investigación en el año 2005, en las instituciones efectoras de la red de salud mental del GCBA, están en funcionamiento varios dispositivos laborales para adultos en los hospitales monovalentes de salud mental.^{vii}

2- Marco teórico:

Como ya se mencionó en la introducción, las formas en que se piensan las respuestas a los problemas sociales y de salud están relacionadas íntimamente con los paradigmas científicos-filosóficos característicos y particulares de cada época y lugar.

Se tomarán en consideración para este estudio los aportes que realiza la Lic. Liliana Paganizzi relacionados con la instrumentación de las actividades y sus referencias teóricas. Ésta considera que *“la oferta teórica para los t.os es múltiple, a tal punto que se puede hablar de distintos modelos de pensamiento: sensorio-integrativo, psicodinámico, comportamental, psicoanalítico, que en la práctica posibilitan formas de ejercicio profesional muy diversas”*.

La misma autora propone a “*las actividades como una de las estrategias de las que se vale el t.o para mejorar una determinada situación subjetiva, comunitaria o social, junto al actor / usuario / paciente o grupo*”.^{viii}

De esto se desprende que la actividad propia de los dispositivos laborales guardará correspondencia, en tanto instrumentación de esa actividad específica, y en tanto estrategia de intervención con objetivos determinados, con el marco filosófico y teórico básico que explica cuestiones referidas al hombre, la naturaleza y la cultura.

Según la autora citada, es posible distinguir a los modelos Positivista y Humanista como representativos de las dos corrientes teóricas que han estado presentes en el desarrollo de la T.O como disciplina.

Dentro del modelo positivista la Terapia Ocupacional se propone intervenir sobre el desarrollo de habilidades en pos de lograr un mejor nivel de desempeño. La línea neurológica biológica prevaleció en las prácticas asilares, que se caracterizaron por la administración de psicofármacos dentro de una organización de asistencia y cuidados especiales para resguardar al paciente de la potencial peligrosidad intrínseca de la enfermedad.

Algunos autores de referencia de este modelo son Spackman y Mac Donald como representantes del modelo Neurológico. Jeans Ayres, referida al modelo de integración sensorial.

Dentro de la T.O toman relevancia dentro de esta corriente, las siguientes intervenciones terapéuticas:

- La **evaluación**, dirigida especialmente a valorar las capacidades e incapacidades del paciente,

- El **análisis de la actividad**, que releva los requerimientos motores, intelectuales, sensoriales y afectivos de la misma. Se realiza con el propósito de intentar establecer lo que estas pudieran producir como efectos deseados en la situación del paciente. De este modo se procede a seleccionar aquellas más adecuadas para favorecer la funcionalidad y / o realizar entrenamiento para lograr mejoras en el nivel de desempeño en las ocupaciones. Se utilizan las actividades al modo de la prescripción médica.

- El **propósito** que persigue el tratamiento está dirigido desarrollar capacidades funcionales y adaptativas.

La corriente Humanista, en la que se ubican la Fenomenología Existencial, el Psicoanálisis y la Psiquiatría Comunitaria, considera a los problemas psíquicos como expresión de un conflicto en la

constitución de la subjetividad, dando importancia a las relaciones intersubjetivas tanto del presente como del pasado. Autores referentes dentro de esta corriente para la T.O son, Chamome Rui que desarrolló sus aportes a partir del Existencialismo y los Fidler y Azima en el Psicoanálisis, entre otros.

Las intervenciones terapéuticas que se destacan para esta corriente son:

-La *entrevista*, que apunta a investigar los deseos y expectativas de la persona

-El *plan de Intervención*, que se desarrolla de acuerdo a las expectativas de satisfacción del paciente en relación con lo personal y lo interpersonal.

-El *análisis de la actividad* que se modifica en tanto se incorporan los aspectos psicodinámicos. Las actividades se clasifican en libres o estructuradas, tomándose en cuenta la forma de ejecución y las funciones psicológicas predominantemente requeridas para la realización de las mismas.

-El *propósito* que persigue el tratamiento se dirige a la habilitación de espacios de subjetividad e intersubjetividad.^{ix}

Paganizzi propone un enfoque que le es propio, que denomina “*dinámica de la realización de actividades*”. Este se basa en la articulación de producciones teóricas provenientes del campo de la salud mental, de la semiótica y de la práctica psiquiátrica comunitaria. Aborda y reconsidera los fundamentos teóricos que sostienen la instrumentación de las actividades en Terapia Ocupacional. Desde esta perspectiva toman un lugar central el sujeto y su historia en un contexto determinado junto con las particularidades técnicas de la actividad con la cual se trate. Propone la identificación y la articulación de los distintos componentes que intervienen, para lograr un acercamiento a las significaciones reales y simbólicas que se ponen en juego con la instrumentación de las actividades.

-Desde esta perspectiva propone el *Análisis de la Realización de Actividades*, el cual parte de considerar este proceso como fenómeno comunicativo que produce el intercambio de diferentes tipos de signos. Toma en cuenta los elementos lingüísticos, los no lingüísticos, (tanto los emitidos por el sujeto como los provenientes de los objetos) y los elementos no lingüísticos que son traducibles a elementos lingüísticos y viceversa.^x

A continuación se mencionarán algunos conceptos desarrollados por la T.O Rita Martínez Antón, quien propone realizar el recorrido inverso, ya que parte para abordar este problema, desde cómo se realiza el análisis de la actividad para llegar al marco teórico que lo sustenta. Esta autora ubica a la actividad como objeto de estudio y/o intervención de la T.O. Diferencia y describe las

características principales referidas al análisis de la actividad entre el *Análisis Funcional* y el *Análisis Ocupacional* correspondientes a diferentes momentos históricos y orientaciones teóricas.

El Análisis Funcional está ubicado dentro del paradigma reduccionista (según el análisis histórico de Kiehlhofner, Burke y Gillette). Está en vigencia en un momento en el que el modelo médico es ampliamente hegemónico. La actividad es considerada exclusivamente como medio de tratamiento, orientado a la reducción de las consecuencias de la enfermedad o al estímulo y desarrollo de las funciones remanentes y aspectos sanos del paciente.

El Análisis Ocupacional, está centrado en el desempeño ocupacional, siendo la enfermedad un factor más de los capaces de producir una alteración en el mismo, junto con otros también capaces de impactar en el bienestar de la persona, que también son tomados en cuenta por la T.O.

Este enfoque intenta superar el concepto reduccionista de actividad funcional, proponiendo complejizar este concepto considerando a la ocupación como elemento esencial de la cultura y como elemento de identidad singular de la disciplina. No descarta el análisis funcional reduccionista, al que sitúa en un campo más amplio, aplicando al mismo diferentes elementos del contexto.

Rita Martínez Antón propone el *Análisis de la Actividad Caso por Caso*, donde se estudia el proceso de apropiación subjetiva de los recursos culturales, considerando a la actividad como producción subjetiva. Desarrolla esta visión desde su conceptualización de ocupación como el cumplimiento de una función a partir de la cual se es convocado y nombrado.^{xi}

Esto implica necesariamente la ubicación de alguna producción en el orden de los intercambios y forma parte de la producción de subjetividad en tanto miembros de una cultura. “*La participación en actividades y ocupaciones organiza nuestra existencia, nos ubica en el orden simbólico (...)*”. La función ocupación, “*(...) implica un cierto posicionamiento básico en relación con el lenguaje, con el orden simbólico, con la cultura. Lo cual es lo mismo que decir posición en relación con el mundo y con los otros, (...) jugándose para cada sujeto en su singularidad.*”^{xii}

El autor Benedetto Sarraceno, al referirse a la Rehabilitación Psicosocial reflexiona acerca del modo en que se instrumentan las actividades dentro de un servicio de salud. Destaca la importancia de las prácticas cotidianas y concretas en la construcción / reconstrucción de la validación de una dimensión interactiva entre sujeto y contexto.

La rehabilitación no aparece ligada a la figura de la realización de actividades de cualquier tipo (artísticas, deportivas, culturales, laborales, etc.) “per se”, sino que está ligada a la posibilidad de recuperar o crear un sentido y un valor cultural transformador de la lógica alienante.

El sentido de la rehabilitación es el restablecimiento de la contractualidad de ciudadano. La dignificación de ese sentido, será el acompañamiento del paciente en la recuperación de los espacios no protegidos, más socialmente abiertos, siendo estos criterios los que se proponen como guía para establecer el modo en que se instrumenten las actividades dentro de un proceso de rehabilitación.^{xiii}

Dicho autor sitúa el propósito de las intervenciones de salud dirigidas hacia modificar la situación de vulnerabilidad psicosocial de los pacientes o usuarios del sistema de salud. Desde estos conceptos se piensa al trabajo como productor de valores, poderes y posibilidades imprescindibles para la transformación de la realidad, a fin de ampliar y fortalecer las relaciones de igualdad. Restituir el lugar de ejercicio de los derechos civiles en el ejercicio de la ciudadanía, promoviendo la participación activa y productiva en el campo de lo social^{xiv}

El autor José Schiappa Pietra plantea las diferencias sustanciales entre dos modelos de atención en salud, denominados como Modelo Asistencial Tradicional y Modelo Curativo Promocional. Plantea como ejes de análisis para comparar ambos modelos algunas preguntas referidas a la cura: ¿Qué es curar?, ¿Quién, cuándo, dónde y con qué se cura?, ¿Qué es lo que cura y cómo se cura?^{xv}

Según sea el modelo del que se trate serán las respuestas a estas preguntas, y desde allí se desprenderán las diferentes modalidades de intervención correspondientes a cada cual.^{xvi}

Este autor toma en cuenta algunos aspectos que dimensionan según su prevalencia y combinación, las características de los Modelos: el lugar donde se realiza la asistencia, los modos de abordaje, el propósito o finalidad del tratamiento, los métodos, técnicas y recursos terapéuticos, lo autogestivo y la utilización u organización del tiempo en el tratamiento^{xvii}.

3- Objetivos de la Investigación

Objetivo General: Conocer la modalidad de intervención de los terapeutas ocupacionales en dispositivos laborales en salud mental para adultos en dependencias del GCBA.

Objetivos específicos: Conocer las características principales de los dispositivos laborales en los cuales los terapeutas se desempeñan.

Conocer las características de la evaluación, asesoramiento y orientación, entrenamiento, que realizan los terapeutas ocupacionales en los dispositivos laborales en salud mental.

Conocer el objetivo general de las intervenciones que realizan.

Conocer la relación existente entre el contexto de los dispositivos, los objetivos generales y las características de las intervenciones del terapeuta ocupacional

II- Aspectos Metodológicos

Las características de este trabajo en cuanto a su diseño y desarrollo corresponden a los estudios de tipo cualitativo exploratorio.

Las fuentes de datos se obtuvieron de la lectura de documentación referida al tema, tratándose en su mayoría de textos inéditos o mimeografiados, comunicaciones en eventos científicos, y por relevamiento de información proporcionada individualmente a través de entrevistas a los terapeutas ocupacionales que conformaron la muestra.

La delimitación geográfica para este trabajo se estableció en las Instituciones asistenciales de salud mental para adultos, dependientes de la secretaria de salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

La población en estudio esta constituida por los terapeutas ocupacionales que se desempeñan en dispositivos laborales para adultos en el ámbito de la salud mental.

Del relevamiento realizado en las distintas instituciones efectoras de la Red de Salud Mental se desprendió que:

Un total de 27 t.os de la red de salud Mental del GCBA, dedican su carga horaria, en parte o en su totalidad, a desempeñarse profesionalmente en dispositivos laborales para adultos, de los cuales: -2 profesionales t.os con cargo de planta se desempeñan en Talleres Protegidos de Rehabilitación Psiquiátrica.

-18 profesionales t.os se desempeñan en dispositivos laborales del Hospital José T. Borda, de los cuales 12 tienen cargo de planta y 6 se encuentran en calidad de observadoras no participantes.*

-7 profesionales t.os con cargo de planta se desempeñan en dispositivos laborales del Hospital Braulio Moyano.

Dado que al momento de la realización de este estudio no se desarrolla un dispositivo laboral específico en el Hospital Torcuato de Alvear, donde esta problemática es considerada desde otros abordajes, no se incluyó a los profesionales que allí se desempeñan en el trabajo de campo.

El Universo está constituido por las modalidades de intervención de los t.os de las instituciones monovalentes de salud mental del GCBA que participan en dispositivos laborales para adultos; el cual está conformado por las modalidades de intervención que desarrollan los terapeutas ocupacionales en los diferentes dispositivos.

La muestra está conformada por las modalidades de intervención de 21 terapistas ocupacionales, que se desempeñan en distintos dispositivos laborales de Hospital José T. Borda, Hospital Braulio Moyano y Talleres Protegidos de Rehabilitación Psiquiátrica. (Ver cuadro 1)

Seis de las t.o restantes no accedieron por distintos motivos a este trabajo. El total de las entrevistas realizadas es de 23, ya que hay dos t.os que se desempeñan en dos dispositivos laborales diferentes que realizaron dos entrevistas cada una.

La unidad de análisis está constituida por la modalidad de intervención que cada terapeuta ocupacional desarrolla en un dispositivo laboral determinado.

1- Las Variables Teóricas y sus Indicadores

Las variables principales son:

a) Evaluación. b) Asesoramiento y orientación c) Entrenamiento d) Objetivo general de las intervenciones

Se considera que estas variables relacionadas entre sí posibilitan conocer acerca de los modos de abordar la problemática de salud mental propuestas desde los dispositivos laborales. Se realizó la selección de las intervenciones ya mencionadas, porque se considera que el relevamiento de los datos a obtener a través de ellas, contienen los conceptos y nociones que caracterizan las intervenciones terapéuticas de los t.os dentro de un contexto determinado.

Consideraré, dentro del marco del presente estudio, los términos concepto y noción, como los define Souza Minayo, quien plantea que los conceptos teóricos son unidades de significación que definen no sólo la forma y el contenido de las teorías, sino también como operaciones mentales que reflejan cierto punto de vista de la realidad, focalizando y jerarquizando determinados aspectos de los fenómenos, constituyendo un orden de la realidad, una particular mirada de los hechos y de las relaciones, construyendo de ese modo un camino del pensamiento.

Desde esta perspectiva se distinguen las nociones que puedan surgir de los datos, considerándolas como aquellos elementos de una teoría que todavía no presentan claridad suficiente y son usados como “imágenes” en la explicación de lo real, ya que ellos expresan la relación intrínseca entre la experiencia y la construcción del conocimiento.^{xix}

Se presentan a continuación las principales definiciones operacionales delimitadas a los fines de la presente investigación:

Intervención: Intervenir implica tomar parte en un asunto, mediar, interponerse. Se utiliza el término “intervención” para designar en general las acciones del terapeuta, incluyendo acciones referidas no sólo a lo que se entiende habitualmente como el campo de la salud, sino también en el campo comunitario, laboral, etc.

Por lo tanto al mencionar Intervención se hace referencia a aplicación de técnicas y métodos que implementa el terapeuta ocupacional en el ejercicio de su práctica profesional.^{xx}

Modalidad de intervención: Es el modo en que el t.o trata con aquello que convoca su intervención, se refiere al cómo desarrolla y/o aplica en la práctica el conjunto de técnicas y métodos instrumentados con el propósito de lograr un objetivo determinado

En la investigación se consideran los siguientes aspectos en relación con las técnicas de intervención: la evaluación (dirigida al paciente y el proceso terapéutico), el asesoramiento y orientación, y el entrenamiento.

Evaluación: se entiende como evaluación al proceso por el cual se realiza la valoración de un estado de situación, orientado tanto hacia sus caracterizaciones cualitativas como cuantitativas o ambas. Esta valoración tendrá relación con la intervención a realizar luego.

Se designan como instrumentos de evaluación a aquellos específicamente utilizados para las evaluaciones estandarizadas o semiestandarizadas.

El concepto de evaluación, sus instrumentos y los modos de realizarlas son específicos de cada modelo teórico, aunque existen instrumentos que se utilizan en varios de ellos, (como puede ser, por ejemplo el caso de algunos test).

Rita Martínez Antón describe cinco tipos de evaluación que son utilizadas en nuestro país a la vez que señala las características e instrumentos específicos que se utilizan en cada una de ellas. Estas son: la Evaluación Funcional, la Evaluación del Desempeño Ocupacional, la Evaluación de las Áreas Ocupacionales, la Evaluación del Desempeño Ocupacional y la Evaluación del Ambiente.^{xxi} Cada una de ellas nos muestra una manera de entender la realidad y de intervenir sobre ella.

Asesoramiento y orientación: consiste en las intervenciones dirigidas a guiar u orientar con respecto a tomar conocimiento, obtener y / o utilizar recursos de distintos tipos que el paciente necesitare, así como también con respecto a la organización en las actividades.

Entrenamiento: es la técnica que consiste en intervenciones para lograr la adquisición de una determinada función, habilidad o nivel de desempeño en la realización de una actividad o de alguna tarea.

Según el modo en que el t.o se acerque o relacione con la situación en la que interviene, se establecerán distintas formas de abordaje: Individual (participa el t.o y el paciente), Grupal (grupo constituido con el fin del tratamiento, con participación de uno o más t.os), Individual - grupal (tratamiento individualizado en la tarea y en el seguimiento del paciente que se desarrolla en un espacio en común con otros pacientes que concurren con el mismo fin), Familiar (con la familia u otros referentes similares) y Comunitario (en relación con un grupo más amplio que la familia que constituye un referente cultural).^{xxii}

Dispositivo Laboral: se refiere a un contexto, con fines terapéuticos (delimitado en un espacio y tiempo determinados) organizado a partir del eje actividad laboral. Se considerarán dispositivos de distinta complejidad en su organización, tanto el que constituye una institución en si mismo, como los que se incluyen en otras instituciones, como programas, proyectos, etc. siempre y cuando tengan alguna inscripción institucional.

Dispositivo Laboral en salud mental: se refiere a aquellos que se desarrollan y están dirigidos específicamente a personas con padecimiento psíquico.

Objetivo general de las intervenciones: se refiere al propósito que sustenta y otorga sentido y dirección a las intervenciones que implementa el terapeuta ocupacional.

Las variables contextuales correspondientes al presente estudio son:

a) Características del Dispositivo Laboral b) Localización c) Población objetivo y d) Actividades de enlace.

Éstas fueron seleccionaron como tales por su importancia en relación con las variables principales pudiendo ser facilitadoras directas o no, de las intervenciones y las modalidades a ser desarrolladas por las t.os.

Las variables a) Características del Dispositivo y b) Localización, se refieren a describir algunas características de organización y funcionamiento de los dispositivos laborales. La variable c) Población Objetivo describe algunos datos de la población que participa y / o asiste a los mismos, y la variable d) Actividades de Enlace, describe cómo se relaciona cada dispositivo con otros actores de la comunidad, ya sea dentro de la institución de referencia o por fuera de la misma.

2- Descripción de la Estrategia Metodológica

Este trabajo se realizó en tres etapas:

a- Etapa exploratoria de la investigación, que se extendió por seis meses. Comprendió la selección del tema, la búsqueda bibliográfica, la delimitación del problema, la definición de los objetivos y elaboración del marco teórico conceptual. También se construyeron los instrumentos de trabajo, a través de la planificación de la entrevista y del criterio de observación a tenerse en cuenta.

La planificación de la entrevista consistió en la elaboración de una guía para la recolección de datos en función de las variables planteadas, que focalizaron la entrevista en cuestiones precisas y pertinentes.

Se formularon preguntas abiertas, debido al interés de recabar predominantemente datos cualitativos, aunque también se realizaron algunas preguntas cerradas referidas específicamente a relevar datos o características del contexto.^{xxiii}

b- Etapa de trabajo de campo, requirió de un lapso de tiempo de cuatro meses. Los componentes utilizados para el mismo fueron la aplicación de las técnicas de Entrevista.

Se utilizó la técnica de entrevista ya que es considerada como el instrumento privilegiado de recolección de informaciones para la ciencias sociales, dada la posibilidad del habla de ser reveladora de sistemas de valores, normas y símbolos, a la vez que puede transmitir a través de un portador, las representaciones de un grupo determinado en condiciones socio- históricas, económicas y culturales específicas.

La modalidad utilizada fue la de entrevista semi-estructurada, la cual permite una mayor libertad a la iniciativa de expresión del entrevistado, por tratarse en su mayoría de preguntas abiertas que se realizan cara a cara dentro de una conversación. Ofrece también mayor flexibilidad al entrevistador para adaptarse a las diferentes circunstancias concretas que caracterizan al trabajo de campo.

Estas se efectuaron en su totalidad en el lugar de trabajo o dispositivo laboral estudiado. La duración aproximada de las mismas fue de 60 minutos.

Todas las entrevistas fueron grabadas en cassette, previo acuerdo con el entrevistado, lo que permitió repetir su escucha con posterioridad para un mejor trabajo con los datos.

c- Etapa del Tratamiento de los Datos: requirió de cuatro meses para su realización. A partir del material recabado se procedió al análisis los mismos. Se utilizó la técnica de Análisis Temático, el cual consiste en *“descubrir los núcleos de sentido que componen una comunicación cuya*

presencia o frecuencia signifiquen alguna cosa para el objetivo analítico trazado''^{xxiv}, orientado a detectar las unidades de significación que definen el discurso, ya que cualitativamente la presencia de determinados temas denota los valores y modelos de referencia presentes.

Se desarrolló en tres pasos, el del pre-análisis, en el cual se determinó la forma de categorización y los conceptos teóricos más generales que orientaron el análisis.

Luego, se realizó la explotación del material, donde se elaboró la Matriz de Datos, seguida de la transformación de los datos obtenidos en bruto para llegar a la comprensión global del material.

Por último el análisis final de los resultados, proponiendo inferencias y realizando interpretaciones previstas en el cuadro teórico.

III- Presentación y Análisis de los Datos

Como resultado de la etapa exploratoria y de trabajo de campo se obtuvieron los siguientes datos en relación a la existencia de diferentes dispositivos y programas laborales en salud mental para adultos que dependen del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Se identificaron cinco tipos de dispositivos laborales.

1- Taller Protegido Terapéutico, donde es posible ubicar a los Talleres Protegidos de Rehabilitación Psiquiátrica, al Taller Protegido Terapéutico Intrahospitalario y al Taller Pre Laboral del Hospital Braulio Moyano.

2- Taller Ocupacional

3- Emprendimiento Social en Salud, con sus 3 Unidades Productivas: Ybytú- Vientos de Cambio, Ciclopapel y Los Amigos- Vivero Huerta

4- Programa Comunitario de Voluntariado

5- Programa de Inserción Laboral

A continuación presentaré una síntesis de los datos referidos a las características de cada dispositivo laboral y la modalidad de intervención en cada uno de ellos. A los fines de abreviar esta presentación me referiré solo a un dispositivo correspondiente a cada uno de los tipos que han sido estudiados, que he seleccionado por considerar más representativos en sus características. Se presentan datos exhaustivos acerca de las intervenciones terapéuticas en el anexo.

1-Taller Protegido Terapéutico

Talleres Protegidos de Rehabilitación Psiquiátrica

Es pertinente mencionar los antecedentes de Talleres Protegidos de Rehabilitación Psiquiátrica en nuestro país, ya que es ésta una institución de complejidad en su nivel de organización, que se ha desarrollado a través de 40 años.

Surgen en el marco de las políticas de un estado de bienestar en crisis para dar respuesta a la demanda de reinserción social y laboral a través del trabajo terapéutico.

En ese momento histórico se sustentaba la integración social en la imagen del trabajador. El “universalismo” de las prestaciones de la seguridad social se restringe en ese entonces a los trabajadores, con lo cual quedan ubicados en el campo de la asistencia social aquellos que no pueden integrarse al mercado de trabajo.

Por lo tanto el trabajo adquiere un valor social endógeno en sí mismo, ya que determina el lugar de la inclusión y está ligado a la imagen de salud.

En concordancia con este contexto, el marco teórico de este dispositivo propone a la actividad laboral como un fin terapéutico en sí mismo y sostiene la concepción de controlar la enfermedad y disminuir las secuelas que produce para promover la integración del paciente al sistema social en vigencia.

Cuentan con la protección del estado que brinda los recursos económicos y de infraestructura para sostenerlo. Por lo tanto, los bienes que producen no se incluyen en el circuito de comercialización del mercado competitivo, sino que son adquiridos por el estado, y los recursos para mantenerse, insumos, maquinarias, herramientas e instalaciones son brindados por la Secretaría de Salud en su totalidad.

Con la transferencia de los Hospitales Nacionales Psiquiátricos a las Provincias, los Talleres Protegidos también fueron transferidos a la dependencia administrativa de cada provincia correspondiente.

Características del Dispositivo

Talleres Protegidos de Rehabilitación Psiquiátrica (TPRP) integra la Red de Establecimientos Asistenciales del Área de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Es el único establecimiento de Trabajo Protegido para pacientes Psiquiátricos en el ámbito del Gobierno de la Ciudad.

Promueve un proceso de rehabilitación con diferentes modalidades terapéuticas en cada una de las etapas del mismo. En este tratamiento el trabajo es considerado como una actividad terapéutica en sí misma que promueve modificaciones como estructurante del aparato psíquico, inmerso en la desorganización psicótica, y como facilitador de la integración socio-relacional, rompiendo el circuito de aislamiento que produce la enfermedad mental.

El anterior propósito se lleva a cabo a través de la articulación de las prestaciones profesionales y de los auxiliares de rehabilitación en el marco del trabajo terapéutico que apunta a promover la reinserción social y se propone como superador del aprendizaje de la tarea de oficio, ya que apunta a propiciar la apertura a nuevos proyectos y recursos más allá del vínculo institucional.

Atiende a una población de ambos sexos, cuya edad oscila entre los 18 y 60 años, con el siguiente perfil psicopatológico: psicosis Esquizofrénicas (Subtipos clínicos), psicosis Afectivas (Subtipos clínicos), Paranoia (Subtipos Clínicos), Trastornos de Personalidad y Alcoholismo.

Los criterios de admisión son los siguientes: que el paciente se encuentre compensado psiquiátricamente, y reciba tratamiento psiquiátrico y / o psicológico. Es necesaria la derivación del profesional tratante solicitando el ingreso del paciente.

Se plantean distintas etapas en el proceso del tratamiento y se desarrollan actividades de diferentes oficios, cuya duración se estima entre dos y tres años, trabajándose con el paciente y su familia el proceso de alta, por un período de dos a tres meses.

El equipo de profesionales es interdisciplinario y está compuesto por: psiquiatra, psicólogo, trabajadoras sociales, enfermeras y terapistas ocupacionales.

Los pacientes asisten al dispositivo de lunes a viernes de 7:30 hs. a 12:30 hs., lo cual suma una carga horaria de 25 hs. semanales. La cantidad de pacientes que integran este dispositivo es aproximadamente de 150 usuarios.

Reciben mensualmente, desde el inicio al tratamiento una retribución o incentivo económico llamado Peculio.

La modalidad de intervención

La década de los noventa marcó un cambio en algunos conceptos básicos del marco teórico tenidos en cuenta hasta ese momento, que se traducen en 1995, cuando

- Toma centralidad el concepto de lo ocupacional como eje de análisis, intervención y organización del dispositivo.

- La actividad / ocupación es considerada ahora el medio de tratamiento por excelencia.
- Aparece la noción de cronificación de la institución, del tratamiento y del paciente. A partir de ésta se instrumentan modificaciones en la organización del funcionamiento institucional y en los objetivos del tratamiento.
- Surgen cuestionamientos acerca del papel de la institución y del concepto de enfermedad que se sostiene.
- Aparecen nociones ligadas a una perspectiva más compleja de la relación con el contexto social: ya no se trata de re-insertar a un paciente con una problemática psiquiátrica, sino que se piensa intervenir en una situación de salud integrada por una mayor cantidad de factores sociales que se interrelacionan en el abordaje de la misma, tales como la desocupación, la situación de pobreza, la desarticulación familiar, etc.
- Toman la denominación de Talleres Protegidos Terapéuticos por la de Talleres Protegidos de Producción.
- Se determina un período de tiempo para el tratamiento y permanencia en el dispositivo.
- Cambian los objetivos de lograr la rehabilitación laboral por los de lograr una mejoría en la situación de salud promoviendo la integración del individuo al sistema social vigente.

La modalidad de intervención de los t.os en este dispositivo, ha tenido presentes a lo largo del tiempo, la utilización de las técnicas específicas de T.O para realizar las evaluaciones e instrumentar las distintas y variadas intervenciones y formas de abordaje, según se requiera en las diferentes etapas del proceso terapéutico.

Dichas intervenciones han sido utilizadas con coherencia y flexibilidad de acuerdo a los objetivos y el marco teórico de referencia, acompañando y sustentando los cambios desde las prácticas concretas.

2-Taller Ocupacional

Características de Dispositivo

Este taller inició sus actividades en el año 1998. La principal difusión de este espacio se realizó en el Área ambulatoria del Hospital José T. Borda: Consultorios Externos, Hospital de Día y Centro de Intervención en Crisis.

Se plantea como un espacio de taller abierto centrado en una actividad convocante, en este caso constituida por la búsqueda o el sostenimiento de la actividad laboral.

Constituye una de las ofertas terapéuticas del Servicio de Terapia Ocupacional del Hospital en mención. Se ofrece *“bajo la convocatoria de que el usuario pudiera ubicarse en relación con alguna de las siguientes dificultades: en la organización de la búsqueda de trabajo, en la organización de los hábitos laborales, en el sostenimiento de los hábitos laborales, en sus vínculos laborales.”*^{xxv}

Este taller funciona con una frecuencia semanal durante noventa minutos bajo la coordinación de 2 t.os que pertenecen a la planta profesional del hospital y que crearon este dispositivo bajo la motivación de abordar la problemática laboral en la desocupación, que consideraron de incumbencia profesional para la terapia ocupacional, a partir de la recepción de consultas sobre la problemática laboral por parte de pacientes, sus familiares y distintos profesionales, asumiendo *“el desafío de encontrar nuevas vías para un camino que parece cerrado”*^{xxvi} en la situación de desocupación y la flexibilización laboral imperante en nuestro país desde fines de los años noventa

Para la creación e implementación de este Taller las autoras analizan los conceptos de trabajo y de desocupación y sus significados en la Argentina actual como elementos de un proceso económico, político, social e histórico, que produce efectos en la subjetividad.

Consideran a la desocupación como una *“nueva forma masiva de exclusión”*, y al trabajo como un elemento que estructura y organiza la cotidianeidad de las personas, dando la oportunidad de desarrollar contactos sociales por fuera del circuito familiar y lograr un status e identidad social, representando, a su vez un valor predominante en la sociedad actual.

Para participar de este taller, sólo es necesario identificar alguna de las dificultades anteriormente mencionadas, no se requiere derivación de algún profesional o estar cumpliendo con un tratamiento de salud mental, ya que no se considera como un espacio de tratamiento terapéutico, sino que se mantiene claramente el encuadre y los propósitos característicos del Taller que se dirigen a profundizar el abordaje de un tema en particular que está definido de antemano.

Este espacio se mantiene con un encuadre mínimo referido al tiempo, el lugar de encuentro, la identificación de la dificultad y el interés por parte del usuario de abordar ese problema en dicho encuadre.

Aunque es un espacio abierto a la comunidad en general, debido a las características de la difusión y convocatoria del taller, la población que asiste a este dispositivo en su mayoría se asiste

en forma ambulatoria en el Hospital Borda, y en Talleres Protegidos de Rehabilitación Psiquiátrica. Es de ambos sexos, y no pasa de los 50 años.

La Modalidad de Intervención en el Taller Ocupacional

Claramente definido desde el encuadre y el propósito, como taller centrado en una actividad convocante, plantea el abordaje y el análisis de la problemática laboral en la situación de desocupación y las dificultades en la organización, mantenimiento y desempeño de la actividad laboral.

El eje sobre el que se basa este taller parte de la concepción del usuario como sujeto inmerso en las vicisitudes de un proceso socio histórico que modela los modos de vivir y de enfermar.

Desde esta posición interviene sobre los efectos que produce ese determinado proceso social e histórico (en este caso la desocupación) sobre el sujeto y cómo éste se relaciona con su situación laboral.

La modalidad de intervención se caracteriza por la relevancia de las intervenciones de orientación, acompañamiento y asesoramiento, favoreciendo en los usuarios la posibilidad de encontrar nuevos modos de posicionarse en la situación que los involucra.

3- Emprendimiento Social en Salud Mental

El Programa de Emprendimientos Sociales en Salud (E.S.S.) surge en el marco del Servicio 48 de Terapia Ocupacional del Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial “Dr. José T. Borda” de la Capital Federal, en el año 1997.

La propuesta de este dispositivo guarda relación directa con el contexto social, las políticas sociales y las concepciones teóricas, ya que surge a partir de los cambios en la demanda de la población a ser asistida, el impacto de la desocupación y la crisis en la salud.

Se basa en el marco de la desmanicomialización / desinstitucionalización presentes en la Ley básica de salud, la ley de salud mental de la ciudad de Buenos Aires y el plan de salud mental del GCBA, así como en legislación internacional vigente. Se impulsa en la motivación por parte del equipo de t.os de contribuir a una transformación del hospital psiquiátrico a través de la modificación en la propia práctica profesional.

La naturaleza del Emprendimiento Social en Salud (ESS) resulta de la necesidad de crear una nueva estrategia de atención en salud mental, que genere un entramado social contenedor, dirigido a

aquellos sujetos que atraviesan una situación de fragilidad psíquica y/o social, que afecte directa o indirectamente su inserción social y su vida relacional.

Subyace a éste programa la firme intención de generar un proceso de transformación de la institución en sus aspectos “asilares” hacia un servicio de salud mental que tenga en cuenta a la salud como un derecho y a los asistidos como ciudadanos con derechos y responsabilidades.

Podrán integrar los Emprendimientos Sociales de Salud en calidad de beneficiarios los usuarios del sistema público de Salud Mental que requieran alguna forma de asistencia que favorezca su integración socio-laboral; así como también miembros de la comunidad en situación de desocupados que se encuentren en situación de fragilidad psicosocial

Se plantea efectuar la evaluación del mismo utilizando distintos instrumentos metodológicos según se trate de evaluar objetivos, resultados o etapas de desarrollo del mismo.

A la fecha de realización del trabajo de campo*, este Proyecto se desarrolla a través de tres unidades de producción.

Características del dispositivo

El emprendimiento tiene una forma de organización inspirada en el cooperativismo, ya que propone la horizontalidad y la activa participación de los integrantes.

Está conformado por usuarios de salud mental (en cualquiera de sus etapas de tratamiento), por los técnicos en salud mental y los técnicos de oficio, en este caso diseñador industrial, diseñador gráfico y serigrafista.

Esta composición guarda una relación numérica aproximada del 60% de usuarios de salud mental y el 40% de la comunidad. Se considera como número máximo de usuarios la cantidad de veinte y como número mínimo la cantidad de seis.

Esto hace que la población que lo conforma se constituya con características heterogéneas, teniendo en cuenta la problemática de salud, el sexo, la edad y la situación social en general.

Es un espacio de tránsito, donde se hace presente como eje de trabajo esta transitoriedad en sí misma, por lo cual no permanecen en el dispositivo por más de tres años, aunque esto no se implementa de una manera rígida o inamovible.

Realizan en forma permanente actividades de organización, producción, gestión y administración del mismo, en relación con el diseño de los productos, la producción de los objetos,

la comercialización, la administración interna y la capacitación técnica. Cumplen con una carga horaria de 20 hs. semanales.

Es relevante y profusa la participación en Ferias y eventos de exposición y ventas establecidas por diferentes organizaciones, que realizan la invitación al emprendimiento, con el objetivo de brindarle apoyo a través de la difusión y / o la oportunidad de comercialización.

Recibe el soporte de Programas de generación o promoción del empleo, tanto del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires como del Ministerio de Trabajo de la Nación, a través del otorgamiento de subsidios nominales a los usuarios del dispositivo, y otros destinados a la financiación de capacitación, insumos y máquinas/herramientas.

Los responsables técnicos del emprendimiento son tres terapeutas ocupacionales de la planta funcional con una carga horaria de 24 horas semanales.

El criterio de inclusión que se requiere para ingresar al emprendimiento guarda relación con la situación de vulnerabilidad psico-social del usuario en concordancia con la capacidad del dispositivo de albergarlo. No es indispensable la derivación de otro terapeuta, pero sí el interés y la posibilidad de establecer una relación de compromiso y responsabilidad con el grupo. En el caso que el usuario sea del sistema de salud, se intenta establecer acuerdos básicos en la estrategia de tratamiento con otros profesionales que intervienen en el mismo.

Es una característica de este dispositivo el establecimiento de relaciones con otras y diferentes instituciones comunitarias a través de la planificación y ejecución de actividades de distinto tipo (de capacitación, culturales, de promoción, etc.), así como también mantener relación con otras áreas y servicios del Hospital J.T. Borda. Estas relaciones o actividades de enlace, son llevadas a cabo de distintas formas, de acuerdo a responsabilidades y funciones, por todos los integrantes del dispositivo.

La Modalidad de Intervención en el Emprendimiento Social en Salud

Los conceptos de *salud, trabajo, rehabilitación psicosocial y vulnerabilidad psicosocial* son presentados como las ideas fundamentales que dan marco a la organización de los ESS y a las intervenciones terapéuticas instrumentadas.^{xxviii}

Esta modalidad rota el eje de la enfermedad mental hacia el de la situación de vulnerabilidad psico-social, donde se interviene ya no para reducir o controlar la enfermedad, sino para crear un

contexto real de vida que produzca salud, solidaridad y creatividad. Se incluye la problemática de los derechos humanos y su incidencia en la situación social y de salud.

Las intervenciones se dirigen hacia el nivel grupal, comunitario e individual, a partir de la cotidianidad, los modos de vincularse y establecer las relaciones. La vida cotidiana en los contextos de los dispositivos, constituye el campo privilegiado sobre el cual operan las intervenciones

Se pueden señalar como distintivas en estos dispositivos laborales las siguientes intervenciones de los t.os:

- Intervenciones dirigidas hacia favorecer la Solidaridad. Esta se propone no sólo como un valor ético y social, sino como una práctica concreta a través de la conciencia de unidad experimentada a través de la realización del proyecto u actividad y como una vía de posible transformación de la situación de vulnerabilidad particular del sujeto.

- Intervenciones que favorecen la Creatividad y estimulan la capacidad presente en toda persona de inventar algo nuevo o diferente. Esto se sostiene en el valor agregado e intangible de los objetos que se producen, en relación a lograr la modificación de las imágenes negativas en relación con la locura y la posibilidad de lograr el estatus de creadores de cultura.

- Intervenciones de Autogestión: éste tipo de intervenciones favorecen la autogestión en distintos niveles de profundidad, que no son excluyentes. En un primer nivel se refiere a la situación personal, que apunta a cuestionar el circuito de queja y beneficio secundario que provoca el lugar de “ser asistido”. Un segundo nivel que se dirige a sostener el grupo con sus necesidades y proyectos. Por último, un tercer nivel que apunta a lograr recursos económicos y materiales que posibilitan desarrollar y mantener la estructura del dispositivo.^{xxix}

- Intervenciones de Gestión administrativa, de recursos económicos y de espacios de intersectorialidad: se reflejan en las actividades de enlace con diferentes instituciones y actores sociales que se realizan cotidianamente, según las responsabilidades, posibilidades y recursos con que se disponga.

- Intervenciones de Participación:^{xxx} en espacios legislativos y administrativos, a través de los canales de expresión y representación correspondientes, en los niveles referidos a la proyección de salud mental a través de la planificación en los niveles tácticos-estratégicos y operativos-técnicos pertinentes.

- Este tipo de intervenciones propician un modo de relación flexible entre la Interioridad y la exterioridad de la institución, ya que se intenta lograr la modificación en la utilización de los

espacios y recursos hospitalarios, tratando de propiciar zonas y canales de comunicación, intercambio y participación entre los diferentes actores sociales

Se puede caracterizar entonces como una modalidad de intervención específica de operar, que da respuesta a la problemática de salud a través de la práctica de la Terapia Ocupacional, planteada como promotora de transformación de la institución psiquiátrica y de los modos de atención a través de la creación de espacios de intercambio e inclusión social.

4-Programa Comunitario de Voluntariado

Características del Programa

El Programa "Creando Lazos Solidarios", se lleva a cabo en el Servicio de Rehabilitación del Hospital Moyano, desde el año 2001, bajo la coordinación de 2 t.os de planta de ese hospital.

Surgió a partir de la demanda de las pacientes de contar con un espacio de mayor participación, la cual fue detectada por parte de algunas t.os de ese Servicio.

Está planteado desde el marco teórico de la Rehabilitación Basada en la Comunidad, a partir del cual se acercan a “lo comunitario”, tratando de integrar los principios básicos que ese marco teórico propone, desde el rol y la práctica cotidiana desarrollados dentro del marco de la institución. Las t.os coordinadoras de este dispositivo consideran la Rehabilitación basada en la Comunidad, y por ende, el programa que desarrollan como *“una estrategia para mejorar la calidad de vida de las personas discapacitadas, incrementando los servicios, proveyendo mas oportunidades, y promoviendo y protegiendo sus derechos.”*^{xxxix}

Por lo tanto, en concordancia con estos principios proponen este dispositivo como una contribución para el abordaje de las patologías psiquiátricas, brindando oportunidades para el desempeño de un “nuevo rol” de voluntario, diferenciado del rol de paciente, a la vez que plantean el desafío de posibilitar una mirada distinta en la sociedad, donde cada miembro pueda realizar aportes y ser aceptado con sus diferencias.

Definen el trabajo voluntario como *“el trabajo que se realiza sin ánimo de lucro y que contribuye con una causa, cuyo fin es el bienestar del prójimo, es un acto para otro, aportando a la persona que lo realiza reconocimiento, satisfacción, agradecimiento por lo hecho.”*

Este Programa comunitario con fines solidarios promueve la integración de las pacientes, a través de establecer contactos entre la comunidad y la institución, a través de producir cambios que

favorezcan el proceso de inserción social y mejoren el grado de autonomía de todos los grupos que participen del mismo.

El criterio de inclusión en este Programa está referido al interés de participar en el mismo, y está dirigido a pacientes internadas, en tratamiento ambulatorio o con alta, que son denominadas como voluntarias / pacientes.

Se reúnen en un grupo de trabajo con periodicidad para realizar la actividad de reparación y reciclado de juguetes que luego de ser recolectados a través de donaciones, son entregados a otras instituciones o poblaciones de niños carenciados. Participan del Programa pacientes, profesionales, técnicos, miembros de la comunidad y alumnos universitarios, quienes conforman un dispositivo de trabajo, donde cada uno aporta sus conocimientos aunque desempeñe distintos roles desde un encuadre de igualdad de oportunidades y con un propósito común.

Las pacientes participan en calidad de voluntarias, ya que se considera que desde éste rol y con la realización de una actividad significativa y valorada por la sociedad, es posible favorecer la inclusión social de personas que padecen discapacidad.

La Modalidad de Intervención en el Programa Comunitario Solidario

A partir de considerar la situación de aislamiento propia de la institución psiquiátrica, este programa propone desestigmatizar el rol de paciente ligado históricamente a las ideas de pasividad e improductividad. Para ello ofrece la posibilidad de ejercer el rol de voluntario a través de la participación en las actividades con fines solidarios.

Plantea lograr un mayor acercamiento a la comunidad a partir de favorecer el intercambio a través de actividades significativas y valoradas socialmente.

La Modalidad de intervención desarrollada guarda coherencia con el marco teórico que sustentan el Modelo de la Ocupación Humana y la Rehabilitación basada en la Comunidad y se caracteriza por la relevancia de las intervenciones de:

- Planificación y Evaluación del programa y sus resultados
- Participación
- Autogestión.
- Solidaridad.

La modalidad de intervención instrumentada en este programa constituye una posible forma de abordaje para favorecer y promover la inclusión social de las personas con patologías psiquiátricas a partir de promover el ejercicio del rol de voluntario.

5-Proyecto de Inserción Laboral

Características del Proyecto

Definido como un proyecto de integración laboral con apoyo, aún no ha cumplido un año de ejecución ya que se inició a fines de 2004. Es desarrollado en conjunto por el Centro de Gestión y Participación N° 3 de la Ciudad de Buenos Aires y el Servicio de Hospital de Día del Hospital José T. Borda.

Fue creado a partir de la dificultad para lograr la inserción laboral detectada en la población de pacientes ambulatorios que asistían al servicio de Hospital de Día del mencionado hospital, quienes son los beneficiarios del mismo.

El programa tiene como objetivo lograr la integración laboral de los beneficiarios.^{xxxii}

Toma como fundamento el concepto del trabajo como derecho inalienable, así como también el derecho de la persona con discapacidad mental a integrarse al ámbito social y a una ciudadanía plena como individuo productivo en una institución que contemple sus necesidades. Está inspirado en la Responsabilidad Social Empresaria, que busca integrar la organización de la empresa a su entorno local y comunitario con el objetivo de reducir las externalidades negativas* que producen y que el mercado no corrige.

Sin desconocer el contexto desfavorable de desocupación actual en la Argentina y en relación con las posibilidades de acceso al mercado laboral, el presente proyecto intenta orientar una perspectiva que integre el subsidio estatal con la inserción laboral en el ámbito privado.

Este proyecto es coordinado por una t.o de planta del Hospital Borda con una carga horaria de 40 horas semanales, que integra el equipo terapéutico del Hospital de Día. Participan un grupo de diez beneficiarios de ambos sexos, (con una pequeña mayoría de varones), que llevan adelante un servicio de mensajería y distribución de papeles y / o folletos en los barrios de la Boca y Barracas, los cuales están ubicados en el área correspondiente al C.G.P N° 3 de la Ciudad de Buenos Aires.

Cumplen una carga horaria de 20 horas semanales, y disponen de una oficina en el C.G.P mencionado. Cada beneficiario recibe un subsidio nominal de apoyo al empleo del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires o del Ministerio de Trabajo de la Nación.

Esta primera etapa del programa tiene como objetivo la capacitación en tarea con el propósito de favorecer la adquisición y el desarrollo de las capacidades de autogestión del grupo. En una etapa posterior se plantea la integración con empresas privadas.

La Modalidad de Intervención en el Programa de Inserción Laboral

Se propone lograr una forma de participación y complementariedad que involucre a otros actores de la comunidad a través de organizaciones de distinto tipo, con el fin de construir otro posible abordaje de la situación de desventaja laboral.

La modalidad de intervención del t.o se caracteriza por la relevancia de las intervenciones de Autogestión en los tres niveles, de Gestión administrativa y de Participación, y la implementación de actividades de enlace que, más aún debido a la doble inserción institucional de este programa, vinculan cotidianamente la interioridad y la exterioridad de la institución psiquiátrica.

Esta modalidad pone énfasis en la función del t.o como “tejedor social” que enlaza y establece relaciones, construyendo a través de estas intervenciones otras posibles tramas y contextos reales de circulación e inserción laboral para los usuarios.

IV- Resultados

De acuerdo a la información relevada y el análisis de la misma, se señalan los siguientes resultados.

-En relación con la creación y desarrollo histórico de los dispositivos estudiados:

De los cinco tipos de Dispositivos Laborales identificados en la red de salud mental del GCBA, cuatro fueron creados en la última década por terapeutas ocupacionales: el Taller Ocupacional, el Programa de Inserción Laboral, el Emprendimiento Social en Salud y el Programa Comunitario Solidario.

Asimismo es de destacar, considerando su historia, la importancia de relación entre las condiciones socio- históricas en las cuales surgieron los dispositivos laborales y las características de los mismos. La crisis y la desocupación de la década del 90 y sus repercusiones en las condiciones de exclusión y marginalidad, representaron un factor de influencia importante no sólo en la modificación de las prácticas terapéuticas en los talleres protegidos, sino en la creación de los cuatro últimos dispositivos mencionados anteriormente.

-En lo que atañe a las intervenciones relevadas en los distintos dispositivos:

Se observa que es posible establecer una modalidad de intervención particularizada en cada tipo de dispositivo laboral, según la relación que guardan las intervenciones terapéuticas que se realizan con mayor prevalencia, los objetivos generales de las mismas y las metas o misión que se propone cada dispositivo. (Ver cuadro 5)

Por otra parte es dable identificar que en tres de esos cuatro dispositivos (el emprendimiento social en salud, el programa comunitario solidario y el programa de inserción laboral), se describen rasgos en común en las modalidades de intervención implementados por los t.os en cada uno de ellos, dados por:

La presencia de las intervenciones de ***autogestión, participación, solidaridad y gestión*** como prevalentes y el ***objetivo general*** de favorecer la ***integración social a través de la creación de nuevos espacios sociales de circulación, intercambios e inclusión.***

- En relación con las intervenciones mencionadas, todas estas presentan la peculiaridad de operar en diferentes niveles de profundidad. *La autogestión* en el aspecto personal, de sostén del grupo y de capacidad de generar recursos para afianzar la estructura del dispositivo. *La participación* desde estar informado, opinar hasta modificar. *La gestión* administrativa, a nivel personal, institucional o intersectorial.

Por último el concepto de solidaridad, que abarca una multiplicidad de significaciones y también distintos niveles de profundidad. En este caso, la noción identificada en las intervenciones, guarda relación especialmente con la mutualidad y la cooperación, alejándose de la noción de solidaridad emparentada con la caridad y el paternalismo. Se basa en la capacidad de modificar los contextos de vida a través de las acciones y actitudes de todos los días, desde el espacio de lo cotidiano.

- Además aparecen como relevantes en los distintos dispositivos las intervenciones de creatividad, orientación y asesoramiento, así como también las actividades de enlace entre distintas instituciones y actores sociales, que desdibujan los límites del adentro-afuera de las instituciones psiquiátricas.

V- Consideraciones Finales

En todos los casos analizados en el presente estudio, se manifestó la intención de reformular o transformar la práctica profesional, asumiendo el desafío de dar una respuesta viable a una problemática determinada, lo cual se vio reflejado en la modalidad de intervención instrumentada.

Las intervenciones que se implementan en los dispositivos laborales en mayor o menor medida, ejercen potencia sobre la lógica del asistido, y transversalizan a través de su implementación en lo cotidiano, los tres niveles que van desde lo personal y lo grupal hasta lo comunitario, intentando restablecer la lógica del ciudadano, tanto para el usuario como para el técnico en salud mental, ya que ambos intentan la creación y o transformación a pequeña escala de un espacio social.

Es posible entonces, señalar una lógica de pensamiento presente en las distintas modalidades de intervención, que se refleja en el modo de analizar y concebir el problema de la salud mental, que se puede identificar con el llamado paradigma de la complejidad.^{xxxiii} Dicho paradigma propone asumir la complejidad del ser humano como constitutiva y propia de su naturaleza e integrar las múltiples dimensiones que lo componen.

En las distintas modalidades de intervención, se revela la coexistencia de elementos propios de diferentes discursos (médico, filosófico, social, antropológico, jurídico, del poder, etc.), que combinados de variadas formas se traducen en las prácticas concretas.

Es dable identificar en consecuencia un recorrido de las mismas que va desde la complejidad hacia la especificidad de la Terapia Ocupacional en el campo de la salud mental.

VI- Referencias Bibliográficas

ⁱ Elizabeth Gómez Mengelberg, (en línea) www.terapia-ocupacional.com, 2005: Referentes históricos de la utilización de actividades en Sudamérica. Formación de los Terapistas Ocupacionales en Argentina, *"En Buenos Aires, alrededor del 1800 en el hospital general de hombres, se creaba el cuadro de dementes y se comenzaba a seleccionar pacientes que eran destinados a ocuparse en la plantación de las arboledas, para embellecer y urbanizar la zona, con el advenimiento de la Casa de dementes, anexo del hospital, se pasó a albergar a enfermos mentales siendo su nombre modificado en 1863 por Hospicio de San Buenaventura, para más tarde llamarse Hospicio de las Mercedes. (Hoy Hospital José T. Borda) En la Dirección del Hospicio de San Buena Ventura encontramos al Dr. José María de Uriarte, (1873-1876) quien comenzaba a suprimir los elementos utilizados para la contención y organizaba el trabajo entre los enfermos como recurso terapéutico de suma importancia e instaló talleres adecuados a la época siguiendo los dictados de Pinel."*

ⁱⁱ F. Nicasio, 1997: Proyectos de inserción en el trabajo: producción de autonomía, itinerarios de ciudadanía, en Revista Materia Prima, Año3 N° 11, p. 23.

ⁱⁱⁱ M. Benetton, 1996: Terapia ocupacional e rehabilitacao psicossocial: uma relacao possivel?, en Revista de Terapia Ocupacional de la Universidad de San Pablo, v. 4/7.

^{iv} Levav, 1992: "Temas de salud Mental en la Comunidad", Organización Panamericana de la Salud.

^v M. R. Martínez Antón, 1998: La Terapia ocupacional. Historia y actualidad. Apuntes de Cátedra, Materia: Teoría y Técnica de Terapia Ocupacional, Carrera de Terapia Ocupacional, Universidad de Buenos Aires.

^{vi} S. Rubinstein, 1999: Microempredimiento Productivo en Tercera Edad, "Terapia Ocupacional.Trabajo y Comunidad.Serie 3", COLTOA, p.93.

L. Paganizzi (en línea) www.terapia-ocupacional.com, 2005, Actuação da terapia ocupacional no corpo marcado" VII Congreso Brasileiro de Terapia Ocupacional Octubre de 2001-e "Inserción social y trabajo informal. Experiencia y resultados. Avatares de la crisis.

E. Clérici, E. Isla, 1999: Microempredimiento con Hemipléjicos Adultos "Terapia Ocupacional.Trabajo y Comunidad.Serie 3", COLTOA, p.101.

S. Konig, 2003: Una manera de hacer. Experiencias de Integración socio-laboral en VI Congreso Argentino de Terapia Ocupacional, Bs. As.

^{vii} Los hospitales monovalentes que integran la red de salud mental del G.C.B.A son el Hospital Braulio Moyano, Carolina Tobar García, José T. Borda y Torcuato de Alvear.

^{viii} L. Paganizzi, 1997: *Actividad. Lenguaje particular*, Bs. As., p. 11

^{ix} L. Paganizzi, op. cit, Sección A, p.9.

^x L. Paganizzi, op. cit, Sección B, p. 25

^{xi} R. Martínez Antón, 1997: *Análisis Funcional y Análisis Ocupacional*, Apuntes de Cátedra, Teoría y Técnica de Terapia Ocupacional I. Carrera de Terapia Ocupacional. Universidad de Buenos Aires.

^{xii} R. Martínez Antón, 2000: *La Actividad y la Ocupación*, publicado en *Rev. Terapia Ocupacional Materia Prima*, n° 14 –, p. 9.

^{xiii} B. Sarraceno, 1999: “*Libertando Identidades-Da Reabilitacao Psicossocial â cidadania possível*” Instituto Franco Basaglia- Tê Corá Editora.

^{xiv} B. Sarraceno, B, 1998.: *A concepcao de rehabilitacao psicossocial como referencial para as intervencoes terapeuticas em saude mental*, en revista de *Terapia Ocupacional de la Universidad de San Pablo*, ,v. 9/1- p. 26-31.

^{xv} J. Schiappa Pietra, 2003: “*La leyenda continúa- Temas y narraciones en Salud Mental modalidad rionegrina*”, Publifadecs- Universidad Nacional del Comahue .Río Negro, Argentina.

^{xvi} J.Schiappa Pietra, op.cit. cap. 3, p. 37.

^{xvii} J. Schiappa Pietra, op.cit. cap. 8, p. 139

* Se denomina observadora no participante a las terapistas ocupacionales que realizan actividades de asistencia y colaboración a modo de pasantía. No figuran en los registros de la Planilla de Recursos Humanos citada.

^{xix} M. C. Souza Minayo, op.cit. p.80

^{xx} R. Martínez Antón, 1997: teórico XII: *La Intervención*, Materia: Teoría y Técnica de Terapia Ocupacional I. Carrera de Terapia Ocupacional. Universidad de Buenos Aires.

^{xxi} R. Martínez Antón, teórico XI: *La Evaluación*, loc. cit.

^{xxii} R. Martínez Antón, teórico XII, loc. cit.

^{xxiii} E. Ander Egg, 1983: “*Manual de Metodología de la Investigación*”, El Cid Editor, , Cap. 10

^{xxiv} M. C. Souza Minayo, op.cit. p. 175

^{xxv} - M Capozzo,- E Mengelberg Gomez,. 1998: *Un taller Ocupacional*, en *Materia Prima*, Año 3 N° 10, , p. 7.

^{xxvi} M. Capozzo, E. Mengelberg, op.cit.

• Es necesario hacer esta referencia contextual temporal, ya que el estado del Proyecto se encuentra en franco proceso de expansión y replicabilidad, por lo cual al momento del trabajo de campo se planificaba en corto plazo el inicio de otras unidades de producción en sinergia con las ya funcionantes.

^{xxviii} *Está presente el postulado de concebir la salud como un concepto integral, un derecho básico y un producto social, desde donde se desprende que las acciones sanitarias deben tender a jerarquizar las propuestas comunitarias, la solidaridad social y la recuperación de la historicidad, vinculando el concepto de salud al de ciudadanía.*

El trabajo es considerado como productor de valores, poderes y posibilidades imprescindibles para la transformación de la realidad, a fin de ampliar y fortalecer las relaciones sociales.

La rehabilitación psicosocial, desde la visión que trasmite B Sarraceno, que plantea una práctica que considera al sufrimiento psíquico como la pérdida de la capacidad de generar sentido y como la intermitencia entre los períodos de sufrimiento.

La Vulnerabilidad Psicosocial se propone como uno de los ejes de análisis e intervención, a partir del cual se ubica como sujeto vulnerable a aquél susceptible de ser dañado. A partir del aporte teórico realizado por Robert Castel^{xxviii}, consideran que la situación de vulnerabilidad se juega predominantemente en el campo de lo social, entendiendo a la vulnerabilidad psicosocial como el grado de fragilidad psíquica que la persona sufre por haber sido desatendida en sus necesidades básicas.

^{xxix} P. Scarponetti, E. Naidés., H. Buriyovich, 1995: “La rehabilitación a través de la creatividad – Aplicación y propuesta de un modelo evaluativo para la implementación de las estrategias terapéuticas no convencionales”. Narvaja Editor, Córdoba, p.65.

• ^{xxx} Robirosa y otros, 1992: Participación: Participar significa tomar parte de algo con otros, repartir o entrar activamente en la distribución. Esta definición integra tres aspectos: - Formar parte, en el sentido de pertenecer, ser integrante; Tener parte, en el desempeño de las acciones, y - Tomar parte, o sea influir a partir de la acción. Existen tres niveles de participación, que se refieren a: Información, Opinión y Decisión, que varían de una participación más restrictiva a otra más amplia. Cf. “Turbulencia y Planificación Social”, Ed. Siglo XXI, p.19

^{xxxi} G. Martínez, M. Torrilla, Programa Creando Lazos Solidarios, 2004, en ponencia Congreso A.A.P.

^{xxxii} Otros objetivos del programa de Inserción Laboral: -promover en ellos: *El conocimiento y reconocimiento de las posibilidades con relación a capacidades y potencialidades, intereses y motivaciones a través de la experiencia laboral*

-promover *“la posibilidad de desarrollar la integración con su comunidad a partir de la solidaridad con sus miembros más vulnerables”*. *“La integración intersectorial con agentes*

estatales como el Centro de Gestión y Participación de su zona como así también el Hospital José T. Borda”. “La posibilidad de adherir a las estrategias de Responsabilidad Social Empresaria”^{xxxii}

• Sagrera, Greco, 2004: *Una externalidad negativa es la influencia negativa de las acciones de una persona física o jurídica en el bienestar de la otra. El equilibrio y el interés del mercado no maximiza el beneficio de la sociedad en su conjunto, por. Ej. Destrucción ambiental, aumento de desocupación por mayor tecnología son “externalidades negativas”, op. Cit.*

^{xxxiii} E. Roger Ciurana, 2005, en Complejidad, Cultura y Solidaridad, en apuntes de clase 1-Cátedra Abierta de Solidaridad, Prof Oscar Garcia, UNSM, p30. Sitúa el paradigma de la complejidad como una forma de pensar, como una cultura y un espacio de pensamiento que tiende a superar el reduccionismo, relacionando los distintos aspectos y dimensiones de los hechos.

VII – Anexo

1-Instrumento empleado para la recolección de datos

Guía para la Entrevista

Institución

Datos del entrevistado: identificación, carga horaria, relación laboral (concurrente, observador no participante, planta profesional)

Fecha

Variables contextuales:

a) Dispositivo Laboral

a.a - Forma de organización

Taller Ocupacional

Microemprendimiento cooperativo

Talleres de producción

Empresa social

Otros

a.b - Producción

Bienes

Servicios

Mixto

Industrial

Artesanal

a.c - Nivel de protección

Protegido

Asistido

No protegido-Competitivo

a.d - Antigüedad

Fecha de inicio de actividades

b) Localización

b.a - Intra- institución

Servicio de T.O

Servicio de Internación

Consultorios Externos

Taller de producción

Otros

b.c - Extra-institución

Taller barrial

Local a la calle

En puesto de trabajo

Otros

c) Población Objetivo

c.a - Grupo etáreo

Joven

Adulto

Adulto Mayor

c.b - Sexo

Masculino

Femenino

c.c - Tipo de atención que recibe

Internación

Ambulatorio

No recibe

d) Actividades de Enlace que se realizan a través del Dispositivo

d.a - Intra-institucional

Otros servicios

Área Programática

Cooperadora de la institución

Otros

d.b - Extra-institucional

Otros talleres

Organizaciones No Gubernamentales

Organizaciones Gubernamentales

Organizaciones Privadas

d.c - Modalidad de enlace

Formal (convenios, etc.)

Informal (comunicaciones frecuentes)

d.d - Finalidad

Desarrollar actividades de capacitación

Cooperación mutua e intercambios

Recibir apoyo y beneficios

Difusión

Otros

Variables principales:

a) Evaluación

a.a -Tipos:

Psicofuncional.

Psicosocial

Laboral

Otras

a.b - Objetivo:

Diagnóstica

De Proceso

De Resultados

a.c -Técnicas:

Con instrumentos específicos (profesiograma, escalas, guías)

Sin instrumentos Específicos.

Otras.

a.d - Instrumentación:

Individual

Individual-Grupal

Grupal

Comunitario

b) Asesoramiento y Orientación

b.a - Focalización: Organización de la búsqueda laboral

Vocacional

Otras

b.c - Instrumentación:

Individual

Individual-Grupal

Grupal

Comunitario

c) Entrenamiento

c.a - Ejes:

Habilidades sociales necesarias para desempeñarse en el trabajo

Ejecución de las tareas

Ambas

Otros

c.b - Instrumentación:

Individual

Individual-Grupal

Grupal

Comunitario

d) Objetivo general de las intervenciones

d.a - Salud (mejorar aspectos relacionados con la situación de salud)

Promoción y prevención

Asistencia

Rehabilitación

d.b - Social (mejorar aspectos relacionados con la situación social)

Manejo de recursos sociales

Autonomía básica y social

Disminuir riesgo y/o efectos de exclusión social

d.c - Laboral (mejorar aspectos relacionados con la situación laboral)

Nivel de desempeño

Motivación

Adaptación

Ubicación selectiva

Otros

Comentarios y Observaciones:

2- Cuadros

Cuadro 1: Cantidad de Terapistas Ocupacionales que participaron de entrevistas según Dispositivos Laborales.

Dispositivo Laboral	Profesionales entrevistados
Taller Protegido	6
Taller Pre- Laboral	4
Taller Ocupacional	1
Emprendimiento Social en Salud	9
Programa Comunitario de Voluntariado	2
Programa de Inserción Laboral	1
Total	23

Fuente: elaboración propia según trabajo de campo realizado, 2005.

Cuadro 2: Inserción Institucional de los Dispositivos Laborales

Dispositivo Laboral	Institución
Taller Protegido -Talleres Protegidos de Rehabilitación Psiquiátrica -Taller Protegido Intrahospitalario	Talleres Protegidos de Rehabilitación Psiquiátrica. Hospital Braulio Moyano
Taller Pre-Laboral	Hospital Braulio Moyano
Emprendimiento Social en Salud -Ybytú -Ciclopapel -Vivero-Huerta Los Amigos	Hospital José T. Borda
Taller Ocupacional	Hospital José T. Borda
Programa Comunitario de Voluntariado	Hospital Braulio Moyano
Programa de Inserción Laboral	Hospital J.T. Borda y Centro de Gestión y Participación N° 3

Fuente: elaboración propia según datos de entrevistas realizadas, 2005.

Cuadro 3: Talleres Protegidos de Rehabilitación Psiquiátrica en nuestro país, y su fecha de creación.

Taller Protegido	Ciudad-Provincia	Fecha de Creación
Nº 1	Ciudad de Buenos Aires	1967
Nº 2	Ciudad de Buenos Aires	1967
Nº 3	Ciudad de Buenos Aires	1968
Nº 4	Laboratorio-Ciudad de Buenos Aires	1968
Nº 5	Ciudad de Buenos Aires	1969
Nº 6	Ciudad de Buenos Aires	1969
Nº 7	Diamante- Entre Ríos	1976
Nº 8	Hospital Moyano-Ciudad de Buenos Aires	1977
Nº 9	Ciudad Federal	1977
Nº 10	Oliva -Córdoba	1977
Nº 11	Oliva -Córdoba	1977
Nº 12	Bel Ville- Córdoba	1977
Nº 13	Punilla - Córdoba	1977
Nº 14	Ciudad de Buenos Aires	1977
Nº 15	Colonia Montes de Oca- Buenos Aires	1977
Nº 16	San Juan	1979
Nº 17	Ciudad de Buenos Aires	1983
Nº 18	Ciudad de Buenos Aires	1984
Nº 19	Intrahospitalario- Hospital Borda- Ciudad de Buenos Aires	1984
Nº 20	Alta Gracia- Córdoba	1985
Nº 21	Formosa	1987
Nº 22	Formosa	1990
Nº 23	Ciudad de Córdoba	1988
Nº 24	Mar del Plata- Buenos Aires	1989
Nº 25	Mar del Plata- Buenos Aires	1989
Nº 26	Mar del Plata- Buenos Aires	1991

Fuente: “XXX Aniversario de los Talleres de rehabilitación Psiquiátrica”, 1997

Cuadro 4: Los Dispositivos Laborales y su fecha de creación.

Dispositivo Laboral	Fecha de Creación
Talleres Protegidos de Rehabilitación Psiquiátrica	1967
Taller Pre-Laboral	1991
Emprendimiento Social en Salud	1997
Taller Ocupacional	1998
Programa Comunitario de Voluntariado	2001
Programa de Inserción Laboral	2004

Fuente: elaboración propia basada en los datos de entrevistas realizadas, 2005.

Cuadro 5: Los Dispositivos Laborales, sus Objetivos Generales y las Intervenciones Terapéuticas que prevalecen.

Dispositivo Laboral		Objetivo General	Intervenciones
Taller Protegido Terapéutico	Talleres Protegidos de Rehabilitación Psiquiátrica	-Mejorar la situación de salud para lograr la inserción social del paciente	Implementación de variedad de recursos terapéuticos, técnicas, instrumentos y formas de abordaje para la evaluación, planificación y tratamiento.
	Taller Protegido y Taller Pre-Laboral (Hospital Moyano)	-Mejorar la situación de salud para disminuir las desventajas y/o secuelas de la enfermedad	Evaluación psico-funcional Entrenamiento Asesoramiento Gestiones internas
Emprendimiento Social en Salud		-Transformar la institución psiquiátrica y los modos de asistencia. -Crear espacios de intercambio e integración social	Autogestión Gestión Solidaridad Creatividad Participación
Taller Ocupacional		-Acompañar y guiar el proceso de implicación del sujeto en la situación laboral	Orientación Asesoramiento
Programa Comunitario Solidario		-Lograr la inserción social del paciente a través de la realización de actividades solidarias. -Crear un espacio de participación para el ejercicio del rol solidario	Evaluación y Planificación Autogestión Participación Solidaridad
Programa de Inserción Laboral		-Crear espacios de integración laboral	Orientación Asesoramiento Autogestión Gestión Participación

Fuente: elaboración propia basada en los datos de las entrevistas realizadas, 2005.

3- Datos

A continuación se presentan los datos detallados de las Intervenciones Terapéuticas desarrolladas por los t.os en cada Dispositivo Laboral.

- Las Intervenciones Terapéuticas en Talleres Protegidos de Rehabilitación Psiquiátrica.

En el año 1988 las Terapistas Ocupacionales Suter, Arqueros, Arias y González, describen las prestaciones de Terapia Ocupacional en Talleres Nacionales de Rehabilitación Psiquiátrica, a las que codifican de la siguiente manera:

- Entrevista de Admisión,
- Entrevista de Evaluación de Terapia Ocupacional
- Entrevista-Evolución
- Entrevista Familiar
- Análisis Ocupacional
- Evaluación en puesto de trabajo
- Reunión con Operarios Discapacitados
- Reunión General de Profesionales
- Reunión de Terapia Ocupacional
- Reunión de equipo de cada Taller
- Reunión con Supervisores
- Visita Domiciliaria

- Tratamiento Específico: *“está referido a aquellas acciones que se implementan a diario y que intentan resolver situaciones particulares de los pacientes en el Taller: Comunicaciones con el médico tratante, con la familia, con el supervisor y otros; entrevistas informales con pacientes; evolución en legajo laboral, registros e informes; control de peculio.”*^{xxxiii}

Las autoras mencionadas discriminan entre las anteriores a las prestaciones que consideran pasibles de ser aplicadas en cualquier institución de rehabilitación laboral, de las comprendidas en Tratamiento Específico, que consideran como una modalidad originaria de Talleres Protegidos de Rehabilitación Psiquiátrica.

Este tipo de acciones que los t.os consideran originarias y características del dispositivo, está en relación con lo “imprevisto” de lo cotidiano, y con establecer comunicaciones, relaciones entre

los diferentes actores participantes del proceso de tratamiento: el paciente, el médico, el supervisor, la familia y otros.

Actualmente, (año 2005), se desempeñan en esta institución dos terapeutas ocupacionales, con una carga horaria de 40 horas semanales.

La cantidad de pacientes que integran este dispositivo es aproximadamente de 150 usuarios.

Ambos terapeutas ocupacionales participan en todas las etapas del tratamiento, en los diferentes talleres que integran este Dispositivo, donde implementan diferentes técnicas e intervenciones.

Realizan evaluaciones con técnicas o instrumentos específicos de terapia ocupacional.

Durante la etapa de Adaptación en el Taller de Adaptación y Orientación realizan:

- Profesiograma,
- Análisis Ocupacional (OIT),
- Cotejo de Intereses (UNQUI)
- Mini Mental, en caso de dudas de diagnóstico,
- Historia Ocupacional
- Pastel Ocupacional de Kiehlhofner.

Con la información recogida por medio de estos instrumentos, y a través de la observación y de la participación en las reuniones de equipo, realizan la evaluación y valoración, en base a las cuales definen la continuidad y el camino que tomará el tratamiento de cada paciente.

Además realizan las siguientes intervenciones:

- Registros escritos periódicamente en la Historia Clínica.
- Observación y evaluación en puesto de trabajo
- Adaptaciones ambientales y en los pasos de la tarea.
- Grupos de pre-Alta, en el que realizan orientación y asesoramiento relacionados con el “después” (*sic*). Derivan y / o sugieren la participación en recursos que ofrece la comunidad para la realización de cursos de capacitación o con fines recreativos y de tiempo libre, con el propósito de favorecer la integración a la vida social comunitaria luego de finalizado el período de tratamiento en la institución.

Implementan las diferentes actividades con distintos modos de abordaje, tanto grupal e individual, como familiar y comunitario.

Realizan la gran mayoría de sus intervenciones dentro del ámbito intrainstitucional, aunque participan en espacios referidos a la discusión de leyes y normativas relacionados con el área profesional y de la rehabilitación específicos.

Las t.os entrevistadas refieren un cambio en la modalidad de abordaje de la problemática de salud a la cual dan respuesta, a partir del año 1995, cuando se propusieron desde el área de Terapia Ocupacional - jerarquizar y sostener a “lo ocupacional” como base central del tratamiento, donde la actividad es considerada como un medio de tratamiento, y no sólo como un fin terapéutico en si mismo.

- establecer un tiempo límite de permanencia en el dispositivo para evitar la cronificación en y del mismo.

Ubican como de mayor relevancia los objetivos dirigidos a mejorar la situación de la salud y de lo social, ya que postulan perseguir el logro de los principios de la prevención terciaria, en concordancia con los objetivos expresados en la reglamentación de la Ley artic. N° 2 ya citada. Formulan los objetivos relacionados con lo laboral en un segundo plano.

Desarrollan varios tipos de evaluaciones que se integran al momento de la recopilación de los datos para valorar la situación del paciente en particular:

-Evaluación Funcional. Esta es propia del paradigma reduccionista. Utilizan el Mini-Mental Test, en oportunidades de realizar un diagnóstico diferencial y el Profesiograma como una de las técnicas específicas de terapia ocupacional.

-Evaluación del desempeño ocupacional .Propio de los modelos teóricos que se centran en los resultados de la acción humana como el objeto de intervención de la terapia ocupacional Utilizan el Cotejo de intereses.

-Evaluación de la áreas Ocupacionales. Se centra en la determinación del desempeño en una o todas las áreas ocupacionales. Aplican la técnica del Pastel de la vida, como evaluación no estandarizada.

-Evaluación de Historia Ocupacional, implementada como técnica no estandarizada, proponiendo un corte longitudinal, donde se recaba la información.

En relación con los criterios con los cuales piensan e instrumentan la actividad, los t.os de este dispositivo laboral realizan

-análisis ocupacional, estudiando la organización socio-cultural de las actividades y los requisitos de desempeño (roles, hábitos y destreza) y,

-análisis funcional, teniendo en cuenta los requerimientos funcionales para el desempeño de la técnica el aprendizaje del oficio.

En relación con los criterios de análisis que los t.os aplican en sus intervenciones, predomina el modelo Funcional, donde la actividad es considerada el medio de tratamiento -la actividad científicamente aplicada según varias definiciones- dirigida fundamentalmente a la reducción de las consecuencias de la enfermedad, y a la conservación de las capacidades remanentes o aspectos sanos del paciente. Considera que la enfermedad altera las funciones, lo cual redundaría en posibles limitaciones de los niveles de autonomía de las personas afectadas. Consideran la influencia de los factores ambientales en el desarrollo de la función, para evitar los factores que disminuyen el desempeño adecuado de la misma, con el fin de lograr el máximo de autonomía.

También toman en cuenta conceptos que se desprenden del modelo ocupacional, que considera a la actividad en su contexto de realización, con una pertenencia social y cultural determinadas, aspectos que toman mayor relevancia en la etapa de asesoramiento y orientación para el “después”.

-Las Intervenciones Terapéuticas en el Taller Ocupacional

Es un espacio predominantemente de orientación y acompañamiento, cuyo enfoque está centrado en la actividad laboral y en la forma en que cada persona se relaciona con la misma.

Los t.os que coordinan el taller, utilizan una planilla para registrar los datos personales e información básica acerca del desarrollo y desempeño ocupacional de las personas, con el fin de clarificar y confrontar las expectativas de cada uno con la propuesta del taller.

De este modo realizan una evaluación inicial del usuario donde pesquisan cómo y para qué llega a este espacio, aplicando el criterio de inclusión establecido.

El objetivo general de las intervenciones se dirige a mejorar una situación laboral, favoreciendo la apropiación de herramientas que alivianen las dificultades en el ámbito laboral, *“para que se ubique en una relación diferente a la ya establecida con su problemática laboral; orientar y acompañar sin guiar ni aconsejar.”* ^{xxxiii}

Las intervenciones son de asesoramiento y orientación, y se dirigen a facilitar la organización de la búsqueda laboral, las dificultades laborales, los aspectos vocacionales y de intereses, la confrontación entre las condiciones y los requerimientos que plantea un trabajo, el reconocimiento de las posibilidades de cada uno, la identificación de los hábitos laborales, la

reformulación de estrategias para la búsqueda laboral, la orientación hacia la utilización de las ofertas y / o dispositivos de la comunidad, la conformación de una red de sostén.

También se implementan intervenciones de entrenamiento de habilidades sociales necesarias para desempeñarse en el trabajo, si surgiera como una demanda puntual, pero no se constituye como un dispositivo de tratamiento ni de entrenamiento, sino que se centra en dicha demanda.

Se implementa en grupo a la manera de individual - grupal, ya que las problemáticas que se despliegan son concebidas desde lo individual

Este dispositivo no se plantea el logro de contactos interinstitucionales como parte de sus objetivos y razón de ser.

Los t.os coordinadores realizan contactos intra institucionales a través de las comunicaciones informales que sostienen con los terapeutas que se interesan y / o sugieren la participación en el mismo de alguno de sus pacientes, aunque nunca a modo de interconsulta* sino al modo informativo si es considerado pertinente.

La actividad desde la perspectiva del sujeto y su historia en un contexto determinado, considerada en sus dimensiones singular, grupal, social y comunitaria es el foco de reflexión y de intervención principal de este dispositivo.

Se implementa el análisis de la “*dinámica de la realización de la actividades*”^{xxxiii} tomando en cuenta la amplia perspectiva que ésta modalidad propone.

- Las Intervenciones Terapéuticas en el Emprendimiento Social en Salud

Los siguientes conceptos referidos a *la salud, el trabajo, la rehabilitación psicosocial y la vulnerabilidad psicosocial* son expresados con énfasis de importancia por las t.os entrevistadas ya que consideran que toman relevancia en la organización del dispositivo y en las intervenciones terapéuticas instrumentadas.

Está presente el postulado de concebir *la salud* como un concepto integral, un derecho básico y un producto social, desde donde se desprende que las acciones sanitarias deben tender a jerarquizar las propuestas comunitarias, la solidaridad social y la recuperación de la historicidad, vinculando el concepto de salud al de ciudadanía.^{xxxiii}

El trabajo es considerado como productor de valores, poderes y posibilidades imprescindibles para la transformación de la realidad, a fin de ampliar y fortalecer las relaciones de

igualdad. Restituir el lugar de ejercicio de los derechos civiles en el ejercicio de la ciudadanía, promoviendo la participación activa y productiva en el campo de lo social y entrar en el mundo del trabajo implica entrar en el mundo del intercambio social; ello produce una modificación en la percepción de sí mismo, en su status social y capacidad contractual.^{xxxiii}

La rehabilitación psicosocial, desde la visión que trasmite B Sarraceno, que plantea una práctica que considera al sufrimiento psíquico como la pérdida de la capacidad de generar sentido y como la intermitencia entre los periodos de sufrimiento.^{xxxiii}

La Vulnerabilidad Psicosocial se propone como uno de los ejes de análisis e intervención, a partir del cual se ubica como sujeto vulnerable a aquél susceptible de ser dañado. A partir del aporte teórico realizado por Robert Castel^{xxxiii}, consideran que la situación de vulnerabilidad se juega predominantemente en el campo de lo social, entendiendo a la vulnerabilidad psicosocial como el grado de fragilidad psíquica que la persona sufre por haber sido desatendida en sus necesidades básicas: seguridad afectiva, económica, protección educación, comida, agua potable, trabajo y salud. “*Es un individuo precario en cuanto a su relación con el trabajo y frágil en su inserción relacional, es decir en calidad y cantidad de relaciones vinculares*”.^{xxxiii}

Los t.os desarrollan sus intervenciones en espacios intrahospitalarios así como en ámbitos extrahospitalarios, ya que este doble dimensionamiento hace a las características de estos dispositivos, a través de la implementación de actividades de distinta índole (tales como capacitación, ventas, difusión, gestiones, etc.) en los espacios comunitarios.

Realizan acuerdos informales que mantienen por medio de contactos y comunicaciones frecuentes, y también realizan convenios formales si así es necesario, como en el caso de las gestiones para lograr subsidios.

La finalidad que se plantean estos convenios y relaciones se corresponden con el objetivo de favorecer la circulación e integración social de los usuarios y los productos, obtener capacitación, cooperación mutua e intercambios, recibir apoyo, beneficios y difusión.

Realizan entrevista de evaluación no estructurada focalizada para el ingreso al dispositivo.

Esta se implementa en forma individual. Apunta a recolectar información acerca de la situación psicosocial, y a detectar aquellos factores de riesgo que ubican al sujeto en situación de vulnerabilidad, a partir de una perspectiva contextualizada, donde la calidad y el modo de vida son vectores importantes para la comprensión de la situación global del sujeto.

Se pregunta acerca de la historia ocupacional y laboral, de las significaciones y sentidos que se despliegan a partir de esas experiencias y acerca del estado de la situación vincular y relacional de la persona, dentro de su contexto vital particular.

En esta entrevista se establece un primer acuerdo de intentar un período de prueba o evaluación mutua (de no más de dos semanas de duración); por parte del usuario acerca del dispositivo y las actividades que éste propone, y por parte de la coordinación referida a las condiciones mínimas para incluirse, en relación principalmente a los intereses y a la posibilidad del usuario de trabajar en un grupo.

Realizan también evaluaciones no estructuradas del proceso terapéutico de cada usuario, a través de la observación y otras intervenciones implementadas en el ámbito de trabajo y / o con la implementación de entrevistas individuales con la frecuencia que consideren necesaria, o por demanda del usuario.

Con respecto a la evaluación de resultados y de impacto del programa en general, existe un trabajo de investigación realizado en el año 2003 que trata acerca de cómo se vieron modificados algunos aspectos del desempeño psicosocial de los usuarios que participaron de este emprendimiento y lograron mejoras significativas.^{xxxiii} También se encuentra en desarrollo actualmente un estudio que se propone conocer las características de las dimensiones que definen la vulnerabilidad psicosocial de los usuarios del emprendimiento.^{xxxiii}

Las intervenciones de asesoramiento y orientación están focalizadas hacia la organización de la búsqueda laboral, las dificultades laborales y la ejecución de las tareas, implementándose de forma grupal o individual, de acuerdo a las circunstancias en que sea necesario llevarlas a cabo.

Si es necesario se implementan actividades de entrenamiento de las habilidades sociales necesarias para desempeñarse en el trabajo y en la ejecución de las tareas, interviniendo desde lo cotidiano, a partir de la actividad y de los efectos que las dificultades en esta área causan en el grupo.

El objetivo general de las intervenciones terapéuticas que se proponen están orientadas de forma predominante hacia mejorar la situación social de los usuarios, ya que apuntan a mejorar el manejo de los recursos sociales, lograr la autonomía básica y social y disminuir los riesgos y / o efectos de la exclusión social, aunque también se considera de importancia mejorar la situación de salud y laboral.

Los t.os coordinadores distinguen en bibliografía del año 1999, realizar nuevas acciones que resultan imprescindibles para el sostenimiento y crecimiento de este programa referidas especialmente hacia las *-Intervenciones de Gestión*: de subsidios, capacitaciones y asesoramientos necesarios para el desarrollo del emprendimiento y para la obtención de un espacio físico fuera del Hospital y;

-La participación en *actividades de administración interna* del emprendimiento, *exploración del mercado y estrategias de venta*.^{xxxiii}

A la fecha de las entrevistas, (realizadas a principios de 2005), destacan como "novedosas" la implementación de intervenciones dirigidas a favorecer los niveles de *participación y autogestión* del grupo, dirigidas a estimular y sostener las iniciativas, intentando lograr un dinámico deslizamiento del t.o hacia el lugar de colaborador, acompañante o consultor, propiciando construir un espacio lo menos protegido posible.

Consideran la ocupación como aspecto central del proceso y como función de la cultura dentro de la cual se sitúa el sujeto, con sus sistemas de valores y creencias. Realizan el análisis caso por caso (R. Martínez Antón) que considera el proceso de apropiación subjetiva de los recursos culturales y el proceso de realización de la actividad en sus tres dimensiones (L. Paganizzi).

Todas las intervenciones se valen del soporte de la trama de la dinámica de la vida cotidiana que se produce en el contexto de trabajo. Esto implica la consideración simultánea e integradora de aspectos muy diversos que reúnen posibilidades de desarrollo contenidas en situaciones concretas.

- Las Intervenciones Terapéuticas en el Programa Comunitario Solidario

Realizan evaluaciones estandarizadas y no estandarizadas del desempeño ocupacional, dirigida hacia el cumplimiento de un determinado rol, considerando el desempeño adecuado de los roles sociales y las actividades propias de cada uno de éstos. Este tipo de evaluación sitúa como objeto de intervención de la T.O a los resultados de la acción humana.

Para la evaluación del Programa utilizan una grilla con una escala pre-establecida, que es completada por los coordinadores del Programa. Ésta consigna las siguientes conductas observables a las que califica como Lograda, Parcialmente lograda y No lograda.^{xxxiii}

- interacción entre participantes y comunidad
- identificación de intereses, destrezas y habilidades
- demostración de iniciativa y continuidad en el proyecto

-
- demostración del potencial hacia el bienestar de los otros
 - interés por el encuentro con los destinatarios de sus actividades
 - interés por emprender acciones comunitarias independientes y extrahospitalarias

Incluyen en sus intervenciones evaluaciones del ambiente con el fin de caracterizar el medio sociocultural, ya que los factores ambientales son considerados de importancia para el desarrollo tanto de la funcionalidad como de la discapacidad, estando directamente ligados con la situación social y de salud del paciente.

También realizan evaluación de la historia del desempeño ocupacional, a través de la construcción de un relato de manera no estructurada.

Consideran a la actividad voluntariado como actividad de tipo laboral. Las autoras Torrilla y Martínez destacan del siguiente modo algunas características que son de importancia para la implementación de este Programa en la institución psiquiátrica, ya que éste *“se apoya sobre motivaciones y opciones personales como forma de participación activa en la comunidad que contribuye a la mejora de la calidad de vida y a la construcción de un mundo más solidario.”*

Aunque este Programa tiene como un punto de partida a las disfunciones ocupacionales existentes como consecuencia de la enfermedad psiquiátrica, no sólo se detiene sobre estos aspectos sino que pone en escena la calidad de vida y el ejercicio de los derechos de las pacientes.

- Las Intervenciones Terapéuticas en el Programa de Inserción Laboral

La t.o realiza evaluaciones basadas en la historia ocupacional como técnica no estandarizada con el propósito de recabar datos acerca de la situación psicosocial del usuario.

Realiza el análisis de la actividad caso por caso, considerando el proceso de apropiación subjetiva de los recursos culturales y sociales dentro del contexto real de trabajo, en el cual se pone en juego el desempeño de la actividad.

Realiza la selección de los pacientes a los que se le ofrece la oportunidad de formar parte del proyecto, Para ello toma en cuenta el proceso histórico ocupacional que cada paciente ha realizado durante el tratamiento que recibió en el Hospital de Día, ya que todos han participado de los grupos de terapia ocupacional. Como aspecto central al momento actual de la selección considera el interés, la motivación y el nivel de autonomía logrados, debido a que cuenta con conocimiento cabal de los datos referidos al aspecto ocupacional.

La t.o realiza sus intervenciones y plan terapéutico tanto dentro como fuera de la institución, ya que establece relaciones entre las diferentes instituciones, grupos y personas que participan en éste programa.

Aunque las intervenciones son predominantemente referidas a los procesos grupales y sus posibilidades de organización y fortalecimiento en relación con lograr la autogestión y sostenimiento de las iniciativas, toma en consideración las tres dimensiones de la actividad que se despliegan simultáneamente, la dimensión personal / singular, grupal / convivencial y cultural / social.^{xxxiii}

En concordancia con ello la t.o interviene en los distintos ámbitos o escenarios, tanto en el consultorio y reuniones de equipo del Hospital de Día, como en los espacios de planificación y tareas con el equipo de trabajo y el personal del C.G.P, como con el grupo de usuarios en el ámbito laboral específico.

En esta modalidad toma relevancia la evaluación permanente o monitoreo del proceso y de los resultados parciales obtenidos.

También realiza asesoramiento en relación a las dificultades laborales y la planificación de las tareas, desde una posición de facilitador si es necesario.

Se realiza capacitación en la tarea a partir de personas que conocen el oficio, de forma grupal y horizontal, de acuerdo a los recursos con que cuenta el grupo.

El objetivo general de las intervenciones se dirige a mejorar la situación laboral, considerando que ésta incide favorablemente en la situación social y de salud.

Título del trabajo: “Motivación y Esquizofrenia. De la Teoría a la Práctica”.

Autora: Lic María Nelly Boiffier.

Diagnóstico: Esquizofrenia. “Un antes y un después”, así lo sienten, lo vivencian y lo expresan no solo las personas que padecen de esta enfermedad, sino también su entorno socio-familiar. Y quienes compartimos éste proceso, el diagnóstico nos lleva a pensar casi instantáneamente en una multiplicidad de signo y síntomas que se suman y se conjugan impactando y modificando una “historia de vida”.

Encontramos claras explicaciones neuroanátomo-fisiológicas acerca de las causas de la Esquizofrenia. Y como sinónimo devastador el resultado de los síntomas llamados positivos o negativos provocan la disrupción más significativa en la interacción de la persona con su ambiente. Los síntomas definidos son descriptos como: problemas preceptuales, del pensamiento, psicomotores y emocionales (aplanamiento afectivo, abulia, apatía, falta de energía), las personas se sienten y son vistas como “desmotivadas”.

Salud – Enfermedad. Pasado- Presente- Futuro, fronteras que quedan delimitadas a partir de un diagnóstico, y es en esa delgada línea donde los miedos, la desconfianza, los prejuicios y la hostilidad conllevan a la segregación del mundo social.

Conocemos el valor de la Ocupación, somos seres ocupacionales por condición innata “y comprenderla exige caracterizar la rica diversidad del hacer humano, que ocurre y se entrecruza en un contexto de tiempo, espacio, sociedad y cultura. Son los contextos culturales y sociales que nos invitan y dan forma, razones y significado a nuestro hacer”(Kielhofner 2004).

Pero si aunamos estos conceptos junto a las limitaciones y prejuicios sociales que deben padecer a diario las personas que sufren de una enfermedad psiquiátrica el mensaje concreto que se refleja de esta sociedad y cultura es limitado, carente de estimulación y motivación, son puertas que se cierran desgastando todas las áreas del Desempeño Ocupacional, llegando a provocar en la persona la creencia de la visión del mundo y de sí mismo basado en sentimientos de pérdida, confusión, miedos y angustias, provocando como consecuencia la ausencia de creer en sus habilidades y comportamientos activos para iniciar cambios, experimentar placer, disminución de la motivación, asumiendo una historia de pasividad.

Evaluar y reconocer en que medida el Proceso Volicional se encuentra comprometido nos permite organizar estrategias de intervención conceptualizando a la motivación desde una perspectiva funcional. El Razonamiento Clínico estará basado en intervenir cooperativamente “con la persona y sus contextos relevantes”, diada inseparable donde se entretrejerán mensajes que logren reafirmar su valor como individuos para actuar en el mundo. Será a partir de las oportunidades y del feedback que proporcionemos, desde donde los caminos se abrirán para darle sentido y significado al descubrimiento y re-descubrimiento de sí mismo, incrementando su autoestima, su sentido de eficacia y pertenencia, que guíen su Participación e Identidad Ocupacional.

La Mg Carmen Gloria de Las Heras , desarrolló un “Programa de Re-motivación para pacientes con déficit severos en la Volición.” Este Proceso se basa en la idea de que las personas progresan a través de un continuo Volicional que permite facilitar la reconstrucción de la capacidad funcional de las personas.

El Objetivo de éste Programa es:

“Facilitar, influenciar y enriquecer el Proceso Volicional, promoviendo la motivación para el establecimiento de un sentido de vida y una continuidad de la propia experiencia en el mundo, experimentando, anticipando y eligiendo ocupaciones con significación individual”

Consta de 3(tres) Etapas Módulos: EXPLORACIÓN.
COMPETENCIA.
LOGRO.

En el Módulo de Exploración: el objetivo es:

“Facilitar el sentido de capacidad, sentido de seguridad y confianza en el ambiente”

Durante esta Etapa, se buscará fundamentalmente que las personas aprendan nuevas actividades, desarrollen habilidades, valores e intereses, desarrollen nuevos roles, o encuentren ocupaciones con significación personal. La exploración posibilita la percepción de sí mismo, estimulando la pertenencia y elecciones voluntarias que desarrollen su Sentido de Causalidad Personal, En ésta etapa el terapeuta juega un rol fundamental en la estructuración del ambiente para que sea seguro, alentador, interesante y poco exigente, debidos a los grados de inseguridad que vivencia la persona, por lo tanto las actividades están “centradas en la persona y son seleccionadas por ellas”, dándole a la actividad una relevancia social inmediata. Facilitando las experiencias positivas que permitan la emergencia del sentido de eficacia al enfrentar nuevos desafíos.

Es importante recordar que un ambiente exploratorio debe existir en todo momento durante el proceso de rehabilitación.

“UNA PERSONA QUE NO HA LOGRADO UN GRADO MINIMO DE EXPLORACION ES INCAPAZ DE APRENDER”(De Las Heras).

Módulo de Competencia: Su Objetivo es:

“Desarrollar el sentido de eficacia reafirmando el sentido de control sobre las propias decisiones y su Desempeño Ocupacional”

En ésta Etapa se solidifican aspectos trabajados anteriormente, porque la persona cuenta con más elementos y herramientas para interactuar con el ambiente físico y social y a su vez estructurar hábitos con mayor grado de independencia, conducente a un mayor sentido de eficacia.

La persona estará en condiciones de participar de tareas de beneficio terapéutico y a su vez trasvolar dichos aprendizajes a otros ambientes de relación y situaciones cotidianas, tiempo libre, trabajo, desarrollando su iniciativa, toma de decisiones y acciones de mayor responsabilidad.

El punto principal es conseguir un desempeño consistente y satisfactorio en un hacer que permita resolver problemas, corregir errores y permanecer involucrado, con mayor grado de calidad en su participación, enfrentando nuevos roles, negociando con el ambiente y logrando mayor auto-suficiencia.

El rol del terapeuta es establecer una relación cooperativa con la persona, acompañándolo a resolver situaciones de mayores exigencias y planificar objetivos.

Módulo de Logro: Sus objetivos son:

“Integrar de forma autónoma en nuevas áreas de Participación Ocupacional”.

“Facilitar el continuo aprendizaje de habilidades críticas y la exploración de nuevas estrategias y herramientas para buscar y enfrentar nuevos desafíos”.

En esta Etapa el rol del terapeuta pasa a ser el de consultor, apoyando a la persona en la búsqueda de su propio camino para alcanzar metas planificadas, monitoreando de forma externa el desempeño, y acompañándolo en el manejo del stress. La persona asume la total responsabilidad de enfrentar y negociar con las demandas, exigencias y limitaciones del ambiente. Tomando el control sobre las elecciones realizadas y los consecuentes roles asumidos.

Pero la importancia de toda teoría es poder realizar una conjunción dialéctica con la práctica, porque es de ésta manera que se nutre y enriquece. Dos Historias de Vida y Desempeño Ocupacional, frente a un Diagnóstico.

Lory de 31 años llega al Servicio de Hospital de Día para evaluación. Es acompañada por su padre, con quien convive actualmente. En ningún momento accedió a sentarse, ni a mirarnos, ni a quitarse su sombrero y sus gafas de sol. Su mirada permanecía fija en su padre quien nos hacía de interlocutor cuando le realizábamos alguna pregunta. El Padre refiere que los problemas de Lory comenzaron en la adolescencia, evidenciando conductas atípicas (marcada introversión, aislamiento, falta de relación con sus pares y auto agresiones), en medio de una situación familiar crítica y particularmente disfuncional. En un comienzo se le diagnosticó Excitación Psicomotriz, que requirieron más de 8 internaciones, donde en cada una de ellas las capacidades y habilidades se iban deteriorando, coartando inclusive toda posibilidad de continuar con su rol de estudiante.

A los 21 años se le diagnostica Esquizofrenia Paranoide. Con el correr del tiempo su Motivación y Sentido de Causalidad Personal también se comprometían severamente, hasta llegar a una historia de Funcionamiento Ocupacional con características de dependencia. Sus patrones de comportamientos estaban estructurados por terceros. En su rutina diaria no se relevaban actividades de interés. A nivel vincular se relacionaba solo con su abuela y hermano menor, pero con dificultades para asumir de forma competente con estos roles.

Se estableció una jornada de adaptación de 2 días semanales. Sus destrezas y habilidades motoras estaban integradas en un cuerpo vivido con escaso control interno, exponiéndose a reiteradas situaciones de fracaso. El mayor compromiso se relacionaba con sus habilidades de Comunicación e Interacción (en el ACIS se relevaba un valor Desempeño Ineficaz), lo que sabíamos que interferiría severamente en su adaptación al servicio y a la dinámica grupal. Evidentemente las reiteradas internaciones habían dejado una huella dolorosa, el miedo, la desconfianza y la angustia parecían ser barreras difíciles de traspasar.

Sin duda el aislamiento social desgastaron sus habilidades, su auto confianza y la visión personal, con tanta fuerza como la misma enfermedad. El retraimiento era el lugar más seguro donde refugiarse y a la vez tan peligroso.

La Etapa de EXPLORACION debimos iniciarla a partir del reconocimiento del espacio físico ya que para Ella era vivido como amenazador, intentando escaparse del servicio en reiteradas oportunidades. Así pudiendo desechar la posibilidad de quedar internada pudimos comenzar a buscar actividades que le fueran gratificantes, trabajamos con diferentes materiales, de los más simple a los más complejos, encontrando en la “pintura en tela” una actividad con significación personal que se iba abriendo camino hacia un sentido netamente ocupacional. Sus destrezas y habilidades Motoras y de Procesamiento, iban favoreciéndose en este proceso hasta alcanzar un Desempeño Competente. El feedback proporcionado desde el ambiente no solo en el ámbito

terapéutico sino también familiar posibilitaron que Lory comenzara a percibir mayor confianza persona. En la Etapa de Competencia Lory no solo había logrado ejecutar actividades significativas sino que era capaz de organizar en el hogar una rutina diaria con mayor grado de autonomía asumiendo de forma competente con roles familiares y sociales. En el Servicio podía vincularse no solo con el terapeuta sino también con sus pares, alcanzando un Desempeño Competente (Valor 3), en el ACIS.

Actualmente nos encontramos alcanzando objetivos de la Etapa de Logro, ya que Lory ya ha alcanzado mayor control interno sobre las demandas de los ambientes en los cuales se relaciona, interactuando en espacios sociales extra- institucionales, que le proporcionan Identidad Ocupacional, y se relacionan directamente con la amplia gama de intereses y formas ocupacionales que le dan un sentido personal.

Laura llega al consultorio a la edad de 22 años. Contaba con una Historia de Vida y de Desempeño Ocupacional sumamente rica y variable. Su familia estaba compuesta por 3 hermanas, siendo Ella la menor, y su madre. Su padre había fallecido durante su infancia. Siempre valoró su rol de estudiante graduándose en Bellas Artes (pintora y escultora de vocación), modelo publicitaria y bailarina de ballet. A los 16 años se emancipa y al finalizar sus estudios secundarios, migra a España a vivir con una hermana. Allí comienza sus estudios universitarios en Comercio Exterior y se desempeñaba laboralmente como administradora en un café. Pero pronto algunos síntomas alarmarían a su familia (abulia, apatía, trastornos alimenticios, retraimiento, aislamiento, pérdida de todo contacto con amigos, rigidez, que podía durar segundos a días), le fue diagnosticado Depresión con el tratamiento farmacológico respectivo. Ante el progresivo y abrupto deterioro de Laura deciden que vuelva a Mendoza donde se le diagnostica Esquizofrenia Catatónica y recibe un verdadero bombardeo de medicación con antipsicóticos típicos y atípicos más antidepresivos, que deterioraban más sus destrezas y habilidades Motoras y cognitivas, llegando a requerir apoyo de terceros para realizar hasta la más simple actividad de la vida cotidiana (la alimentación e higiene personal). Laura podía darse cuenta de sus deterioros comprometiendo severamente su motivación y Sentido de Causalidad Personal, no logrando ejecutar ninguna actividad que era significativa con su historia de vida.

La Etapa de Exploración la iniciamos intentando recuperar destrezas y habilidades motoras requeridas para la pintura y escultura, ya que ella manifestaba su necesidad de reconectarse con sus ocupaciones significativas. Graduando la manipulación de materiales de los más simples a los más complejos Laura fue mejorando su motivación. Realiza un cambio de médico reduciéndose la medicación significativamente por lo que se podían ver mejoras a nivel motor y cognitivo, pudiendo permanecer en una actividad por más tiempo concentrada y conectada con el ambiente. Inicia actividades de Tiempo Libre (natación y gimnasia), logrando percibir otras vivencias corporales que le permitían mejorar su auto- estima y valoración personal.

Desde la Etapa de Competencia si bien sus destrezas y Desempeño Ocupacional se iban modificando, pero los logros eran siempre comparados con sus estándares de desempeño del pasado, con lo cual al pintar en este tiempo lo producido generaba angustia y retrocesos en su proceso de rehabilitación, ya que las destrezas y habilidades manuales seguían comprometidas. Por lo que decidimos comenzar a Explorar otras actividades, descubriendo en la escritura y la lectura nuevas Formas Ocupacionales que le proporcionaban Identidad. Escribir para Laura no solo fue la forma de expresar sensaciones y vivencias sino también proyectarse objetivos a futuro, ya que inició los medios para compilar sus escritos y editar un libro.

Actualmente Laura se re insertó laboralmente como secretaria en una empresa de seguros, continúa con Actividades de Tiempo Libre (Bailar Tango y gimnasia), es Profesora de Pintura en un grupo particular con adultos mayores, aunque aún no logra volver a producir un cuadro ya que no se siente preparada para enfrentar el reto, pero se re-conectó con la actividad a partir de las clases que dicta, lo cual le genera placer y satisfacción personal. Habiendo alcanzado la Etapa de Logro, dejó de asistir a T.O. en diciembre del 2006. Mi función continúa siendo desde el monitoreo o de acuerdo a la demanda de Laura. (por ej. Frente a la decisión de re-tomar sus estudios, eligiendo la carrera de secretariado judicial.)

Reflexión:

Sin duda la persona frente a una enfermedad psiquiátrica enfrenta el dolor de re- hacer su Historia de Vida, la que seguramente sufrió un cambio a lo que estaba planeado. Lory encontró en la pintura la posibilidad de emprender un ciclo de cambio, Laura apeló a nuevas Formas Ocupacionales que le proporcionaron Identidad Personal. Por ello nada mejor que sus palabras para concluir mi presentación porque en ellas se refleja lo que dijera Patricia Deegan PH-D “El proceso de rehabilitación implica reconstruir la vida en los 3 (tres) pilares fundamentales ESPERANZA-VOLUNTAD Y ACCION RESPONSABLE, conjunción de elementos tangible e intangibles. Lao Tsé expreso.

“Hacemos una vasija de un pedazo de arcilla,
y es el espacio vacío en el interior de la vasija
lo que la hace útil.

Hacemos puertas y ventanas para una estancia
Y son esos espacios vacíos
Lo que la hacen habitable.
Así mientras que lo tangible posee cualidades
Es lo intangible lo que la hace útil”.

Hablar de valores, intereses, motivación, autoestima, roles, quizás elementos intangibles pero indispensables para estimular y organizar su Participación Ocupacional, fortaleciéndose para alcanzar un proyecto de vida con la máxima significación personal.

Bibliografía:

-“Manual de Re- Motivación para pacientes con severos déficit en la Volición” De Las Heras C. Edit en Reencuentros.

-“ Modelo de Ecuación Humana . Teoría y Aplicación” Dr. Gary Kielhofner. Edit Médica Panamericana -3era Edic. 2004.

- “Arboles de decisiones en Psiquiatría” Dr. J Vallejo. Edit. JIMS. S.A. 1era Edic. 1998.

¿A qué jugamos?

OBJETIVO

Contrastar el concepto de juego, como ocupación central en la infancia, con nuestra experiencia diaria con niños y niñas de cero a cinco años con patologías neurológicas, traumatológicas y psiquiátricas, que asisten al área de Terapia Ocupacional en el Servicio de Rehabilitación Pediátrica en el Hospital Italiano.

AUTORES

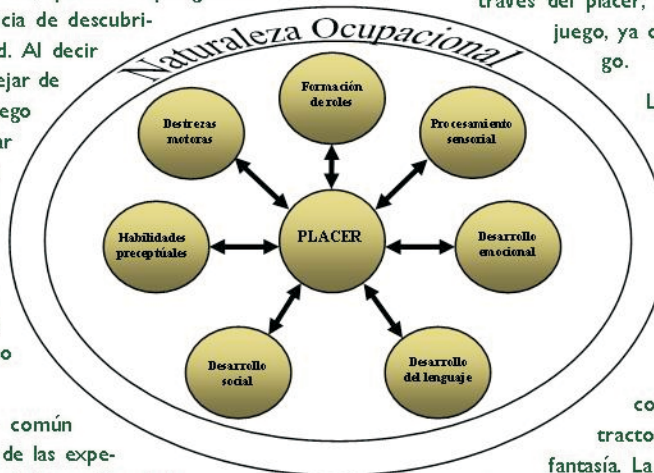
BELLO, PATRICIA; CALÍ, NATALIA F.; MOFFAT, CAROLINA B.; PEÑA, CAROLA M. LOFIEGO, MARCELO H.

Al hablar de la infancia tenemos que mencionar obligatoriamente el juego, pues éste responde a la necesidad propia de cualquier niño o niña, por eso lo consideramos un fenómeno universal. La curiosidad que se desprende de la naturaleza ocupacional del ser humano es definido como un interés inicial que incentiva a la exploración, es el *inner drive*, que es lo que guía al niño en la experiencia de descubrimiento y creatividad. Al decir esto no podemos dejar de mencionar que el juego es a su vez particular para cada niño, no todos juegan de la misma manera, debemos respetarlo y a su vez ofrecer el desafío justo en el momento apropiado.

Es un error muy común subestimar el valor de las experiencias lúdicas para la formación de la personalidad y habilidades. Como señaló Reilly (1974), "el juego le permite al niño desarrollar experiencias en habilidades que luego podrá usar en varias situaciones de la vida diaria." El juego es una actividad global que incluye aspectos físicos, sociales, emocionales y cognitivos de la persona que juega. Cuando el niño juega con su propio cuerpo

y con los objetos está experimentando las primeras estrategias de acción: busca soluciones a los problemas encontrados y evoluciona gradualmente hacia el dominio de sí mismo y del material que utiliza, de esta manera el juego favorece la adaptación.

En otras palabras jugar es aprender acerca del mundo a través del placer, componente esencial del juego, ya que sin placer no hay juego.



Los niños con discapacidad necesitan del juego y a su vez de experiencias de placer igual que los demás niños. Al estar su conocimiento del mundo concreto limitado, estos niños pueden experimentar dificultades en conquistar niveles más abstractos de juego, simbolismo y fantasía. La experiencia de descubrimiento, creatividad y sentimiento de control,

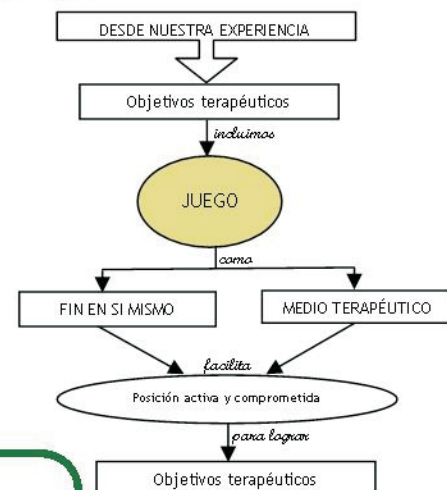
que se da a través del juego, puede estar seriamente comprometida en niños con limitaciones físicas o psíquicas. En consecuencia, es poca la experiencia que estos niños tienen de sentimiento de control, y en algunas ocasiones es limitado el placer que reciben de poner su imaginación a trabajar.

desde nuestra experiencia...

Nos preguntamos: *¿A qué jugamos?* Ésta es la pregunta que nos guía y es el punto de partida de todo tratamiento. Por un lado es el niño el que elige en cada encuentro a qué jugar; y por el otro, nos planteamos como utilizamos ese juego para cumplir los objetivos terapéuticos.

En la mayoría de los casos utilizamos el juego como **medio terapéutico**, a fin de mejorar el desempeño en los roles ocupacionales. Con esto logramos que, al jugar, el niño tome una posición activa y comprometida.

Cuando esta actitud lúdica no está presente o está disminuida, el juego deja de ser un instrumento para transformarse en un **fin en sí mismo**.



En conclusión...

Planteamos un argumento que nos permitió reevaluar el lugar del juego en nuestra práctica diaria, considerándolo fundamental ya que es parte del desarrollo natural de todo niño y de la participación como ser ocupacional.

En esta área de Terapia Ocupacional, debido a un cambio progresivo de la visión en el campo de la salud, se comenzó a derivar niños con dificultades específicas en el desempeño del rol. A partir de esto se toma conciencia de la necesidad de continuar transmitiendo la importancia del juego en el desarrollo del niño al resto de los profesionales de la rehabilitación.

El juego, y con él el placer, probaron ser la manera ideal de optimizar nuestras estrategias terapéuticas con pacientes pediátricos: jugar es aprender acerca del mundo a través del placer.

Referencias bibliográficas:

- Sheridan, M. Observación del juego espontáneo.
- Ferland, F. "Play, children with physical disabilities, and occupational therapy: The Ludic Model". Ed. University of Ottawa. (Canadá, 1997).
- Marín, I. <http://www.jugueteseguro.com/webkas05>. Consulta 13 de Enero de 2007
- Gaitán, C. www.jugueteseguro.com/webkas05. Consulta 13 de Enero de 2007
- Bechi, L. www.zonapediatria.com. Consulta: 13 de Enero de 2007.

**ANÁLISE DO CONHECIMENTO MÉDICO SOBRE A ATUAÇÃO DA TERAPIA
OCUPACIONAL NA PSIQUIATRIA**

**ANALYSIS OF THE MEDICAL KNOWLEDGE ABOUT THE PERFORMANCE OF
OCCUPATIONAL THERAPY ON PSYCHIATRY**

Cristiane de Melo Pereirinha – Terapeuta Ocupacional, aperfeiçoanda de Terapia Ocupacional pelo Hospital de Base de São José do Rio Preto – SP.

Maysa Alahmar Binachin – Terapeuta Ocupacional, Doutora em Nerociências pela Universidade de São Paulo, Coordenadora de aprimoramento e chefe do serviço de Terapia Ocupacional no Hospital de Base de São José do Rio Preto - SP

Adriana Maira Marini Carvalho – Terapeuta Ocupacional do Hospital de de Base de São José do Riio Preto – SP.

Leila Maria Quiles – Terapeuta Ocupacional

Endereço para correspondência:

Cristiane de Melo Pereirinha

Rua Amador Segundo Cherubini, 165 – apto 21. Bairro São Manoel. CEP: 15091-250

São José do Rio Preto – SP. (crispereirinha@hotmail.com)

Resumo:

Introdução: considerando que é necessário o conhecimento médico sobre as profissões da área da saúde para que se tenha um melhor tratamento dos pacientes psiquiátricos, este estudo teve por **objetivo** analisar o conhecimento dos médicos psiquiatras sobre a atuação da terapia ocupacional (TO). **Metodologia:** trata-se de um estudo transversal e fizeram parte desta pesquisa 14 médicos psiquiatras do ambulatório de psiquiatria do Hospital de Base de São José do Rio Preto. O instrumento utilizado para obtenção dos dados foi um questionário elaborado pela pesquisadora para este estudo, composto por cinco questões dissertativas a respeito do entendimento médico sobre a intervenção da TO na psiquiatria. Foi realizada uma pesquisa qualitativa e quantitativa, na qual utilizou-se a análise de conteúdo balizada técnica de análise temática. As respostas foram avaliadas por 03 juízes e o índice de concordância avaliado segundo a fórmula $(NC:ND) \times 100$. Os dados quantitativos estão representados em gráficos. **Resultados e discussão:** obteve-se 04 categorias: *objetivo de tratamento* (149 respostas e 11,62% inapropriadas); *função na equipe interdisciplinar* (31 respostas e 71% inapropriadas); *população alvo* (27 respostas e 18,5% inapropriadas); e *definição de TO* (5 respostas e 100% inapropriadas). Nas categorias em que o índice de erros foi baixo, as respostas consideradas inapropriadas são bastante significativas implicando em um conhecimento baixo e arcaico em relação à profissão da TO. **Conclusão:** há um desinteresse e pouca informação sobre o que é TO e sua função na equipe interdisciplinar na psiquiatria. Os resultados obtidos apontam para um conhecimento arcaico sobre a profissão. É cogente que haja TOs em todos os campos de atuação de saúde mental e psiquiatria para haver melhores resultados na reabilitação dos pacientes. Também são necessárias campanhas de informação e esclarecimento sobre a TO nas equipes psiquiátricas.

Palavras-chave: Terapia Ocupacional. Conhecimento Médico. Psiquiatria.

Abstract:

Introduction: Considering that is necessary medical knowledge about professions of health area to have a better treatment of psychiatric patients, this paper has with **objective** to analyze the knowledge of psychiatrists about the actuation of the occupational therapy (OT). **Methodology:** it is a transversal study and took part of this research 14 physicians from the psychiatry out-patient clinic from the Base Hospital of São José do Rio Preto (S.P. / Brazil). The instrument utilized to obtain the data was a questionnaire elaborated by the researcher of this study, which one is composed of five dissertation questions regarding medical knowledge about the OT on psychiatry. This is a quantitative and qualitative research in which is utilized the analysis of content that was done through the thematic analysis technique. The answers were evaluated by 3 judges and the agreement rate was evaluated through the formula $(NC : ND) \times 100$ – number of agree answers divided by number of disagree answers multiplied by one hundred. The quantitative data are represented in graphics. **Results and discussion:** 4 categories resulted: *treatment objective* (149 answers and 11.62% inappropriate); *function on the interdisciplinary group* (31 answers and 71% inappropriate); *target population* (5 answers and 100% inappropriate); and *OT definition* (5 answers and 100% inappropriate). The categories in which the error rate had a small value, the answers that were considered inappropriate are rather meaningful implicating in a small and archaic knowledge of the OT's profession. **Conclusion:** There is a disinterest and little information about what OT is and its function in the interdisciplinary group in the psychiatry. The results obtained indicate an archaic knowledge about the profession. It's cogent that OT could be present in every activity field of mental health and psychiatry intending to have better results on patient's rehabilitation. It's also necessary there be campaigns to inform and clarify about OT among psychiatric groups.

Key words: Occupational therapy; medical knowledge; psychiatry.

ANÁLISE DO CONHECIMENTO MÉDICO SOBRE A ATUAÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL NA PSIQUIATRIA

Introdução:

Atualmente vivemos em um mundo globalizado, em que tudo se transforma a cada dia a fim de melhorar a qualidade de vida das pessoas. Dentre essas mudanças está a transformação na concepção de saúde. A Organização Mundial da Saúde afirma que “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença”, e isso implica melhora em todos os âmbitos da vida dos indivíduos, fazendo com que todos os profissionais da saúde atuem juntos para melhoria da qualidade de vida da população (1).

Outra mudança que ocorreu no âmbito da saúde foi em relação às doenças mentais. Antigamente, os doentes mentais eram vistos como perturbadores da ordem social, e tratados de forma desumana, sendo jogados em porões com poucas condições de reabilitação e condenados a ficarem lá por tempo indeterminado, até o surgimento da psiquiatria como especialidade médica. A psiquiatria se tornou um conhecimento científico, abordando as doenças mentais com uma visão biológica, utilizada em tratamentos em hospitais psiquiátricos (2), (3).

No início da década de 80, com o fim da ditadura deu-se início a Reforma Psiquiátrica no Brasil, renovando as capacidades terapêuticas no âmbito da psiquiatria. Os chamados doentes mentais deixaram de ser tratados somente em Hospitais Psiquiátricos para serem atendidos em ambulatórios e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) criando espaços alternativos de saúde na comunidade em que vivem (4).

Assim como a Psiquiatria a Terapia Ocupacional também passou por transformações, deixou de ser uma profissão que apenas ocupava os pacientes internados e mantinha a ordem nos hospitais, legitimando tanto na área de atuação

quanto na produção de saber, tendo como objeto de ação o homem e as necessidades que apresentam, e não somente a doença (5), (2).

A Reforma psiquiátrica passou a ter uma atuação na mudança dos cenários hospitalares e extra-hospitalares, reabilitando a partir da vida cotidiana, tornando os indivíduos capazes de desempenhar sua contratualidade social, sendo atendidos tanto em grupo como individualmente (4).

Em 2002, mostrou-se, por intermédio de uma pesquisa, que a Terapia Ocupacional vem se mostrando bastante eficaz no tratamento de pacientes esquizofrênicos refratários, casos em que não há tanta eficácia no tratamento medicamentoso, tendo estes uma melhor evolução quando acompanhados de tratamento terapêutico ocupacional (6).

Porém, para que isso seja realmente possível deve haver não somente a participação de um profissional, mas de todos os profissionais da saúde. É necessário que haja uma interdisciplinaridade, em que os profissionais tenham uma coesão de idéias, com o único objetivo de melhorar a condição de vida dos pacientes atendidos (7).

Outro estudo, realizado em 2004, retratou que há um baixo reconhecimento por parte dos alunos de medicina a respeito das demais profissões da saúde, principalmente da Terapia Ocupacional, culminando em um despreparo e desinteresse para atuação em equipe interdisciplinar (8). Sendo assim, o que acaba acontecendo é que quando se formam, tornam-se médicos, e acabam encaminhando pacientes à Terapia Ocupacional depois que todos os medicamentos já foram usados e não mais têm nenhum efeito (9). Entretanto, para que haja o encaminhamento para a Terapia Ocupacional no tempo exato é necessário que os médicos saibam o que ela é e representa.

Assim, este artigo busca saber sobre o conhecimento que os médicos possuem a respeito da Terapia Ocupacional e da sua atuação, para poder traçar estratégias para a melhoria do conhecimento e dos atendimentos junto à população.

Objetivo geral:

Analisar o conhecimento de psiquiatras a respeito da atuação da Terapia Ocupacional.

Objetivo específico:

Aplicar o questionário aos médicos psiquiatras que atuam no ambulatório de psiquiatria.

Analisar as respostas obtidas no questionário aplicado.

Verificar o conhecimento dos psiquiatras sobre a atuação da Terapia Ocupacional no ambulatório de psiquiatria.

Metodologia:

Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo transversal, e fazem parte desta pesquisa todos os médicos psiquiatras atuantes no ambulatório de psiquiatria do Hospital de Base de São José do Rio Preto em que há a atuação ativa do terapeuta ocupacional (ambulatório de álcool e drogas; esquizofrenia e outras psicoses; triagem; infantil; e transtorno de humor).

O instrumento utilizado para obtenção dos dados foi um questionário elaborado especialmente para este estudo. É composto por cinco questões abertas a respeito do entendimento médico sobre a atuação da Terapia Ocupacional junto a pacientes psiquiátricos. Foi aplicado pela pesquisadora apenas uma vez, em sala reservada.

É uma pesquisa qualitativa e quantitativa. O tratamento dos dados da pesquisa qualitativa é a Análise de Conteúdo (10) que pode ser definida como “um conjunto de técnicas de análise de comunicação, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens” (Bardin, 1979, p. 42 apud Minayo, 1999, p. 199). Dentre estas

técnicas, foi selecionada a Técnica de Análise Temática no intuito de atingir os significados manifestados na pesquisa qualitativa, e por ser uma das duas formas que melhor se adequa à avaliação qualitativa dos dados obtidos em pesquisa de saúde (10). As respostas submetidas a esse tipo de análise, foram avaliadas por 03 juízes, e as respostas foram aceitas mediante índice de concordância, avaliado segundo a fórmula $(NC:ND) \times 100$ (11).

A pesquisa quantitativa refere-se à tabulação dos resultados obtidos, que foram disponibilizados em duas tabelas. Estes dados também foram avaliados segundo a descrição acima (11).

Deu-se início ao trabalho após ser aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), onde foi feita a pesquisa, sob o protocolo número 001-003878/2006.

Resultados:

Dos 14 médicos que se enquadravam na pesquisa, 100% aceitaram responder ao questionário. Apenas um médico não respondeu a uma questão proposta (1,4%).

O material foi pré-analisado e, posteriormente, explorado. Por último, foi feito o tratamento sobre os resultados obtidos e a interpretação destes.

As respostas foram agrupadas em 04 categorias que seguem abaixo. Foram consideradas como respostas apropriadas aquelas que correspondem à definição de cada categoria. As respostas inapropriadas são aquelas que não atendem à definição.

A tabela 01 representa a porcentagem de respostas inapropriadas a cada categoria, e a tabela 02 a porcentagem total das respostas dadas, dividindo-as em apropriadas e não apropriadas.

Vale ressaltar que o questionário teve 70 questões, com apenas uma em branco. Em cada uma das questões foi dada mais de uma resposta, o que representou um maior número de dados a serem agrupados.

A categoria 01 se refere a *objetivo do tratamento*, a categoria 02 à *função na equipe interdisciplinar*, a categoria 03 se refere à *população alvo* e, por fim, a categoria 04 é a *definição de Terapia Ocupacional* (Tabela 01) (Tabela 02).

A categoria objetivo de tratamento, definida como sendo os objetivos da atuação da Terapia Ocupacional (12), (13), (14), (15) junto a pacientes psiquiátricos, que consiste em reabilitar os pacientes para que consigam exercer a contratualidade na sociedade exercendo seu papel e suas funções nesta, englobaram respostas como reabilitação, reinserção, ressocialização, desenvolvimento de novas habilidades, atuação de caráter educativo, adesão ao tratamento, orientação ao familiar e ao paciente, indicação de atividades, estimulação e combate à ociosidade, tratamento pelo trabalho e objeto transicional.

A categoria função na equipe interdisciplinar definida como o papel da Terapia Ocupacional juntamente com outros profissionais visando à melhora da qualidade de vida do paciente em todos os âmbitos de sua vida (16), (17) abrangeram respostas como apoio à classe médica, encaminhamento de paciente a atendimento individual, discussão de caso e apenas compor a equipe sem nenhum papel definido.

A categoria população alvo, definida como toda a população que apresenta algum distúrbio ocupacional em relação à sua vida (14) englobaram respostas como: pacientes desabilitados, ociosos, com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, dificuldade de relacionamento, dificuldades nas atividades de vida diária, distúrbio de aprendizagem, apresentando quadros psicóticos, depressivos, transtorno invasivo do desenvolvimento, ansiedade, baixa auto-estima, e também quando o tratamento farmacológico não surge mais efeito.

A última categoria, definição de terapia ocupacional é definida como “um campo de conhecimento e de intervenção em saúde, educação e na esfera social, reunindo tecnologias orientadas para a emancipação e autonomia de pessoas que, por razões ligadas a problemáticas específicas (físicas, sensoriais, psicológicas, mentais e/ou sociais) apresentam, temporária ou definitivamente, limitações funcionais e/ou

dificuldades na inserção e participação na vida social” (18). Nesta, incluíram respostas como processo, recursos, técnicas terapêuticas, modalidade terapêutica e serviço de saúde.

Discussão:

Na primeira categoria, teve-se um índice de 11,62% de respostas inapropriadas. Esse índice é baixo, mas bastante significativo sobre o conteúdo das respostas que foram dadas: tratamento pelo trabalho, combate à ociosidade, e objeto transicional. Com base nas respostas se constata que ainda é comum o conceito de que a Terapia Ocupacional “*ocupa*” os pacientes e os colocam para trabalhar. A ocupação como forma de tratamento também data desta época, considerada como alienação. Hoje o objetivo da Terapia Ocupacional é reabilitar o paciente usando como instrumento a atividade e a análise desta. O *tratamento pelo trabalho* representa um conhecimento arcaico, da época anterior ao tratamento moral, em que consideravam que o tratamento era feito pelo trabalho e que os pacientes ocupados causavam menor transtorno nos hospitais psiquiátricos (5). Já objeto transicional é entendido como a relação que o bebê tem como a mãe. Este armazena a imagem da mãe e a utiliza quando sente sua falta. O objetivo da Terapia Ocupacional é favorecer que isso aconteça, principalmente quando há intervenção em grupo, e não ser este objeto transicional (19).

Na segunda categoria, *função na equipe interdisciplinar*, em que houve um índice de 71% de respostas inapropriadas, vale ressaltar que de acordo com a opinião dos médicos a função da Terapia Ocupacional é de encaminhar os pacientes, atendê-los e apoiar os médicos nas decisões e nas incertezas. Na realidade o terapeuta ocupacional tem um papel ímpar dentro destas equipes, pois tem a função de avaliar o paciente, indicando suas habilidades sociais, o desempenho de papéis na vida cotidiana, fornecer informações claras sobre os efeitos que a enfermidade está causando nas suas tarefas funcionais. Olhar o indivíduo como um todo é outra especificidade do terapeuta ocupacional que utiliza uma abordagem holística no

processo de avaliação e reabilitação. A discussão de caso é feita por todos os componentes da equipe em que cada um pode complementar o tratamento sem fragmentar o paciente (16), (17), (20). O encaminhamento de pacientes à terapia ocupacional pode ser feito por qualquer membro da equipe desde que conheça a atuação da terapia ocupacional. O terapeuta ocupacional não precisa necessariamente estar presente no momento da consulta para fazer esse encaminhamento.

Uma porcentagem baixa de respostas inapropriadas também caracterizou a terceira categoria: população alvo. Foram indicados pacientes com várias enfermidades nesta categoria. No entanto, é importante ressaltar que os médicos afirmam que um dos sujeitos potenciais da terapia ocupacional é aquele que não responde há mais nenhum tipo de medicamento. Isso confirma o que foi descrito em um estudo em 2003 (9) com pacientes com câncer, e em 2002 em que foi constatado que é realmente eficaz a intervenção da Terapia Ocupacional em pacientes refratários, como já citado anteriormente (6). Mas, se esses pacientes fossem encaminhados e recebessem a intervenção da terapia ocupacional esse quadro poderia ser revertido.

A quarta e última categoria, definição de terapia ocupacional, não obteve respostas apropriadas. Isso se deve ao fato de haver muitas definições dentro de um mesmo país, e porque cada país tem sua própria definição. Outro fato, em que culmina esta pesquisa é a desinformação sobre essa profissão. Quando não se sabe o que faz, quem cuida ou como atua, não há como apresentar uma definição concreta.

Conclusão:

O desinteresse e não informação vem da formação destes médicos, o que culmina no despreparo para atuarem em equipes interdisciplinares e o desconhecimento sobre o papel que cada profissional, ressaltando aqui o terapeuta ocupacional, exerce dentro da equipe interdisciplinar para a melhora do paciente (8).

Após este estudo pode-se dizer que o conhecimento por parte dos psiquiatras, principalmente sobre o que é terapia ocupacional e a função do terapeuta ocupacional na equipe interdisciplinar é relativamente baixo, e, em relação às outras categorias pode ser considerado arcaico.

Em uma outra pesquisa foram entrevistados 11 usuários de um centro de reabilitação para pacientes psiquiátricos e o intuito desta era saber qual o conceito que esses pacientes tinham sobre o processo de reabilitação. Uma das categorias foi **“tratar é estar em atividade”**. Os autores apontam que há grande importância na reabilitação desses pacientes o fato de estarem inseridos na sociedade. Isso se dá por meio da realização de atividades proporcionadas pela Terapia Ocupacional dentro deste centro de reabilitação (3).

Sendo assim, pode-se dizer que a atuação do terapeuta ocupacional é de fundamental importância na reabilitação de pacientes psiquiátricos, tendo necessidade de estar inserido em todas as equipes de saúde mental e psiquiatria para que haja melhoria no tratamento, saúde, qualidade de vida e reabilitação dos pacientes atendidos.

Para isso ainda é necessário que haja campanhas de informação e esclarecimento a respeito da Terapia Ocupacional para favorecer o melhor tratamento dos pacientes psiquiátricos e maior reconhecimento da profissão pela classe médica. Tais campanhas devem se estender a todos os meios de comunicação como documentários, novelas, jornais, que ainda hoje, normalmente, enfocam principalmente o trabalho do médico ou de apenas um outro profissional da saúde. O ideal seria que a classe médica, outros profissionais da saúde e toda a população soubessem o que é a Terapia Ocupacional. Outro meio é a atuação e inserção do terapeuta ocupacional em todas as equipes interdisciplinares.

Referências bibliográficas:

- 1 OMS: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Sa%C3%BAde> consultado em 15/07/2006.
- 2 RIBEIRO M B S, OLIVEIRA L R: Terapia ocupacional e saúde mental: construindo lugares de inclusão social. *Interface (Botucatu)*, Ago 2005, vol.9, no.17, p.425-431.
- 3 MOSTAZO R R, KIRSCHBAUM D I R: Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial: um estudo de suas representações sociais acerca de tratamento psiquiátrico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Dez 2003, vol.11, no.6, p.786-791
- 4 MÂNGIA E F: A trajetória da Terapia Ocupacional: da psiquiatria às novas instituições de promoção da saúde mental. *Revista de Terapia Ocupacional da Usp*, SãoPaulo, v. 11, n. 1, p. 28-32, 2000.
- 5 MEDEIROS M H R: Terapia Ocupacional: um enfoque epistemológico e social. São Paulo: Hucitec, 2003.
- 6 BUCHAIN P C, VIZZOTTO A D B, NETO J H, ELKIS H: Randomized controlled trial of occupational therapy in patients with treatment-resistant schizophrenia. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, Mar 2003, vol.25, no.1, p.26-30.
- 7 BIANCHIN M A: Acidente Encefálico e reabilitação. Atividades de vida diária e prática, depressão, qualidade de vida e barreiras. Tese de doutorado.USP/SP, Brasil. 2003.
- 8 EMMEL M L G, KATO L G: Conhecimento da Terapia Ocupacional pelo estudante de medicina. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, 2004, vol. 12 nº2
- 9 OLIVEIRA A S: Reflexões sobre a prática da terapia ocupacional em oncologia na cidade de São Carlos. *Caderno de Terapia Ocupacional da Ufscar*, vol 11, nº2, 2003.
- 10 MINAYO M C S: O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 6ª ed. São Paulo: Hucitec; 1999.

11 BIANCHIN M A: : Representação Social do Residente e Aprimorando na saúde: Consonâncias e Controvérsias. Dissertação de mestrado. PUC-CAMPINAS, Brasil. 1995.

12 PITTA A: Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 2001.

13 VILLARES C C: Terapia ocupacional na esquizofrenia. In: SHIRAKAWA, I., CHAVES, A. C., MARI, J. J.: O desafio da esquizofrenia. São Paulo, Lemos, 2001, p. 183-196.

14 BARBOSA A D: Relato de um trabalho de terapia ocupacional realizado no ambulatório do projeto esquizofrenia do IPQ do Hospital das Clínicas da FMUSP. Revista do Ceto, ano 3, vol 3, nº3. 1998.

15 BENETTON M J: A terapia ocupacional como instrumento nas ações de saúde mental. Tese (doutorado). Unicamp, 1994.

16 GOLISZ K M, TOGILIA J P: Avaliação da percepção e cognição. In: NEISTADT M E, CREPEAU E B: *Terapia Ocupacional Willard & spackman*. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

17 SEYMOUR S G: Avaliação da habilidades psicossociais e componentes psicológicos. In: NEISTADT M E, CREPEAU E B: *Terapia Ocupacional Willard & spackman*. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

18 USP: <http://www.fm.usp.br/to/>, consultado em 02/09/2006.

19 MAXIMINO V S: A organização psicótica e a constituição do grupo de atividades - ou porque usar grupos como recurso terapêutico nas psicoses. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 9/2, p. 23-32, 1998

20 TOGILIA J P: Treinamento e reabilitação cognitivo-perceptual. In: NEISTADT M E, CREPEAU E B: *Terapia Ocupacional Willard & spackman*. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

Tabela 01

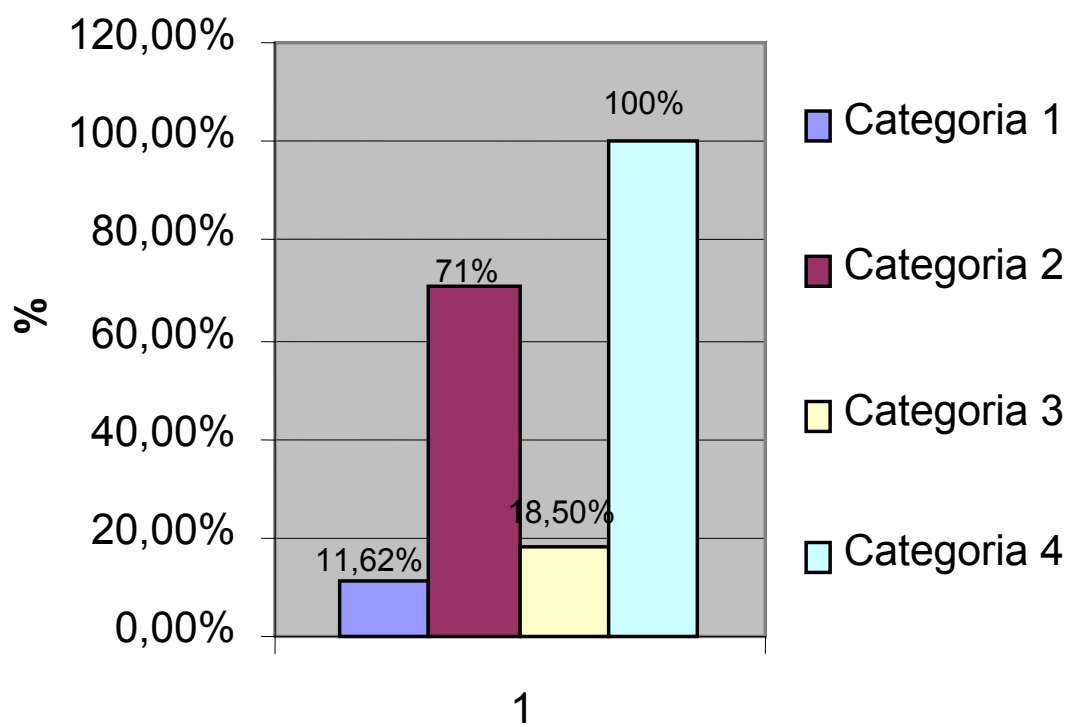
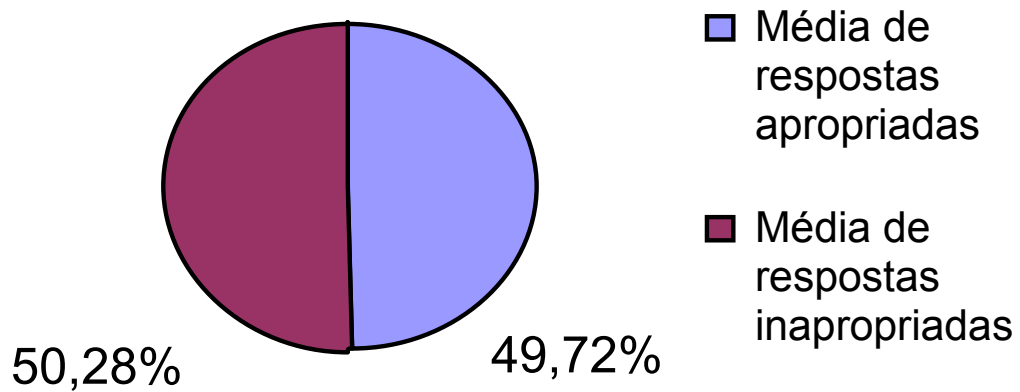


Tabela 02

Porcentagem das Médias de Respostas



CALIDAD DE VIDA DE NIÑOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN EL CONTEXTO DE LA INCLUSIÓN ESCOLAR

Julliene Érika Moreira Barreiro Soares
Maria Teresa Moreno Valdés

INTRODUCCIÓN

La calidad de vida en la escuela comienza ser objeto de estudios interdisciplinarios. El presente trabajo tuvo como objetivo investigar la calidad de vida (CV) de alumnos con discapacidad intelectual, con el fin de proponer estrategias inclusivas. Como supuestos teóricos se utilizaron las dimensiones de calidad de vida infantil de Sabeh, Verdugo y Prieto (2006), el modelo de Escuela Promotora de Salud (OPS, 2005) y las consideraciones más actuales de la Terapia Ocupacional, como profesión responsable en proponer ideas en el ámbito de la actividad humana basada en la comunidad.

MÉTODO

El estudio fue de tipo descriptivo, de tipo cualitativo, con 5 alumnos con discapacidad intelectual, alumnos de la Enseñanza Fundamental de una escuela de la red pública municipal de Cascavel-Ceará, Brasil, con edad entre 6 y 12 años incluyendo también a 5 padres y 5 profesores como informantes llaves. La investigación respetó las normas de ética en investigación con seres humanos y utilizó consentimientos informados previamente a la recogida de datos. Los niños participantes de la pesquisa respondieron inicialmente al cuestionario. A seguir, acerca del niño, fueron realizadas a padres y profesores una entrevista semi-estructurada abordando la dimensión de Calidad de Vida denominada Desarrollo Personal y Actividades

RESULTADOS

Las respuestas fueron transcritas y analizadas mediante el análisis constructivo-interpretativo de González Rey, (2005). Los resultados preliminares señalaron dificultades de los niños en su autodeterminación, posibilidades de tomar decisiones y una mayor percepción de los niños de sus propias habilidades en relación a la percepción de sus padres y profesores.

CONSIDERACIONES FINALES

La relación da Calidad de Vida e inclusión escolar de los niños con discapacidad, abordando las cuestiones de ambiente favorable y accesibilidad, así como el desarrollo de habilidades personales, son relevantes, una vez que, conociendo la CV según la percepción de los propios niños con discapacidad intelectual, es posible aplicar los conocimientos existentes de la Terapia Ocupacional en la promoción de la salud y mejoría de su calidad de vida en la escuela, enfoque innovador para la Terapia Ocupacional.

CÁNCER INFANTIL: QUE NOS CUENTAN LOS NIÑOS A TRAVÉS DEL JUEGO SIMBÓLICO

*Dayana Natalia Trifoni, Luzia Iara Pfeifer
Universidade de São Paulo – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto do
curso de Terapia Ocupacional*

Resumen

Este trabajo tiene como objetivo presentar el análisis del estudio comparativo realizado con dos niños con cáncer entre 5 y 6 años, estando el primero en tratamiento y la segunda considerada curada después de haber realizado el tratamiento clínico. Los datos fueron obtenidos a través de una encuesta con la familia de los niños, el profesional de referencia del equipo de oncología pediátrica, el registro y la observación de las consultas de Terapia Ocupacional realizados con los niños, con el objetivo de analizar el contenido presente en el juego simbólico, verificando como los niños exteriorizan sus sentimientos en relación a la enfermedad, como también si hay diferencia entre los niños, considerando la situación clínica.

Introducción

El niño expresa cuando está jugando contenidos de su cotidiano y las situaciones y conflictos que están presentes en su realidad. De esta forma se espera que el niño con una enfermedad como el cáncer, que trae tantas situaciones de impacto como la hospitalización, el cambio de imagen corpórea, el alopecia, el incómodo orgánico y el miedo de la muerte, pueda expresar a través del juego simbólico aspectos inherentes y relacionados a este contexto.

Así, en el contexto terapéutico ocupacional, explorar las situaciones del juego, amplían las posibilidades de intervenciones y de entendimiento de la singularidad del niño, potenciando la comprensión de los aspectos simbólicos.

Método

Considerando el fenómeno a ser investigado, este estudio caracterizase como siendo de naturaleza cualitativa e descriptiva. La colecta de datos se dio después de la aprobación en el comité de ética en investigación de la institución en que se ha desarrollado el estudio, a partir de eso, se utilizó como instrumento de investigación de datos obtenidos a través de una encuesta semi-estructurada con la familia de los niños, el profesional de referencia del equipo de oncología pediátrica, el registro y la observación participativa de las filmaciones realizados con los niños, con el objetivo de analizar el contenido presente en el juego simbólico, verificando como los niños exteriorizan sus sentimientos en relación a la enfermedad, como también si hay diferencia entre los niños, considerando la situación clínica. El análisis de los datos colectados en campo, se basó en la fundamentación teórica pertinente a la comprensión simbólica y en el contenido del discurso de los niños.

Resultados

Los resultados de este estudio muestran que la niña que fue sometida al tratamiento clínico considerada curada presentó contenidos relacionados a la enfermedad y de un cotidiano saludable y el niño que aun estaba pasando por el tratamiento estaba sumergido en contenidos de la enfermedad y aspectos inherentes a este proceso.

L.A. y su universo de niña curada:

L.A.: - *Ahora* (muñeca menor) *vas recibir una inyección* – y prepara la inyección dándola en los glúteos de la muñeca

L.A. saca la inyección más grande de la mano de P.: - *Bueno, ese tendrá que recibir una peligrosa*

P.: - *Humm, ¡ Dios mío!*

L.A. la “da” rápidamente: – *Ah, ¡terminó!*

P.: - *¿terminó?*

L.A.: - *Sí.*

P.: - *Ah, ¡¿sólo eso?! Pensé que fuera peor, has visto el tamaño que tenía?!*

L.A.: - *Sí, pero no duele. Ahora vamos jugar con la Barbie?*

L.W. y su universo de niño enfermo:

P.: - *¡ Mirá ese carrito! ¿Que son estos palitos? ¿ Son personas?*

L.W.: - *¡Sí! ¡Están yendo al hospital internarse!*

P.: - *¿Verdad?*

L.W.: - *¡ Vos también vas a ir! ¡Sin su madre!*

P.: - *Ay, ¡que miedo!*

L.W.: - *E van pinchar todo su cuerpo, ¡y vas ahogarse de tanto suero!*

P.: - *Ay, y por que voy quedar sin mi madre, la tuya está aquí, ¿por que la mía no va quedarse?*

L.W.: - *Porque ya está cansada de quedar aquí.*

Conclusiones

Estos resultados denotan la importancia del juego simbólico como una de las formas de expresión y exteriorización de sus sentimientos y percepciones de su cotidiano.

El terapeuta ocupacional es el profesional que tiene gran responsabilidad en proporcionar esos espacios de juegos, no solamente para alejar el dolor, como si no existiera, sino para permitir al niño que tenga voz y sea sujeto de sus acciones, para que comprenda lo que se pasa en su mundo externo y se haga comprender a partir de su mundo interno.

EL USO DE ACTIVIDADES COMO RECURSO TERAPEUTICO EM EL PROCESO DE REHABILITACIÓN DE NIÑOS CON BAJA VISIÓN

Maria Inês Rubo de Souza Nobre*, **Mirela de Oliveira Figueiredo****, **Uiara Cristina Viana Danelutti****, **Rita de Cássia Ietto Montilha***

* Terapeuta Ocupacional, Docente en Educación Especial y Rehabilitación /DEER. Doctora en Ciencias Médicas/Oftalmología - CEPRE – FCM – UNICAMP.

**Terapeuta Ocupacional, Estagiária do CEPRE.

Centro de Estudios y Investigación en Pesquisas en Rehabilitación “Prof. Dr. Gabriel O. S. Porto” (CEPRE) - Facultad de Ciências Médicas (FCM) - Universidad Estadual de Campinas (UNICAMP)

INTRODUCCIÓN:

El Centro de Estudios e Investigación en Rehabilitación Gabriel de Oliveira Silva Porto (CEPRE), actuando en el área de rehabilitación de personas con deficiencia visual, tiene un Programa de Infantes con un equipo multidisciplinario.

Actualmente la Terapia Ocupacional viene atendiendo un grupo de niños con baja visión entre 08 a 13 años.

Preocupada con el desarrollo pleno de los niños con baja visión y utilizando actividades como recurso terapéutico, la Terapia Ocupacional tiene como objetivo primario la estimulación del hábito de mirar y observar (NOBRE, et al 2001), empezando de la consideración de que cuanto mas se utiliza la visión residual, mas funcional esta se hace (CARVALHO, 1993; VEIZTMAN, 2000)

OBJETIVO:

Describir el desempeño de niños con baja visión en actividades utilizadas como recurso terapéutico por el terapeuta ocupacional.

MATERIALES Y MÉTODOS:

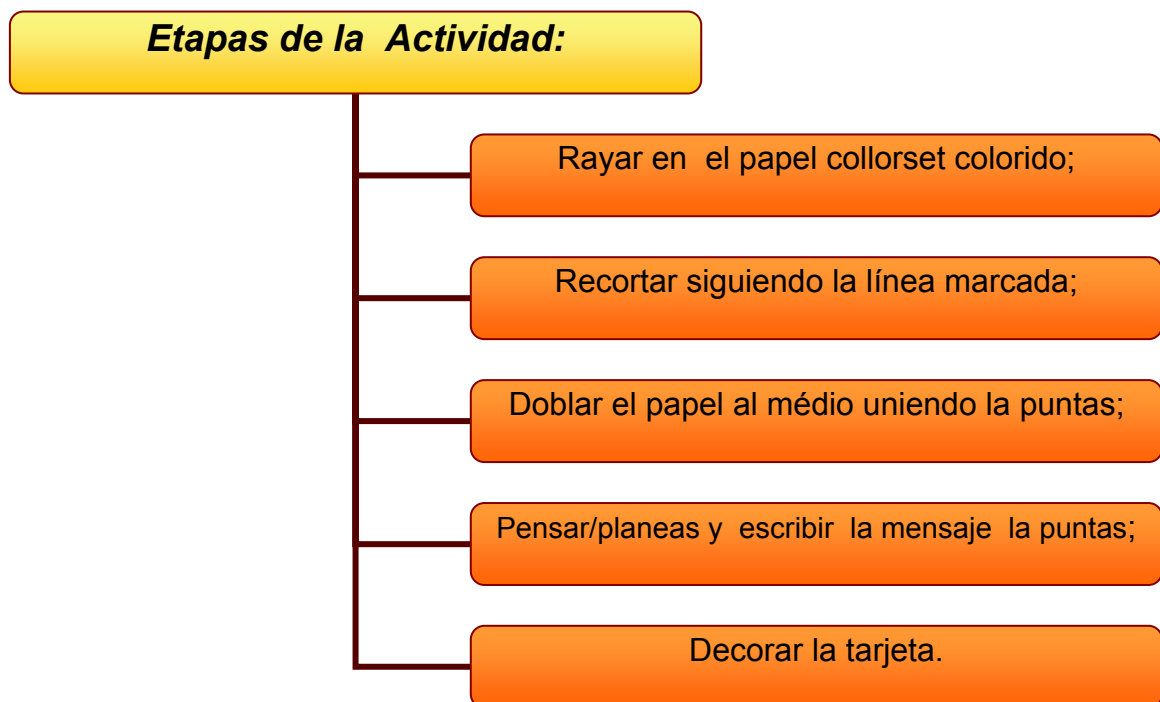
Se realizó un estudio descriptivo y cualitativo relacionado a las actividades y el desempeño de los niños durante la realización de las mismas. La muestra fue compuesta de niños de 08 a 13 años con baja visión. Para la obtención de los datos utilizamos un cuaderno de registro con las descripciones de las actividades basadas en las preguntas: cual la actividad del día actual; lo que aprendieron y cuales las dificultades para la realización de la misma, segundo la comprensión de cada niño. El terapeuta ocupacional hizo registros de acompañamiento, registrando las sesiones.

RESULTADOS:

El grupo fue compuesto por ocho niños, siendo tres niños y cinco niñas, siendo asistido por un equipo multidisciplinario compuesto por pedagogo y académicos de pedagogía, psicólogo, trabajadora social, profesor de actividades de la vida diaria y terapeuta ocupacional.

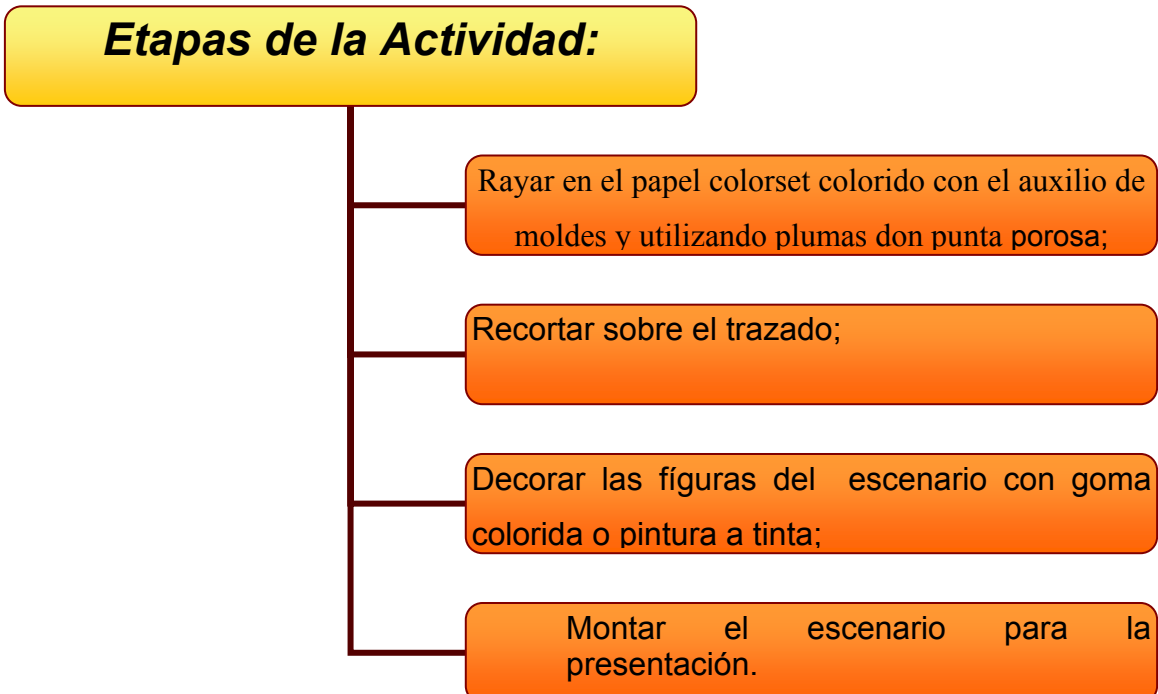
En las sesiones de Terapia Ocupacional, todas las actividades propuestas tuvieron como objetivo fundamental la estimulación y utilización del residuo visual, considerando que la respuesta visual se hace mas funcional en la medida que es utilizada. Además de esto, se tuvo como objetivo el desarrollo de la coordinación motora y viso-motor, raciocinio lógico organización y planeamiento de tareas y socialización.

Actividad: Tarjeta del día de las Madres



<i>Desempeño del niño en la perspectiva da la Terapia Ocupacional:</i>	<i>Desempeño de los niños en la perspectiva de los niños:</i>
Uno de los niños presentó iniciativa en rayar el papel;	Respuesta sucinta sobre el desempeño, como: "hice la tarjeta para mi mamá y aprendí a hacer tarjeta"
El papel colorset estimuló la función visual en la percepción de los colores favoreciendo la coordinación viso-motor;	
El grupo de niños presentó dificultades para recortar, siendo que apenas un niño consiguió y recortó para los demás integrantes del grupo;	
Todos los niños doblaron la tarjeta sin dificultad;	
La mayoría tuvo dificultad para organizar las ideas y escribir el mensaje en la tarjeta;	
La decoración de la tarjeta ocurrió con éxito, siendo los materiales utilizados de alto contraste.	

Actividad: Construcción de escenario para la fiesta del cierre del semestre



Desempeño de los niños en la perspectiva de la terapia ocupacional:	Desempeño de los niños en la perspectiva de los niños:
Presentaron interés y entusiasmo, realizando la tarea con suceso ;	Los niños respondieron detallando las figuras recortadas;
No presentaron dificultad;	No presentaron dificultades.
Los materiales: goma colorida y tinta, estimularon la función visual en la percepción de colores favoreciendo la coordinación viso-motor;	
La pluma con punta porosa facilitó el proceso de rayar.	

Conclusión: Aunque grande parcela del grupo presentó dificultades en las actividades de escribir. Observándose un buen desempeño en las actividades de coordinación viso-motor. El uso de actividades como recurso terapéutico actúa en la transformación del cotidiano de los niños en la medida en que se constituye un medio para el desarrollo de habilidades y capacidades y de superar dificultades y limitaciones, integrando el proceso de rehabilitación con baja visión.

Referencia Bibliográfica:

CARVALHO, K. M. M. **Visão subnormal: apresentação de um modelo de atendimento e caracterização das condições de diagnóstico e tratamento em um serviço universitário do Brasil.** Campinas – S.P. (Tese Doutorado – Universidade Estadual de Campinas), 1993.

NOBRE, M. I. R.; TEMPORINI, E. R.; KARA-JOSÉ, N.; MONTILHA, R. C. I. Deficiência visual de escolares: percepção de mães. **Temas sobre Desenvolvimento.** 10 (55): 24-27, 2001.

VEIZTMAN, S. **Visão subnormal.** Rio de Janeiro: Cultura Médica; São Paulo: CBO: CIBA VISION, 2000.

INFLUENCIA DE LAS ALTERACIONES DE COMPORTAMIENTO Y DEL DESEMPEÑO FUNCIONAL SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DE INDIVIDUOS CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y SUS RESPECTIVOS CUIDADORES/FAMILIARES.

Marcia Maria Pires Camargo Novelli^{1,2}, Elisabeth Barham³, Ricardo Nitri¹, Paulo Caramelli^{1,4}. 1Grupo de Neurología Cognitiva y del Comportamiento, Departamento de Neurología de la, Universidad de São Paulo, Brasil. 2Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de São Paulo, Brasil. 3Departamento de Psicología, Universidad Federal de São Carlos, Brasil. 4Grupo de Neurología Cognitiva y del Comportamiento, Facultad de Medicina de la Universidad Federal de Minas Gerais, Brasil. Correo electrónico: mnovelli@uol.com.br



Introducción

La evaluación de calidad de vida en enfermedades crónicas degenerativas es una de las formas de evaluación, comúnmente utilizadas para identificar el impacto de la enfermedad sobre la percepción de vida del individuo. Reconocer cuales son los factores que más influenciaron en la percepción de calidad de vida, permite identificar posibles áreas de intervención que puedan efectivamente contribuir para la mejora de calidad de vida del individuo.

Objetivo

Presentar los resultados encontrados en el estudio del impacto de las alteraciones de comportamiento y del desempeño funcional sobre la calidad de vida tanto en individuos con la enfermedad de Alzheimer (EA) como en sus cuidadores/familiares.

Métodos

Se aplicaron la escala de evaluación de calidad de vida (QOL-EA), el Inventario Neuropsiquiátrico (NPI) y la escala de evaluación funcional de Lawton y Brody en una muestra de 60 pacientes con el anuncio probable de EA y sus respectivos cuidadores/familiares, entre ellos, 30 pacientes con demencia suave y 30 pacientes con demencia moderada, según los criterios de NINCDS-ADRDA y de DSM-III-R, respectivamente. Se correlacionó la puntuación total de la evaluación de calidad de vida con las medidas siguientes: El NPI y la escala de evaluación funcional de Lawton y Brody.



Resultados

En el grupo de pacientes con enfermedad suave, la versión del paciente presentó correlación significativa con el NPI (-0,359, p<0,05). La versión del cuidador acerca de la calidad de vida del paciente presentó correlaciones significativas con: actividades instrumentales de la vida diaria (-0,486, p<0,01) y actividades básicas de la vida diaria (-0,382, p<0,01). La versión del cuidador sobre su propia calidad de vida presentó correlaciones significativas con: NPI (-0,419, p<0,01), actividades instrumentales de la vida diaria (-0,395, p<0,01). En el grupo de pacientes moderados se encontraron correlaciones significativas de la versión del cuidador sobre la calidad de vida del paciente con las evaluaciones siguientes: NPI (-0,685, p<0,01), actividades instrumentales de la vida diaria (-0,541, p<0,01) y actividades básicas de la vida diaria (-0,497, p<0,01). Con respecto a la versión del cuidador sobre su propia calidad de vida se encontraron correlaciones significativas con: actividades instrumentales de la vida diaria (-0,615, p<0,01) y actividades básicas de la vida (-0,512, p<0,01).

Tabla 1 – Perfil sociodemográfico de los pacientes y de sus respectivos

Características Sociodemográficas	Demencia Leve (n=30)	Demencia Moderada
Edad	74,74 ± 6,08	76,7 ± 8,06
Nivel educacional	6,35 ± 4,75	5,47 ± 3,99
Género	Fem – 74,19% Masc – 25,81%	Fem – 66,67% Masc – 33,33%
MEEM ^a	20,03 ± 2,68	13,03 ± 2,62

^aMEEM : Mini-examen del estado mental

Tabla 2 – Índices de correlación entre calidad de vida y otras medidas en la demencia moderada

Evaluaciones	QOL-EA (1)	QOL-EA (2)	QOL-EA (3)	Puntuación compuesta QOL-EA
Relato del paciente (1)		0,533**	0,128	0,946**
Relato del cuidador/	0,553**		0,346*	
Relato del cuidador/	0,128	0,346*		
Actividades instrumentales de la vida diaria ^a	-0,020	-0,486**	-0,395*	-0,197
Actividades básicas de la vida diaria ^a	-0,233	-0,382*	-0,084	-0,318*
NPI	-0,359*	-0,658**	-0,419**	-0,513**

(1) Relato del paciente sobre su propia calidad de vida.;
(2) Relato del cuidador/familiar sobre la calidad de vida del paciente;
(3) Relato de los cuidadores sobre su propia calidad de vida;
a Escala de automantenimiento física e instrumental;
*p<0,05 **p<0,01

Tabla 3 – Índices de correlación entre calidad de vida y otras medidas en la demencia leve

Evaluaciones	QOL-EA (1)	QOL-EA (2)	QOL-EA (3)	Puntuación compuesta QOL-EA
Relato de los pacientes (1)		0,307*	0,284	0,899**
Relato do cuidador/ familiar (2)	0,307*		0,513*	0,687**
Relato do cuidador/	0,284	0,513**		0,459**
Actividades instrumentales de la vida diaria ^a	-0,003	-0,541**	-0,615**	-0,247
Actividades básicas de la vida diaria ^a	-0,295	-0,497**	-0,512**	-0,454**
NPI	-0,342*	-0,685**	-0,285	-0,575**

(1) Relato del paciente sobre su propia calidad de vida.;
(2) Relato del cuidador/familiar sobre la calidad de vida del paciente;
(3) Relato de los cuidadores sobre su propia calidad de vida;
a Escala de automantenimiento física e instrumental;
*p<0,05 **p<0,01

Conclusiones

El impacto de las alteraciones del comportamiento y del desempeño funcional acerca de la percepción de calidad de vida cambia según el grado de gravedad de la enfermedad.

La intervención grupal de la Terapia Ocupacional en los pacientes con Fibromialgia

*Camila Souza Lima Fontes – bolsista PROEX UFMG – milaslima@yahoo.com.br
Ciomara Maria Perez Nunes – Professora UFMG – ciomara_nunes@uol.com.br*

Resumen

Introducción: *La gran cantidad de pacientes que buscan el Ambulatorio Bias Fortes del Hospital de las Clínicas de la Universidad Federal de Minas Gerais (UFMG) en Brasil diagnosticados con Fibromialgia y los beneficios que son alcanzados debido a la intervención grupal de la Terapia Ocupacional motiva el abordaje de este tema.*

Objetivos: *Identificar la importancia atribuida por el paciente al atendimento en grupo de la Terapia Ocupacional y cual sería el beneficio que el atendimento causa en la vida de esta población.*

Metodología: *Fueron entrevistados pacientes con diagnóstico de Fibromialgia que participan del Proyecto de Extensión Universitaria (PROEX) de la UFMG denominado “La intervención de la Terapia Ocupacional en el Gerenciamiento del Dolor crónico en los DORTs y la Fibromialgia”.*

Principales resultados: *El grupo promueve un espacio de reflexión, discusión y intercambio; facilita la expresión y la comunicación entre los participantes y la búsqueda de alternativas en la presencia de un estado crítico; contribuye para la disminución de algunos de los síntomas de la Fibromialgia y aumenta las posibilidades de controlar el dolor crónico, propicia los cambios de hábito en las actividades de la vida diaria, en el trabajo y en las actividades productivas para que el paciente sienta los beneficios.*

Conclusión: *Los pacientes que participan del proyecto tuvieron un aumento de su funcionalidad física, social, emocional y una percepción de la salud en general que contribuye para mejorar su calidad de vida.*

Palabras-claves: *Terapia Ocupacional, Grupo, Fibromialgia.*

Introducción

Considerando la prevalencia de la enfermedad en la población, se constata que la Fibromialgia ocurre con valores entre 0,66 y 4,4%, durante la edad adulta y mediana edad, siendo de mayor incidencia en las mujeres en comparación con los hombres (CAVALCANTE, 2005). La Fibromialgia es un síndrome doloroso generalizado y crónico, no-inflamatorio, de etiología desconocida. Se caracteriza por la presencia de un dolor músculo-esquelético difuso en el cuerpo, en ciertas regiones anatómicas, llamados de “tender points” o puntos sensibles. El síndrome relaciona el disturbio del sueño, rigidez matinal, fatiga crónica y los disturbios emocionales tales como depresión, ansiedad y angustia. Puede variar de síntomas leves a una fatiga y depresión intensa que interfieren en el desempeño funcional de la vida y en la rutina diaria (MOREIRA, C. & CARVALHO, 1996).

En 2001, la Organización Mundial de la Salud (OMS) concluyó la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud - CIF que, refleja un cambio en el abordaje de la salud basada en la patología y busca priorizar una visión amplia y

significativa de participación en el contexto de que la funcionalidad es el componente de la salud. La capacidad funcional ha sido, por lo tanto, abordado en relación a la interacción del individuo consigo mismo, con el trabajo, con la familia y con la vida social comunitaria (BATTISTELLA & BRITO, 2002). La Terapia Ocupacional, orientada por este modelo teórico, busca comprender los diferentes impactos desde la instalación de la enfermedad hasta las consecuencias funcionales que una condición, como la Fibromialgia, puede tener para un individuo.

Los grupos en la Terapia Ocupacional están siendo utilizados cada vez más en los servicios de salud como una intervención terapéutica eficaz. En la medida que se establece una articulación entre las personas del grupo, en la cual se asumen y delegan papeles unas a las otras, la comunicación tiende a ocurrir, posibilitando el aprendizaje y consecuentemente, la aprensión de la realidad. En una relación de vínculo la persona busca comunicar algo a alguien, buscando quien pueda comprender sus mensajes (BRUNELLO, 2002).

Objetivos

Este trabajo busca identificar la importancia atribuida por el paciente al atendimento en grupo de la Terapia Ocupacional en el Ambulatorio del Hospital de las Clínicas de la UFMG y, cual es el beneficio que esta forma de atendimento produce en la vida de esta población.

Metodología

Fueron entrevistados ocho pacientes con diagnóstico de Fibromialgia que ya pasaron por el proceso de evaluación y que actualmente participan del atendimento en grupo de la Terapia Ocupacional. Fue aplicado un cuestionario compuesto de seis preguntas para responder que abordaban los siguientes temas: Que es Terapia Ocupacional, como el grupo de Terapia Ocupacional contribuye para el tratamiento de la Fibromialgia, cuales son los puntos positivos y negativos relacionados al grupo, cual es la ventaja y desventaja cuando se comparan los atendimientos en grupo y en forma individual, y sobre el impacto en la calidad de vida después del inicio de la participación en el grupo.

El cuestionario fue aplicado en un solo día a todos los entrevistados y apenas una practicante fue la responsable por las entrevistas, cada paciente fue entrevistado individualmente y las respuestas fueron anotadas por la becaria y tiene por finalidad garantizar la mayor confiabilidad de los resultados. Este numero de pacientes entrevistados representa una parte del grupo de pacientes diagnosticado con Fibromialgia siendo que el numero máximo de participantes por grupo es de 15 personas.

Resultado y Discusión

1ª Pregunta – ¿Usted sabe que es la Terapia Ocupacional?

Si	06 (75.0 %)
No	01 (12.5 %)
Sabe poco	01 (12.5 %)

2ª Pregunta – ¿Cómo usted definiría esta profesión para una persona que nunca fue atendida por un terapeuta ocupacional? *

Profesión que ayuda a aliviar los dolores	03 (37.5%)
Profesión que orienta la manera correcta de realizar las actividades cotidianas	02 (25.0%)
Profesión que ayuda a distraerse	01 (12.5%)
Profesión que enseña el modo de realizar los ejercicios	04 (50.0%)
Profesión que enseña como realizar las actividades dentro de la limitación individual	01 (12.5%)
Profesión que ayuda al paciente a soportar las dificultades diarias	01 (12.5%)
Profesión que enseña actividades	01 (12.5%)
Profesión que prepara a la persona para el trabajo	01 (12.5%)
Profesión que ayuda a convivir con la enfermedad	02 (25.0%)

*respuestas agrupadas de 7 pacientes que respondieron a la pregunta si sabían lo que es la Terapia Ocupacional.

A pesar de la mayoría de las personas ha respondido que conoce lo que es la Terapia Ocupacional, ninguna de ellas consiguió dar un concepto más amplio de la profesión, pues abordaron sucintamente las intervenciones que son realizadas en el grupo. Lo que podría llevar al desconocimiento de la profesión es el proceso de evaluación, en el cual el terapeuta ocupacional pasa por encima del reconocimiento de la disfunción directamente para el planeamiento de un método para corregir o superarla y emprende usando un abordaje en el cual se debe evaluar y tratar los componentes de la función, tales como la fuerza, amplitud de movimiento (TROMBLY, 1993)

3ª Pregunta - ¿Cómo usted cree que el grupo de la Terapia Ocupacional contribuye para el tratamiento de la fibromialgia? *

* las respuestas fueron agrupadas, y todos los entrevistados respondieron esta pregunta.

Es posible percibir de acuerdo con las respuestas que la participación de las personas en el grupo de la Terapia Ocupacional contribuye para la disminución de algunos de los síntomas de la Fibromialgia.

La mitad de los pacientes respondió que el grupo ayuda a disminuir el dolor, siendo que esta es la principal limitación en el desempeño ocupacional y en el agravamiento del proceso de la enfermedad.

4ª Pregunta - *¿Cuáles son los puntos positivos y negativos que usted evalúa debido al atendimento grupal de la Terapia Ocupacional?*

Puntos positivos citados por los pacientes

<i>La unión, el apoyo, la acogida del grupo y de los profesionales</i>	<i>02 (25.0 %)</i>
<i>La convivencia con otras personas con el mismo diagnóstico</i>	<i>05 (62.5%)</i>
<i>El intercambio de ayuda y de experiencias</i>	<i>02 (25.0 %)</i>
<i>El diálogo y la posibilidad de nuevas amistades</i>	<i>02 (25.0%)</i>
<i>El aprendizaje de actividades</i>	<i>02 (25.0%)</i>
<i>Realización de ejercicios y orientaciones para las actividades diarias</i>	<i>02 (25.0 %)</i>
<i>La alegría del grupo</i>	<i>01 (12.5%)</i>

Puntos negativos citados por los pacientes

<i>El atendimento de apenas una vez por semana</i>	<i>02 (25.0 %)</i>
<i>Ningún punto negativo</i>	<i>06 (75.0 %)</i>

Como resultado de las respuestas es posible verificar que el grupo promueve un espacio de reflexión, discusión y cambio; facilita la expresión y comunicación entre los participantes y una búsqueda de alternativas en la presencia de un cuadro crítico; aumentando las oportunidades de controlar el dolor crónico, los cambios de hábitos en las actividades cotidianas, en el trabajo y en las actividades productivas, y que el paciente sienta el entretenimiento. El paciente debe aprender a escoger de acuerdo con la realidad del mundo externo, sin perder de vista sus propios deseos y necesidades, o sea, él podría realizarse personalmente viviendo de manera creativa sus necesidades y emociones, respetando los valores éticos fundamentales del hombre MOREIRA, C. & CARVALHO, 1996).

5ª Pregunta - *¿Cuáles son las ventajas y desventajas que usted distingue cuando se compara el atendimento individual con el atendimento en grupo? Puntos positivos del atendimento en grupo cuando es comparado con el atendimento individual**

<i>La ayuda de los propios participantes para corregir los errores durante las actividades</i>	<i>01 (12.5%)</i>
<i>La fuerza que un paciente da al otro</i>	<i>01 (12.5%)</i>
<i>El animo que el grupo muestra</i>	<i>01 (12.5%)</i>
<i>Mayores posibilidades de opinión y asuntos para comentar</i>	<i>03 (37.5%)</i>
<i>Intercambio de experiencias</i>	<i>01 (12.5%)</i>

*Puntos positivos del atendimento individual comparado con el atendimento en grupo**

<i>Atención mas direccionada del terapeuta sobre el paciente</i>	<i>03 (37.5%)</i>
--	-------------------

<i>Dificultad de exponer algunas preguntas al frente del grupo</i>	04 (50.0%)
--	------------

Los elementos del grupo, cuando se colocan en una posición de escuchar al otro y así mismo, se abren para un movimiento de reflexión, de movilización, de revisión de sus papeles intangibles y quiebra de estereotipos y, por lo tanto, de un enriquecimiento en sus formas de actuar y de relacionarse, interviniendo en las diversas situaciones provocando transformaciones (BRUNELLO, 2002).

La opción por el trabajo en grupo promueve la realización de actividades que suscitan preguntas y generan reflexiones sobre la patología, facilitan la expresión y la comunicación. Generan cambios del contexto individual para el colectivo y entonces, construcciones propias para los cambios y soluciones para las preguntas problemáticas que pueden transformar el cotidiano del paciente. (LANCMAN, 2004)

6ª Pregunta - *¿Usted percibe que su calidad de vida fue modificada después que empezó a participar en el grupo?*

<i>Si, mi calidad de vida mejoró</i>	08 (100.0 %)
--------------------------------------	--------------

Algunos relatan que antes de participaren en el grupo pensaban que no podían hacer mas nada, y encontraban que la vida seria perjudicada eternamente y hoy saben que pueden hacer, y que lo deben hacer de una manera correcta, sino será peor, y que pueden tener una calidad de vida mejor conviviendo con la enfermedad. Otros entrevistados relataron las mejorías relacionadas con la depresión, la ansiedad, nerviosismo y ayudo a trabajar mejor con los dolores, además de ampliar la comprensión de la enfermedad, factores que según los entrevistados, mejoró la calidad de vida. Los resultados mostraron una correlación entre el aumento de algunos aspectos de la calidad de vida, como la percepción de la salud en general, funcionalidad física, social y emocional, dolor, a partir de la participación en el grupo de la Terapia Ocupacional.

Conclusión

Considerando los resultados que se han obtenido en este trabajo, es posible observar la importancia que tiene la intervención de la Terapia Ocupacional, ya que la intervención no es solo direccionada para el alivio del dolor, sino también pretende la restauración de la función y de los estilos de vida funcionales, donde el paciente tiene la posibilidad de reaprender a vivir sus rutinas personales, de tener cuidado en sus relaciones, en sus relaciones corporales, promoviendo el bienestar y la calidad de vida.

Es posible verificar que los pacientes atendidos por la Terapia Ocupacional en grupo atribuyen bastante importancia a este tipo de abordaje, y que los beneficios alcanzados a través

de este tipo de atendimento causan modificaciones en la vida de los pacientes más activos ante el proceso del enfermamiento, de tal forma que la persona consiga desempeñar de manera satisfactoria y adecuada sus quehaceres personales, ocupacionales y sociales.

La intervención grupal a través del proyecto Gerenciamiento del Dolor Crónico en los DORTs y Fibromialgia asume una importante y rica modalidad de tratamiento empleada por la Terapia Ocupacional al paciente acometido por la Fibromialgia, pasando de un abordaje físico y grupal a un abordaje también psicosocial y educacional, se viene presentando en un espacio de intercambio, integración, instrucción y tratamiento eficiente en la mejora de los aspectos psicofísicos y, de la calidad de vida de los individuos acometidos por la Fibromialgia.

Bibliografía

- BATTISTELLA L. R. & BRITO C. M. M. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). “*Acta Fisiátrica*”, 2002, 9 (2): 98–101.
- BERBER, J. S. S.; KUPEK; E. CAÍRES, S. Prevalencia de la depresión y su relación con la calidad de vida en pacientes con síndrome de fibromialgia. “*Rev Bras. Reumatol*”. vol.45 no.2 São Paulo Mar./Apr. 2005
- BRUNELLO, M. I. B. La Terapia Ocupacional y los grupos. “*Revista de Terapia Ocupacional Universidade de São Paulo*”. v. 13 n. 1, p 9-14, jan./abr. 2002.
- CAVALCANTE, A. B. et al. La prevalencia de la fibromialgia: una revisión de la literatura. “*Rev. Bras. Reumatol*”. vol.46 no.1 São Paulo Jan./Feb. 2006
- LANCMAN, S. Construcción de nuevas teorías y prácticas en Terapia Ocupacional, salud y trabajo. In: LANCMAN, S. (org.) “*Saúde, Trabalho e Terapia Ocupacional*”. São Paulo: Roca, 2004. cap. 3, p. 71-83.
- MARTINS, L. M. M.; DUCCI, A. J.; PIMENTA, C. A. M. Programas educativos junto a los pacientes con dolor. In: FIGUEIRÓ, J. A. B.; ANGELOTTI, G.; PIMENTA, C. A. M. “*Dor e Saúde Mental*”. São Paulo: Atheneu, 2005. cap. 14, p. 139-146.
- MOREIRA, C. & CARVALHO, M. A. P. “*Nociones Prácticas de Reumatología*”. Editora Health, 1996. Belo Horizonte, MG.
- RICE, V. J.; LUSTER, S. Restauración de la competencia en el papel del trabajador. In: TROMBLY, C. A.; RODOMSKI, M. V.; “*Terapia Ocupacional para Disfunção Física*”, 2002 editor santos, Quinta edição.
- TROMBLY, C. Anticipando el futuro: evaluación de la función ocupacional. “*American Journal of Occupational Therapy*”. V.47, n.3 p.253 – 257, mar, 1993.

Título de la presentación: Movimiento de Mar

Area temática: comunidad

Forma de presentación: Póster

Trabajo con opción a premio

Síntesis:

La extensión universitaria es concebida a nivel regional, nacional y latinoamericano como la herramienta por excelencia para el mejoramiento de la calidad de vida de la población, a partir de la cual se generan espacios de verdadera transformación y oportunidades de crecimiento y fortalecimiento de los diferentes actores sociales que constituyen la comunidad.

Con esta visión, un grupo de extensión de la Universidad Nacional de Mar del Plata desarrolla actividades desde hace diez años con la comunidad marplatense, focalizando acciones hacia un sector vulnerable como lo son los niños y adolescentes con cáncer y sus grupos familiares.

Se plantea en esta presentación, un recorrido histórico a través de los diferentes servicios extensionistas, las alianzas con la comunidad, el trabajo conjunto y la reivindicación de la solidaridad como cultura.

Desarrollo:

Como en los movimientos de las mareas que acercan, alejan, mecen, acunan, contienen, los integrantes de este grupo extensionista concibieron allá por el '96 un proyecto que pudiera contener las necesidades expresadas por las familias de niños con cáncer.

El cáncer es la enfermedad que representa la *primer causa de muerte infantil*, quedando por debajo de las producidas por causas externas –como los accidentes-, y en la Argentina, uno de cada tres mil chicos padece hoy algún tipo de cáncer. Según la Sociedad Latino Americana de Oncología Pediátrica, se estima que para el 2010 en países desarrollados, *uno de cada mil adultos será un sobreviviente del cáncer infantil*, entendiendo entonces que en la actualidad, hablar de cáncer¹ infantil ya no es sinónimo de muerte.

No obstante, la OMS señala que “*pocas enfermedades se han rodeado de tanta incomprensión, prejuicios infundados y temor como el cáncer*”.

En la Argentina, los menores de veinte años son casi catorce millones², lo que representa al 35,2% de la población total.³ Por otra parte, el 37% de la población carece de cobertura médica; en la ciudad de Mar del Plata⁴ este porcentaje se eleva significativamente dado el nivel de desempleo imperante.

La salud entonces, no puede ser entendida sin tomar en cuenta aspectos fundamentales como los planteados por Dever⁵ cuando propone el concepto de campo de salud; este encuadre teórico permite considerarlo como “*un proceso de integración de cuatro*

¹ El cáncer es un proceso maligno celular que, al perder los procesos normales de control, da como resultado un crecimiento irregular, ausencia de diferenciación y dota a las células de la capacidad para invadir a otros tejidos y producir metástasis.

² según datos del INDEC

³ UNICEF, Salud Materno-Infantil-Juvenil en cifras.

⁴ La ciudad de Mar del Plata presenta actualmente una población cercana a los 700.000 habitantes permanentes, cifra que se modifica hasta el 100% durante el periodo de verano. Muchas de las familias que ingresan durante el verano en búsqueda de puestos de trabajo, se establecen de manera definitiva en las periferias de la ciudad, con condiciones paupérrimas de vivienda, servicios, salud e higiene. El trabajo es de tipo "golondrina", sin aportes jubilatorios ni cobertura social.

⁵ Dever, A; “Epistemología y administración de servicios de Salud” OPS, 1980

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

La salud se configura como un concepto relacional, ya que supone que ella tiene que ver con el *modo* en que el ser humano se sitúa en relación a su contexto vital, social y natural: lo que espera, lo que necesita, cómo categoriza o jerarquiza sus necesidades (cuidados, alimentación, afecto, pertenencia, autorrealización).

Las familias de niños con cáncer enfrentan desde el momento del diagnóstico retos constantes; hacerles frente desafía las relaciones entre los padres, hermanos, amigos, escuela, trabajo, vecindario. La familia debe velar por el cumplimiento de los derechos de este niño: a recibir educación, atención especializada, garantizar la satisfacción de sus necesidades básicas, brindarle protección, oportunidades de esparcimiento... *No solo tiene cáncer. Sigue siendo un niño.*

El diagnóstico inicial en la ciudad de Mar del Plata⁶ encontró gran semejanza al propuesto por Worm y García⁷ del Hospital de Niños de Buenos Aires, en donde planteaban:

- 1-Necesidad de abordaje multidisciplinario del *niño muriente*.⁸
- 2-Problema específica del niño y adolescente con cáncer: cambios emocionales, físicos, sociales, espirituales.
- 3-Necesidad de reestructuración del grupo familiar.
- 4-Ausencia de estructuras de contención de la familia (ayuda doméstica, apoyo en el duelo, etc).
- 5-Elevados costos del tratamiento y circunstancias que lo rodean (traslados, licencias, disminución de ingresos, cuidado de los otros niños).
- 6-Escaso nivel de información en la comunidad.
- 7-Falencia en la formación profesional (carreras de ciencias de la salud destinadas solo a "reparar, no a acompañar).
- 8-Escasa contención del personal que cuida de estos niños.
- 9-Deficiencias en el sistema de atención / internación domiciliaria.

La demanda de servicios efectuada al grupo desde 1996 a la fecha, surge de una población caracterizada por la *heterogeneidad* en cuanto a situación socio-económica y cultural del beneficiario: familias con nivel educativo superior, familias con nivel primario incompleto, analfabetos; familias con vivienda propia, inquilinos, con vivienda cedida, familias en estado de calle; cuentapropistas, profesionales, asalariados, desocupados; familias en estado de indigencia; familias con más de siete hijos, etc.

La procedencia de estas familias es de diferentes barrios y asentamientos del Municipio de General Pueyrredón, en su mayoría ubicados en la periferia y zonas de mayor incidencia de cáncer⁹.

Durante el 2006, el 80% de las familias contenidas se ubicaron bajo la línea de la pobreza; la conexión a servicios es disímil, contando algunos con agua potable y servicio de cloacas. En general utilizan gas envasado y reciben el servicio de luz de

⁶ Grupo Paanet, 1994, UNMDP

⁷ Investigación efectuada en 1976 en Capital Federal

⁸ El término surge del considerar todo el proceso de enfermedad, que comienza con el diagnóstico y culmina con la muerte del niño. Se observó que las familias aún no estando en períodos críticos de la enfermedad, continuaba considerándolos "condenados".

⁹ Barrio Autódromo, Don Emilio, Hipódromo entre otros.

manera precaria o ilegal. Las familias agrupadas dentro de este porcentaje¹⁰ habitan viviendas precarias, algunas de ellas de material, sobre calle de tierra o engranzado; no cuentan con cobertura de salud; algunos de ellos son beneficiarios de planes sociales.

Una característica común a todas las familias asistidas por el grupo extensionista, es la *búsqueda de soluciones ante la situación de crisis*¹¹ –sostenida durante largos períodos en algunos casos–, entendiendo que el apoyo social provee de alivio a lo vivido. Pese a las grandes diferencias individuales, iguala a las familias el sufrimiento experimentado por el desarrollo de la enfermedad y la generosidad para con los pares en cuanto a estrategias de afrontamiento¹².

A partir de la experiencia generada por el grupo, se confirma la necesidad de seguir conteniendo a una población vulnerable y muchas veces evitada como lo son los niños y adolescentes con cáncer. Uno de los aspectos fundamentales es el *adecuado manejo de la información* (para las familias, comunidad universitaria, comunidad en general, grupos de otras localidades). A través de la instrumentación de variadas actividades se abordan de manera simultánea los dos objetivos generales¹³, los que intentan brindar diferentes tipos de respuestas frente a las necesidades planteadas por la comunidad.

Así, se aglutinan a través de los años de experiencias de este grupo extensionista, ciclos de charlas en escuelas, talleres para docentes y padres, jornadas abiertas a la comunidad, edición de diferentes materiales (formato de cuento, video, trípticos, artículos en revistas, diarios, libros), sueltas de globos, certamen de grafitis.

Para los niños y adolescentes con cáncer y sus grupos familiares el adecuado manejo de la información marca la diferencia que se refleja en su calidad de vida; si comprende la gravedad del diagnóstico conservando la esperanza, articulando lazos de apoyo, compartiendo la problemática con pares, participando en actividades culturales y recreativas, el manejo que todo el grupo familiar realiza de la crisis que plantea la enfermedad resulta superador.

Para los compañeros de escuela, sus docentes, los padres de otros niños, el abordar un tema tabú como es el cáncer, beneficia enormemente tanto al niño enfermo como al resto de la comunidad educativa, quienes incorporan información para facilitar la comunicación ante la crisis, promueven hábitos saludables y se suman a la prevención del cáncer infantil.

Para los miembros de la comunidad universitaria, se abre un espacio de interacción con la realidad (“niños murientes”) que apela a su creatividad, sensibilidad y compromiso social sostenido; la experiencia (dentro del voluntariado o por medio de residencias o prácticas clínicas) articula su formación académica con actividades de extensión e investigación¹⁴. Como extensionistas, su participación activa en planificación de actividades, diseño de tareas, materiales, trabajo en equipo y ejecución de otras intervenciones, se convierte en un “plus” dentro de su formación académica y les permite ejercitar destrezas necesarias para el futuro ejercicio del rol profesional..

Para la comunidad en general, poder contar con información actualizada, presentada de manera amena y accesible, permite que la misma no se distancie de esta realidad.

Por último, se reafirma que ... “la universidad debe buscar la presentación de un ideal de servicio a la sociedad que tenga sus raíces en valores que puedan ser compartidos por personas de diferentes ámbitos culturales, religiosos y políticos. Este ideal no se

¹⁰ ...80% bajo la línea de la pobreza

¹¹ Experimentada de diferentes formas, instrumentada bajo estrategias particulares para cada familia.

¹² Búsqueda de información, cobertura de salud, derechos de los niños enfermos, etc.

¹³ “mejorar la calidad de vida del niño con cáncer y su grupo familiar” y “formar recursos humanos idóneos en el acompañamiento a niños con cáncer”

¹⁴ Se registran en estos años presentaciones de alumnos del PAANET en congresos, jornadas, seminarios y publicación de tesis de grado a partir de su experiencia en el grupo.

fundamenta únicamente en la reflexión intelectual, no se trata únicamente de adquirir *hábitos de la mente*, sino que suponen el desarrollo de lo que Tocqueville llamaba *hábitos del corazón*, que ayuden no solo a ganarse la vida, sino a vivirla con plenitud de sentido, especialmente por estar abiertos e involucrados en el bienestar de los demás y en la construcción del bien común”¹⁵.

... involucrados en el bienestar de los demás y en la construcción del bien común... La formación de esta manera entendida se constituye en un elemento central cuando quedan sobre la mesa de la extensión universitaria temas como el crecimiento y la inclusión social, aspectos fundamentales sobre los que se apoyan las intervenciones de terapia ocupacional en prevención primaria.

Las acciones son conjuntas, dado el nivel de participación, involucramiento y compromiso de las familias, los voluntarios, equipo interdisciplinario, organizaciones de la sociedad civil, empresas y gobierno municipal, provincial y nacional. Todos entrelazados, aportando desde la especificidad de cada función.

Conclusiones

Para la Terapia Ocupacional, el trabajo con la comunidad se ha convertido en las últimas décadas en un desafío permanente y un compromiso indisoluble con la calidad de vida de las personas. La extensión universitaria entonces, se yergue como una de las herramientas eficaces para la intervención desde nuestra disciplina, en relación permanente con las otras disciplinas, desde donde se intenta potenciar todas aquellas capacidades de las personas, en pos del logro de su máximo desarrollo.

De esta manera, escuchando lo que la comunidad realmente necesita, involucrándonos en el bienestar de los demás y en la construcción del bien común, podemos pensar en un movimiento similar al del mar, que acompaña, posee un ritmo, regularidad y constancia. Como cierre, se reitera una reflexión de Cajal presentada en el II Congreso Nacional de Extensión Universitaria que dice *“El maestro que enseña a leer, sin hacer comprender y sentir, ara pero no siembra”*. Propiciemos desde la Terapia Ocupacional además del conocimiento y la técnica, el compromiso, la participación y el sentir en cada una de nuestra intervenciones.

Bibliografía

- Durand, J & Pujadas, C. “La Universidad y los Valores de nuestra clase dirigente”. Escenarios para un nuevo contrato Social. Año 2 N°7, mayo 2004. Buenos Aires. ISSN 1668-2106
- (2) PNUD, Programa Naciones Unidas para el Desarrollo, 2004
- Tapia, N. “La solidaridad como aprendizaje”. Ministerio de Educación de la Nación. Programa Nacional Escuela y Comunidad. 1998.
- SIOP, International Society of Pediatric Oncology. “Recomendaciones del Comité de aspectos psicosociales en oncología pediátrica”. Ed. Fundación Flexer, 2000.
- Oudshoorn y cols. “Tejedores de redes, constructores de esperanza” Publicación en Un intercambio con la comunidad Libro de ponencias II Congreso Nacional de Extensión Universitaria. Universidad Nacional de Mar del Plata. Ediciones Suarez. ISBN 987-1314-07-8. Págs. 580-581
- Dever, A; “Epistemología y administración de servicios de Salud” OPS, 1980

¹⁵ Durand, J & Pujadas, C

OBESIDAD INFANTIL Y CALIDAD DE VIDA: educación nutricional mediada por actividades lúdicas

Marilene Calderaro Munguba - Universidade Federal do Rio Grande do Norte / Universidade de Fortaleza
María Teresa Moreno Valdés - Universidade de Fortaleza
Vanina Tereza Lopes Silva - Universidade Potyguar - RN
Carlos Antonio Bruno da Silva - Universidade Federal do Rio Grande do Norte / Universidade de Fortaleza – Ceará - Brasil



Resumen

Objetivo: Analizar el aprendizaje de conceptos nutricionales mediado por el terapeuta ocupacional a través de actividades lúdicas, para la prevención de la obesidad infantil y mejoría de la Calidad de vida del niño.

Palabras claves: Obesidad infantil. Calidad de vida. Educación Nutricional. Terapeuta ocupacional. Juego.

Introducción

La prevención de la obesidad infantil contribuye a garantizar la Calidad de Vida del niño. La Educación Nutricional (EN) es una de las estrategias para la autonomía del niño para escoger alimentos adecuados para su dieta. El terapeuta ocupacional puede dar apoyo a la nutrición proponiendo juegos para mediar el aprendizaje de conceptos nutricionales.

Material y Método

Estudio analítico, intervencionista, aplicado, longitudinal, cualitativo; en escuela pública de Fortaleza (CE), Brasil, en 2004. Muestra no probabilística, intencional, por conveniencia, de 200 niños y niñas, nacidos entre 1994 y 1996. Aplicación de actividades lúdicas, elaboradas para esta investigación: videogame, juego de tablero, juego de memoria, rompecabezas, caza-palabras y cartilla interactiva. Se empleó la entrevista semiestructurada, observación directa y estructurada.

Los niños afirmaron

*Es muy bueno aprender jugando, a escoger los alimentos
Yo no sabía que todos los alimentos son buenos, sólo necesito aprender a combinarlos
Solo comía carbohidratos pero ahora aprendí que es preciso comer de todo un poco
Esos juegos son muy divertidos y aprendemos a bajar de peso sin pasar hambre
Ahora que estoy más flaco, me siento mucho mejor*



Figura 1: Videogame



Figura 2: Juego de tablero



Figura 3: Juego de memoria



Figura 4: Rompecabezas



Figura 5: Caza-palabras



Figura 6: Cartilla interactiva

Se comprobó que actividades lúdicas educativo-nutricionales pueden ser utilizadas en el aprendizaje mediado de conceptos nutricionales, por el terapeuta ocupacional. Se resalta la necesidad de estudios a ser desarrollados por el terapeuta ocupacional referidos a la adecuación de los instrumentos utilizados en la EN del niño.

Performance ocupacional de los individuos obesos antes y después de la cirugía bariátrica

Lizandra Gomes Barbuto, Dr. Marco Túlio Costa Diniz, Mg. Adriana Valladão
Universidade Federal De Minas Gerais

Resumen

Introducción

La obesidad es una epidemia mundial que acarrea innumerables quebrantos de la salud. Un individuo es obeso grado III o mórbido cuando presenta el Índice de Masa Corporal (IMC) superior a 40 Kg/m². En las dos últimas décadas, la prevalencia de la obesidad aumentó en los países occidentales. En Brasil, la prevalencia de la obesidad es de 28%.

La cirugía bariátrica es indicada para obesos mórbidos que ya se sometieron a tratamientos sin logro. Los resultados de la mejora después de esa intervención son comprobados clínicamente, pero no documentan el impacto de la obesidad sobre la percepción del individuo y cuales actividades sufren mayor impacto.

Objetivos

Caracterizar, através de la percepción del individuo, las principales actividades afectadas por la obesidad mórbida y evaluar la mejora en el desempeño y satisfacción en las actividades cotidianas antes y después de la gastroplastia.

Metodología

La casuística: 30 individuos, IMC ≥ 40 Kg/m², ambos los sexos, edades entre 20 e 55 años. Fue utilizada la Canadian Occupational Performance Measure-COPM. Cada participante fue sometido a la evaluación un día antes de la cirugía y dos, seis y veinte y cuatro meses después.

Resultados

El IMC promedio, antes y después de seis meses fue 52 Kg/m² y 36, 92 Kg/m². Las actividades más citadas fueron higiene personal, relación sexual y comprar ropas. Satisfacción ($p=0,000$) y desempeño ($p=0,000$) demostraron correlación positiva entre las tres evaluaciones iniciales.

Conclusión

El uso del COPM permitió documentar por la percepción del individuo, las actividades funcionales relevantes impactadas por la obesidad y la mejora del desempeño y satisfacción en las actividades después de la pérdida de peso.

Palabras claves: Obesidad, actividades, desempeño, satisfacción.

INTRODUCCIÓN

Actualmente la obesidad es considerada una epidemia mundial. Un individuo como obeso grado III a aquel que presenta Índice de Masa Corporal (IMC) superior a 40 Kg/m². Este Índice de Masa Corporal es sugerido por la OMS para uso en práctica clínica y es factor que predispone otras condiciones de salud asociadas a la obesidad como diabetes, hipertensión, cáncer, artrosis, limitaciones sociales y físicas y peor calidad de vida.

En las dos últimas décadas la obesidad prevalece y ha aumentado en los países occidentales. En la población brasilera es de 28% con estimativas de alcanzar 48% para el 2015, con incidencia distribuida en casi todas las razas y sexos, atacando principalmente la población con edad entre 25 y 44 años y de menor nivel socio-económico.

Todos los estados mórbidos asociados están directamente relacionados al grado de obesidad, o sea, mientras mayor el grado de obesidad, mayor es el déficit funcional y menor la

calidad de vida de estos individuos. En el intento de minimizar estos aspectos los individuos se someten a diversos tipos de tratamiento como dietas y medicamentos, sin embargo, sin obtener el resultado esperado. Actualmente, la cirugía bariátrica ha sido indicada para obesos grado III que ya se sometieron a tratamientos sin éxito. Esta intervención proporciona la pérdida promedio de 30% a 40% de peso corporal en 12 a 18 meses post-cirugía.

Innumerables investigaciones analizan el éxito de esa intervención, no obstante, apenas bajo la perspectiva de pérdida de peso o mejora de las comorbidades, sin evaluar la percepción del individuo en la mejora de su condición de salud, en las actividades cotidianas o en la calidad de vida. De esa forma la literatura no pone a disposición evidencias que informen específicamente sobre las tareas cotidianas más acometidas en la obesidad ni sobre el impacto del tratamiento de cirugía en el desempeño ocupacional y satisfacción, desde la perspectiva de esos individuos.

De esa forma, los objetivos de este estudio fueron caracterizar los déficit en el perfil ocupacional de individuos con obesidad grado III antes y después de la cirugía bariátrica; identificar el impacto de dicha condición en las diferentes áreas de ejecución ocupacional; documentar cambios en el desempeño ocupacional y satisfacción de esos individuos en relación al desempeño comparando el pre y post cirugía bariátrica.

METODOLOGIA

Este estudio contó con la participación de 30 individuos con obesidad grado III que se sometieron a cirugía en el Hospital de las Clínicas de la Universidad Federal de Minas Gerais, en el periodo de agosto del 2004 a julio del 2005. Los criterios de inclusión fueron establecidos para la cirugía, índice de masa corporal arriba de 40 kg/m², ambos sexos, edad entre 20 y 55 años. Todos los participantes estaban en acompañamiento en el Grupo Multidisciplinar de Tratamiento de Obesidad Mórbida del Hospital de las Clínicas de la Universidad Federal de Minas Gerais, Brasil.

Los individuos firmaron un término de consentimiento libre y aclarado así como el estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Federal de Minas Gerais (COEP-UFMG) en junio del 2004 (Parecer 008/04), y por el Directorio de Enseñanza, Pesquisa y Extensión del Hospital de las Clínicas/UFMG, (Parecer 099/03).

Fue utilizada la Medida Canadiense de Performance Ocupacional-COPM. Este es un instrumento del tipo cuestionario, administrada por terapeutas ocupacionales de acuerdo con el modelo de práctica basada en el cliente, dirigida a ejecución ocupacional.

Administrado en la forma de entrevista semi-estructurada con el objetivo de mensurar la auto-percepción del cliente sobre su desempeño ocupacional y satisfacción. Ese teste evalúa la ejecución ocupacional en tres áreas: auto-cuidado, productividad y hobby.

La COPM es administrada en cuatro etapas. La primera etapa dirigida hacia la identificación de los problemas de desempeño ocupacional, la segunda etapa cuantifica la importancia de estas actividades para el cliente utilizándose una escala del 1 al 10. La nota 1 indica el grado menor en importancia o desempeño y la 10 el mayor grado de importancia y desempeño para el individuo. En la tercera etapa el paciente selecciona los principales problemas descritos en las etapas 1 y 2 que interfieren en su desempeño ocupacional y realiza una auto-evaluación cuantitativa de su desempeño. La cuarta etapa, las re- evaluaciones subsecuentes.

Cada uno de los participantes fue sometido a evaluación funcional (COPM) para la caracterización del perfil ocupacional en tres momentos longitudinales específicos: un día antes de la cirugía para primera auto-evaluación, pre- cirugía. Y a los dos y seis meses después, la evaluación de post cirugía reciente y tardío, respectivamente.

La aplicación de la COPM en este estudio fue realizada por un único examinador.

Fue usado el análisis descriptivo de los datos a través de medidas de tendencia central, de dispersión (promedio, desvío del padrón) y frecuencia, para las variables, sexo, edad, masa corporal y tareas. Es el teste ANOVA para medidas repetidas para las variables dependientes, desempeño y satisfacción, comparándose lo momento pre cirugico con los momentos referentes a dos y seis meses después la cirugía bariátrica, considerándose un nivel significativo $\alpha = 0.05$. Todos los análisis fueron realizados utilizándose el paquete estadístico SPSS (versión 13.0).

RESULTADOS

Lo total de la muestra foi 30 participantes, el promedio de edad fue de 36 años.

En relación a la sexo estaba equilibrada contando con 16 mujeres y 14 hombres. La figura 1 representa la distribución de IMC de los participantes en tres momentos de avaliación. Observase que la pérdida es progresiva a lo largo del tiempo.

La figura 2 demostra en porcentaje la pérdida de peso entre lo periodo post cirugía reciente e tardio con relación a los sexos. Registrase la misma tendencia en ambos los sexos.

La tabla 1 representa las actividades más citadas por los participantes que sufren impacto negativo debido a obesidad mórbida.

Las actividades fueron agrupadas en categorías de tareas conforme a la tabla 2, para facilitación de la analise de los datos.

Comparandose lo resultado con género, como en la figura 3, no hay diferencia estadísticamente significativa en tipo e frecuencia de las actividades. Con excepción de lo grupo higiene ($P = 0,020$).

Hubo diferencia estadísticamente significativa ($p=0,000$) en el desempeño de los pacientes con relación a los tres instantes de tiempo, en todas las comparaciones dos a dos entre los tiempos. Así como el desempeño, en la satisfacción de los pacientes también ocurrió mejora significativa con el decorrer del tiempo, pasando de un escore promedio 2,46 en pre cirugía, para 6,20 en post cirugía reciente y 8,14 en post cirugía, como mostrase en la figura 4. No hubo influencia de edad ($p= 0,675$) o sexo ($p=0,444$) con relación al desempeño y satisfacción.

Tanto el desempeño (Person= -0,436) como la satisfacción (Person= - 0,446), este estudio demostrou que ha correlación positiva, estadísticamente significativa con el porcentual de peso perdido, o sea, a mayor porcentaje de peso perdido mayor la satisfacción y el desempeño.

FIGURA 1
DISTRIBUIÇÃO DO IMC EM TRÊS MOMENTOS

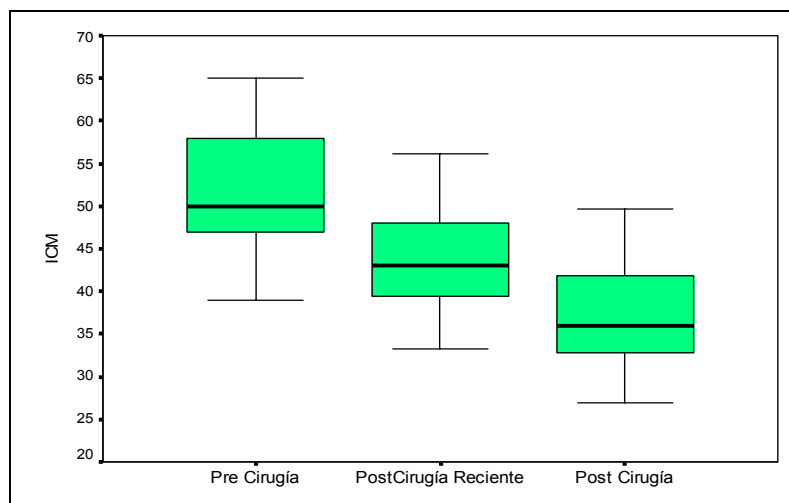


FIGURA 2
PESO PERDIDO % ENTRE SEXOS

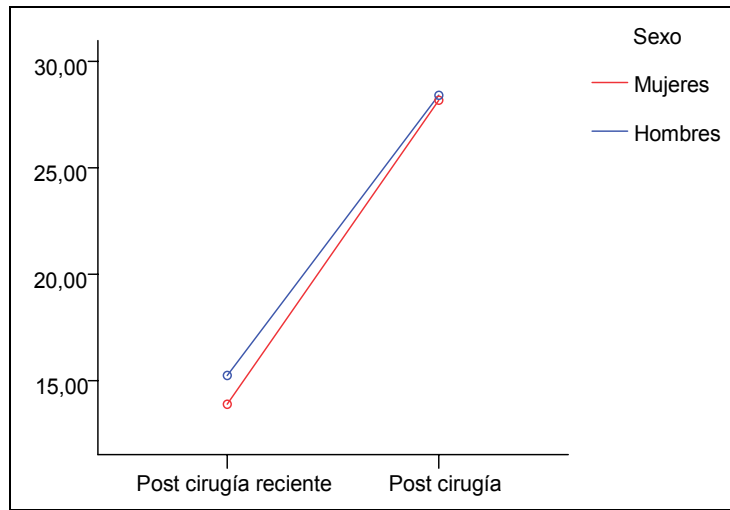


FIGURA 3
FRECUENCIA DE LAS ACTIVIDADES POR SEXO

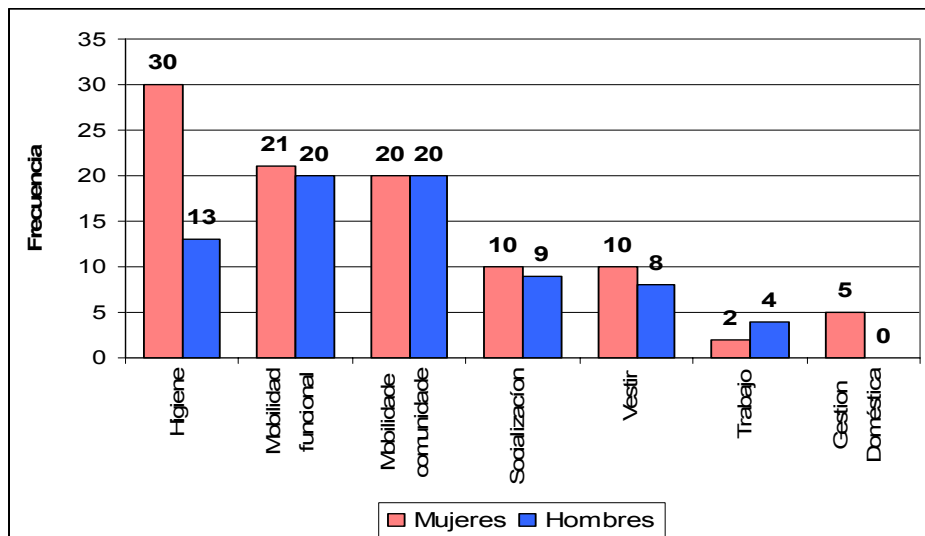


FIGURA 4
DESEMPEÑO Y SATISFACCIÓN A LO LARGO DEL TIEMPO

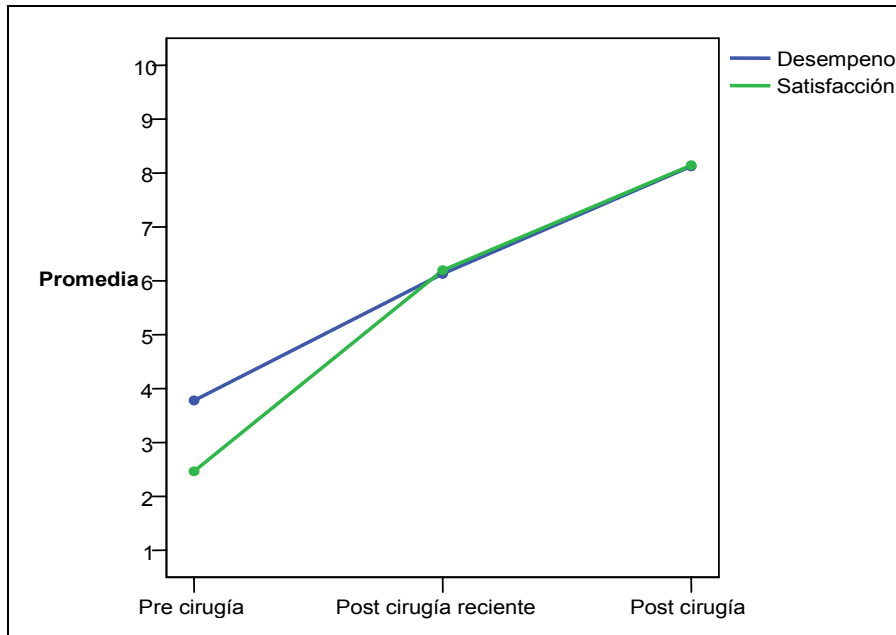


TABLA 1
FRECUENCIA DE LAS ACTIVIDADES MÁS CITADAS

Tarefa	Frequência	Percentual
Comprar ropa	14	46,7%
Relación sexual	13	43,3%
Higiene personal	11	36,7%
Calzar meias/ zapatos	8	26,7%
Lavar genitales	8	26,7%
Pasar ruleta del ómnibus	7	23,3%
Lavar miembros inferiores	7	23,3%
Cortar las uñas de los pies	7	23,3%
Agacharse	7	23,3%
Vestir pantalones	6	20,0%
Caminar	6	20,0%
Subir/ baja ómnibus	5	16,7%
Mirarse em el espejo	5	16,7%
Interacción social	5	16,7%

TABLA 2
DESCRIPTIVA DE GRUPOS DE TAREA

Grupo de Tarea	Total	Frecuencia (Total)	MProm edia	Desvio Padrão
Higiene	30	43	1,43	1,14
Mobilidade Funcional	30	41	1,37	1,19
Mobilidade Comunidad	30	40	1,33	1,12
Socialización	30	19	,63	,81
Vestir	30	18	,60	,62
Trabajo	30	6	,20	,48
Gestión Doméstica	30	5	,17	,46

CONCLUSIÓN

Los datos demuestran que los individuos obesos mórbidos poseen una limitación en todas las actividades cotidianas, en especial aquéllas en relación la higiene, movilidad funcional y movilidad en la comunidad. Este hecho compromete la vida ocupacional tanto en la frecuencia como en diversidad en sus actividades de hobby, trabajo y auto cuidado.

Así la cirugía bariátrica parece ser una opción para esos individuos, que en corto espacio de tiempo consiguieron reducir el peso y posibilita realizar actividades funcionales con buen desempeño, satisfacción personal e independencia.

Se concluye después del análisis de auto evaluación realizado que a lo largo del tiempo el desempeño y satisfacción en las actividades más importantes para ese grupo aumentan considerablemente, siendo que el mayor desempeño y satisfacción ocurrieron en el período post cirugía y el menor en pre cirugía.

Es válido considerar que para ese tratamiento, además de indicación médica es menester el acompañamiento del equipo interdisciplinar antes y después para un mejor resultado.



Universidade Federal de Pernambuco, Recife- PE, Brasil.

Centro de Ciências de la Salud

Departamento de Terapia Ocupacional

Cassandra Munique Bismarck Lopes

Estudiante de Terapia Ocupacional de la Universidad Federal de Pernambuco

Juliana Fonseca de Queiroz

Profesora do curso de Terapia Ocupacional de la Universidad Federal de Pernambuco

Karoliny Teixeira Santos

Estudiante de Terapia Ocupacional de la Universidad Federal de Pernambuco.

tonaufpe@yahoo.com.br

(81) 256-0577

La Terapia Ocupacional en el Análisis Ergonómico de la Construcción Civil

Resumen

El estudio tratase de una pesquisa de campo con varios trabajadores de la industria de la construcción civil, en la ciudad de Recife, Estado de Pernambuco, Brasil. El trabajo propone la realización de un análisis de la actividad del pedrero, con enfoque en la evaluación del ambiente físico e de la psicodinámica del puesto de trabajo, como también de las condiciones socio-económicas de la categoría. En el decorrer de la pesquisa, en ergonomía es avaluado como siendo el factor preponderante en la optimización de la eficiencia del trabajo, y el terapeuta ocupacional es visto como instrumento de aferición de los posibles pre-liminares de riscos y su intervención como medio de prevención y promoción a la salud del trabajador. El estudio identifica que las empresa, en general, non invisten en la adecuación de la actividad al hombre, tornando el servicio laboral en sinónimo de enfermedad y, muchas veces, muerte. Al longo del artigo, son realizadas recomendaciones en ele sentido de minimizar danos físicos y mentales causados por la inadecuación del ambiente de trabajo.

Palabras Clave: pedrero, industria de la construcción civil, ergonomía, terapia ocupacional

1. Introducción

Este trabajo es una pesquisa de campo cualitativa hecha con treinta y dos trabajadores de una empresa de la construcción civil en la ciudad de Recife-Pernambuco, Brasil. Escollemos esta obra debido a varios factores, principalmente al fácil acceso, ya que el ingeniero estaba interesado en demasiado por el tema. El instrumento de aferición de los posibles riesgos ergonómicos fue un cuestionario para la obtención de informaciones más precisas a respecto de su espacio de trabajo. Fuimos bien recibidos, pero tuvimos que ser imparciales y al mismo tiempo esforzarse en la obtención de los datos, una vez que los funcionarios de la construcción civil no disponen de un nivel elevado de escolaridad. Aplicóse un cuestionario muy objetivo donde la mayoría de las cuestiones eran de marcar un “x”. Los principales puntos verificados fueron: los datos personales de los individuos averiguados, descripción del servicio laboral, y la observación de los riesgos ergonómicos.




La Industria de la Construcción civil (ICC) tiene un elevado número de procesos y productos, representando un dos más significativos sectores económicos de los países en desarrollo. En Brasil estimase que la *construcción* sea responsable por cerca de 15% de el PIB, empleándose casi 50% de los trabajadores y produciendo más de nueve millones de empleos directos e indirectos (SOUZA, 1995).

2. Análisis Ergonómico

La definición de Ergonomía que encontrase en la última edición de el diccionario Aurelio, menciona: Ergonomía.s.f.1: Conjunto de métodos y técnicas empleadas para proyectar puestos e situaciones de trabajo. Esta definición apenas se detiene a etimología da palabra sen abarcar la finalidad de la disciplina (VIDAL, 1994).

2.1. Descripción general de la actividad del pedrero.

La actividad descrita es iniciada con la producción de las cajas para recibimiento de cloacas, ya que las etapas que anteceden son realizadas por los ayudantes de albañil.

Fotos da Atividade	Etapas	Partes do Corpo	Riscos
<p>Fig. 01</p> 	<p>1. El pedrero construye una base de ladrillos en forma de filas unida a otra camada.</p>	<p>La actividad exige con mayor prioridad la utilización de algunas partes del cuerpo, por ejemplo, tronco, miembros superiores y miembros inferiores.</p>	<p>Estimase que el pedrero asienta en media de 500 a 600 ladrillos por día y sabiendo que esa secuencia de tareas son repetidas en</p>
<p>Fig. 02</p> 	<p>2. Consiste en la colocación de anillos pre-moldados sobre la base formada</p>	<p>La tarea necesita más de la utilización de las siguientes áreas do cuerpo: Tronco y Miembros Superiores</p>	<p>medía de cuatro a cinco veces diariamente. Logo, observase que hay un número acentuado de flexiones y extensiones de tronco, cervical, miembros superiores y rodillas.</p>
<p>Fig.03</p> 	<p>3. Después de eso, hay el cerramiento de la caja es realizado con una tapa pre-moldada de concreto.</p>	<p>Ias regiones del cuerpo de mayor exigencia son el tronco, columna cervical y miembros superiores.</p>	<p>En la figura 2 puédase ver que allá de las observaciones anteriormente citadas hay también el factor peso que ese anillo de cimiento, pesando en aproximadamente 25 kg.</p>

En esa empresa fue observado que habían políticas de prevención a los accidentes de trabajo, sin embargo, los funcionarios no tenían una buena aceptación al uso de EPIs (Equipo de Protección Individual).

2.2. La ergonomía en la perspectiva de la terapia ocupacional

El trabajo de levantamiento de material hecho con equipamiento mecánico de acción manual deberá ser ejecutado de forma que el esfuerzo físico realizado por el trabajador sea compatible con su capacidad de fuerza y no comprometa a su salud o a su seguridad (NR.17, 2007).

“Por lo tanto, para un manejo de carga, primero, convén:

Reconocer que la distancia de las columnas e de las manos asegurando una carga tiene un papel muy importante, porque la columna lumbar es gravemente afectada se la carga es movida para distante o cerca del torso.” (KROEMER; GRANDJEAN, 2005, pág. 107).

Finger (1986) remarcaba que en un equipo multidisciplinar el terapeuta ocupacional está apto para actuar en otras áreas de acciones que las empresas pueden invertir proporcionar cualidad de vida al trabajador, entre ellas: controle del stress, prevención de enfermedades ocupacionales, reeducación nutricional, programas ante-tabaquismo / alcoholismo, combate a las drogas, relaciones humanas, aumento de la auto-estima, soporte social.

“... Una forma de raciocinio usada por terapeutas ocupacionales para comprender las actividades, los componentes de desempeño necesarios para hacerlas; y los significados culturales típicamente atribuidos a ellas.” (CREPEAU, 2002, p. 121).

Los terapeutas Ocupacionales, tanto en el sector publico como en el privado, realizan acciones cuyo objetivo es promover la salud del hombre en actividad – Situación de trabajo-, actuando en la promoción a salud, prevención de patologías del trabajo, AT (accidentes de trabajo), y en la rehabilitación de los trabajadores ya enfermos, integrándose en equipos multidisciplinarios y realizando acciones interdisciplinarias (WATANABE Y GONÇALVES, 2004).

3. Conclusiones:

Los trabajadores de la construcción civil constituyen un grupo de personas que realizan su ejercicio laboral en un ambiente insalubre y de modo arriscado. Como eses profesionales disponen de baja capacidad de reivindicación, en general, son atendidos de forma inadecuada en relación a los su remuneración salarial, alimentación y transporte.

Sendo así, esa industria es tendenciosa a una valorización de la pesquisa en ergonomía, por los terapeutas ocupacionales, una vez que los mismos desarrollan programas de prevención a lesión ocupacional y rehabilitación profesional.

4. Referencias:

CREPEAU, E.B. “Análise de atividades: uma forma de refletir sobre desempenho ocupacional.” In: Willard e Spackman. Terapia Ocupacional. 9ª ed. (Rio de Janeiro): Guanabara koogan, 2002. Cap. 12.

FINGER, J. A. O. “Terapia Ocupacional”. (São Paulo): Sarvier, 1986.

GRANDJEAN E; KROEMER. K. H. E.; “Manual de ergonomia: Adaptando o trabalho ao homem”. 5ª ed. (Porto Alegre): Bookman, 2005.

NORMA REGULAMENTADORA 17, 117.004-0 / 11. Ergonomia. Ministério do Trabalho e do Emprego.

Disponível em: < http://www.mte.gov.br/legislacao/normas_regulamentadoras/nr_17.asp > 2007, Brasil. Consulta em 09 de marzo de 2007.

SOUZA, R., et al. “Sistema de gestão de qualidade para em presas construtoras” (São Paulo): Pini, Brasil, 1995.

VIDAL, M.C. (1993 [1991]) - Os paradigmas em Ergonomia. Conferencia Central em el Seminario Paradigmas de Salud del Trabajador. DAMS/UFRJ, 1991. Reapresentado en el II Congreso Latino-Americano de Ergonomía, (Florianópolis), 1993.

WATANABE, M.; GONÇALVES, R.M.A. “Relações Conceituais entre Terapia Ocupacional em Ergonomia”. In: LANCMAN, S. (org.). Saúde, trabalho e Terapia Ocupacional. (São Paulo): Roca, Brasil, 2004.

5. Agradecimientos

Deseamos primeramente agradecer a nuestro Dios por su fidelidad, como también a nuestra familia, y en especial, a los nuestros padres. También estamos gratos a los trabajadores que se mostraran abiertos en la contribución de la pesquisa, y sobretodo, a constructora donde fueron extraídas las informaciones necesarias.

La Terapia Ocupacional y la Promoción de la Salud en el trabajo

Ciomara Maria Pérez Nunes – Terapeuta Ocupacional, Professora Orientadora do Departamento de Terapia Ocupacional DTO - UFMG

e-mail: ciomara_nunes@uol.com.br

Karina Ferreira de Oliveira – Terapeuta Ocupacional Pós Graduada em Saúde e Trabalho pela UFMG

e-mail: kakaufmg@yahoo.com.br

Marina Ferreira Duca - Terapeuta Ocupacional Pós Graduada em Saúde e Trabalho pela UFMG

e-mail: maducato@gmail.com

Sheyla Novaes Faria Sampaio – Terapeuta Ocupacional do Núcleo de Saúde do Trabalhador SMSa – SUS/BH, Pós Graduada em Saúde e Trabalho pela UFMG

e-mail: sherob@ig.com.br

Resumen:

Introducción y Objetivo: La Promoción de la Salud es tenida, como una herramienta eficaz en la reducción de las enfermedades provocados por la actividad laboral y en la mayor producción de las empresas. La terapia ocupacional se ha destacado como ocupación profesional con la capacidad de comprender las relaciones entre salud-enfermedad-trabajo, logrando intervenir, generando calidad de vida a los empleados de las empresas. El objetivo de este fue identificar artículos brasileños de diarios o periódicos indexados que traigan las acciones o propuestas de acciones de promoción de la salud para el empleado y de la realidad de actuación del terapeuta ocupacional com en esta situación.

Métodos: fueron realizadas búsquedas en las bases de datos SCIELO, (CIR)-FSP/USP, ENSP/FIOCRUZ e LILACS con las palabras clave Promoción de la Salud y Terapia de Ocupación mezcladas y como también en combinación con las palabras: salud del trabajador y trabajador. Los artículos seleccionados fueron analizados a través de la calidad de las evidencias a partir de la metodología de Práctica Basada en Evidencias (P.B.E.) propuesta por LAW, et al (1998).

Resultados: Fueron pre seleccionados 87 artículos para la lectura de los resúmenes, y de estos 6 artículos fueron analizados por el modelo de P.B.E.

Conclusion: El número de artículos que tratan de la intervención o propuesta de intervención en P.S. del trabajador es restringido, por más que, conceptualmente, la P.S. se presente como herramienta eficaz para la reducción de las enfermedades del trabajo. **El terapeuta ocupacional aparece como un profesional capaz de implantar acciones de P.S. en el sitio de trabajo, buscando la mejora de las condiciones de salud de los trabajadores y el aumento de la producción de las empresas.** Desta forma, deben ser desarrollados estudios que traten de la intervención en la P.S. con los trabajadores resaltando índices que puedan dimensionar su efectividad.

Palabras –clave: promoción de la salud, salud del trabajador y terapia de ocupación

Introducción

El escenario actual del mundo laboral caracterizado por la globalización e innovación tecnológicas es acentuado por grandes y rápidas transformaciones en relaciones laborales. La búsqueda de las empresas por calidad, productividad y competencia tiene como efectos colaterales: el acelerado ritmo de trabajo; los cambios en la organización y en la forma de producción; la aparición de nuevas especializaciones profesionales; el aumento de cesantía y trabajos informales; el traspaso, a trabajadores que no pertenecen a la lista de empleados de

una empresa, funciones ejercidas por empleados de esa misma empresa y, principalmente, la formación de una clase de trabajadores que han sufrido accidentes en el trabajo^(1 y 2).

En la década de los 90, según datos del INSS⁽³⁾, el número de muertos por accidentes en el trabajo en Brasil fue de 3.634 personas y el número de inválidos por el trabajo fue de 5.217. En 2005, fueron registrados 2.706 muertos y 30.334 inválidos. Analizando los datos, se puede notar que las prácticas preventivistas, centradas en los accidentes laborales y en la eliminación de los riesgos han sido efectivas para disminuir el número de muertos, sin embargo, se nota que ese logro se ve reducido en relación al número de inválidos, producto de las nuevas formas de organización del trabajo. De esta forma, se hace necesaria la implementación de estrategias que estimulen el avance de los logros de prevención destinados a mejorar las condiciones de salud y calidad de vida, poniendo énfasis al incremento de la productividad y competencia de las empresas⁽⁴⁾.

La Promoción de la Salud nace a partir de la preocupación con los límites de la medicina y por lo tanto, contempla la visión positiva de la salud, englobando acciones educativas que se diferencian de la educación en salud para promover cambios colectivos, envolviendo los sectores internos, la autonomía y el empowerment. La base de la Promoción de la Salud es la capacitación del individuo para elegir las condiciones de vida más saludables⁽⁵⁾. El concepto de Promoción de la Salud fue definido en la I Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, en Canadá, que fue escrito en la Carta de Ottawa en 1986, donde como:

[...] proceso de capacitación de la comunidad para actuar en la mejora de su calidad de vida y salud, incluyendo una mayor participación en el control de este proceso. Para llegar a un estado completo de bienestar físico, mental y social los individuos y grupos deben saber identificar aspiraciones, satisfacer necesidades y cambiar el medio ambiente para mejor⁽⁶⁾.

En el mundo laboral, individuos más saludables son también más productivos y la empresa, por consiguiente, se hace más competitiva. De esta forma la Promoción de la Salud puede presentarse como una herramienta efectiva para la reducción de los accidentes en el trabajo y el incremento de la productividad.

El terapeuta ocupacional es un profesional del área de la salud que tiene como objetivo de estudio, el entendimiento de las relaciones del hombre con el trabajo en un contexto. Este entendimiento global y contextualizado del trabajador es un determinante que ayuda a la producción y fortalecimiento de la capacidad de elegir por una vida saludable, prioridad de la Promoción de la Salud.

Los presupuestos de este trabajo son que la Promoción de la Salud puede ser una rama de la Salud Pública eficiente para optimizar la aplicación de recursos o inversiones en salud

reduciendo los gastos de la Previdencia Social y del sector privado; y, el Terapeuta Ocupacional es un profesional del área de la salud capacitado para actuar en Promoción de la Salud del trabajador.

El presente trabajo propone hacerse una revisión bibliográfica sobre la intervención o propuestas de intervención de Promoción de la Salud para la población trabajadora y reflejar sobre las posibilidades de actuación de la Terapia Ocupacional en esa área.

Metodología

El trabajo se configura como revisión bibliográfica comentada, sistematizada en el modelo de Práctica Basada en Evidencia (PBE)⁽⁷⁾, que es una de las herramientas del razonamiento clínico y de la práctica reflexiva. Configurase en la utilización de la mejor evidencia disponible en pesquisas para dar soporte a clínica, o sea, es una conexión entre la información científica y la ocupación profesional^(7 e 8).

Fue realizada una búsqueda sistemática de la literatura en el periodo de mayo a septiembre de 2006. El conjunto de estudios analizados fue identificado en las bases de datos: SCIELO; (CIR)-FSP/USP; ENSP/FIOCRUZ; LILACS; OPAS y WHOLIS. Las palabras claves utilizadas fueron: promoción de salud y terapia ocupacional combinadas entre si, y también combinadas con el trabajador, salud del trabajador y trabajadores.

Fueron establecidos los siguientes criterios de inclusión: artículos de periódicos indexados publicados en el periodo de enero de 1990 a septiembre de 2006; la palabra clave promoción de salud debería aparecer como descriptor de temas asociados a las palabras: terapia ocupacional, trabajador, trabajadores o salud del trabajador, que a su vez pueden aparecer en el título, síntesis o en descriptores del tema; artículos publicados en portugués, artículos que tratasen específicamente de propuestas de intervención o de intervención, propiamente tal para la promoción de salud del trabajador.

El Critical Review Form – Qualitative Studies (Ruta para revisión crítica – estudios cualitativos)⁽⁷⁾ basados en el modelo de PBE, fue aplicado en los artículos seleccionados y estos fueron analizados según objetivos específicos, muestras, dibujos del estudio y principales resultados.

Resultados

La pesquisa inicial realizada en las bases de datos electrónicas mencionadas identificó 6.089 referencias, con la palabra clave promoción de salud. Aplicados los puntos de corte descritos se nota que las bases de datos OPAS y WHOILIS no incluyeron artículos en ese

estudio. En las demás bases fueron identificados 313 referencias: 3 de la combinación de los términos de promoción de salud con terapia ocupacional; 132 de la combinación de los términos de promoción de salud y trabajador; 135 de la combinación de promoción de salud y trabajadores y 43 de la combinación entre promoción de salud y salud del trabajador. La lectura del título dio paso a la identificación de artículos en idioma extranjero y estos no fueron incluidos en el estudio, quedando 188 referencias en portugués de las cuales fueron eliminadas tesis, conferencias, capítulos de libros, quedando 87 artículos.

Fue hecha una lectura sistemática de los resúmenes, lo que dio paso a la eliminación de: 7 artículos publicados antes de 1990; 40 artículos que se referían a la promoción de salud del trabajador pero que no dejaban explícitos ningún tipo de intervención o propuesta de intervención; 4 artículos sobre promoción de salud pero que no tenían relación con la población trabajadora y 11 artículos que se referían a una categoría profesional específica, como nutrición, odontología y otras, quedando 25 artículos.

En estos 25 artículos restantes, fueron identificados 19 sobre posiciones entre las bases de datos quedando 6 artículos: 3 en la base SCIELO y 3 en la base LILACS, en los cuales, fue utilizado el Critical Review Form – Qualitative Studies (Ruta para revisión crítica – estudios cualitativos)⁽⁷⁾.

Discusión

De los estudios analizados, cuatro investigan y proponen acciones de Promoção da Saúde, pero no implementan las acciones^(9, 10, 11 y 12), siendo tres volcados a profesionales de salud^(9, 11 y 12) y un a trabajadores de una industria petroquímica⁽¹⁰⁾. Todos investigaron el perfil socio-demográfico de los trabajadores e identificaron aspectos relevantes a los trabajadores a ser incluidos en el programa de Promoção da Saúde.

Las acciones volcadas a la Promoción de la Salud fueron descritas en dos artículos^(13 e 14) un volcado a trabajadores de salud⁽¹⁴⁾ y otro a trabajadores de una industria de transformación mecánica⁽¹³⁾. En este último el programa de Promoção da Saúde fue desarrollado por Terapeutas Ocupacionales. Ambos artículos no hacen una evaluación previa o posterior a las acciones de Promoção da Saúde con el fin de identificar los efectos de ese tipo de intervención⁽¹³⁾.

El estudio realizado por la Terapia Ocupacional se distinguió de los otros por posibilitar la expresión individual de los trabajadores en la intervención colectiva, donde estos tuvieron la oportunidad de reflejar sobre los propios sentimientos a partir del trabajo y

despertar su conciencia para elecciones por estilos de vida más saludables, que es el objetivo de la Promoción de la Salud.

Los estudios encontrados abordan principalmente el ámbito del desarrollo de habilidades individuales como factor clave en la promoción de salud. Sin embargo, es importante destacar que programas de Promoción de la Salud poseen estrategias más completas de acuerdo a lo mencionado en la Carta de Ottawa⁽⁶⁾, que incluyen: elaboración e implementación de políticas públicas saludables, creación de ambiente favorable a la salud, fortalecimiento de la participación comunitaria y reorientación de los servicios de salud.

Conclusión

La pesquisa sistemática de revisión literaria de artículos en periódicos indexados, facilitó la contextualización detallada acerca del tema Promoción de la Salud y culminó en la convicción de la importancia de esa nueva perspectiva en salud del trabajador, para atender a los fallos del sector público y optimizar los gastos con salud del sector privado.

El número de artículos que se refieren a la intervención o propuesta de intervención en Promoción de la Salud del trabajador es restricto y eso se debe a factores como: concepto reciente con poco más de una década; disminución de inversiones políticas en el área de la promoción; los trabajos publicados priorizan la identificación de riesgos, sugieren, pero, sin la implementación de programas de Promoción de la Salud; falta de desarrollo de metodologías evaluativas de ese tipo de programa que puedan comprobar su efectividad y deficiencia de publicación de experiencias que puedan incentivar a otras.

Aunque la revisión de literatura haya encontrado pocos estudios de análisis sistemáticos sobre resultados de intervención, durante la búsqueda fue posible identificar que innúmeros autores han cuestionado las prácticas de prevención y, principalmente, se han preocupado con la situación actual de los trabajadores debido a: números de invalides, nuevas formas de invalidez, montante anual gasto con salud tanto en sectores públicos como privados.

El análisis de los artículos permitió visualizar que la propuesta conceptual de la Promoção da Saúde para el trabajador es una herramienta efectiva para la disminución de accidentes de trabajo e incapacidades y que el terapeuta ocupacional es un profesional capacitado para actuar en programas específicos del mundo laboral. De esta forma estudios sobre los efectos de las acciones de Promoção da Saúde en lugar de trabajo deben ser estimulados, así como los de actuación del terapeuta ocupacional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BUSS, P. M., 2000. *Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciênc. Saúde Coletiva*, 5 (1): 163-177.
2. LANCMAN, S.; SANTOS, M. C.; ROMERO, M.; BONEQUINI, R., 2003. *Informar e refletir: uma experiência de terapia ocupacional na prevenção de riscos à saúde do trabalhador. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 14 (1): 1-9, jan./abr.
3. INSS. Disponível em: <http://www.mpas.gov.br>. Acesso em novembro de 2006.
4. HAHN, M. S., 1995. *A Promoção da Saúde e Terapia Ocupacional. Rev. Centro de Estudos de Ter. Ocup*, 1(1).
5. LIVEIRA, D., L. de, 2005. *A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. Rev. Latino-Am. Enfermagem*: vol. 13, no. 3, pp. 423-431.
6. BRASIL, 2002. *Ministério da Saúde. As Cartas de Promoção da Saúde. Brasília, DF.*
7. LAW, M.; STEWART, D.; LETTS, L.; POLLOCK, N.; BOSCH, J.; WESTMORLAND, M. *The Critically Appraised Topic - CAT - McMaster University - Canadá) Critical review from quantitative studies. Disponível em <<http://www.fhs.mcmaster.ca/rehab/ebp>>. Acesso em setembro de 2006*
8. SAMPAIO, R. F; MANCINI M. C e FONSECA, S. T., 2002. *Produção Científica e Atuação Profissional: aspectos que limitam essa integração na Fisioterapia e na Terapia Ocupacional. Revista brasileira de fisioterapia*, vol6, n 3 : p. 1-6.
9. NASCIMENTO, C.; MENDES, I. J. M., 2002. *Perfil de saúde dos trabalhadores de um Centro de Saúde-Escola. Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 10 (4): 502-508, jul.
10. CARRILLO, L.; PIEDADE, L.; MAURO, M. Y. C., 2003. *Uso e abuso de álcool e outras drogas: ações de promoção e prevenção no trabalho. Rev. Enfermagem UERJ*, 11(1): 25-33.
11. CAMARGO, R. A .; BUENO, A. A.; VILLELA, S. M., 2003. *Lazer, a vida além do trabalho para uma equipe de futebol entre trabalhadores de hospital. Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 11 (4): 490-498, ago.
12. MANETTI, M. L.; COSTA, J. C. S. de., 2006. *Prevenção de acidnetes de trabalho com amterial biológico segundo o modelo de Green e Kreuter. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre (rs), mar: 27 (1): 80 – 91.*
13. MEDEIROS, M. H. R.; DAKUZAKU, R. Y.; GARVES, W. C. T., 1999. *A dor do trabalho: reflexões a partir de uma intervenção de terapia ocupacional junto a um grupo de trabalhadores dentro da indústria. J. bras. Psiquiatria*, 48(11): 509-12, nov.
14. MENDES, I. J. M. et al, 1994. *Um programa sobre promoção da saúde do adulto para trabalhadores em saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2 (1): 95-108, jan.

La calidad de la vida en la visión de los graduandos de la terapia ocupacional

Átala Lotti Garcia – terapeuta ocupacional , maestra en la atención a la salud colectiva para el PPGASC/Universidad federal del Espirito Santo - UFES; profesor del curso de la terapia ocupacional de la universidad de la salud y del ambiente de la Victoria, Espirito Santo, El Brasil.

Rua Tobias Barreto s/n bl.705-B ap 402

Vila Velha-E.S

CEP: 29102-620

atalagarcia@hotmail.com

Samira Lima da Costa - Terapeuta Ocupacional, doutoranda en Psicosociologia de las Comunidades y Ecologia Social – Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, Brasil.

Rua Tobias Barreto s/n bl.705-B ap 402

Vila Velha-E.S

CEP: 29102-620

biasam@uol.com.br

Te: 55-27-3235-1244

Flávia Mazentelli

Flávia Mazitelli de Oliveira

Formação: Terapeuta Ocupacional, UFSCar 2000

Merstrado em Educação - UNESP 2005

La calidad de la vida en la visión de los graduandos de la Terapia Ocupacional

Resumen

El estudio buscó, a partir de la visión de los alumnos del último año del curso de Terapia Ocupacional, discutir la necesidad de un nuevo perfil del profesional de Terapia Ocupacional tendo como meta la Calidade de Vida dos sus clientes. Se considera la importância de que, dentro de esta perspectiva, formen profesionales de Terapia Ocupacional concientes da esencialidad de la Calidade de Vida na abordagem en Terapia Ocupacional. El objetivo del trabajo fue proponer el debate sobre este nuevo perfil del profesional em Terapia Ocupacional voltado para la importância de la Calidade de Vida, visando mejor atender las complejas cuestiones que la modernidad presenta para la salud. La metodología adotada fue del tipo cualitativa, descriptiva e exploratória a respecto del tema. Para tratamiento de los datos obtidos fue utilizada la modalidad temática de análise de conteúdo. Las categorías temáticas foram: Importância del estudio sobre Calidade de Vida y Inovaciones y câmbios em el cotidiano del Terapeuta Ocupacional. En los relatos de los graduandos de Terapia Ocupacional es possible evidenciar que la mayoría se posicionó positivamente en relación à importância de dar ênfase à la calidade de vida en la salud, aunque la a mayoría también verifique que, en la práctica, o ideal de esta propuesta está distante. Partindo de uno concepto amplo del proceso salud-enfermedad y de sus determinantes, de la articulación de saberes técnicos y populares y de la movilización de recursos institucionales y comunitarios, públicos e privados, consideramos que la variável Qualidade de Vida ofereça aquilo que temos identificado como meta das profissões de saúde. Por este motivo, la formación de nuevos terapeutas ocupacionais debe tener un perfil volvido para la Calidade de Vida, objetivando mejor atender las complejas cuestiones que la modernidad presenta para la salud.

Palavras-Clave: Terapia Ocupacional; educación; Calidad de Vida

La terapia ocupacional es una de las profesiones de la área de la salud que desarrolla actividades de la promoción y de la prevención, de la recuperación y de rehabilitación de la salud, se hace responsable de la calidad de la vida de sus pacientes. Todas las modalidades de la ayuda mencionan el ambiente y su impacto a él en el humano; a calidad de vida é un presupuesto que debe ser siempre incluído para integrarse entre estos componentes. Los profesionales de Terapia Ocupacional deben tener un proyecto de intervención perspectivando siempre a calidad de vida. Para tal, el nuevo perfil del profesional de Terapia Ocupacional deve contemplar como meta de este profesional la Calidad de Vida de sus clientes. Se considera la importancia de que, dentro de esta perspectiva, formen profesionales de Terapia Ocupacional concientes de la esencialidade de la Calidad de Vida en la abordage en la Terapia Ocupacional.

Así, el objetivo de este trabajo es discutir, la visión de los alumnos del año pasado de la graduación en terapia ocupacional en la importancia práctica de la “calidad de la vida ” en el período profesionalizante del treinamento la necesidad de un nuevo perfil del profesional en Terapia Ocupacional vuelto para la importancia de la Calidad de Vida, para mejor atender las complejas cuestiones que la modernidad apresenta para la salud.

Se trata de un estudio de la naturaleza calicativa, del tipo descriptiva e exploratória al respecto de la opinión de los graduados del séptimo e octavo período de Terapia Ocupacional sobre la importância de la calidad de vida en la realización del plano de tratamiento en el ano de 2006.

La pesquisa calitativa presupuene llevar en consideracion el sujeto del estudio, sus creencias, sus valores e significados. Para el tratamiento de los datos obtenidos fue utilizada la modalidad temática de análisis de contenido propuesta por Bardin (1). Las categorías temáticas fuerom: Importância del estudio sobre Calidad de Vida, Inovaciones y mudanzas en el cotidiano del Terapeuta Ocupacional e transformaciones en el plano del tratamiento del terapeuta ocupacional. Por tanto fueron recoletados relatos y narrativas de los alumnos del último año del curso de graduação em terapia ocupacional sobre lo que piensan de la Calidad de Vida de sus pacientes, y como verifican esa variante en sus prácticas del estágio profesionalizante con los pacientes.

En las historias de los graduandos de la terapia ocupacional es posible evidenciar que la mayoría establecida positivamente en lo referente a la importancia para dar énfasis a la calidad de la vida en la salud. Sin embargo, la mayoría también verifica que en el o ideal práctico de esta oferta sea distante. Consideramos importante incluir una visión em este contexto en relación al futuro, esto es, como el profesional que actuará podrá incluir Calidad

de Vida delante del contexto cada vez mas complejo en el Brasil debido a los niveles de desigualdad en el que a población se encuentra submetida.

En la literatura se relacionó con el área de la salud que el concepto de la calidad de la vida se parece presentar significados diversos. Aunque no todavía existir un consenso en lo referente a la definición, la organización mundial de la salud - OMS (2) define la calidad de la vida como “la opinión del individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en los cuales ele vive e en relación a los sus objetivos, expectativas, padrones y preocupaciones”. La expresión calidade de vida es un termino compartí lado por los cientistas sociales, filósofos y políticos. La preocupación con el concepto de calidade de vida refere-se a um movimento dentro de las ciências humanas y biológicas que procura valorizar parâmetros mas amplos que el controle de sintomas, la disminución de la mortalidad o el aumento de la expectativa de vida. Assunção Jr. et al. (2000) (3) afirman que la calidade de vida representa uma tentativa de nomear algunas características de la experiência humana, siendo elle el fator central que determina la sensación subjetiva del bem-estar.

Conforme Minayo, (2000) (4), la calidade de vida es una noción eminentemente humana que se aproxima del grado de satisfacción encontrado en la vida familiar, amorosa, social y ambiental. Presupone una sintiese cultural de todos los elementos que determinada sociedad considera como su padrão de conforto y bem-estar. Los varios modos de vida y las condiciones de vida se inter-relacionan con los ideales de desenvolvimiento sustentable, ecología humana y democracia.

Este concepto envía, por lo tanto, a una relatividad cultural, por lo tanto uno está sobre una construcción social y se determina históricamente, concebido según el grado de desarrollo de una sociedad específica. Parámetros subjetivos (bienestar, felicidad, amor, placer, inserción social, libertad, solidaridad, espiritualidade, realização pessoal) y objetivos (satisfacción de las necesidades básicas y de las necesidades criadas pelo grado del desenvolvimiento econômico y social de determinada sociedade: alimentação, acceso à la agua potable, habitación, trabajo, educación, salud y lazer) se interagem dentro da cultura para constituir a noción contemporânea de calidad de vida.

En el campo económico, la evaluación de la calidad de la vida asiste a la definición de los costes de la relación ventaja, en el impacto que una enfermedad, la fatiga o la inhabilidad y la poder mental se determinan en la capacidad productiva de un ciudadano, más allá de evaluar la calidad de los recursos disponibles de la salud (ÉXITO, 1998) (5).

El debate sobre calidade de vida e saúde tiene también razonable tradición tanto em el Brasil quanto en la América Latina. Se tiene realizado revisões sobre estudos que relacionan

condiciones de vida y saúde. Nos trabalhos relacionados à epidemiologia social, ciências sociais e saúde coletiva, se destacan en sus trabajos pioneros de Josué de Castro, Samuel Pessoa, Hugo Bemh (Chile), e otros mas recientes, como os de Breilh y Gandra, em el Ecuador; Laurell, no México; e Monteiro, Possas, Arouca, y el próprio autor, Buss, no Brasil, todos de cuño teórico-conceptual o que demuestran as mencionadas relaciones através de trabajos empíricos (BUSS, 2000) (6).

Consideraciones finales:

Los profesionales de salud son un de los segmentos responsables sobre las repercusiones positivas y negativas que las políticas públicas tiene sobre la situación de salud y las condiciones de la vida. Los cambios del legislación y la introducción de inovaciones em las políticas de la salud pueden ocasionar impulso à la calidade de vida y las condiciones de la salud de la población sobre la óptica da promoción de la salud (BUSS, 2000) (6).

La Calidade de Vida representa uma estratégica promisoría para enfrentar los múltiples problemas de la salud que afectan las poblaciones. Partiendo de um concepto amplio del proceso salud-enfermedad y de sus determinantes, se propone la articulación de los saberes técnicos y populares, y la movilización de recursos institucionales y comunitarios, públicos e privados, para su enfrentamiento e resolución. Por este motivo, la formación de nuevos terapeutas ocupacionales debe tener un perfil volvido para la Calidade de Vida, objetivando mejor atender las complejas cuestiones que la modernidad presenta para la salud.

REFERÊNCIAS

(1) BARDIN L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.

(2) ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS)/ ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA. Promoción de la salud: uma antologia. Washington: OPAS; 1999. Primera sección-desarrollo de la estructura.

(3) ASSUMPÇÃO Jr. FB et al. 2000. Escala de avaliação de qualidade de vida (AUQEI Autoquestionnaire Qualité de Vie Infant Imagé). **Arq Neuropsiquiatr**; 58:20-8.

(4) MINAYO M.C.S, Hartz Z.M.A, Buss P.M. 2000. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc Saúde Coletiva**; 5:7-18.

(5) SUCESSO, E. 1998. **Trabalho e qualidade de vida**. Editoras Qualiymark edit E Dunga Edit. (Rio de Janeiro, Brasil).

(6) BUSS, P. M.; LABRA, M. E. 1995. **Sistemas de Saúde: continuidades e mudanças**. Editoras HUCITEC e FIOCRUZ, (São Paulo e Rio de Janeiro, Brasil). 61-102.

Policización del Pulgar – Estudio de Caso

Dos Santos Cutrim Garros*, Danielle; Guzzo**, Regina Aparecida Rossetto, Da Costa***, Antônio Carlos; Chakkour****, Ivan.

Hermandad Santa Casa de Misericordia de San Pablo

Introducción:

La ausencia del pulgar es una anomalía congénita que compromete la capacidad de desempeño ocupacional. Este estudio se basó en un caso de polinización del pulgar izquierdo; técnica quirúrgica que realiza la transferencia de un dedo para la región y función del pulgar, desde el periodo pre operatorio hasta la adaptación funcional.

Objetivo: desenvolver un protocolo terapéutico ocupacional en la polinización.

Método: en el periodo pre - operatorio fue realizada una evaluación inicial de identificación, antecedentes familiares, medidas de independencia funcional, análisis de actividades de la vida diaria, medida canadiense de desempeño ocupacional, sensibilidad (monofilamentos, gnosis, táctil, térmica y dolorosa) y plan de tratamiento. En la primera semana, se realizó entrenamiento de las actividades de la vida diaria, orientación para el posicionamiento del miembro superior afectado. En la segunda semana, se retiró la tala con el objetivo de movilizar las articulaciones, masaje cicatricial y control de edema. En la sexta semana, se retiró la tala, se realizó movilización pasiva y activa del pulgar, se confeccionó órtesis para la abducción del pulgar, se trabajó en actividades funcionales dirigidas y entrenamiento en actividades de la vida diaria. Octava semana, la órtesis fue seriada y se agregó al plan de tratamiento el aumento de fuerza muscular, fue realizada la re - evaluación para el alta funcional.

Resultados: la independencia funcional presentó una mejora del 14 %, con una alteración en el área de auto-cuidado, es decir, en las actividades que necesitan del uso específico de la mano. En el análisis de actividades de la vida diaria, presentó una mejora del 50 %. En la medida canadiense de desempeño ocupacional, una media de 7,5. La sensibilidad se encuentra preservada.

Conclusión: 13 años usando la mano sin oponencia dan como resultado una adaptación funcional limitada y dependiente en la realización de las actividades de la vida diaria, repercutiendo esto en su autoestima, disminuyéndola y aumentando las problemáticas referentes a la etapa de la vida en que se encontraba, la adolescencia.

Un programa de tratamiento que no se reduzca al procedimiento quirúrgico sino también que incluya la preocupación funcional a través de un entrenamiento seleccionado, demuestra un resultado satisfactorio no solo en el aspecto físico, sino también en lo psicosocial y cognitivo.

INTRODUÇÃO

La ausencia del pulgar es una anomalía congénita que compromete la capacidad laboral en las áreas del desempeño ocupacional². El estudio fue sobre un caso de pulgarización del pulgar izquierdo, técnica quirúrgica donde se realiza la transferencia de un dedo para la región y función del pulgar, desde el periodo que antecede la operación hasta la adaptación de la función.

Paciente de sexo femenino, 13 años, estudiante, diestra, procedente de San Pablo, enviada en el 2006 al departamento de ortopedia de la Santa Casa de San Pablo, con diagnóstico de mano aveza radial y ausencia bilateral del pulgar para su tratamiento. Como antecedente familiar presenta madre, tía, tío y abuelo maternos con ausencia del pulgar y sin intervención quirúrgica; y con padre y cuatro hermanos sanos. Madre niega complicaciones durante la gestación, y refiere nacimiento por cesárea. En diciembre de 1996 fue realizada la centralización del carpo, osteotomía de la ulna e resección de la primera fila del carpo izquierdo. En marzo de 1999 fue realizada la pulgarización del 2º dedo derecho y en diciembre de 2006, la pulgarización del 2º dedo izquierdo. OBJETIVO: Normatizar un protocolo terapéutico ocupacional en la pulgarización.

MÉTODO: Se realizó un seguimiento así: evaluación inicial antes de la cirugía, identificación, antecedentes familiares, Medida de independencia funcional, análisis de las actividades de la vida diaria, medida canadiense de desempeño ocupacional, sensibilidad (monofilamentos, gnosis táctil, térmica-dolorosa). Plan de tratamiento: 1ª semana: entrenamiento en actividades de la vida diaria y orientación en posiciones del miembro superior; 2ª semana: retiro de la férula para movilización de las articulaciones, masaje cicatrizal y control de edema; 6ª semana: retiro de férula, movilización pasiva y activa del pulgar, confección de la órtesis para abducción, actividad funcional dirigida, entrenamiento en actividades de la vida diaria; 8ª semana: ganancia de la fuerza y remodelado de la órtesis, evaluación final para el alta, después de 3 meses de tratamiento.

RESULTADOS:

En relación a la sensibilidad: presento pérdida de la sensibilidad protectora y discriminativa entre caliente-frío en la región de la cicatriz, en los otros sectores presento sensibilidad conservada. Gnosis táctil positiva.

Gráfico 1: Medida de Independencia Funcional

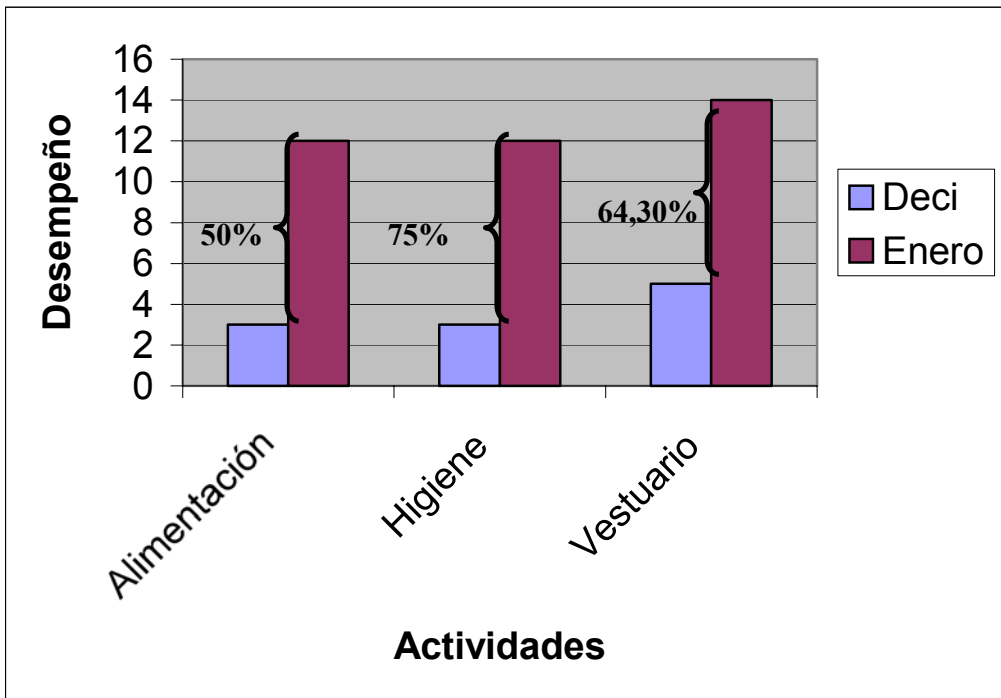
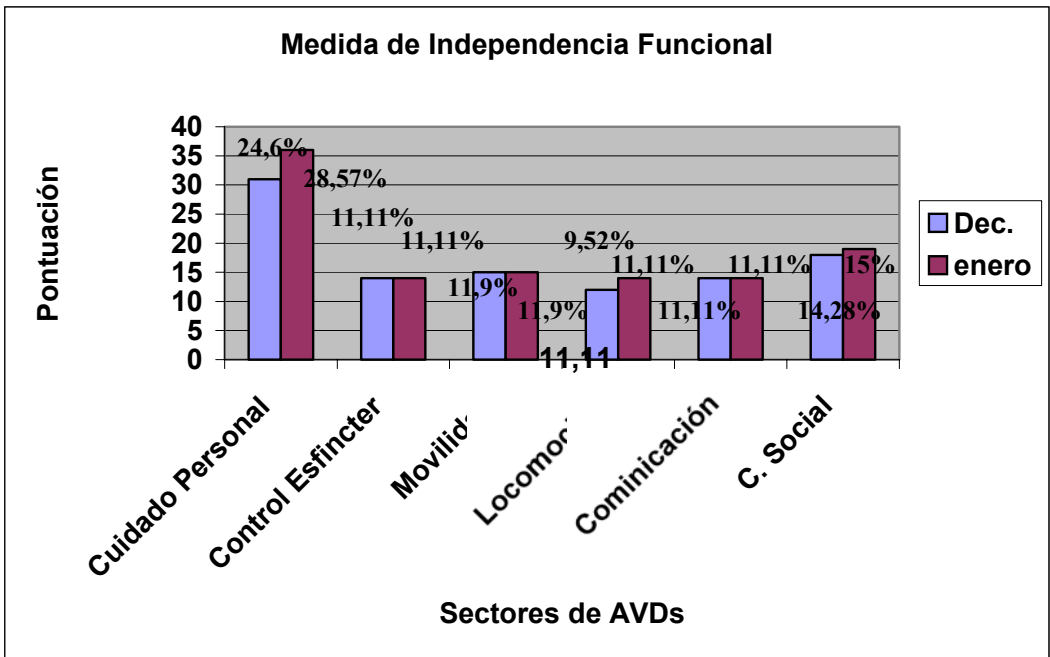
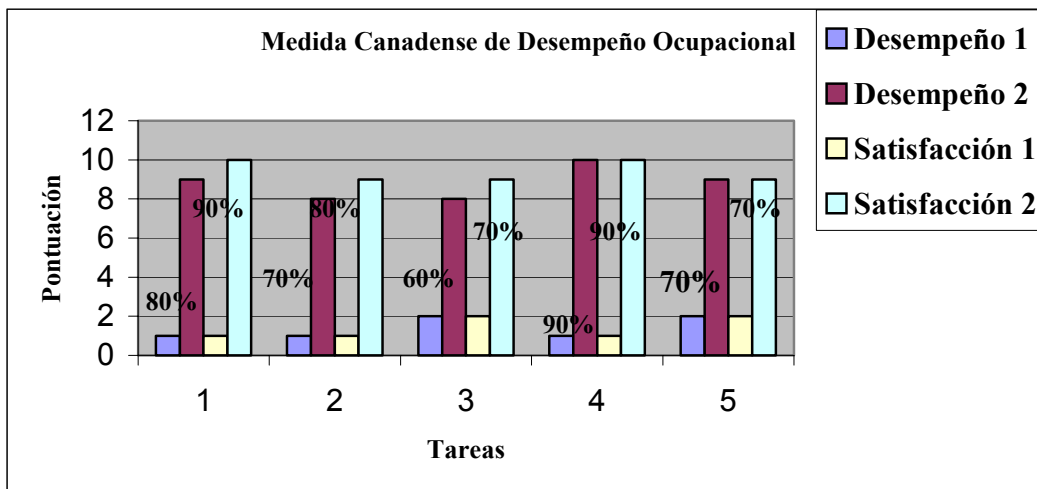


Gráfico 3: Medida Canadiense de Desempeño Ocupacional



- 1- **Coger el cabello**
- 2- **Agarrarse em el autobús**
- 3- **Coger los cubiertos**
- 4- **Agarrar una bola con las dos manos**
- 5- **Poner un asiento en su lugar**

DISCUSIÓN:

En los análisis de las actividades de la vida diaria, se partio de la realización de tareas con dificultad hasta tareas sin dificultad, como en las tareas de agarrar un vaso, llevarlo hasta la boca, secar loza, utilizar fogón, lavarse la cara, limpieza íntima, poner pantalones, cerrar cremallera, ponerse medias; en las tareas de coger un plato, un cubierto, picar alimentos, utilizar tenedor y cuchillo, cepillarse los dientes, peinarse el cabello, limpiarse las uñas, ponerse la camisa, abotonar, amarrar los cordnes, esto lo consiguio realizar sin dificultad, como se muestra en el gráfico 2¹. Ahora la paciente se encuentra independiente en su cuidado personal y alimentación. Como lo muestra el gráfico 1 de Medida de Independencia Funcional, en el que se contempla una ganancia de 4% en su cuidado personal y en actividades que necesita más específicamente la utilización de la mano. El protocolo utilizado con la inclusion del entrenamiento de la función, favorece la organización del sector cerebral, responsable por la representación del movimiento de determinada región, lo que consecuentemente lleva a una ganancia de amplitud del movimiento y uso funcional, aportando al procedimiento quirúrgico. En la medida canadiense de desempeño ocupacional presento: en lo relacinado al desempeño presento

una alteración de 7,4 y en satisfacción una alteración de 7,8 (máximo 9), destacando como tareas con prioridades que deban mejorar en el aspecto del desempeño y satisfacción, coger el cabello, agarrarse en el autobús, coger los cubiertos, agarrar una bola con las dos manos, poner un asiento en su lugar.

CONCLUSIÓN: 13 años de utilización de la mano sin oponente llevaron a una adaptación funcional parcial de la paciente que la hacia dependiente de otras personas para realizar sus actividades diarias, disminuyendo su autoestima y aumentando los problemas asociados a la adolescencia. Un programa de tratamiento asociado a el procedimiento quirúrgico y con el acompañamiento funcional a traves del entrenamiento seleccionado, resulta en satisfactorio, no sola en el aspecto físico, sino también en lo psicosocial y cognitivo.

REFERENCIAS:

1-CC; GJ. Client-centred practice in occupational therapy: a guide to implementation, Harcourt Brace & Company, 1999.

2-HHS. Pollicization for congenital deformities of the hand. *Poc.roy.soc. Med.* Volume 66 july 1973 (634-637).

3-PJ,AG. Cirurgia da mão lesões não-traumáticas. São Paulo: Medsi,1990.

SLING EN HOMBRO DOLOROSO POST ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR CASO CLINICO

Miriam Elorriaga

Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur

INTRODUCCION

El hombro doloroso es una de las complicaciones mas frecuentes del Accidente Cerebro Vascular. Objetivo: estudiar el dolor de hombro con subluxación y el uso del sling convencionales y el sling rediseñado denominado “tipo deltoides”

MATERIAL Y METODO

En el año 2005, un caso de hemiplegía, hombro doloroso subluxación, varón de 62 años de edad se realizo radiografias con los sling convencionales y el “tipo deltoides”; se utiliza la escala analógica visual para el registro del dolor, tiempo de uso de una semana: previamente se registró el dolor sin uso de sling y luego con sling. Previamente se realizaron las siguientes evaluaciones: CARACTERISTICAS ESCAPULOTORACICO, TONO MUSCULAR, EVALUACION DE LA MOVILIDAD ACTIVA, EVALUACIÓN GONIOMÉTRICA, FIM-FAM (MEDIDA DE LA INDEPENDENCIA FUNCIONAL)

RESULTADOS

El registro de dolor sin uso de swing fue de valor 8 de la escala analógica visual posteriormente uso el sling una semana: sling convencional de “rodillo axilar, cruzado en espalda” valor 6, sling común “tipo ocho” valor 5, sling “tipo deltoides” valor 5. Se observó que el sling “tipo deltoides” proporciona muy buena sensopercepción y liberación del miembro superior para la realización de movimientos.

FOTOS DE SLING TIPO DELTOIDES
FOTOS DE SLING CONVENCIONALES

CONCLUSION

La presencia de dolor de hombro resulta significativamente incapacitante para el paciente para lograr su máxima independencia funcional. Se propone confeccionar el cabestrillo “tipo deltoides”, realizar movilización precoz y cuidado postura.

“PRÁCTICA PROFESIONAL DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES CHILENOS EN EL PROCESO DE INTEGRACIÓN EDUCATIVA”

Realizado por: Esperanza Araya Orellana¹, Catalina Araya Saavedra², Pamela Caro Vines³, Alejandra Espinosa Valderrama⁴ y Claudia González Godoy⁵; TO guía: Dalila Goudeau Radical.⁶

RESUMEN

Objetivos: Conocer características demográficas, de formación profesional, y características de la **práctica profesional** de Terapeutas Ocupacionales que apoyan los **procesos de integración educativa** al Sistema Educativo Regular, en las regiones Quinta y Metropolitana, durante el año 2005.

Metodología: Estudio no experimental, transversal y descriptivo, muestra no probabilística, constituida por 41 Terapeutas Ocupacionales. Se construye el instrumento “Cuestionario para Terapeutas Ocupacionales en Educación Regular”, la muestra se subdivide en Terapeutas Ocupacionales que trabajan en Proyectos de Integración Escolar (PIE) y estrategias complementarias (SIN PIE).

Resultados y conclusiones: Existen Terapeutas Ocupacionales apoyando procesos de integración educativa, con diferencias en la práctica profesional entre ambas estrategias. Se desempeñan en Quinta Región y Metropolitana, egresan de Universidad de Chile y Universidad de Playa Ancha de Ciencias de la Educación, se perfeccionan en distintas áreas, la mayoría no realiza publicaciones. Diferencias en condiciones laborales y población intervenida; similitudes en nivel educativo de los estudiantes que reciben el apoyo y marcos teóricos utilizados. Ambos grupos evalúan distintos ámbitos del **desempeño ocupacional**, preferentemente con instrumentos no estandarizados; incluyen actividades en el **contexto de desempeño escolar** físico y social, modalidad de trabajo individual y grupal, y otras

¹ Terapeuta Ocupacional, Licenciada en Ciencias de la Ocupación, Universidad de Playa Ancha de Ciencias de la Educación.

² Ibid N° 1

³ Ibid N° 1

⁴ Ibid N° 1

⁵ Ibid N° 1

⁶ Magíster en Pedagogía Universitaria (C) Universidad de Playa Ancha de Ciencias de la Educación; Terapeuta Ocupacional, Universidad de Chile (1971)

funciones; trabajan mayormente en equipo multiprofesional. Terapeutas Ocupacionales de ambas estrategias apoyan integración y realizan acciones inclusivas.

Palabras claves: Práctica profesional, proceso de integración educativa, desempeño ocupacional, contexto de desempeño ocupacional.

INTRODUCCIÓN

Existen antecedentes del escaso acceso, mantención y egreso de personas con discapacidad en el sistema educacional, lo que plantea a las políticas nacionales la necesidad de respetar el derecho de todas las personas a la educación. Frente a esta situación, se implementan los PIE en establecimientos de educación regular, lo que coincide con el surgimiento de estrategias complementarias.

La puesta en marcha de los PIE establece la necesidad de trabajo conjunto con profesionales no docentes. Existe un escaso conocimiento de la Práctica Profesional del Terapeuta Ocupacional en el Sistema Educativo Regular lo que repercute la conformación del equipo profesional, pues no se cuenta con quien analice la forma en que el ambiente facilita o dificulta el desempeño ocupacional del estudiante; ni quien proponga los ajustes necesarios en el ambiente físico y/o social para colaborar en el mejoramiento de procesos de aprendizajes y favorecer la adaptación al contexto educativo. Esta situación incrementa las dificultades para el logro de la integración y la adquisición del aprendizaje.

En base a lo antes señalado, surgen dos preguntas de investigación: ¿Hay Terapeutas Ocupacionales (TTOO) apoyando el proceso de integración educativa?, si es así, ¿Cuáles son las características de su práctica profesional?

Objetivos del Estudio

1. Conocer características demográficas y de formación profesional de los TTOO que apoyan los procesos de integración educativa en las regiones Quinta y Metropolitana (número de TTOO, distribución geográfica, procedencia universitaria y caracterizar experiencias, perfeccionamiento y/o publicaciones).
2. Establecer características de práctica profesional de los TTOO que apoyan los procesos de integración educativa en las regiones Quinta y Metropolitana. (condiciones de trabajo, población intervenida, teóricos, estrategias de intervención y caracterizar el equipo profesional).

METODOLOGÍA

Diseño de investigación no experimental, transversal y descriptivo, en un estudio exploratorio descriptivo. Muestra no probabilística, criterio de inclusión considera a TTOO que apoyan procesos de integración educativa al sistema educativo regular desde PIE y/o experiencias complementarias, en las regiones Quinta y Metropolitana, durante al menos un mes del año 2005. Selección de la muestra construida en base a 63 TTOO contactados en distintas instancias nacionales; 41 de ellos contestan el instrumento, los que constituyen la muestra final (5,18% del total nacional de TTOO titulados) (12).

Los datos se recolectan con el instrumento "Cuestionario para Terapeutas Ocupacionales en Educación Regular", donde se incluyen las variables del estudio (identificación personal, formación profesional, condiciones laborales, características de la población e intervención). El instrumento es sometido a pruebas de validación y confiabilidad, lo que indica consistencia interna, es confiable y es posible su aplicación entre el 12 de diciembre del 2005 al 06 de enero 2006.

Principales limitaciones del estudio: escasa literatura e información referente al tema,; dificultad en convocatoria y contacto de TTOO,; disponibilidad de tiempo, sobrecarga laboral y fecha de aplicación.

RESULTADOS

De los 41 TTOO que contestan el instrumento, 15 se desempeñan en PIE y 26 en estrategias complementarias, en ambos grupos la mayoría son de sexo femenino y son titulados de la Universidad de Chile y sólo cinco de la Universidad de Playa Ancha de Ciencias de la Educación.

En cuanto a la región de trabajo, 11 TTOO intervienen en la Quinta región, 4 de ellos en PIE y 7 en estrategias complementarias. En la Región Metropolitana intervienen 30 TTOO, 11 en PIE y 19 en otras estrategias.

La mayoría de los TTOO que se desempeñan en PIE tienen una experiencia laboral de hasta dos años, lo que concuerda con año de egreso de la mayoría de ellos. El mayor porcentaje de los TTOO que se desempeñan en estrategias complementarias indica entre 6 y 7 años de experiencia laboral en el área. La mayoría de los TTOO de ambas estrategias no realizan publicaciones y se perfeccionan principalmente en temas de educación en Integración Sensorial.

En cuanto a la institución que contrata, la mayoría de TTOO que trabajan en PIE son contratados por Corporaciones Municipales, los que se desempeñan en estrategias complementarias son contratados mayoritariamente por otro tipo de institución.

Respecto a la cantidad de horas semanales y alumnos intervenidos, los TTOO que trabajan en PIE entre 13 a más de 42 horas, lo hacen principalmente en establecimientos con financiamiento municipal. En ambas modalidades, los TTOO que trabajan entre 13 y 24 horas semanales, intervienen en establecimientos municipalizados, con una población de más de 50 alumnos, principalmente con intervenciones con enfoque psicosocial. Considerando el rango de 31 a 42 horas, los TTOO que trabajan en PIE atienden entre 11 y 40 alumnos en establecimiento con financiamiento municipal, mientras que los que se desempeñan en estrategias complementarias atienden a una menor cantidad de alumno en establecimiento con financiamiento particular.

Los TTOO que trabajan en PIE dirigen su intervención principalmente a profesores, estudiantes con NEE asociadas a discapacidad y sus familias. Los TTOO que se desempeñan en estrategias complementarias atienden principalmente a estudiantes con NEE asociadas o no a discapacidad. En ambas estrategias el nivel educativo básico es el más intervenido.

En cuanto al tipo de discapacidad de los alumnos, los TTOO que se desempeñan en PIE atienden principalmente a alumnos con trastornos motores y deficiencia mental; por su parte, los que se desempeñan en estrategias complementarias, centran su atención tanto en alumnos con trastornos motores como en aquellos que presentan alteraciones de la relación y la comunicación oral. La información recopilada permite corroborar que los TTOO intervienen a alumnos con discapacidades no consideradas en los PIE, entre las que se mencionan aquellas de tipo sensorio-integrativa y las psicosociales.

Respecto al marco de referencia utilizado, el más señalado en ambas estrategias es el de Integración Sensorial. En cuanto al tipo de evaluación, en ambas estrategias utilizan preferentemente pautas no estandarizadas, siendo la observación clínica del desempeño ocupacional en el contexto habitual la modalidad mas mencionada.

Todos los TTOO que participan en el estudio refieren intervenir en alguno de los componentes del ambiente físico, siendo el mobiliario el más intervenido en ambas estrategias. En cuanto a la infraestructura, los TTOO que trabajan en ambas estrategias centran su intervención en la evaluación del entorno. En cuanto a los objetos, los TTOO de ambas estrategias realizan preferentemente diseño y elaboración de adaptaciones.

Con respecto al ambiente social, los TTOO de ambas estrategias realizan promoción, principalmente a docentes y técnicos en educación; el entrenamiento directo de habilidades funcionales y educación a la familia.

Respecto al tipo de intervención individual, la más señalada en ambas estrategias se relaciona con la evaluación de ingreso al establecimiento y la detección de NEE; las actividades se realizan en sala de clases y/o aula de recursos. Los TTOO que trabajan en estrategias complementarias llevan a cabo las actividades fuera del establecimiento educacional, principalmente en la consulta particular.

Los TTOO que se desempeñan en ambas estrategias realizan actividades grupales; los que trabajan en estrategias complementarias llevan a cabo talleres de habilidades funcionales, talleres grupales desde la perspectiva de Integración Sensorial y talleres preventivos según perfil psicosocial del niño. Además, los TTOO de ambas estrategias señalan colaborar en adaptaciones curriculares y trabajo administrativo.

En cuanto a los profesionales con los que se relacionan, los TTOO que trabajan en PIE señalan preferentemente a Psicólogo y Educador Diferencial. Por su parte, los TTOO que trabajan en estrategias complementarias mencionan relacionarse en distinto porcentaje con todos los integrantes del equipo multiprofesional señalado por el Ministerio de Educación. La modalidad de trabajo de los TTOO que se desempeñan en ambas estrategias es de tipo multidisciplinaria.

CONCLUSIONES

Existen TTOO apoyando el proceso de integración educativa en las regiones Quinta y Metropolitana, desde PIE y estrategias complementarias, presentando diferencias en las características de la práctica profesional.

Dada las limitaciones del estudio, no es posible determinar las características demográficas y de formación profesional. Los TTOO son titulados tanto de la Universidad de Chile y de la Universidad de Playa Ancha de Ciencias de la Educación, ambos se perfeccionan en diversas áreas y la mayoría no realiza publicaciones.

En relación a la práctica profesional, existen diferencias entre ambas modalidades, en cuanto a condiciones laborales, población intervenida y lugar de intervención. Se aprecian similitudes en relación al nivel educativo que intervienen, marcos teóricos que sustentan sus intervenciones y proceso de Terapia Ocupacional.

En ambas estrategias los TTOO evalúan diferentes ámbitos del desempeño ocupacional utilizando preferentemente evaluaciones no estandarizadas. La intervención incluye diferentes actividades en ambiente físico y social, con enfoque individual y/o grupal, participan en trabajo administrativo, adaptaciones curriculares, gestión e investigación. Los TTOO que se desempeñan en PIE y en estrategias complementarias se relacionan con otros profesionales en modalidad multidisciplinaria, aún cuando el TO puede no pertenecer al equipo de apoyo del establecimiento.

Los TTOO del estudio efectivamente apoyan los procesos de integración educativa y además realizan acciones inclusivas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Aguilar M. Síntesis en Español del Informe Warnock, 1991. <Disponible en: <http://didac.unizar.es/jlbernalwarnock.html>> [consultado el 23 de junio de 2005]
- (2) UNESCO. 1994. “Declaración de Salamanca y Marco de Acción para las Necesidades Educativas Especiales”. (Salamanca, España).
- (3) Diario Oficial de la República de Chile.1990. “Decreto Supremo de Educación N° 490/90”.(Santiago, Chile)
- (4) Diario Oficial de la República de Chile.1994. “Ley 19.284”. (Santiago, Chile).
- (5) Diario Oficial de la República de Chile. 2000. “Decreto Supremo de Educación N° 01/98” (Santiago, Chile).
- (6) Consultora de Estudios, Asesorías y Planificación en Desarrollo Local – CEAS Ltda. Estudio a Nivel Muestral de la Calidad del Proceso de Integración Educativa. <Disponible en: http://www.mineduc.cl/biblio/documento/1433_ResumenejecutivoEstudioMuestral.pdf> [consultado el 15 de junio de 2005]
- (7) Ministerio de Educación. 2005. “Política Nacional de Educación Especial: Nuestro Compromiso con la Diversidad” (Santiago, Chile) Capítulo 3, página 35.
- (8) Flores, R. 2005. “Perfil por Ocupacional por Competencias del Terapeuta Ocupacional” (Santiago, Chile)
- (9) The American Occupational Therapy Association. 2002. “Occupational therapy practice framework: Domain and Process. American Journal of Therapy”. Vol. 56 (Pennsylvania. U.S.A.) 609 – 639
- (10) Consejo de Rectores Universidades Chilenas. Anuario Estadístico. Santiago, Chile: Secretaria General del Consejo de Rectores, 1962 a 1980 y 1981 a 2004.

Titulo del trabajo:

Programa de integración comunitaria de sujetos con padecimiento psíquico a a procesos autogestivos de hábitat.

Autoras:

Lic. Vanina Polenta, Lic. Andrea Medina, T. O. Marcela Giménez, Lic. María Eugenia Frías.

Operadoras Comunitarias: Cras. Nahir Benites, Patricia Fernández, Virginia Reynoldi

Institución:

Movimiento de Ocupantes e Inquilinos (M. O. I) Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Carrillo 578 Tel.011-43044614-15-51153888

Correo electrónico: marcelgim@hotmail.com

Resumen de trabajo:

En la Ciudad Autónoma de Buenos está vigente la Ley de salud Mental 448, cuyo eje central es la reforma del sistema de Salud Mental y el reconocimiento de los usuarios como sujetos de derechos.

A pesar el marco legal y los grandes presupuestos, el modelo que hegemoniza las prácticas es el hospitalocentrismo: los grandes hospitales monovalentes, obsoletos e ineficaces concentran el 90 % del presupuesto para el área.

Cerca de 3000 ciudadanos continúan internados en condiciones violatorias a sus derechos.

La Ley Básica de Salud 153 y la 448 de la ciudad, proponen la desinstitucionalización como práctica, los organismos internacionales (O. M. S y O. P. S) establecen claras directivas al respecto.

La desinstitucionalización, es una práctica concreta, que debe ser sostenida con recursos propios, la capacitación específica del recurso humano y ser llevada adelante en conjunto con la comunidad.

Ante la falta de programas de externación (sólo existe el Programa de externación asistida de Ministerio de Derechos Humanos de la Ciudad), una organización popular junto a un grupo de trabajadores de Salud Mental y un grupo de usuarios produjeron un espacio colectivo que se conformó en el actual Programa de Integración Comunitaria de sujetos con padecimiento psíquico.

Este Programa se desarrolla en el seno del MOI (Movimiento de Ocupantes e Inquilinos), organización social de vivienda y hábitat que promueve el cooperativismo por autogestión y ayuda mutua en la población en situación crítica de hábitat de la Ciudad de Buenos Aires.

La cooperativa es tomada como una herramienta básica para la organización, desde donde las familias pueden abordar distintas necesidades, comenzando por la habitacional, como reivindicación de sus derechos ciudadanos.

El MOI cuenta con Programas de Vivienda Transitoria (P. V T), en tanto garantizan la estabilidad habitacional de las familias involucradas en procesos cooperativos, posibilitan la canalización de los recursos hacia la concreción de las viviendas definitivas y generan un ámbito de capacitación y fortalecimiento del proceso colectivo.

En la actualidad doce sujetos con padecimiento psíquico forman parte de esta organización, logrando su externación y retomando el ejercicio pleno de los derechos de ciudadanía.

Palabras Claves:

Integración –Comunidad-Cooperativas –Desinstitucionalización-Salud Mental

El Programa apunta a resolver, desde la perspectiva de un movimiento social, la problemática habitacional y laboral de personas con padecimiento psíquico, en una experiencia de integración a procesos de autogestión del hábitat.

Este Programa que lleva más de tres años desde sus inicios, se creó a partir de la iniciativa de personas internadas en el hospital Borda, trabajadores de la salud mental insertos en diferentes dispositivos colectivos que funcionan dentro y fuera del hospital, en articulación con el MOI, como contexto organizativo colectivo de inserción comunitaria.

El mismo se inscribe en el marco de un trabajo de articulación de organizaciones sociales entre sí y con el Estado a fin de garantizar herramientas comunitarias necesarias para la integración social de personas con sufrimiento psíquico, para quienes la internación en instituciones totales se ha convertido en el único medio de vida.

Esta experiencia se orienta en un perfil de práctica comunitaria que se cristaliza en la puesta en marcha de un Programa Piloto de Externaciones que comenzó a desarrollarse a partir del año 2002.

Un primer acercamiento se produce a raíz del encuentro entre trabajadores de varios dispositivos de inserción socio-comunitaria que funcionaban en el Hospital Borda que, en conjunto con el MOI, generaron un ámbito común de trabajo.

En el proceso de conformación del Programa podemos distinguir diversas etapas:

-Una primera etapa se caracterizó por la necesidad de los integrantes de las organizaciones antes mencionadas de apostar a la construcción de programas de integración comunitaria en el campo de la salud mental, superadores de las prácticas manicomiales habituales en los hospitales psiquiátricos.

Es así que, en el inicio de la experiencia se puso énfasis en el conocimiento e intercambio de las distintas prácticas específicas que en cada ámbito se llevaban a cabo. El equipo profesional que se fue conformando contó con la participación de trabajadores pertenecientes a la Red de Salud Mental de la Ciudad.

Es de destacar que, al mismo tiempo, un grupo de usuarios del programa de emprendimientos sociales, acompañados por técnicas de éste dispositivo, comenzaron a hacer el recorrido por las instancias de ingreso a la Organización.

-Una segunda etapa se orientó a profundizar las líneas de trabajo que comenzaron a visualizarse en el periodo anterior: criterios de admisión para los usuarios que quisieran formar parte de la experiencia; dinámica de funcionamiento; integración de coordinadoras cooperativistas de la organización MOI en el acompañamiento, sostén y seguimiento de los usuarios del Programa; búsqueda, reconocimiento y articulación con actores de la comunidad, que pudieran realizar aportes al desarrollo del Programa; afianzamiento de un equipo profesional; comienzo de la gestión del Programa con ámbitos del Gobierno de la Ciudad a fin de formalizar la experiencia (Ministerio de Salud. Dirección General de Salud Mental).

-La actual etapa se identifica con el desafío que significa generar herramientas de contención para enfrentar los momentos de crisis que atraviesan los usuarios, potenciando los ámbitos colectivos que funcionan como grupos de referencia y que permiten apelar al recurso de la internación desde otra perspectiva, únicamente como instrumento terapéutico de última instancia.

Esto se traduce en internaciones en las que las personas en cuestión pueden recuperarse en un tiempo breve sin perder los lazos sociales que ya han construido

durante el desarrollo de la experiencia, reintegrándose rápidamente al proceso cotidiano cooperativo del cual ya forman parte.

En la línea de trabajo de búsqueda de recursos económicos, nuestro accionar se orientó en dos sentidos en vinculación con la Secretaría de Desarrollo Social, - actualmente Ministerio de Derechos humanos y Sociales, por un lado, a través de la presentación del Programa para la obtención de subsidios o programas de ayuda económica, tal como el Programa de Apoyo a Instituciones que Asisten a Personas con Necesidades Especiales y por otro, en la gestión de recursos que forman parte de la oferta regular del Ministerio: “Programa Nuestras Familias”, “Programa Atención para familias en Situación de Calle”, “Programa de Becas de Capacitación Laboral para Personas con Discapacidad”.

Actualmente se continúa trabajando para concretar la formalización y reconocimiento efectivo del Programa ante el Ministerio de Salud y demás organismos de gobierno pertinentes, a fin de poder replicar la experiencia con un mayor número de usuarios.

Fundamentación:

El quehacer cotidiano se sustenta en una práctica que busca un cambio profundo en la forma tradicional de concebir al trabajo en salud mental. Se trata de un enfoque que considera fundamentales las condiciones sociales, las relaciones interpersonales y los derechos de ciudadanía.

En la Ciudad de Buenos Aires sigue vigente la ley de Salud Mental 448, cuyo espíritu es el derecho de los ciudadanos con sufrimiento psíquico a vivir en comunidad. Sin embargo, la mayoría de la población internada en los hospitales monovalentes carece tanto de vivienda como de inserción laboral.

La Ley 448 señala además la necesidad de inclusión de O. N. G. que participen con el Sistema de Salud Mental complementándose sus prácticas con las del sistema de cuidados formales.

Explícitamente, el artículo 2 dice que la garantía del derecho a la salud mental se sustenta en:

Inciso e) “la articulación operativa con las instituciones, las organizaciones no gubernamentales, la familia y otros recursos existentes en la comunidad, a fin de multiplicar las acciones de salud y facilitar la resolución de los problemas en el ámbito comunitario.”

Se cree conveniente señalar experiencias de salud mental comunitaria que acreditan el desarrollo de esta práctica.

E. Venturini, ¹ Director del Departamento de Salud Mental de Imola, Italia, ha realizado un estudio comparativo entre los programas de externación: “Taps Project”, desarrollado en el norte de Londres y el “Proyecto Valerio”, implementado en la ciudad de Imola. Ambos programas tienen varias coincidencias pero los usuarios del proyecto Valerio evidencian indicadores de mayor inserción comunitaria que los ingleses. El autor atribuye esta diferencia al capital social desarrollado por las cooperativas de la ciudad (Imola es una de las ciudades del mundo de mayor concentración en número de cooperativas) y por la inserción real de los usuarios en los procesos cooperativos.

El sostén de nuestro Programa son los procesos colectivos de las diferentes cooperativas de vivienda y de trabajo donde los usuarios construyen su cotidianeidad.

¹ Para ampliar información remitirse a E. Venturini, “Rehabilitar la ciudad. La des-institucionalización y el protagonismo de los ciudadanos”. Revista Psiquiatría Pública. Volumen 11, núm 5,6 Septiembre-Diciembre 1999.

El recorrido cooperativista implica una forma de trabajo donde todas las personas son reconocidas como tales y las opiniones aparecen en el mismo nivel de valoración. Esto promueve la reconstrucción de identidades fragmentadas al otorgar modelos simétricos de identificación, viabilizando la posibilidad de establecer relaciones de igualdad, donde cada sujeto pueda situarse desde su singularidad en una posición activa frente a otros. Por otro lado, este sentimiento de comunidad y de pertenencia a un colectivo social genera un marco de contención donde se restablecen lazos sociales.

Además de contar con un modelo horizontal de trabajo, este tipo de encuadre responde a la intención de recuperar la capacidad de contractualidad como ciudadano, principalmente desbastada en las instituciones totales.

El objetivo general del Programa está orientado a crear las condiciones adecuadas en los planos de salud, trabajo, vivienda y jurídico para posibilitar la reintegración comunitaria de personas que atraviesan situaciones de vulnerabilidad psicosocial, incrementada por la exclusión que genera una discapacidad mental.

Se trata de usuarios provenientes del Subsector Estatal del Sistema de Salud Mental, en su mayoría de los Hospitales Borda y Moyano ; se intentará incluir a familias provenientes del Hospital Tobar García.

En este sentido se apunta a la conformación de redes integradoras que favorezcan la autonomía de cada uno de ellos.

El Programa incluye también la detección de factores de riesgo que podrían ocasionar recaídas en los cuadros psíquicos de base.

El objetivo específico del Programa, prioriza la inserción en el proceso colectivo autogestionario de hábitat. Este proceso se realiza mediante la incorporación a los espacios de Guardia de Autogestión (vía de entrada a la Organización), así como en el ingreso a los Programas de Vivienda Transitoria. Aquellos usuarios que no puedan acceder al Programa de Vivienda Transitoria serán sostenidos y acompañados a través de otras modalidades: hoteles, pensiones u otras formas de alojamiento.

Los usuarios ingresan a las cooperativas de la Organización que estén gestionando o hayan gestionado la compra de un inmueble en la ciudad y participan en la transformación de dicho inmueble en un conjunto habitacional, a través del sistema de ayuda mutua, hasta lograr la solución definitiva de la vivienda.

Una línea de trabajo importante de este Programa es facilitar la revinculación de los usuarios con sus familias, grupos de referencia anteriores a la internación y con todo grupo social relevante para el mismo.

Conclusiones:

El derecho a vivir en la comunidad de sujetos con padecimiento psíquico, debe traducirse en prácticas concretas, sostenidas en el reconocimiento de la libertad como un derecho inalienable de las personas. Este trabajo señala la potencia de la sinergia entre los cuidados formales del Sistema de salud y los informales: los que brinda la Comunidad.

Demuestra también que una organización popular y solidaria marcó una práctica posible, concreta; sostenida por trabajadores de Salud Mental, entre ellos Terapeutas Ocupacionales cuyo rol está orientado al acompañamiento de la construcción de ciudadanía EN LIBERTAD.

Asumimos todos: cooperativistas y técnicos “Los Riesgos de la Libertad”, como siguen haciendo los Rionegrinos porque hoy más que nunca y en la Ciudad de Buenos Aires también:

LA LIBERTAD ES TERAPEUTICA

Referencias Bibliográficas:

Basaglia F A. " La institución Negada ", Río de Janeiro, Graal ,1985

Organización Panamericana de la Salud, Editores J. M .Caldas de Almeida, Torres González, Francisco, 2005 Washington. " Atención Comunitaria a personas con trastornos psicóticos "

Rosales Ortega, Rocío y otros, edición 2006 " La Interdisciplina en las ciencias sociales "Anthoropos Editorial (Barcelona)

Saraceno, B .La Rehabilitación Psicosocial .En Cuba, Cooperación Italiana .Enfoques para un debate en salud mental .La Habana: Ministerio de Salud Pública.

Equipamiento Técnico:

Video y proyector multimedia (cañon)

PROGRAMA DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES LUEGO DEL ALTA

Autores: Lic. Verónica Cremonte, Lic. Melania Ron, Lic. Lorena Degue.

Institución: Fundación para la Lucha de Enfermedades Neurológicas Infantiles FLENI Sede Escobar:
Ruta 9 Km 52,5, Escobar. Bs. As. Argentina; Teléfono 03488-410000. E-mail
verocremonte@hotmail.com

Resumen

Introducción y objetivos: Presentar el programa de seguimiento (PS) de pacientes internados en Fleni durante el 2005. El PS tiene como objetivo investigar la efectividad de la intervención de Terapia Ocupacional (TO) en la atención de pacientes neurológicos. Estudios sustentados en la práctica basada en la evidencia definida como “el uso conciente, explícito y prudente de la mejor evidencia al tomar decisiones acerca del tratamiento de un paciente” (Sackett, Richardson, Rosenberg y Hayne 1997), demuestran la importancia de la misma. Por tales motivos surge la necesidad de crear un sistema de Outcome que sirva para medir resultados. **Métodos:** Se realizó el PS a los pacientes que recibieron tratamiento de TO. Se confeccionó un Cuestionario de Seguimiento (C S) donde se evalúa el nivel de desempeño en AVD básicas , participación en la comunidad y retorno a actividades productivas. El CS es completado al alta de la internación. El PS es telefónico a los 3, 6, 12 y 24 meses del alta. **Resultados:** Entre los 6 meses y el año de alta se realizaron seguimiento a 73 pacientes y se obtuvo que:

- En AVD básicas continuaron mejorando: ACV: 20% TEC: 9% LM: 8%
- En participación en la comunidad continuaron mejorando: ACV: 26% TEC: 9% LM: 20%
- En reinserción laboral: ACV: 15% TEC: sin cambios con respecto al alta LM: 32%

Conclusiones: contar con un PS nos permite valorar la consolidación de los logros a través del tiempo y a través de esto focalizar los programas de tratamiento que se implementan, mejorando la eficacia de los mismos.

Introducción y objetivos: Presentar el programa de seguimiento (PS) luego del alta de pacientes internados en Fleni durante el periodo 2005. El PS tiene como objetivo principal investigar la efectividad de la intervención de TO en la atención de pacientes neurológicos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que la salud no solamente se ve afectada por las estructuras y funciones del cuerpo (lo específicamente físico), sino también por inhabilidad de la persona para realizar actividades y participar en situaciones de vida, reconociendo en esto la influencia del entorno y los factores personales de cada uno. Y es así como aprueba la Clasificación Internacional de Funcionalidad de la Discapacidad y de la Salud (CIF) en la cual trata de ir mas allá del campo médico e incluir ámbitos sociales.

Define: “limitaciones de actividad” como las dificultades que un individuo puede tener para realizar actividades; habla de “participación” como la implicación en una situación vital, describe lo que el individuo hace en su ambiente/ entorno real; y “restricciones en la participación” son problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones, tales como relaciones interpersonales, empleo, etc. en el contexto real en el que vive; y por último define calidad de vida como “percepción personal de un individuo dentro del contexto cultural y de valores en que vive y en relación a sus objetivos, expectativas e intereses”.

La integración a la comunidad es entonces tomada o definida como la participación del individuo en su comunidad y es el objetivo final de la rehabilitación.

La mayoría de las personas que participan de un programa de rehabilitación esperan reinsertarse en sus roles sociales, familiares y ocupacionales que desarrollaban antes de la lesión.

Es en este marco de la Salud donde la intervención de TO cobra su verdadero rol teniendo como objetivo prioritario mejorar la calidad de vida de la persona con discapacidad capacitándola para participar en las diferentes áreas de su desempeño cotidiano que le son significativas.

Para lograr estos objetivos utilizamos como marcos de abordaje el Modelo de la Ocupación Humana centrado en apoyar a las personas en el logro de un desempeño satisfactorio en roles ocupacionales significativos en las diferentes actividades de la vida diaria (básicas, de trabajo, estudio y tiempo libre). El desarrollo de habilidades para el desempeño ocupacional involucra la intervención en el desarrollo y/ o mantenimiento de capacidades sensoriomotoras, de procesamiento y sociales para lograr la integración ocupacional satisfactoria en sus ambientes relevantes; y el Modelo de Desempeño Ocupacional Canadiense, centrado en el cliente. Su mirada está basada en la necesidad del cliente/ paciente, jugando éste un rol activo en el tratamiento y estableciendo desde el inicio del

mismo sus prioridades e intereses en función de su cultura y estilo de vida, teniendo en cuenta siempre las ocupaciones que desempeñaba antes de la lesión. Este abordaje nos permite encontrar en el paciente un aliado comprometido a generar cambios en su independencia, sabiendo que la motivación del paciente juega un rol importantísimo en el proceso de rehabilitación. (Kielhofner. G, 1994).

Si tenemos en cuenta que el objetivo principal de la TO es capacitar a la persona para participar en las actividades de la vida diaria que le son significativas, ¿cómo sabremos si el trabajo cotidiano ofrecido a estos pacientes resulta efectivo una vez que se van de alta de la institución? ¿Cómo sabremos si logran mantener el nivel de independencia alcanzado, si son capaces de participar en actividades significativas recuperando así calidad de vida?

Diversos estudios sustentados en “la práctica basada en la evidencia” definida como el uso conciente, explícito y prudente de la mejor evidencia al tomar decisiones acerca del tratamiento de un paciente (Sackett, Richardson, Rosenberg y Hayne 1997), demuestran la importancia de la misma ya que no hay demasiada información sobre el trabajo que hacemos.

Por tales motivos surge la necesidad de crear un sistema de outcome que sirva para medir resultados y que además refleje las expectativas de nuestro trabajo, aquello para lo cual se trabajó, ya que creemos que solo midiendo los resultados y analizando la intervención se puede examinar la eficacia de la misma.

Es por ello que creamos el PS en el mes de Mayo del año 2002.

Métodos: Para poder llevar a cabo el PS requerimos de la confección de un sistema de outcome conformado por alguna escala estandarizada y preguntas estructuradas y semiestructuradas que conforman “El Cuestionario de Seguimiento” (CS) a utilizar. En el CS evaluamos las diferentes áreas de desempeño ocupacional basándonos en los Marcos de Referencia antes mencionados. Estas áreas son nivel de independencia funcional (IF), nivel de participación en la comunidad (PC) y nivel de reinserción laboral (RL).

El CS es completado al momento del alta del paciente por la terapeuta que llevó a cabo su tratamiento, por ser ella quien mas conoce al paciente y ha trabajado sobre sus intereses y expectativas. Luego el Seguimiento (S) es telefónico y se realiza a los 3, 6, 12 y 24 meses posteriores al alta definitiva del paciente. Los datos se analizan en forma anual.

Resultados: durante el año 2005 se realizaron un total de 73 seguimientos de pacientes entre los 6 meses y el año posteriores al alta de internación. Se contactaron 35 pacientes con accidente cerebro vascular (ACV), 11 pacientes con traumatismo de cráneo (TEC) y 25 pacientes con lesión medular (LM).

- En cuanto al nivel de IF continuaron mejorando: ACV: 20% TEC: 9% LM: 8%
- En cuanto al nivel de PC: ACV: 26% TEC: 9% LM: 20%
- En cuanto al nivel de RL mejoraron: ACV: 15% TEC: sin cambios LM: 32%

El análisis de los datos del periodo 2005 nos demostró que, aunque los pacientes con ACV por características de la patología, continúan mejorando su nivel de independencia y participación, los impedimentos cognitivos suelen ser factores predictivos y determinantes para la reinserción laboral y comunitaria para pacientes con TEC y ACV. Los pacientes con LM son la población que mas participa en estas actividades.

De los resultados obtenidos en este período, surgió la necesidad de crear dos programas: el Programa de salidas a la comunidad y el Programa de reinserción laboral, en los cuales se incluye al paciente en actividades que desafíen su desempeño (tanto cognitivo como físico) en situaciones reales de vida antes que se vaya de alta de internación.

El próximo análisis nos aportará datos relevantes sobre la eficacia o no de dichos programas.

Conclusión:

Teniendo en cuenta que todo programa de rehabilitación tiene como prioridad maximizar el nivel de participación en situación de vida de la persona, poder contar con un programa de seguimiento nos permite valorar la consolidación de los logros a través del tiempo, permitiendonos pensar nuevos programas de tratamiento que se implementan para realizar con mayor eficacia nuestro trabajo.

Palabras Claves: Seguimiento de pacientes

Outcome

Mejora continua

Bibliografía:

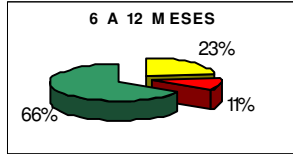
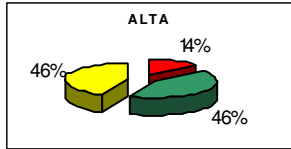
- W.H. Williams, J.J. Evans, and B.A. Wilson, Oliver Zangwill Centre for Neuropsychological Rehabilitation, Princess of Wales Hospital, Ely, UK, and Cognition and Brain Sciences Unit, Chancer Road, Cambridge, UK. “Outcome Measures for survivors of acquired brain injury in day and outpatient neurorehabilitation programmes”.
- A. Tyerman, Community Head Injury Services, Bedgrove Health Centre, Aylesbury, UK: “Outcome measurement in a community head injury services”.
- Tom Novack, PhD presented at the recovery after TBI Conference, Sep 1999: “What to expect after TBI”
- Pimjai Sudsawad (Assistant Profesor, Occupational Therapy Program, Department of Kinesiology, University of Wisconsin-Madison) 2005: Concepts in Clinical Scholarship: “A conceptual framework to increase of outcome research for evidence-based practice”
- Guía para el Conjunto de Datos Uniformes para la Rehabilitación Médica (FIM Adulto) Versión 40 vigente desde el 1º de enero de 1994.
- Catherine Trombly, Hui-ing Ma: “A Síntesis of the Effects of Occupational Therapy for persons with Stroke: Restoration of roles, tasks and activities” 2002.
- “Mary Ann Mc Coll, PhD, Diana Davies , McS, Peter Carlson, PhD, Jane Johnston, BA, BScN, Patricia Minnes, PhD. The community Integration Measure: Development and Preliminary validation. Arch Phys Med Rehabil Vol 82, April 2001”
- “J Powell, J Heslin, R Greenwood, Community based rehabilitation after severe traumatic brain injury: a randomized controlled trial. J Neurol Neurosurg psychiatry 2002.”
- “ John Corrigan PhD Community Integration following traumatic brain Injury. Neurorehabil 1994” Abreu Beatriz C, Suzanne M. Peloquin, Kenneth Ottenbacher. Competence in Scientific Inquiry and Research. *The American Journal of Occupational Therapy* 1998.
- Abreu B. C. Evidence –Based practice. *The Occupational Therapy Manager*; 2003 pp, 351-373.
- Bodiam, C. The use of the Canadian Occupational Performance Measure for the assessment of outcome on a neurorehabilitation unit. *British Journal of Occupational Therapy* 1999; 62, (3), 123-126.

GRAFICOS

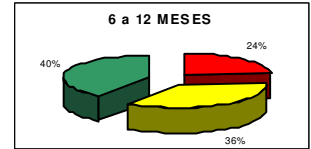
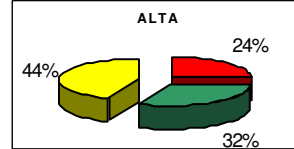
Referencias: **Independiente** **Asistido** **Dependiente**

1-“Grado de Independencia Funcional”

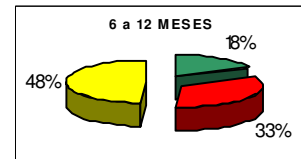
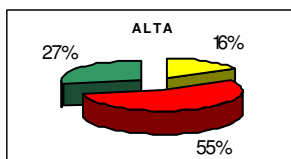
ACV (35)



TEC (11)

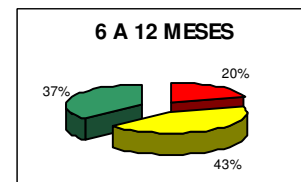
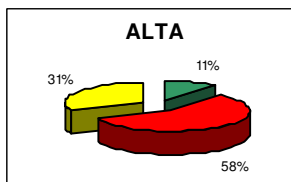


LM (25)

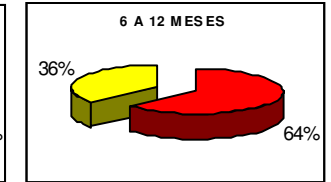
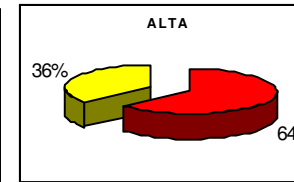


2-“Participación en la Comunidad”

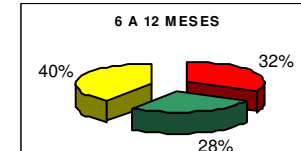
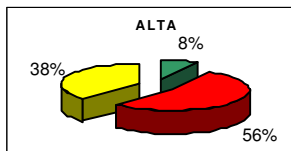
ACV (35)



TEC(11)

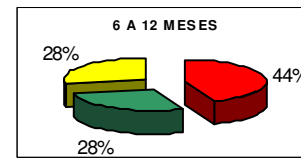
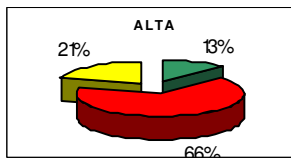


LM(25)

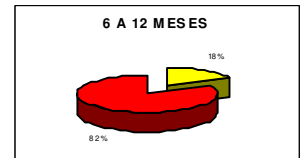
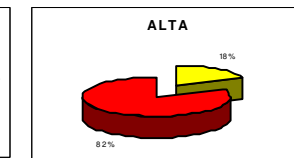


3- “Reinserción Laboral”

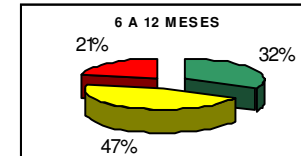
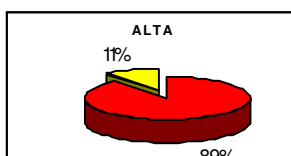
ACV (24 ACTIVOS AL MOMENTO DEL EVENTO)



TEC(11)



LM(25)



Organización

ReDeEs

“Programa de Recreación y Deportes Especiales”

Autora: Lic. Adriana Barbaria
Terapista Ocupacional

Coautora: Ana Laura Fracassi
Prof. Nac. De Educación Física

Dirección: Sitio de Montevideo 2238
Ciudad de Lanús (C.P. 1824)
Buenos Aires. Argentina
0114240-6488 / 155-179-8377
redes@clublanus.com
www.re-de-es.com.ar

Resumen del Trabajo

Este trabajo fundamenta y detalla ReDeEs: Recreación y Deportes Especiales, que funciona todos los sábados de 14.30 a 18 horas en el polideportivo del Club Lanús, desde el año 2005.

Es el primer programa para personas con discapacidad mental que se realiza en un club social y deportivo, con gran diversidad poblacional y donde la comunidad de ReDeEs se integra a los eventos deportivos y sociales del club.

Otros similares son realizados en instituciones cerradas y por lo general en instituciones exclusivamente para personas con Necesidades Especiales –N.E.-

Son deportes adaptados desde la técnica, desarrollando nuevas habilidades y destrezas en los Atletas. 1- Desarrolla al máximo las capacidades potenciales del atleta como superador de las limitaciones y 2- socializa, haciendo un trabajo continuo de interacción con la comunidad del club.

Diseñado por una lic. En terapia ocupacional (dirección general), una Prof. De Educación Física con especialización en Deportes Adaptados: dirige el proyecto de Deportes y equipo docente. Un proyecto de familia Dirigido por una Lic. En Trabajo Social y un proyecto de voluntariado coordinado por una Prof. de Educación Inicial.

Consideramos que el crecimiento continuo del programa se da ya que los atletas y sus familias experimentan un nuevo rol ocupacional, con un compromiso social y que genera aceptación.

En ReDeEs se aborda 1- a los atletas desde la capacitación deportiva y participación de eventos sociales; 2- a la familia, comprometiéndolos en las actividades que contribuyen al funcionamiento de ReDeEs y capacitándolos para favorecer la calidad de vida de sus hijos y la familia en general; y 3- a la comunidad general quienes participan como espectadores, voluntarios e involuntarios, de las actividades que se realizan todos los sábados en el espacio común a todos los socios.

Historia Del Programa ReDeEs

ReDeEs, Recreación y Deportes Especiales, es un programa deportivo, para personas con discapacidad mental leve y moderada. Surge de un proyecto enfocado desde dos disciplinas: Terapia Ocupacional y Educación física. Comenzó como una Colonia de Verano de índole recreativa y deportiva. La formación de ReDeES se genera por tres motivos, 1- el éxito de la colonia; 2- la demanda de los padres de seguirlo durante el año y 3- la motivación del equipo de profesionales de seguir trabajando juntos y en ese contexto.

Entonces se crea un espacio de escuela y entrenamiento deportivo, para los socios con Necesidades Especiales (N.E.), donde la inclusión parte de la comunidad hacia ellos, resultando una propuesta innovadora, ya que casi siempre reciben ofertas para participar en instituciones exclusivamente para personas con N.E. Revirtiendo así, la polarización entre Institución para personas sin discapacidad (aparente) e Institución para personas con discapacidad.

En ReDeEs, para el desarrollo de las actividades físicas y deportivas se alquila el Polideportivo Del Club Atlético Lanús, se trabaja en el afuera de las Instituciones para personas con N.E., e interactúa con el medio social del club. Otorga un espacio propio de los Atletas, donde ya tiene un reconocimiento familiar e intenta que este espacio no sea contaminado con el rotulo de la enfermedad, los alumnos deslumbran con sus habilidades y con el esfuerzo que realizan para superar limitaciones. Por eso no se intenta negar diferencias, pero sí desmitificar “el rotulo” que surge desde el lugar de lo temido, lo oculto y lo marginado.

Desde el afuera también se suman y se acercan como voluntarias aquellas personas interesadas en revertir la situación de desgranamiento y disgregación de la sociedad apostando a la integración, respetando la diversidad y las diferencias

Se pone énfasis en **desarrollar al máximo los potenciales** de cada Atleta, destacando lo que mejor hacen como forma de superar las limitaciones, y a su vez en la **socialización** tanto dentro del grupo de pares como con toda la comunidad que concurre al club.

Los Atletas, de esta manera experimentan un nuevo rol Activo dentro de la comunidad, un Rol Ocupacional, que les da un sentido de pertenencia a un grupo y revalorizando su self – autoestima- a partir de una mirada puesta en lo que puede y sabe hacer.

Un rol que ante la adquisición de nuevas destrezas y habilidades genera un sentimiento de eficacia que motiva y resulta convincente logrando de este modo ganas de generar propuestas, que hacen crecer día a día al programa.

Breve descripción del Programa ReDeEs

ReDeES es un programa de actividades deportivas Adaptadas. Funciona los días sábados de 14.30 a 18 horas, en el Polideportivo del Club Atlético Lanús. Diseñado para el desarrollo de actividades físicas y sociales de personas con discapacidad intelectual, de tipo leve y moderada.

Creado y dirigido por la Lic. En Terapia Ocupacional, Adriana Barbaria, y Coordinado por Ana Laura Fracassi Profesora de Educación Física Especial.

Los grupos están a cargo de Profesores de Educación Física Especial y cuentan con voluntarios que funcionan como referentes de los atletas, orientándolos, facilitando la comunicación y el cumplimiento de consigas.

Se realiza también, trabajo con las familias de los atletas, coordinado por una Lic. En Trabajo Social.

El equipo interdisciplinario se reúne semanalmente a evaluar la evolución del trabajo.

El grupo de Atletas se divide en tres niveles, inicial, intermedios y avanzados.

Los alumnos de inicial trabajan con los principios de psicomotricidad y están en la etapa del desarrollo del esquema e imagen corporal.

Los alumnos de intermedio trabajan con juegos con el fin de que logren el cumplimiento de consignas, el uso y el dominio de su propio cuerpo y la comunicación.

Los alumnos de avanzados, entrenan y fortalecen las habilidades ya adquiridas para que se hagan hábitos, desarrollan nuevas destrezas que los prepara para competir: responsabilidad, cooperación, juego de roles, cumplimiento de la reglamentación y autonomía.

Metas

-Lograr que los socios del club Atlético Lanús que presentan discapacidad intelectual de leve a moderada y tengan más de 6 años, se integren a las actividades del club desde un rol activo, a través de la capacitación deportiva y de habilidades sociales.

-Lograr que las familias de socios con Necesidades Especiales logren incluirse en las actividades del club, con un rol de padre / madre activo, y capacitándose para mejorar el

nivel de vida de sus hijos y familia en general.

-Fomentar la capacitación, compromiso y concientización social, a través del voluntariado y capacitaciones abiertas a la comunidad, sobre discapacidad, integración y respeto por la diversidad.

Objetivos generales

1-fomentar autovalimiento y participación, acorde a su etapa evolutiva, a socios desde 6 años con discapacidad intelectual

2-participar de eventos dentro y fuera de la comunidad del Club A. Lanús

Actividades

Actividad semanal deportiva dirigida a alumnos

Reuniones mensuales para familias

Capitaciones trimestrales para familias, con participación de expertos en temas específicos relacionados con Discapacidad

Capitaciones cuatrimestrales para fomentar el voluntariado

Capitación comunitaria en escuelas Secundarias y Profesorados

Organización y Recursos Humanos:

Dirección general: Lic. Adriana Barbaria, Terapista Ocupacional

Coordinación Deportiva y pedagógica: Ana Laura Fracassi, Prof. Nac. Educación Física

Coordinación de Voluntarios: Sabrina Estrada, Prof. Educación Inicial

Coordinación de Familias: Lic. Verónica Gil, Trabajadora Social

Profesores: Rodrigo Lambert, Cecilia Hollman. Profesores de Educación Física

Voluntarios: Nicolás Davis, Lilia Marinoni, Luis Ochipinti, Hernán Signorini, Celeste Quiroga.

Recursos Materiales: pelotas de distintos tamaños y pesos, colchonetas, conos, sogas, grabador, aros, redes, tizas, pecheras, indumentaria deportiva para profesores, etc.

Recursos físicos:

Salón amplio techado, con salida a espacios al aire libre que permitan la practica deportiva y recreativa. Se alquila el espacio del polideportivo del Club Atlético Lanús.

Recursos financieros: mediante el arancel de las actividades

Arancel: \$ 75 mensuales por alumno

8-Tiempos y Espacios

Frecuencia: 1 vez por semana (sábados) de 14.30 a 18 horas

Lugar: Polideportivo del C. A. Lanús, Arias y Guidi, Lanús Este.

9- Autoría

Licenciada Adriana Barbaria

Terapista Ocupacional

Matricula Nacional: 1676, Matricula provincial 1087

DNI: 25.969.388

ReDeEs

Proyecto de Deportes

Meta:

Lograr que los Atletas que presentan discapacidad intelectual de leve a moderada y tengan más de 6 años, se integren a las actividades del club desde un rol activo, a través de la capacitación deportiva y de habilidades sociales.

Actividades que se realizan todos los sabados:

Gimnasia Artística: donde los alumnos experimentan las diferentes posturas, coordinación, lateralidad, manejo del espacio y equilibrio.

Atletismo: donde se facilita la practica de diferentes desplazamientos, saltos, lanzamientos, postas, resistencia y velocidad.

Deportes Grupales: básquetbol y fútbol, trabajo reglado.

Merienda: se socializa y desarrollan hábitos de convivencia y respeto del otro.

Actividades Especiales durante el año:

- Excursiones y actividades de integración
- Campamentos
- Torneos internos y externos
- Maratón del Club Lanús el 9 de julio de 2007
- Festejos en fechas claves: Aniversario de ReDeEs, Cumpleaños de Alumnos, Día de la Familia, etc.

-Tiempos y Espacios

Frecuencia: 1 vez por semana (sábados) de 14.30 a 18 horas

Lugar: Polideportivo del C. A. Lanús, Arias y Guidi, Lanús Este.

ReDeEs
Proyecto de Familias 2007

Introducción

En la actividad durante el ciclo 2006 se ha incrementado el número inscriptos en un 50%. Fue necesario incluir más profesores y voluntarios.

Se han realizado contactos con otras instituciones y se ha conseguido el aval del nodo red solidaria zona sur y la participación en Nuevas Olimpiadas Especiales Argentina.

La actividad fue tomando prestigio, dentro de la población vinculada a la Discapacidad y en especial en las familias que concurren a ReDeEs, poniendo en la actividad un agregado de demandas y expectativas. En muchos casos logramos orientarlos o derivarlos a organismos donde den esas respuestas, pero otras veces no.

Cuando estas familias no consiguen respuestas y se encuentran desprotegidos adoptan una actitud defensiva y hasta hostil. Esta hostilidad se puede depositar dentro de las familias, dentro del grupo de padres, padres vs. Docentes, padres vs. Autoridades del club.

Desde este punto de vista, es necesario abordar también desde ReDeEs un programa de familia, paralelo pero no desligado al deporte. Razón por la cual se ha incorporado al staff una Trabajadora Social.

Objetivos generales

generar un espacio de pertenencia al club para socios con necesidades especiales y sus familias.

crear un espacio para la orientación y capacitación de las familias en relación a la problemática de la discapacidad.

Metas:

Realizar 3 charlas al año, abiertas a la comunidad sobre “derecho y Discapacidad”, “Salud y Discapacidad” y “educación Sexual y Discapacidad”. con la presencia de panelistas especializados en cada área.

Colaborar en la organización de un campamento al inicio y otro al final del año.

Organización y Recursos Humanos

Dirección general: Lic. Adriana Barbaria

Coordinación Deportiva y pedagógica: Lic. Ana Laura Fracassi

Coordinación de Voluntarios: Prof. Sabrina Estrada

Coordinación de Familias: Lic. Verónica Gil

Profesores: Rodrigo Lambert, Cecilia Hollman

Voluntarios: Nicolás Davis, Lilia Marinoni, Luis Ochipinti, Hernán Signorini, Celeste Quiroga.

ReDeEs

Proyecto De Voluntariado 2007

Proyecto Comunitario Inter Institucional con E.S.B. y Profesorados de Educación Física

Introducción

ReDeEs: Recreación y Deportes Especiales es una Organización, que funciona todos los sábados de 14.30 a 18 horas en el polideportivo del Club Atlético Lanús, desde el año 2005.

Es el primer programa para personas con discapacidad mental que se realiza en un club social y deportivo, con gran diversidad poblacional y donde la comunidad de ReDeEs se integra a los eventos deportivos y sociales del club.

Otros similares son realizados en instituciones cerradas y por lo general en instituciones exclusivamente para personas con necesidades especiales.

Son deportes adaptados desde la técnica, desarrollando nuevas habilidades y destrezas en los Atletas. 1- Desarrolla al máximo las capacidades potenciales del atleta como superador de las limitaciones y 2- socializa, haciendo un trabajo continuo de interacción con la comunidad del club.

Diseñado por una lic. En terapia ocupacional (dirección general), una Prof. De Educación Física con especialización en Deportes Adaptados: coordina Deportes y equipo docente. Un proyecto de familia Dirigido por una Lic. En Trabajo Social y un proyecto de voluntariado coordinado por una Prof. de Educación Inicial.

En ReDeEs se aborda 1- a los atletas desde la capacitación deportiva y participación de eventos sociales; 2- a la familia, comprometiéndolos en las actividades que contribuyen al funcionamiento de ReDeEs y capacitándolos para favorecer la calidad de vida de sus hijos y la familia en general; y 3- a la comunidad general del club quienes participan como espectadores, voluntarios e involuntarios, de las actividades que se realizan todos los sábados en el espacio común a todos los socios.

En este proyecto con una escuela Secundaria o Profesorado de la zona, nos proponemos cumplir con nuestros objetivos de capacitación a la comunidad y a su vez la de captar voluntarios que son de fundamental importancia para el funcionamiento del proyecto. La finalidad es que a partir de la capacitación los alumnos se encuentren interesados en participar como voluntarios permanentes directamente en la actividad, esta es una elección que harán en forma individual y /o como Escuela que Apadrina al grupo de Atletas, que es una decisión grupal.

Rol Del Voluntario

El papel del voluntario de ReDeEs es de gran importancia para el buen funcionamiento de la actividad y el logro de los objetivos tanto grupales como individuales.

Nuestros voluntarios tienen funciones que están ligadas a sus intereses, generalmente son docentes, estudiantes de secundaria, estudiantes de educación especial, educación física o de carreras a fines.

Están quienes prefieren trabajar en **forma individual** con los Atletas que necesitan tener una persona orientándolos en forma constante. Están quienes prefieren el **trabajo grupal**, entonces supervisan al grupo, favoreciendo el cumplimiento de consignas dadas por el profesor, la no dispersión y la comunicación. Otros voluntarios **colaboran en la hora de la merienda, en la decoración del comedor, sacando fotos, filmando, tomando apuntes y notas** observadas por el profesor, etc.

Los voluntarios son los referentes de los Atletas. Siempre trabajan apoyando la tarea docente. **Son una pieza fundamental de nuestra Red, sin ellos no podríamos ser ReDeEs.**

Propósitos del Proyecto Inter Institucional

Generar un espacio de capacitación sobre la problemática social de la Discapacidad e Integración Comunitaria para estudiantes.

Lograr que un grupo de estudiantes de E.S.B. y/ o profesorado, se comprometa con la causa formando un equipo que apadrine a los Atletas de ReDeEs y/o incluyéndose como voluntarios de la actividad (optativo)

Expectativas de Logro del Proyecto Inter Institucional

Que los Alumnos de E.S.B. y / o Profesorado – de Educación Especial o Ed. Física, sean capaces de conocer a través de la experiencia, la problemática de la discapacidad desde un rol social activo.

que sean capaces de asumir una responsabilidad de acuerdo a sus intereses y lo que se comprometan a hacer.

que logren adoptar una actitud de apertura y respeto por las diferencias.

Actividades y Contenidos:

1- charla en el colegio de 2 horas. Abordando los siguientes contenidos: Que es ReDeEs, (incluye muestra de video de 30 minutos); Que es la Discapacidad y con qué problemáticas trabajamos.

2- charla en el colegio de 2 horas: Sobre voluntariado. Cual es el rol del voluntario, Código Ético del Voluntariado, Grupos de Apadrinamientos, Trabajo en Equipo y el ejercicio de Distintos Roles. Espacio abierto al debate y respuesta a preguntas.

3- práctica en el Club: quienes quieran venir a hacer la experiencia, acordaran con las autoridades para venir en grupo de 6 alumnos a la actividad de los sábados y vivenciar el trabajo de Voluntariado. A partir de la experiencia surgirá quien quiera sumarse y

quien no, a nuestro grupo de voluntarios, se les dejará un contacto para que puedan darnos una respuesta (e-mail, teléfono)

Duración y Espacio Físico:

3 semanas un encuentro una vez por semana

2 veces en la Institución Educativa (horario a acordar con la institución)

1 vez en el club, Sábados de 14.30 a 18 hs, polideportivo del Club A. Lanús.
Arias y Guidi. Lanús Este.

Lic. Adriana Barbaria
Directora de ReDeEs
4240-6488 / 155-179-8377
redes@clublanus.com
www.re-de-es.com.ar

REPLANTEANDO LA FORMACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN DE LOS TERAPISTAS OCUPACIONALES.

María Alejandra Campisi, María Elba Penzin, María Angélica Rossi.

Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social - Universidad Nacional de Mar del Plata

Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina - Funes 3350 Nivel 4+ - Tel. 475-2442,

sprivsal@mdp.edu.ar

Resumen

La profesionalización de la Terapia Ocupacional requiere incorporar la investigación como un quehacer que cuestiona el rumbo y los significados de la profesión interrogando permanentemente sobre los porqué, los para qué y para quienes de cualquier práctica singular, ampliando el campo de la propia experiencia, revelando su parcialidad y la compleja red de dependencias e interconexiones en que está inmersa.

Considerar la investigación como un instrumento habitual para el trabajo en TO supone una manera de pensar acerca del mundo que requiere desde el proceso formativo de grado, el desarrollo de actividades con una intencionalidad explícita que desde la articulación docencia- investigación propicie procesos de formación para la investigación

La investigación en Terapia Ocupacional, en la universidad, es entendida como un proceso dirigido a la generación de conocimiento científico, y es efectiva en la medida que articula diversas investigaciones y las vincula con las necesidades sociales e institucionales.

Sin embargo no siempre es considerada manera unívoca, diversos autores consideran la existencia de al menos dos tendencias en cuanto a la formación para la investigación: una tradicional, centrada en una posición netamente curricular y otra, alternativa, que se ubica en una perspectiva organizacional.

Este trabajo pretende motivar la reflexión sobre la necesidad de un replanteo de la formación para la investigación en T.O., ejemplificando como desde una interrelación de situaciones problemáticas es posible propiciar una cultura organizacional investigativa en la que los distintos actores se nucleen alrededor de redes de problemas previamente definidas por la institución, quien detecta las demandas de conocimiento, las jerarquiza y en función de ellas propone programas o agendas de investigación que cohesionen los esfuerzos individuales.

Palabras claves: formación para la investigación – perspectiva curricular – perspectiva organizacional – red de problemas

REPLANTEANDO LA FORMACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN DE LOS TERAPISTAS OCUPACIONALES

La profesionalización de la Terapia Ocupacional requiere de la incorporación de la investigación como un quehacer que cuestiona el rumbo y los significados de la profesión interrogando permanentemente sobre los por qué, los para qué y para quienes de cualquier práctica singular, ampliando el campo de la propia experiencia, revelando su parcialidad y la compleja red de dependencias e interconexiones en que está inmersa. Considerar la investigación como un instrumento habitual para el trabajo en TO supone una manera de pensar acerca del mundo que requiere, desde el proceso formativo de grado, el desarrollo de actividades con una intencionalidad explícita para propiciar los procesos de formación para la investigación.

La investigación en Terapia Ocupacional se presenta , en la universidad , como un campo en el que es entendida como un proceso dirigido a la generación de conocimiento científico, y es efectiva en la medida que relaciona investigaciones entre sí y se vincula con las necesidades sociales e institucionales.

Sin embargo no siempre es considerada de manera unívoca, la revisión de la literatura ⁱ muestra la existencia de al menos dos tendencias en cuanto a la formación para la investigación.

Una de tipo tradicional, **perspectiva curricular** que la considera como la trasmisión de conocimientos y saberes esencialmente prácticos. La enseñanza de la investigación y la formación de investigadores se centraliza en una función curricular: realización de la tesis de grado, considerada como demostración de competencias curriculares, adscripta a un perfil de egresado y desarrollada sobre temáticas aisladas; como consecuencia, las tesis, son desaprovechadas por la comunidad académica y/o profesional, tienen escasa transferencia social y parecería que pierden su sentido una vez que cumplieron con sus fines curriculares.

Otra alternativa, la **perspectiva organizacional**, considera la formación para la investigación como un proceso socio histórico formal e informal en la que los individuos participan activa y críticamente en la adquisición de los fundamentos epistemológicos en tanto formas de descubrir la lógica de conceptos y modelos y se hace relevante en un proceso de constante inclusión basado en la investigación desde la interdisciplinariedad.

Esta perspectiva se basa en dos premisasⁱⁱ:

1- Los procesos de investigación se definen por su carácter de socialización, dando respuesta a las demandas de la comunidad, local, regional, nacional e internacional, con conocimiento y / o tecnología.

2- La investigación se desarrolla teniendo en cuenta las relaciones de complementariedad y secuencia. Por la relación de complementariedad dos o más trabajos individuales se articulan entre sí, sumados todos en un mismo momento vienen a constituir un solo trabajo compacto en un nivel superior de análisis. Lo cual supone jerarquizar diferentes niveles de generalidad por inclusiones sucesivas.

Por la relación de secuencia, los trabajos de investigación se articulan en una trayectoria en el tiempo, donde un trabajo sucesor requiere, a modo de insumo, de uno precedente, y este se orienta a proveer bases de entrada para un trabajo posterior.

La investigación desde esta perspectiva trasciende la cuestión netamente metodológica, ya que incluye al sector social, sus demandas, la sistematización y jerarquización de las mismas, con el fin de generar una red de problemas.

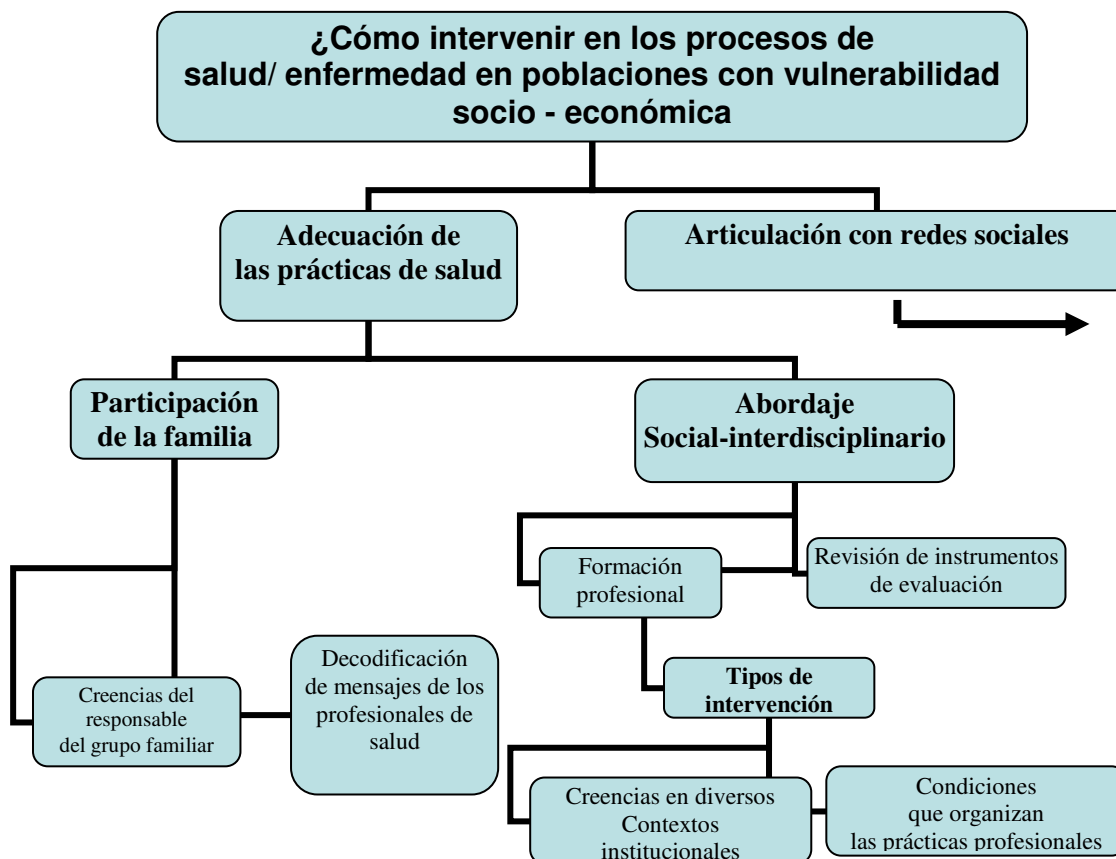
Ésta consiste en “un diseño lógico, que puede tener forma de árbol, de un cierto conjunto de problemas de investigación, ordenado según relaciones de inclusión y complementariedad, los cuales expresan necesidades de conocimiento en una sociedad en un cierto momento histórico”ⁱⁱⁱ

Para que una red de problemas se transforme en una red de soluciones es necesario la planificación de plazos, recursos, estrategias y procesos de gestión, analizando riesgos y oportunidades, conformando así los programas o agendas de investigación.

En tanto una red de problemas está centrada en la formulación de necesidades y la definición de situaciones reales, los programas exigen una visión administrativa y sobre todo epistemológica.

En la formación para la investigación en TO (grado / postgrado), las diferentes áreas de la práctica profesional deberían identificar y analizar las demandas, para luego al sistematizarlas, posibilitar el diseño de una red de problemas de investigación que lleve desde el macro problema hasta los micro problemas correspondientes a los trabajos individuales.

A modo de ejemplo se presenta una posible red de problemas que se genera a partir de una demanda actual de la sociedad e interpela a los diferentes actores del área de salud. No se presenta como algo cerrado o estático ya que la misma puede expandirse por alguna de sus aristas generando una red más amplia u otras derivadas.



Fuente: Campisi – Penzin – Rossi 2006

La idea que subyace en esta propuesta es la necesidad de pasar de la visión tradicional de la investigación como una actividad realizada sólo por expertos, a una visión organizativa en la que se incluya toda la comunidad académica – profesional para generar una cultura institucional investigativa preocupada por la producción de conocimientos que se traduzcan como maneras de actuar, como sistemas de acción y como diseños de transformación, control o intervención sobre el mundo real.

ⁱ Comessaña M. Lógica y metodología de la ciencia. Notas de clase. Maestría en Docencia Universitaria. Fac. de Humanidades UNMDP, 2005.

Damiani (1994) "La diversidad metodológica en la sociología". Fondo editorial Tropykos – UCV.

Ferreres Pavia "Procesos de enseñanza universitaria" Tarragona- Universidad Rovira y Virgili.

Perez Luna E. "Investigación y formación postgraduada. El problema de la investigación y su enseñanza. Cinta de Moebio <http://rhue.csociales.uchile.cl/publicaciones/moebio> (Consulta 18 octubre 2005)

ⁱⁱ Padrón Guillén J. "El problema de organizar la investigación universitaria" (PDF) <http://www.lineai.org> (25 noviembre 2005)

ⁱⁱⁱ Núñez Burgos L. "Una propuesta de base teórica para la organización de la investigación en programas de postgrado" (PDF) <http://www.lineai.org> (Consulta 2 diciembre 2005)

Bibliografía:

1. Burgos Núñez L. (2002) “Una propuesta de base teórica para la organización de la investigación en programa de postgrado” (PDF) <http://www.lineai.org>
2. Carpio Rodas 2004 “Importancia de la Investigación ligado a la docencia” (PDF) <http://www.lineai.netfirms.com> (Consulta: 30 julio 2005)
3. Padrón Guillén J. (2001) “El problema de organizar la investigación universitaria” (PDF) <http://www.lineai.org> (Consulta 31 de julio 2005)
4. Romero Ayuyo y Moruno Miralles (2003) “Terapia Ocupacional. Teoría y Técnicas” Editorial Masson. Barcelona.

VII CONGRESO ARGENTINO Y VII CONGRESO LATINOAMERICANO DE TERAPIA OCUPACIONAL. "TERAPIA OCUPACIONAL CENTRADA EN LA CALIDAD DE VIDA. IDEOLOGÍAS, TEORÍAS, ESPACIOS Y PRÁCTICAS"	
Título	“Ruta metodológica para la identificación, diseño y adaptación de apoyos para la participación en la escuela”.
Tipo de proyecto	Sistematización de la práctica profesional
Autores	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jaqueline Cruz Perdomo Terapeuta Ocupacional Docente Universidad del Valle ▪ Mónica María Carvajal Osorio Fonoaudióloga Docente Universidad del Valle
Institución	Universidad del Valle Facultad de Salud Escuela de Rehabilitación Humana
País	Santiago de Cali - Colombia
Comunicaciones	cruz_jaqui@yahoo.com samava5@yahoo.com Tel.: 092-518 56 59 telefax: 092- 518 56 58

Ruta metodológica para la identificación, diseño y adaptación de apoyos para la participación en la escuela.

Jaqueline Cruz Perdomo y Mónica María Carvajal Osorio. Universidad del Valle- Facultad de Salud. Escuela de Rehabilitación Humana, Cali – Colombia

RESUMEN

Fisioterapia, Fonoaudiología y Terapia Ocupacional como disciplinas que brindan su aporte a los procesos de inclusión escolar, se enfrentan cotidianamente a la tarea de definir apoyos para satisfacer las necesidades básicas de participación y aprendizaje de la población escolar que por factores de vulnerabilidad se encuentran en riesgo de exclusión.

Por ello, en el marco de la “*Práctica Formativa en Escuela*” de los estudiantes de estas tres disciplinas, las profesoras - investigadoras propusieron la implementación de una ruta metodológica que permitiera avanzar en la identificación, diseño y adaptación de apoyos para generar oportunidades de aprendizaje y desarrollo. La sistematización del proceso pone a disposición la formalización de una “Ruta Metodológica”, su definición y propósito, los principios conceptuales y procedimentales que direccionaron su diseño e implementación así como la estructura procedimental de sus tres etapas fundamentales: identificación de los apoyos requeridos por el escolar, diseño de éstos y su adaptación en concordancia con las necesidades del niño en su contexto escolar.

INTRODUCCION

En la Escuela de Rehabilitación Humana Universidad del Valle se constituye un equipo de trabajo¹, interesado en sistematizar y reflexionar en torno a la intervención de los profesionales de rehabilitación como “*profesionales de apoyo en la escuela*”² en respuesta a la necesidad fortalecer la formación interdisciplinar del recurso humano en terapia ocupacional, fonoaudiología y fisioterapia. El producto investigativo de este ejercicio

¹ La Cátedra en Discapacidad y Rehabilitación al cual se adscribe el grupo “Diadas” y el grupo de Ayudas Técnicas han abordado, de manera interdisciplinaria proyectos de formación e investigación en ejes temáticos como “diversidad en el aprendizaje”, “Escuela saludable, escuela abierta a la diversidad” y “Accesibilidad y participación en el contexto escolar”.

² Reconocimiento legal que se hace a profesionales de la rehabilitación y otros, en la Resolución 2565 de 2003 del Ministerio de Educación.

permite ponerlo en diálogo con el currículo de formación que tiene presente el componente de “atención al escolar” en estos tres programas académicos logrando su actualización para dar respuesta a las necesidades del medio en el marco de las políticas educativas y de atención a la discapacidad que se han dado en el país a partir de 1994³.

Para materializar el ejercicio de la formación profesional y responder de manera interdisciplinar a las necesidades de la escuela inclusiva, se hizo necesario reflexionar y formalizar los procedimientos de intervención de los profesionales de rehabilitación para generar apoyos que permitan la participación escolar de la población en situación de discapacidad desde un enfoque sistémico ecológico. Por tanto, se planeó una experiencia de práctica formativa interdisciplinar en la institución educativa “*Normal Superior Santiago de Cali*”, en la cual se implementó una “*ruta metodológica para la identificación, diseño y adaptación de apoyos para la participación del escolar durante el año lectivo 2005 - 2006*”⁴. La sistematización de la experiencia llevó a responder a la siguiente pregunta: ***¿Cuáles son las etapas y los procedimientos que se deben seguir para identificar, diseñar y adaptar los APOYOS para la participación del escolar en situación de discapacidad en la escuela?***

OBJETIVO GENERAL

Re - construir una ruta metodológica para la identificación, diseño y adaptación de los apoyos para favorecer la participación de la población con discapacidad en la vida escolar.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los principios conceptuales y procedimentales que orientan el diseño e implementación de la ruta.
- Identificar el diagrama de flujo de eventos cruciales o críticos que configuran las etapas de la ruta metodológica.

³ Ley 115/1.994, Decreto 2082/1.998, Resolución 2565/2.003, la Ley 715/2001, entre las más representativas así como la política pública para discapacidad y el plan nacional de atención a la discapacidad.

⁴ Durante el año lectivo 2005 – 2006 la sede educativa cubrió una población de 55 niños y niñas con discapacidad cognitiva, preferentemente; cuenta con dos modalidades de integración: Aula multigradual y aula integradora. Para el diseño e implementación de la guía se tomó como referente la población ubicada en las aulas integradoras, es decir aulas regulares que cuentan con un promedio de 3 niños integrados. Se espera que el profesor ajuste su currículo a las características y necesidades de todos sus estudiantes con el fin de promover su desarrollo académico y social.

- Definir los objetivos que delimitan los procedimientos y productos esperados de cada etapa diseñada y ejecutada.
- Identificar los procedimientos y estrategias de cada etapa de la ruta metodológica considerando la relación sujeto – actividad – contexto.
- Identificar y describir el rol de los diferentes actores involucrados en el diseño y aplicación de la ruta.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente ejercicio investigativo, coherente con una perspectiva cualitativa, se ha servido de la sistematización para recuperar un proceso partiendo de los registros que quedan en la memoria escrita de los actores involucrados. Por tal motivo, siguiendo a Jara (2001), la sistematización se ha concebido como un proceso que ha permitido volver a la experiencia para entenderla como parte de un proceso histórico en el contexto social y político - educativo del país, la localidad y la institución en la que se implementó la ruta metodológica. Avanzar en esta tarea significó, entonces, entender por qué ese proceso se desarrolló de esa manera, entender e interpretar lo que ha acontecido a partir de un ordenamiento y reconstrucción de lo sucedido. Entendida la sistematización como reconocimiento de lo actuado, análisis de los procesos vividos, re-valoración y re-visión de la práctica, las investigadoras se enfrentaron a un ejercicio metacognitivo que permitiera la interacción permanente entre la práctica y referentes teóricos antes y durante la implementación de la ruta para entender el camino recorrido, diseñar, adaptar y valorar los procedimientos y instrumentos utilizados y de esta manera volver analíticamente sobre su estructura y contar con argumentos para su reafirmación o ajuste a la luz de su propósito. Para ello ha sido fundamental valernos de los insumos recolectados: diario de campo de la docentes tutoras y registros realizados por los estudiantes en su trabajo individual, con estudiantes de otras disciplinas y con actores de la Escuela: informes de evaluación individual, perfil de apoyos individuales, registros de planeación y resultados de las sesiones con los niños, registros escritos de reunión con familiares, informes finales de los niños y planes caseros).

En el proceso se contó con la participación de 2 estudiantes de terapia ocupacional, 3 fonoaudiología, 2 de fisioterapia, 6 docentes integradores y 1 profesional de apoyo, un

directivo, tres madres, una profesora de Fisioterapia, una investigadora de Terapia Ocupacional y otra investigadora de Fonoaudiología.

Se seleccionaron 6 aulas de clases de los grados transición, primero, segundo y cuarto de primaria en donde se ubicaban 12 niños con discapacidades relacionadas déficit cognitivo y motriz con quienes se adelantó la implementación de las tres etapas diseñadas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La sistematización del proceso permite contar con la propuesta final de una ruta que responde a la actuación de los profesionales en formación de terapia ocupacional, fonoaudiología y fisioterapia, en trabajo conjunto con el escolar, maestros, familiares y directivos (ver Anexo No. 1). En consecuencia la ruta metodológica se puede definir como un camino compuesto por tres etapas con sus correspondientes objetivos, procedimientos y productos que, dada su organización, van aportando información sobre la problemática de la participación del estudiante en su contexto escolar, sus características y elementos relacionales, para poder definir, probar e incorporar apoyos, entendidos como el tipo de acciones, personas, servicios, modificaciones y / o dispositivos que son necesarios implementar para la favorecer la participación del niño en la vida escolar.

La importancia que cobran los apoyos en la vida del escolar se valora en la medida que su presencia hace del alumno, “en tanto se considera aprendiz o novato, en palabras de Bruner: un sujeto capaz de resolver un problema, terminar una tarea o alcanzar una meta que, sin ayuda, hubiera sido incapaz de sobrepasar” (Morales y Bojacá, 2002:79).

Los principios conceptuales y procedimentales que emergieron en el diseño e implementación de la presente ruta, sustentados en el modelo sistémico ecológico – cultural⁵ y de diversidad en el aprendizaje fueron los siguientes:

- **Contextualizada:** desde el reconocimiento de la Escuela como unidad básica de apoyo y de las condiciones históricas, culturales, geográficas y económicas del escolar y su familia, de la escuela y su comunidad circundante, así como de las políticas estatales que viabilizan el aprovechamiento de los recursos a los que tienen derecho los escolares.

⁵ Constructo conceptual elaborado por los docentes de la Escuela de Rehabilitación Humana que brinda soporte al diseño de los proyectos de práctica formativa de los estudiantes.

- ***Interdisciplinar:*** Implica la participación de diferentes saberes (científicos, técnicos, populares, pedagógicos, entre otros) para la comprensión de la problemática del desempeño escolar del niño y la construcción de objetivos comunes para ser abordados conjuntamente.
- ***Colaborativa:*** Que invita a la adaptación mutua, al establecimiento de acuerdos durante el proceso, la disposición y actuación de cada uno de los participantes para desarrollar las funciones propias del rol, situando la gobernabilidad en los diferentes niveles de gestión.
- ***Que reconoce la diversidad:*** Se reconoce que la construcción se sujeto se hace con los otros, y que esta condición es diferente y única dadas las características madurativas, sociales, históricas y culturales en que se funda.
- ***Interactiva:*** Se entiende que el desempeño escolar es producto de una relación interactiva de tres componentes fundamentales: sujeto, actividad, contexto; la comprensión de la problemática del escolar así como su abordaje requiere, para su intervención, de la mirada sobre cada uno de éstos en sus características particulares y, a su vez, en su configuración que se objetiva en la relación de un componente con otro.
- ***Investigativa:*** implica una reflexión permanente de la propia práctica, iluminada por la discusión teórica conjunta y un sentido de humildad frente al conocimiento y la experiencia que abre el camino hacia la elaboración de preguntas y ensayo de respuestas.
- ***Afectiva:*** Parte de respetar al otro y nombrarlo desde la posibilidad, de situarse desde la perspectiva del otro para comprender los motivos que movilizan su actuación y responder asertivamente.

Resultado de la implementación-reflexión-implementación durante el proceso, la ruta tuvo ajustes para cumplir con su propósito; producto del este ejercicio se logró la configuración de tres etapas, cada una de ellas con su propósito, estructura procedimental y resultado esperado que se traducen en el diseño de la gráfica No. 1 y se enuncian a continuación:

Etapas I. Identificación

Esta etapa tuvo como propósito definir el perfil de apoyos para el escolar, el cual se logró a través de:

- Identificación de un problema de participación en el escolar.

- Identificación de elementos que facilitan y / o restringen la participación del niño en la vida escolar.
- Identificación de apoyos para la participación – “perfil de apoyos”.

Etapa II. Diseño

El propósito que se definió para esta etapa se dirigió hacia la concepción del boceto de los apoyos requeridos a través de:

- Definición de las características de los apoyos.
- Prototipo del apoyo.

Etapa III. Adaptación

El objetivo de esta última etapa fue el de poner a funcionar el diseño del apoyo y ajustarlo con base en los juicios de valor que pudieran ir señalando a partir de su seguimiento. Lo anterior implicó:

- Prueba piloto y ajuste del diseño.
- Incorporación.

PALABRAS CLAVES: Inclusión escolar, desempeño escolar, formación profesionales de rehabilitación interdisciplinaria, apoyos.

REFERENCIAS

1. Carvajal, Mónica M. *“Atención fonoaudiológica a la población escolar”*. Documento de trabajo elaborado en el Marco del desarrollo del Programa de Práctica en Comuna. Agosto de 2005.
2. Carvajal, Mónica y Cruz, Jacqueline. *“Guía para la elaboración del informe:”perfil de apoyos” de los escolares integrados al aula regular*. Documento de trabajo en el marco de la asignatura “Práctica Formativa I y II” con los estudiantes de Fisioterapia, Terapia Ocupacional y Fonoaudiología. Universidad del Valle, 2006.
3. Devalle A. Y Vega, V. *“Una escuela en y para la diversidad. El entramado de la diversidad”*. Aique grupo editor, Argentina.
4. Echeita, Gerardo. Conferencia *“El proceso hacia la inclusión en educación”*. Congreso de Discapacidad Cognitiva. Medellín, septiembre, 2001.
5. Encuentro Nacional de Educación Especial. *“La diversidad. Un reto para la escuela de hoy”*. Manizales, 2002.
6. Fantova, Fernando. *“Materiales preparados por para el taller y la intervención sobre inclusión en el Primer Congreso Internacional de Discapacidad Cognitiva (Retraso Mental)”*. Medellín, Septiembre, 2001.

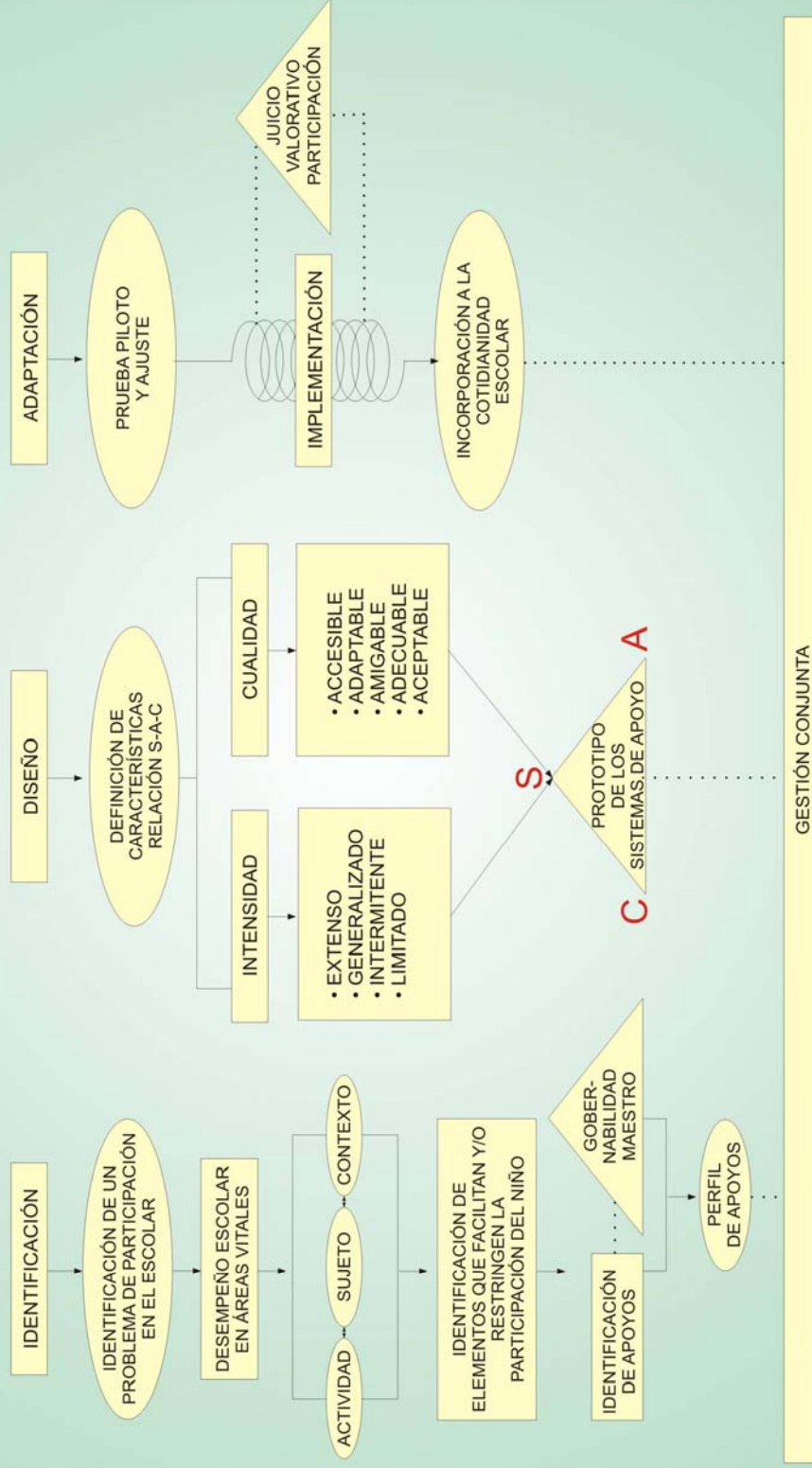
7. Gómez, N.; Otoya, C.; Quintana, P.; Tenorio, L.; Vergara, C.; Zapata, P. *“Prevalencia de discapacidad en el Departamento del Valle de Cauca”*. Gobernación del Valle del Cauca, Universidad del Valle. Escuela de Rehabilitación Humana. Cali, 2001.
8. Jara, Oscar. “Dilemas y desafíos de la Sistematización de experiencias” Presentación realizada, en el Seminario ASOCAM: Agricultura Sostenible Campesina de Montaña”. Intercooperation.CEP Centro de Estudios y Publicaciones Alforja. Cochabamba, Bolivia, Abril 2001
9. Jiménez, Paco y Vilá, Monserrat. *“De educación especial a Educación en la Diversidad”*. Ediciones Aljibe. Málaga, 1999.
10. Johnson, David y otros. *“El aprendizaje cooperativo en el aula”*. Editorial Paidós, Buenos Aires, 1999.
11. Meléndez, Lady. *“La inclusión escolar del alumno con discapacidad intelectual*. GLARP, Costa Rica, 2002.
12. Ministerio de Educación Nacional. Lineamientos Educativos para poblaciones vulnerables. Santafé de Bogotá, 2005.
13. Morales, Rosa y Bojacá, Blanca. *“¿Qué hacemos los maestros cuando hablamos en el aula?”* Universidad Distrital Francisco José de Caldas, Colombia, 2002.
14. Orozco H., Mariela. “El análisis de tarea: Cómo utilizarlo en la enseñanza de la matemática en primaria Centro de investigaciones en psicología, cognición y cultura. Universidad del Valle. 2002
15. República de Colombia, Presidencia de la República, Ministerio de Comunicaciones. “Entorno Accesible. Lineamientos de política”. 2002.
16. Sánchez, Juan F., Botias, Francisco, Higuera, Alfonso. “Supuestos prácticos en Educación Especial”. Editorial Escuela Española. Colección Educación al día. Madrid, 1998.

ANEXO No. 1

Gráfico Ruta Metodológica para la identificación, diseño y adaptación de apoyos para la participación escolar

RUTA METODOLÓGICA

PARA LA IDENTIFICACIÓN, DISEÑO Y ADAPTACIÓN DE APOYOS PARA LA PARTICIPACIÓN ESCOLAR



Carvajal O. Mónica María y Cruz P. Jaqueline

* Diseño en el marco de la práctica formativa para orientar la intervención de los estudiantes de terapia ocupacional, fonoaudiología y fisioterapia. Universidad del Valle. Agosto de 2006

Superposición Conceptual de la Ergonomía y de la Terapia Ocupacional de Acuerdo con la CIF

*Ms. Ciomara Maria Pérez Nunes
Professora Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG – Brasil
E-mail: ciomara_nunes@uol.com.br*

Resumen:

Proposición: *La Terapia Ocupacional muestra una amplia similitud conceptual y metodológica con la ergonomía. La aplicación de los conceptos y metodologías de la ergonomía en la práctica de la Terapia Ocupacional adiciona procedimientos y recursos técnicos para el análisis de las actividades en el trabajo.*

Metodología: *Para la Terapia Ocupacional que es influenciada por la corriente Anglo-sajona, los principios ergonómicos son tomados en cuenta cuando se actúa directamente con los trabajadores que presentan alguna discapacidad, enfermedad o sufrimiento relacionados con las condiciones de trabajo. Para la Terapia Ocupacional que es influenciada por la corriente francófona son predominantes los programas de promoción de la salud y prevención de accidentes y incapacidades cuando son agregadas las dimensiones cognitivas y afectivas que transforman el sufrimiento en enfermedad.*

Resultados: *¿Cuál es la diferencia entre un terapeuta ocupacional y un ergonomista? ¿En que las dos especialidades se parecen y en que se diferencian? ¿Cómo el terapeuta ocupacional se apropia de la ocupación humana en el desempeño de las actividades productivas y de trabajo sin que tenga que hacer una opción por una u otra corriente? ¿Cuales son las técnicas, herramientas y métodos de la ergonomía en el sentido estricto que complementan la formación del profesional de los terapeutas ocupacionales sin que, necesariamente, se vuelvan ergonomistas?*

Este trabajo presentará las confluencias conceptuales, su campo de actuación de acuerdo con la Clasificación Internacional de Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud - CIF

Palabras claves: *ergonomía; salud y trabajo; CIF.*

Presentación

La actuación clínica posibilita una propuesta de modificaciones físico-ambientales en el local del trabajo, en las herramientas y en el modo de ejecución y procedimientos de las actividades en el trabajo, sin embargo, raramente se incluye un análisis organizacional bien amplia de toda la empresa. En la medida de lo posible en que el terapeuta ocupacional actúa directamente en una organización de trabajo, en la forma de consultoría, asesoría o como profesional integrante del cuadro de la empresa, el alcance de la aplicación de la ergonomía aumenta con su participación en comités ergonómicos, naturalmente con una formación académica complementaria.

Serán presentadas las intersecciones conceptuales, el alcance de la actuación según los diferentes niveles de formación técnica, profesional y académica, centralizándose en el análisis de tareas e actividades humanas, las contribuciones instrumentales y epistemológicas de la terapia ocupacional y de la ergonomía en el contexto de la salud del trabajador.

Para orientar el desenvolvimiento del tema es utilizada la Clasificación Internacional de Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud - CIF, sucintamente presentada con la finalidad de rescatar sus definiciones conceptuales. La estructura de presentación de la CIF, que será organizada en funcionalidades y discapacidad, acompaña la discusión de la intersección entre la terapia ocupacional y la ergonomía, que contiene las funciones y estructuras humanas en actividades y participación, además de los factores contextuales que incorporan los factores ambientales e personales.

La Actividad como Centro de la CIF

Incluido específicamente entre las áreas principales de la vida como un de los elementos entre las actividades y participación, en la CIF, el trabajo es considerado directamente como una formación para la actividad productiva, en esta etapa y en las acciones necesarias para poder conseguir, mantener y salir de un empleo, como trabajo remunerado, autónomo, en tiempo parcial o integral, en las transacciones económicas y trabajo no remunerado. La actividad humana, como centro de todas las intersecciones, reconocida como “la realización de una tarea o acción por una persona”, envuelve todos los componentes de la clasificación dada por la OMS que, por su parte, están enlazados a las acciones laborales.

La actividad es una de las características de la participación humana a lo largo de la vida cuando la CIF incluye las áreas que van desde el aprendizaje básico y observación hasta el aprendizaje desde el inicio de la vida humana a las tareas sociales de alta complejidad que acompañan la vida adulta y la vejez, influenciando y siendo influenciadas por todas las variables personales y ambientales que garantizan la participación humana en el trabajo. La participación es definida como “el involucramiento en situaciones de la vida diaria”.

Al buscar clasificar el desempeño ocupacional de acuerdo con su funcionalidad y incapacidad, se verifica que los componentes de desempeño puedan tener un grado de influencia bien diferenciada, que depender de las circunstancias de su solicitud, voluntaria o involuntaria, interfiriendo en la participación efectiva de las diferentes áreas de desempeño de la vida. Esta visión compleja de los componentes del desempeño necesariamente influenciando y siendo influenciados por las características personales y factores ambientales culminan en la participación social y en las condiciones de salud.

La actividad humana reconocida por la OMS, que es un concepto similar al ergonómico, considera al ser humano en el centro del desempeño de una acción y es un concepto usualmente

descrito en la terapia ocupacional como una tarea, a partir del desempeño personalizado de la persona que lo ejecuta, considera el trabajo como una actividad necesariamente social que relaciona los factores ambientales y personales. Los “factores ambientales componen el ambiente físico, social y de la actitud en el cual las personas viven y conducen sus vidas”

Durante la ejecución del trabajo, lejos del contexto de atendimento terapéutico ocupacional donde el trabajador se separa de la realidad en el “setting” terapéutico, el trabajador siente la carga de trabajo como expresión de las exigencias de la producción sobre sus características personales en ciertas condiciones ambientales, caracterizando la actividad como centro de la integración humana al trabajo. Una misma solicitud física, cognitiva, afectiva o de integración social tiene una manifestación variable a partir de la propia variabilidad intrínseca de las personas y de los factores ambientales.

La importancia de los registros a lo largo de la jornada de trabajo es localizar la influencia de las exigencias o solicitudes que son aleatorios, que adicionan informaciones sobre aquella descripción usual o consolidada en documentos de perfiles profesiográficos de tareas y de estudios epidemiológicos con inferencia causal que indican los factores de riesgo ocupacional. La realidad del trabajo es entendida por el análisis de la actividad, o sea, tareas observadas, medidas y registradas en el contexto de la producción.

La actividad como Centro de la Ergonomía

Si para la terapia ocupacional, desde su origen, la actividad humana cumple el papel de reestructurar la participación individual, inclusive en las actividades productivas y de trabajo, para la ergonomía, por su parte, las técnicas, tecnologías, materiales y métodos buscan aumentar la productividad de las organizaciones del trabajo con seguridad, eficacia y bienestar para el trabajador en su actividad de trabajo.

La actividad del trabajo es determinada, tanto por las características de la población de trabajadores, como por las normas y reglas de la organización y por el contexto de la realización del trabajo. La actividad incluye el estatus de los trabajadores a partir de su remuneración y de la posibilidad de negociación donde esta prescrita la tarea en cuanto que en la actividad real hay el compromiso del trabajador con la misión organizacional, su producción y reconocimiento social. La síntesis de este proceso integracional se refleja en la producción y en el bienestar de todos, trabajador y empresa.

Asociar los datos obtenidos y observar el trabajo a lo largo de la jornada en diferentes períodos es el que distingue los conceptos de tarea y actividad en ergonomía, el trabajo prescrito y el trabajo real, que resulta en una función integradora de la actividad del trabajo, articulando los elementos constituyentes de la empresa, del ambiente y de cada trabajador.

Superposición de los Componentes de la CIF y de la Ergonomía: Visión Ergonómico en la Terapia Ocupacional

En la superposición de las funciones integradoras de la actividad del trabajo con la interacción entre los componentes de la CIF, la visión ergonómica en la terapia ocupacional, las observaciones tienen por objetivo identificar la lógica interna de la actividad y deben considerar los factores significativos para la ejecución de la tarea, sus cadenas y sus relaciones, a partir del bienestar y de la salud. En la práctica significativa identificar las acciones del trabajador y las relaciones que se establecen entre el trabajador, el trabajo y el ambiente de trabajo, particularmente aquellas acciones diferentes de su modo operativo habitual, observando las fuentes de información y los cambios verbales o gesticulares, utilizando el conocimiento en salud y en la ocupación humana de la terapia ocupacional.

El procedimiento implica en descomponer la actividad para recomponerla sobre nuevas bases, considerando el análisis del trabajo real y la participación del trabajador en todo el proceso, con las definiciones conceptuales, asociaciones y procedimientos clasificados y jerarquizados por la CIF, a partir de la visión ergonómica, con la posibilidad de utilización de las normas de la CIF para iniciar el proceso de análisis.

Al reconocer su importancia de ejercer una ocupación significativa, que promueva el bienestar y la salud, las posibilidades de que la terapia ocupacional pueda actuar en el trabajo y en la salud del trabajador adquieren un punto de vista único. La comprensión del modelo persona-ambiente-ocupación podría ser pensada como trabajador-trabajo-empresa, permitiendo a la terapia ocupacional adoptar modificaciones creativas en el medio de trabajo, en la organización, en los sistemas productivos donde está adscrito el trabajador.

La percepción del trabajador durante la negociación constante con las tareas específicas del trabajo y los ambientes en que se establecen estas negociaciones, así como, la interdependencia entre las capacidades de la persona y las demandas, de las tareas y del ambiente, serán manipulados por el terapeuta ocupacional durante su actividad en la empresa con

los trabajadores, como es realizado clínicamente, sobre bases metodológicas ampliadas por la ergonomía.

Las discrepancias en el desempeño considerando las capacidades de la persona y las demandas ambientales, tratadas como hábitos y habilidades, dejan de ser localizadas en la persona y pasan a ser contextualizadas en la empresa. La visión ergonómica en la terapia ocupacional desconsidera la simplificación del trabajo centrada en la relación casual y directa, función, habilidad, desempeño, y mantiene la actividad en el contexto de la producción, trabajador-trabajo-empresa. En la Fig. 1 puede ser observada un organigrama de la Superposición de los componentes de la CIF y de la Ergonomía.

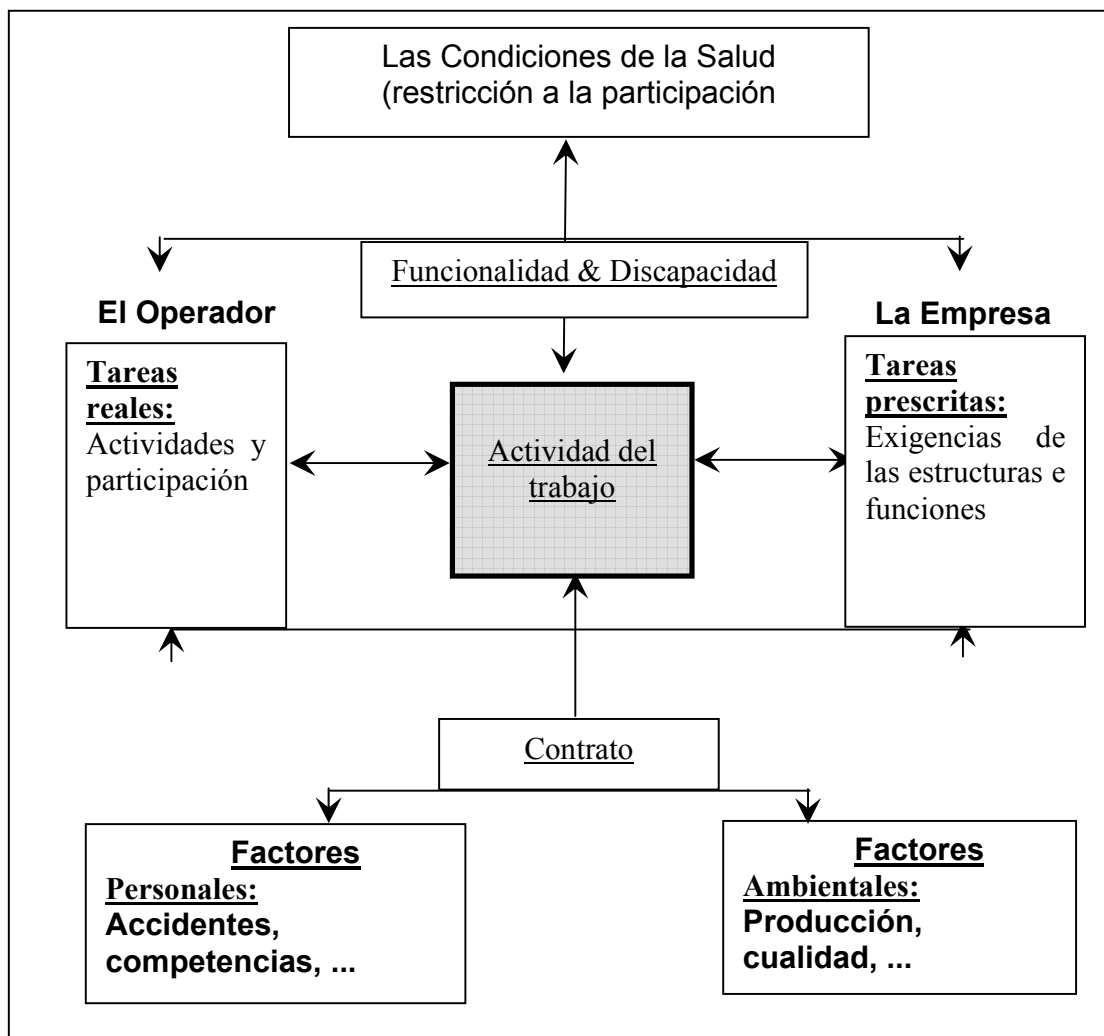


Figura 1: *Superposición de los componentes de la CIF y de la Ergonomía: la visión ergonómica en la Terapia Ocupacional*

Consideraciones Finales

El trabajo y la salud del trabajador evocan todas las dimensiones de las acciones humanas, de la manutención de la vida a los deterioros del bienestar, hasta la salida de la vida productiva por un proceso de jubilación. En este sentido, cualquier tentativa de analizar la salud del trabajador en un capítulo, ciertamente mostrará lagunas.

La ergonomía aumenta el análisis amplia y directa del contexto de la producción y de la empresa con todas las variables que envuelven, directa o indirectamente el desarrollo del trabajo, a través de la observación y análisis ergonómica del trabajo, y la terapia ocupacional emprende el análisis de la relación trabajador-trabajo-empresa, en la perspectiva de la salud y del bienestar.

La originalidad de la clasificación de la salud y del bienestar de acuerdo con la funcionalidad y discapacidad de la CIF es una alternativa para evitar problemas en el análisis del trabajo lineal que busca el establecimiento de causalidad directa en el ejercicio de las diferentes ocupaciones. El riesgo de depositar todas las responsabilidades de la enfermedad sobre el trabajador es grande cuando no se considera el factor ambiental y los relacionamientos en el contexto de las actividades y participación.

Sin embargo, es en la actuación directa en empresas que el terapeuta ocupacional deberá utilizar sus conocimientos y la visión ergonómica en las proposiciones de la promoción de la salud, prevención de riesgos, accidentes y discapacidades, y en la reformulación del trabajo directamente dirigido al contexto de la producción.. La ergonomía es la especialidad que más se aproxima, metodológica y conceptualmente, de la terapia ocupacional.

La construcción de una metodología propia establecida por la relación trabajador-trabajo-empresa es la reflexión que resulta de esta proposición para la ampliación de la comunidad de la terapia ocupacional en el campo de la salud del trabajador, ocupando el lugar que dio origen a la profesión e rescatando su especificidad, concluyendo que la ergonomía tiene mucho para contribuir con la formación académica y profesional de los terapeutas ocupacionales.

Bibliografía

*NUNES, Ciomara M. P. Saúde do trabalhador e ergonomia. In: CAVALCANTI, A. & GALVÃO, C. **Terapia Ocupacional: Fundamentação & Prática.** São Paulo (SP), Editora Guanabara Koogan, pp 278 - 290. 2007.*

TERAPIA OCUPACIONAL EN PROGRAMA INTERDISCIPLINARIO PARA EL MANEJO DEL DOLOR CRONICO.

Autores: Lic. Julieta Pavoni; Lic. Maria Victoria Banegas.

Institución Fundación para la Lucha de Enfermedades Neurológicas Infantiles FLENI.

Argentina; Capital Federal. Montañeses 5777-3900 Sede Escobar.

E-mail: tojulieta@yahoo.com.ar; tdolor@fleni.org.ar

Resumen:

Introducción: existe fuerte evidencia que la rehabilitación interdisciplinaria en dolor crónico, permite su abordaje en forma integral con mayor efectividad, reduciendo la percepción dolorosa, mejorando la funcionalidad de los pacientes y aumentando su calidad de vida.

Objetivo: presentar el abordaje de Terapia Ocupacional dentro de un programa interdisciplinario y su importancia para favorecer el desempeño ocupacional del paciente con dolor crónico, mejorando de ésta forma su calidad de vida.

Métodos: se seleccionaron 47 pacientes con diagnostico de dolor crónico por patologías de columna vertebral, que realizaron tratamiento durante el 2006, con un abordaje interdisciplinario.

Se medirán resultados con las siguientes evaluaciones: COPM (Canadian Occupational Performance Measure) para desempeño ocupacional y satisfacción; SF-36 (Short-Form) para calidad de vida y END (escala numérica de dolor); administradas al inicio y fin del tratamiento.

Resultados: se observo en 41 pacientes (87,23%) una mejora significativa en el desempeño ocupacional y en la satisfacción en actividades de importancia; el 80,8% disminuyeron su percepción dolorosa y el 87.2% aumentaron su calidad de vida.

Conclusión: el rol del T.O. mediante la evaluación y tratamiento; como parte de un programa interdisciplinario de dolor crónico, favorece en forma significativa el desempeño ocupacional y la participación en actividades de importancia para el paciente, como así también su satisfacción, teniendo un impacto favorable en su calidad de vida.

Palabras clave: calidad de vida, desempeño, satisfacción, dolor crónico, interdisciplina.

Introducción: El dolor, según la International Association for the Study of Pain (IASP) es definido como "una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular actual o potencial o descrito en términos de dicho daño". Se entiende por dolor crónico a aquel que persiste más allá del curso usual de una enfermedad aguda o luego de un tiempo razonable para que ésta cure. Tiene una duración mayor a 3 o 6 meses, es continuo o recurrente, y puede existir sin un límite temporal conocido.

El dolor crónico tiene un impacto negativo en la calidad de vida del paciente con consecuencias en la salud y en el bienestar social y psicológico. Se asocia con altos niveles de ansiedad, depresión, y disfunción social y ocupacional. Puede restringir su capacidad laboral con los efectos adversos de tipo económico-social, en el paciente y en la familia. La sociedad también sufre pérdidas económicas por costos en tratamiento y por horas laborales perdidas.

Las consecuencias del dolor pueden provocar limitaciones en la actividad, restricciones en la participación y pérdida de habilidades para desempeñarse. Las actividades en todas las áreas pueden verse afectadas, lo que además puede provocar pérdida de roles y rutinas interrumpidas.

Existe fuerte evidencia que la rehabilitación interdisciplinaria, reduce el dolor y mejora la funcionalidad de los pacientes con dolor crónico; siendo las mejores estrategias para el manejo del mismo, produciendo cambios significativos en el desempeño de AVD, en el comportamiento y en el incremento de hábitos; incluyendo de ésta forma aspectos no solo físicos, sino también psicológicos, sociales y ocupacionales, que hacen a la calidad de vida del paciente.

El dolor es un síntoma complejo y multidimensional que no puede medirse en forma objetiva, como tampoco puede considerarse solo la evaluación de su intensidad ya que no se lograrían captar otras características, y el impacto de la experiencia dolorosa. Asimismo el desempeño ocupacional tiene un componente objetivo, observable y uno subjetivo, personal; por lo que para medir dicho desempeño es necesario tener en cuenta ambos componentes. Por lo tanto para su valoración, es importante que el mismo paciente indique y defina las alteraciones que limitan su capacidad funcional por dolor y como repercute en su calidad de vida.

Desarrollo: El programa interdisciplinario para el manejo del dolor crónico en FLENI, tiene como objetivos la reducción de la percepción del dolor (alivio del dolor), el aumento de la funcionalidad y aumento de la calidad de vida.

Se busca disminuir el impacto que ocasiona el dolor devolviendo al paciente el control de su vida con un nivel tolerable de molestias, educándolo para que incorpore conocimientos sobre prevención, auto-cuidado y hábitos saludables. El equipo que lleva a cabo dicho abordaje está formado por el área de Terapia Ocupacional,

Kinesiología, Psicología, Nutrición, Enfermería, Educación Física, Asistencia Social, Musicoterapia, y Medica.

Los pacientes son derivados por los médicos de cabecera del Centro de Dolor, para su evaluación inicial en forma interdisciplinaria. El programa se divide en cuatro fases:

Fase de protección: se busca estabilizar los síntomas y crear un medio óptimo para su recuperación, fomentando además el compromiso del paciente con el programa.

Fase de activación: luego de estabilizados los síntomas, donde el paciente es capaz de participar en un programa de actividades supervisadas; capacitándolo para la aplicación de sugerencias en su rutina diaria.

Fase de resistencia: se busca acondicionamiento y fortalecimiento general, reforzando además el compromiso del paciente para asegurar logros a largo plazo.

Fase de recuperación laboral: se busca el incremento progresivo de actividades sociolaborales con un acondicionamiento específico simulando actividades cotidianas y favoreciendo la independencia funcional.

Se seleccionaron 47 pacientes con diagnóstico de dolor crónico benigno por patologías de columna vertebral: 19 lumbalgias; 10 lumbociatalgias; 7 cervicodorsolumbalgias; 5 cervicobraquialgias; 3 cervicalgias y 3 dorsolumbalgias. Los mismos realizaron tratamiento interdisciplinario durante el año 2006.

Se medirán los resultados con las siguientes evaluaciones: COPM (Canadian Occupational Performance Measure) para desempeño ocupacional y satisfacción; SF-36 (Short-Form) para calidad de vida y END (escala numérica de dolor) para la intensidad del dolor; administradas al inicio y fin del tratamiento.

Las limitaciones funcionales por dolor son usualmente medidos por cuestionarios estandarizados, que si bien están validados para dolor crónico, pueden omitir ciertas actividades o no reflejar las necesidades individuales del paciente, además de que los individuos difieren en cuanto importancia se le atribuye a los problemas que éstos plantean.

El COPM es una medida individualizada de la auto-percepción en el desempeño ocupacional y la satisfacción en el mismo. Fue seleccionada ya que permite que el paciente identifique las actividades de importancia que se encuentran limitadas por dolor y sus propios objetivos de tratamiento. Incorpora el rol del paciente y sus expectativas, comprometiéndolo desde el inicio del tratamiento y aumentando su participación en el proceso terapéutico.

Esta demostrada la validez y la sensibilidad al cambio del COPM utilizado en un programa de Dolor crónico. Incluido dentro de la evaluación inicial, permite conocer las necesidades del paciente según importancia y en su reevaluación además de

evaluar los cambios a lo largo del tiempo, le permite al paciente tener un feedback positivo de su percepción en relación a los progresos.

El SF-36 ha resultado útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Detecta cambios en la "calidad de vida" de las personas, tanto estados positivos de salud, como negativos. El contenido de los ítem se centra en el estado funcional y el bienestar emocional, tomando 8 dimensiones: funcionamiento físico, rol físico, dolor, salud general, vitalidad, funcionamiento social, rol emocional y salud mental.

Resultados: Las actividades seleccionadas por los pacientes como de mayor importancia, con limitaciones en el desempeño funcional por dolor, fueron en un 47.36% actividades de movilidad funcional, 11.57% recreativas activas, 10% autocuidado, 9.47% de manejo y mantenimiento del hogar, 8.42% trabajo remunerado, 5.26% manejo en la comunidad y recreación pasiva, 1.57% socialización y 1.05% en juego y estudio.

Se observó en 41 pacientes (87,23%) una mejora en el desempeño ocupacional y sin cambios en 6 pacientes. Se obtiene un promedio de 2.34 puntos de cambio en el desempeño, considerado clínicamente significativo.

Asimismo se observa en 43 pacientes (91.48%) una mejora en la satisfacción en relación al desempeño de actividades importancia y sin cambios en 4 pacientes. Se obtiene un promedio de 3.11 puntos también clínicamente significativo.

En relación al nivel de dolor, el 80.8% de los pacientes disminuye el nivel de dolor, siendo en END inicial de 6.25/10 y el EVD final de 3.57/10.

El 87.23% de los pacientes aumentaron su calidad de vida en un 17.59%.

Conclusión:

El rol del T.O. mediante la evaluación y tratamiento; como parte de un programa interdisciplinario de dolor crónico, favorece en forma significativa el desempeño ocupacional y la participación en actividades de importancia para el paciente, como así también su satisfacción; teniendo un impacto favorable en su calidad de vida.

Palabras clave: Calidad de vida; Desempeño ocupacional; Satisfacción; Dolor crónico; Interdisciplina.

Bibliografía:

- 1- Walsh David Andrew; Kelly S J; Johnson S; Rajkumar S; Bennetts K. "Performance Problems of Patients with Chronic Low-Back pain ante the measurement of patient-centered outcome" *Spine* 2004;29:87-93
- 2- Guzman J.; Esmail R., Karjalainen K.; et al. "Multidisciplinary treatment for Low back pain: systematic review" *BMJ* 2001; 322: 1511-6
- 3- David Borssok, Alyssa A. Lebel, Buckman McPeck .Tratamiento del dolor. Massachussets General Hospital.
- 4- Carpenter L.; Baker G A.; Tydesley B. "The use of the Canadian Occupational Performance Measure as an outcome of a Pain Management Program" *Can J Occup Ther* 2001; 68:16-22
- 5- Polgar J.M. PhD, O.T. Reg Barlow I. M, Sc. O.T."Measuring the clinical utility of an assessment: The example of the Canadian Occupational Performance Measure".
- 6- Strand L.I.; Moe-Nilssen R.; Ljunggren A.E. "Back performance Scale for the Assessment of mobility-related activities in people with back pain" *Physical Therapy* 2002; 82:1213-1223.
- 7- Lang E.; Liebig K.; Kastner S.; Neundörfer B.; Heuschmann P. "Multidisciplinary rehabilitation versus usual care for chronic low back pain in the community: effects on quality of life" *The Spine Journal* 2003; 3 270-276
- 8- Law M.; Baum C.; Dunn W. "Measuring Occupational Performance. Supporting Best Practice in Occupational Therapy". Second Edition. Chapter 6: "Measuring Occupational Performance Using a Client-Centered Perspective" McColl M.A.; Pollock N.
- 9- Eyseen ICJM; Beelen A.; Dedding C.; Carlos M. Dekker J. "The reproducibility of the Canadian Occupational Performance Measure" *Clinical Rehabilitation* 2005; 19: 888-894.
- 10- Wressle E.; Eeg-Olofsson AM.; Marcusson J.; Henriksson C. " Improved client participation in the rehabilitation process using a client-centered goal formulation structure" *J Rehabil Med* 2002; 34: 5-11.
- 11- Keller S; Ehrhardt-Schmelzer S.; Herda C.; et al. " Multidisciplinary rehabilitation for chronic back pain in an outpatient setting: a controlled randomized trial" *European Journal of Pain* 1997; 1: 279-292
- 12- Kjekken I., Dagfinrud H., Uhlig T.; Mowinckel P.; Kvien T.; Finset A. " Reliability of the Canadian Occupational Performance Measure in patiens with ankylosing spondylitis" *J. Rheumatol* 2005; 32:1503-9.
- 13- Wressle E.; Lindstrand J.; Neher M.; Marcusson J.; Henriksson C. " The Canadian Occupational Performance as an outcome measure and team tool in a day treatment programme". *Disability and rehabilitation* 2003; Vol 25, 10, 497:506
- 14- Simmins D.; Blesedell C. E.; White B.P. " The predictive power of narrative data in Occupational Therapy Evaluation" *The American Journal of Occupational Therapy* 2000; 54 N°5 , 471:476.

Taller de cuentos y historias para mejorar la calidad de vida: experiencia con ancianos en Belo Horizonte, Brasil.

*Prof. Maria Angélica Alves**

*Prof. Dra. Marcella Guimarães de Assis Tirado***

Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, **Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.
Rua Alameda Ezequiel Dias 275 Centro Departamento de Terapia Ocupacional
Cep.30130100 (31)32487191 maria.angelica@feluma.br fax(31)32487118*

*** Universidade Federal de Minas Gerais, **Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.**
Avenida Antônio Carlos 6627 Pampulha Departamento de Terapia Ocupacional
Cep.31270901 mga@ufmg.br*

Resumen: En culturas orales el conocimiento adquirido por varias generaciones está amenazado por la memoria. En esas culturas los ancianos tienen un lugar privilegiado, porque representan la memoria viva de sus antepasados. Estimular a los ancianos de hoy para que busquen la emoción del oyente es una forma de construcción del cotidiano tanto individual como colectivo, posibilitando mayor calidad de vida en la tercera edad. Este trabajo pretendió ofrecer a los participantes de una Universidad abierta para la tercera edad conocimientos teóricos sobre los cuentos populares y escritos, integrando ejercicios prácticos de teatro. Se realizó dos talleres con seis horas de duración. Participaron 54 ancianos, de ambos sexos, con edad promedio de 70 años, más de la mitad casados y con estudio máximo de segundo grado. Se utilizó un método activo de enseñanza para grupos pequeños a través de la lectura de textos literarios y populares así como ejercicios de teatro. Después de etapas iniciales para nivelación de conocimientos teóricos y vivencias de la práctica, se lleva a cabo una presentación. Se observó un cambio importante en la actitud de los participantes que se involucraron en la búsqueda de materiales (historias familiares, vestuario, objetos personales) para rescatar su memoria individual y preparar la presentación teatral. También hubo una significativa mejora en la performance individual como desenvoltura corporal, habla, creatividad y capacidad de trabajo en grupo. Los resultados obtenidos en los talleres confirman que la tradición oral orienta al adulto mayor al manejo de su voz, de sus gestos, de su mirada, de su expresividad y recupera su palabra contada, permitiendo que su propio cuerpo permanezca lleno de vida y placer. Palabras claves: ancianos, taller de cuentos, universidad tercera edad, calidad de vida.

Desarrollo del trabajo:

Introducción:

La escoja de se trabajar con los cuentos con un grupo de ancianos en una universidad de tercera edad fue justamente poder enriquecer el conocimiento en el campo de la narrativa de los ancianos y que pudiera reflejar la experiencia vivida y la teoría a desenvolver. La terapia ocupacional a través de esta actividad pudo trabajar la capacidad que está presente en los ancianos de contar las historias acumuladas al largo

de sus vividas. "Ese proceso educativo con los ancianos ocurre en espacios sociales determinados, tal como El aula en las universidades abiertas para la tercera edad o en grupos de convivencia en los cuales el trabajo se realiza a partir del concepto básico del empoderamiento, que se refiere a la actitud de reconocer, apoyar y encorajar las aptitudes y habilidades de los ancianos (Cusak, 1999) superando la tradicional postura asistencialista que trataba a los ancianos como "viejitos, pobrecitos, frágiles e incapacitados."(2)

Existen muchas maneras de ver las riquezas de un cuento y las lecturas que se pueden hacer de él son variadas. Cada contador, usando de sus habilidades, deberá encontrar su propia forma de hacerlo. Cuando recorremos a la literatura vemos que en las culturas orales el conocimiento adquirido por varias generaciones a lo largo de los tiempos, está amenazado por la memoria.(1) En esas culturas los ancianos tienen un lugar privilegiado, porque representan la memoria viva de sus antepasados. Nosotros en la modernidad siempre estamos buscando novedades y la repetición ahora nos parece de menos valor. La innovación en la cultura oral puede ser una amenaza para la transmisión de conocimientos y la pérdida de la memoria ancestral. Provocar en nuestras personas de la tercera edad para que busquen la emoción del oyente, aun cuando lo estén contando por centésima vez, es una forma de construcción de lo cotidiano tanto individual como colectivo, posibilitando mayor calidad en la tercera edad a través de papeles definidos en nuestra sociedad, fue nuestro mayor objetivo a fin de ofrecer a los participantes de la Universidad abierta para la Tercera edad conocimientos teóricos sobre los cuentos populares y escritos. Integrando ejercicios prácticos y la presentación final en la mesa de trabajo. Teníamos un grupo de 54 participantes, de ambos sexos, (predominando el sexo femenino) con edad promedio de 70 años, más de la mitad de ellos con estudio máximo de segundo grado, y la mayoría casados. Se utilizó un método activo, en grupos pequeños y en todo el grupo. A través de la lectura de textos literarios y populares así como ejercicios de teatro.

El taller fue desarrollado en dos días, con 3 horas de duración. En el primer día del taller, la coordinadora realizó una presentación acerca de la diferencia de la transmisión oral de cuentos literarios y populares. Siguiendo los contenidos abajo:

- Como es contar y leer un cuento y cuales son los tipos de cuento;

- *Cuales son elementos de un cuento;*
- *Como memorizar un cuento;*
- *Como trabajar los elementos de un cuento;*
- *Como preparar paso a paso una presentación de un cuento.*

El grupo fue dividido en pequeños grupos para que explorasen cuentos/historias traídos para que los experimentasen en la práctica. Los ancianos se mostraron interesados y hicieron muchos cuestionamientos acerca de la técnica de contar y dramatizar las historias.

En el según día, los ancianos tuvieron la oportunidad de proseguir con el trabajo de narrativa oral, pero las historias fueron preparadas en sus casas. Durante las presentaciones de los grupos, fue posible observar el interés y la motivación de los participantes, que se mostraron creativos y espontáneos y pasaron a expresar sus sentimientos con mayor intensidad. Al final del taller, varios ancianos expresaron su satisfacción con las actividades propuestas de profundizar en el arte de contar historias y solicitaron la continuidad del taller en el semestre siguiente.

Conclusión: Después de concluida las etapas iniciales para la nivelación de conocimientos teóricos y vivencias de la práctica, se lleva a cabo una presentación, que fue editada y gravada en formato digital.

La mesa de trabajo a través de citas con los adultos mayores y de los resultado obtenidos, se puede confirmar que la tradición oral, orienta al adulto mayor en el manejo de su voz de sus gestos, de su mirada, de sus expresiones y recupera su palabra contada, permitiendo que su propio cuerpo esté lleno de vida y placer.

Referencia bibliográfica:

1. *Gislayne Avelar Matos e Inno Sorsy,2005,"O ofício do contador de histórias,perguntas e respostas, exercícios práticos e um repertório para encantar",Martins Fontes Editora,(São Paulo).*
2. *Scharfstein, E.A. Intervenção psicossocial. In: Py, Ligia (org.) Rio de Janeiro: NAU Editora, 2004. p.321-340.*

3. *Gislayne Avelar Matos*, 2005, "A palavra do contador de histórias", *Martins Fontes Editora*, (São Paulo).
4. *Ecléa Bosi*, 2003, "O tempo vivo da memória", *Ateliê Editorial*, (São Paulo), I.13-28.

I - Título del trabajo.

Trayectoria de la Práctica Profesional III. Servicio de Pediatría (oncohematología) en un Hospital General.

II – Apellidos y Nombres completos de los autores:

T.O. Arriola Beatriz de Mines

T.O. Alvarez Lucrecia

T.O. Raponi Natalia

III – Institución a la que pertenecen:

U.N.L. Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas. Carrera: Licenciatura de Terapia Ocupacional.

Ciudad: Santa Fe

Provincia: Santa Fe

País: Argentina

Dirección Postal: 3000

Teléfono: 0342 – 4575215

Mail: bamines@fcb.unl.edu.ar

lucreciaalva@hotmail.com

I - Título:

Trayectoria de la Práctica Profesional III. Servicio de Pediatría (oncohematología) en un Hospital General.

II - Autores:

T.O. Beatriz Arriola de Mines.

T.O. Lucrecia Alvarez

T.O. Natalia Raponi

III - Nombre y dirección del establecimiento:

Hospital J. B. Iturraspe
Boulevard Pellegrini 3551

IV - Resumen

En 1989, se inició en el Hospital J.B. Iturraspe (alta complejidad) la Práctica Profesional III. Dicha Práctica forma parte de la currícula de la carrera de Licenciatura de Terapia Ocupacional, referida a trastornos clínicos, ortopédicos y neurológicos.

En el Servicio de Pediatría del Hospital citado, único referente para los pacientes oncohematológicos de la zona, es donde se implementan los abordajes de Terapia Ocupacional a niños de 2 a 16 años, desde 1994 a la fecha. No se registraban antecedentes de la atención de T.O. en la ciudad ni provincia.

En 1998 y 2000 se presentaron Proyectos de Extensión de Cátedra: “Terapia Ocupacional en la atención de pacientes oncohematológicos en un equipo interdisciplinario” y “El juego y el esparcimiento como modalidad Terapéutica”

Objetivos.

- Promover la inserción de Terapia Ocupacional en un nuevo campo de salud hospitalario.
- Contribuir a mejorar la calidad de vida de niños oncohematológicos a través de abordajes de T.O.
- Brindar información a profesionales y comunidad sobre la proyección de T. O. en esta problemática.

Marcos de referencia: Humanista, Modelo de la Ocupación Humana, entre otros.

Gráficos: Población. Hospital – T.O. Pacientes asistidos.

Metodologías: Entrevistas. Evaluaciones específicas. Abordaje terapéutico.

Actividades terapéuticas: de acuerdo a la edad, intereses, evaluaciones y estado del paciente. Ilustraciones.

Resultados obtenidos.

Institucionales.

- Reconocimiento del rol de T.O. por parte de profesionales y pacientes.
- Habilitación de un espacio físico para el ejercicio profesional.
- Contribución de T.O. en el bienestar del sujeto beneficiario de la prestación.

Académicos.

- Posibilitó el abordaje de T.O. en un nuevo campo de salud.
- Despertó el interés de los alumnos por esta problemática.

Difusión:

- Elaboración de estrategias de difusión para transferir a la comunidad los resultados alcanzados.

Palabras claves.

- 1-Hospital General.
- 2-Práctica Profesional III
- 3-Terapia Ocupacional
- 4-Niños oncohematológicos
- 5-Reconocimiento

V – Desarrollo del Trabajo

Trayectoria de la Práctica Profesional III. Servicio de Pediatría (Oncohematología) en un Hospital General.

Introducción.

En el año 1989, se inició en el Hospital J.B. Iturraspe (alta complejidad) la Práctica Profesional III.

La Práctica Profesional III forma parte de la currícula de la carrera de Licenciatura de Terapia Ocupacional, referida a trastornos clínicos, ortopédicos y neurológicos.

En el Servicio de Pediatría de dicho Hospital, único referente para los pacientes oncohematológicos de la zona, es donde se implementan los abordajes de Terapia Ocupacional a niños de 2 a 16 años, desde 1994 a la fecha. No se registraban antecedentes de la atención de T.O. en la ciudad ni provincia.

En el año 1998 y 2000 se presentaron Proyectos de Extensión de Cátedra: “Terapia Ocupacional en la atención de pacientes oncohematológicos en un equipo interdisciplinario” y “El juego y el esparcimiento como modalidad Terapéutica”.

Objetivos Generales.

- Promover la inserción de T.O. en un nuevo campo de salud, en el contexto de un ámbito hospitalario, posibilitando al alumnado el conocimiento y aplicación de marcos de referencia afines a la práctica profesional.
- Contribuir a mejorar la calidad de vida de los niños con patologías oncohematológicas a través del abordaje de T.O, con el fin de proveer el equilibrio de las ocupaciones humanas que a consecuencia de esta enfermedad se ha deteriorado.

Objetivos Específicos de la Cátedra.

- Dar la posibilidad al estudiante de conocer evaluaciones aplicables a esta patología, ratificar y modificar formas de abordajes y elaborar proyectos de investigación basados no en la cantidad, sino en la calidad de la atención.
- Favorecer el desarrollo del comportamiento ocupacional y contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los asistidos.

- Brindar información a profesionales y a la comunidad sobre la proyección de T.O. en esta problemática.

Marcos de referencia.

Los marcos de referencia principalmente utilizados fueron los siguientes:

- Humanista: Enfoque holístico: Aborda disfunciones psicológicas del desarrollo y físicas. Está centrado en el paciente y pone especial atención en el ambiente físico-afectivo.
- Modelo de la ocupación humana: La persona puede ser evaluada en actividades de autocuidado, productividad y recreativas. Tratamiento centrado en la persona y establecimiento conjunto de los objetivos que sean significativos para el paciente.

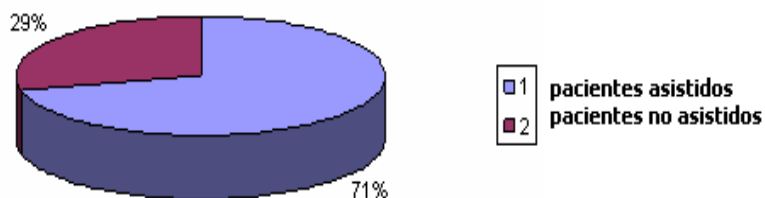
Tabla I - Población

Cantidad de pacientes atendidos en el Servicio de Pediatría del Hospital J. B. Iturraspe 1994 - 2006

Patologías	Sexo		Total
	femenino	Masculino	
L. L .A	57	42	99
L. M .A	9	5	14
Mieloma múltiple	6	1	7
Linfoma no Hodking	8	4	12
Total	80	52	132

Fuentes: Datos obtenidos del sector de Estadística del Hospital J.B. Iturraspe. Santa Fe 2007.

Cantidad de pacientes que recibieron atención de T.O. en el Servicio de Pediatría del Hospital J. B. Iturraspe 1994 – 2006.



Metodologías aplicadas: Entrevistas. Evaluaciones (teniendo en cuenta la edad de los pacientes y el estadio de la enfermedad). Abordajes terapéuticos: individuales y grupales, en internación, consultorio y/o atención domiciliaria.

Actividades terapéuticas y de apoyo: de acuerdo a la edad, intereses, evaluaciones, estado del paciente (orgánico por estadio de la enfermedad y anímico). Ilustraciones.

Resultados obtenidos.

Institucionales:

- A partir de la presencia regular en el servicio durante 8 años, se logró el reconocimiento por parte de los profesionales y pacientes oncohematológicos que solicitan la prosecución de los abordajes de T.O. La recopilación de encuestas a pacientes y profesionales señala la mejor tolerancia al tratamiento médico, luego de las intervenciones de T.O.
- Habilitación de un espacio físico para T.O. en el servicio de Pediatría.
- Participación en eventos organizados por instituciones afines a la problemática (ACUPA, CENAELE) que colaboran con el hospital.
- Contribución de T.O. con su hacer específico en el bienestar del sujeto beneficiario de la prestación. La elección y uso de las actividades de acuerdo a los intereses, preferencias y capacidades de la persona, le da la oportunidad de desarrollar su independencia en el cuidado de sí mismo, su creatividad en el juego y de manifestar así su personalidad.

Académicos: La P.P. III:

- Posibilitó el abordaje de T.O. en un nuevo campo de salud
- Despertó la motivación y el interés de los alumnos de la carrera de Terapia Ocupacional por esta problemática.
- Generó la presentación de Proyectos de Investigación relacionados al tema.

Difusión:

- Elaboración de estrategias de difusión para poder transferir a la comunidad los resultados alcanzados: videos, guía de información para pacientes (cuidados y actividades).
- Publicación del Proyecto “T.O. en la atención de pacientes oncohematológicos en un equipo interdisciplinario” por parte de la Secretaría de Extensión en la revista de la U.N.L.

VI - Referencias bibliográficas.

Libros:

- 1- Cooper Jill 1997 “Occupational Therapy in Oncology and Palliative Care”. Singular Publishing Group, Inc. (San Diego, California). Cap.1. 1 – 11, Cap.2. 13 – 31, Cap. 3. 33-57, Cap. 4. 59-85, Cap. 7. 115 – 131.
- 2- Miralles, Pedro Moruno; Romero Ayuso Dulce. 2006 “Actividades de la Vida Diaria”. Masson S.A. (Barcelona – España). Cap. 6.182 – 203.
- 3- Polonio López, Begonia 2004. “Terapia Ocupacional en discapacitados físicos: teoría y práctica”. Editorial Médica Panamericana. (Madrid – España). Cap. 2 13- 37.
- 4- Reed Kathlyn L. Sanderson Sharon. 1992. Third Edition “Concepts of Occupational Therapy”. Williams & Wilkins (Baltimore. U.S.A.) Section II .38 - 94.
- 5- Tecklin Stephen Yan. 1994. Second Edition. “Pediatric Physical Therapy” J.B. Lippincott company (Philadelphia) Cap6 .187-206.
- 6- Willard Spackman. 2003 10ª edición. “Terapia Ocupacional”. Editorial Médica Panamericana. (Bs. As. Argentina). Cap. 42. 827 – 833

Publicaciones:

- 1-Oudshoorn Silvina Vázquez Graciela. 1995. PAANET: “Programa de Apoyo y Asistencia a niños con enfermedades terminales”. IV Congreso Argentino de T.O. III Simposio Latinoamericano de T.O. Sta. Fe.
- 2- Oudshoorn Silvina. Asociación de Amigos de PAANET. 2001. “Un tiempo para aprender” Curso introductorio al acompañamiento a niños con enfermedades terminales. Mar del Plata.

VII – Agradecimientos.

Agradecemos a la Licenciada Silvina Oudshoorn por su contribución y asesoramiento en el tema presentado y a los profesionales del Hospital por hacer posible la realización de este trabajo.

7mo. Congreso Argentino y Latinoamericano de Terapia Ocupacional

Título: *Tránsito hacia el horizonte propio*

Subtítulo: *Modalidad de Abordaje en Emprendimientos Sociales en Salud*

Autores:

Lic. T.O. Silvia Elena Narvárez

Lic. T.O. Daniela Edelvis Testa

Lic T.O. Sandra Bettina Spampinato

Institución:

Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial “José Tiburcio Borda”

Ramón Carrillo 375 – Ciudad de Buenos Aires – Argentina

Teléfono: 00 54 11 4305-5083

Autor Principal: Spampinato, Sandra Bettina

Alvear 735 – CP 1653 – Villa Ballester – Prov. Buenos Aires

Tel/ Fax: 00 11 4767-4405

Cel: 011 5951-7403

sandraspampinato@yahoo.com.ar

Tipo de trabajo: Comunicación libre, que si opta a premio.

Eje temático: Definiciones

Área de presentación: Salud Mental

Título: *Tránsito hacia el horizonte propio*

Subtítulo: *Modalidad de Abordaje en Emprendimientos Sociales en Salud*

Autores:

Lic. T.O. Silvia Elena Narváez

Lic. T.O. Daniela Edelvis Testa

Lic T.O. Sandra Bettina Spampinato

Institución:

Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial “José Tiburcio Borda”

Ramón Carrillo 375 – Ciudad de Buenos Aires – Argentina

Teléfono: 00 54 11 4305-5083

Resumen del Trabajo:

El presente trabajo se propone describir la modalidad de abordaje implementada en el Emprendimiento Social en Salud “YBYTU – vientos de cambio” que se desarrolla desde hace diez años en el Servicio de Terapia Ocupacional del Hospital “José T. Borda” de la Ciudad de Buenos Aires.

En el mismo se presentan los principales conceptos teóricos que lo fundamentan y los ejes sobre los que discurre la dinámica terapéutica y la dinámica productiva del emprendimiento. En consecuencia se caracterizan las principales intervenciones terapéuticas describiendo cómo estas operan en el cuadro de situación configurado por la vulnerabilidad psicosocial de los usuarios que lo integran.

En las conclusiones se enuncian algunas relaciones entre el diseño de las estrategias terapéuticas que tienen como basamento la situación de vulnerabilidad particular de cada sujeto y el perfil profesional del Terapeuta Ocupacional que desarrolla esta modalidad de abordaje. Se propone, también, una reflexión acerca de la función social del Terapeuta Ocupacional en la construcción activa de espacios de circulación e inclusión social.

Palabras Claves: Emprendimiento Social, Salud Mental, Modalidad Intervención, Vulnerabilidad, Ocupación.

Desarrollo del Trabajo:

El Emprendimiento Social en Salud “YBYTU – Vientos de Cambio” se desarrolla en el Servicio de Terapia Ocupacional del Hospital Borda, en el marco del Programa de Emprendimientos Sociales en Salud, desde el año 1998.

Surge como una propuesta construida conjuntamente entre usuarios y profesionales, en el intento de romper con la paradoja de realizar una prestación asistencial sosteniendo los mecanismos habituales de reproducción de la exclusión que interceptan los diferentes tratamientos en el campo de la salud mental.

Durante estos diez años de trabajo y esfuerzos conjuntos, fuimos desarrollando y constituyendo una modalidad de abordaje que nos permitió apropiarnos de un modelo ideológico, conceptual y de práctica que no se postula, solamente, como una respuesta profesional a un instituido; sino que se ofrece como posibilidad, como búsqueda y como tránsito hacia un horizonte propio para cada uno de los sujetos que formamos parte del emprendimiento.

Este Emprendimiento Social tiene como fin la promoción de la salud y la integración socio-laboral de personas que se encuentren en condición de desventaja, por estar atravesando una situación de fragilidad psíquica y/o social; y atiende a la demanda explícita formulada en recomendaciones internacionales y en el marco legislativo vigente, expresado tanto en la Constitución del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires como en la Ley de Salud de dicha ciudad. Propone un espacio para la producción de bienes conjuntamente con un marco propicio para el fortalecimiento de los derechos de ciudadanía y la vida relacional de los usuarios, su circulación e inclusión social.

Está integrado por usuarios del sistema público de Salud Mental, por miembros de la comunidad en situación de desempleo, técnicos de salud mental, diseñador industrial, diseñador gráfico, dibujante, comunicadora social.

Durante esta década circularon por el mismo 163 usuarios, de los cuales 47 son usuarios provenientes de la comunidad y 116 del sistema de salud. De estos últimos 72 ingresaron al emprendimiento realizando tratamiento ambulatorio y 44 se encontraban en situación de internación (de este grupo 20 se externaron durante su participación en Ybytu, de los cuales 3 se reinternaron por un lapso breve de tiempo).

El marco teórico que lo sostiene rota el eje de la enfermedad mental hacia el de la situación de vulnerabilidad psicosocial, desde donde se interviene ya no para reducir o controlar la enfermedad, sino para crear un contexto real de vida que produzca salud,

solidaridad y creatividad. Se incluye la problemática de los derechos humanos y su incidencia en la situación social y de salud.

Los siguientes conceptos de vulnerabilidad, trabajo y ocupación enmarcan la perspectiva de esta modalidad de abordaje:

Se considera vulnerable -como señala Domínguez Lostaló ⁽¹⁾, “a toda aquella persona susceptible de ser dañada. La situación de vulnerabilidad se juega predominantemente en el campo de lo social. La vulnerabilidad psicosocial es el grado de fragilidad psíquica que la persona sufre por haber sido desatendida en sus necesidades básicas. En éste aspecto, Robert Castel ⁽²⁾ señala que la marginalidad se asienta en dicho proceso; en el que ubica tres zonas que analiza en relación a dos variables: - trabajo e - inserción relacional.

La ocupación es definida por un sistema de actividades. Cada ocupación está constituida por distintas tareas, que pueden existir fuera de esa ocupación como actividades autónomas. Lo determinante de una ocupación es la función, determinada cultural y socialmente. En ella juegan simultáneamente dos sentidos, el de apropiación de la función y el de cumplir una función que nos preexiste y probablemente nos sobrevivirá. Como lo señala la Lic. En T.O. Rita Martínez Antón⁽³⁾.

Entendemos al trabajo no sólo como la práctica de ‘normalización’ y por lo tanto como expresión de productividad, sino como respuesta a una necesidad de reproducción subjetiva, en cuanto producción social y medio para la reconstrucción de una identidad en relación a una determinada capacidad de intercambio.⁽⁴⁾

Consideramos de relevancia, también, las siguientes categorías que dimensionan en la práctica algunos aspectos comprometidos en la situación de vulnerabilidad psicosocial de los usuarios:

- ✓ Competencia Personal: auto cuidado, hábitos de vida, afrontamiento personal y social, capacidades cognitivas, autonomía básica y social y capacidad laboral.
- ✓ Condiciones de Vida: autonomía económica, soporte residencial, cobertura de necesidades básicas.
- ✓ Soporte Relacional: autonomía social, red de apoyo no institucional, red de apoyo institucional y red de apoyo social.
- ✓ Recursos Comunitarios: recursos institucionales de protección, recursos de asistencia social, recursos para la ocupación y recursos de aceptación social.
- ✓ Dimensión Subjetiva de la Vulnerabilidad: expresada a través de la propia percepción que los usuarios tienen de su vulnerabilidad, en tanto impacto que provoca en su calidad de vida la manera en que se presentan las variables antes mencionadas.

Estas categorías se constituyen en parámetros diagnósticos fundamentales a la hora de establecer estrategias terapéuticas capaces de atender los objetivos planteados.

La dinámica de trabajo en el emprendimiento presenta características altamente complejas, ya que tiene variados componentes que coexisten y se relacionan de diferentes modos y niveles. Básicamente está organizada en las siguientes áreas: 1) De producción: diseño y creatividad, manufactura, ventas, promoción y comunicación, 2) De Gestión: de subsidios nominales, recursos financieros para insumos y maquinas, participación en redes comunitarias, recursos personales, 3) De Tiempo Libre: actividades culturales y de interés, 4) De Capacitación: en oficios y técnicas, docencia, y 5) De Construcción del horizonte propio.

La vida cotidiana en el contexto del emprendimiento constituye el campo privilegiado sobre el cual se opera y es allí donde podemos distinguir una modalidad de abordaje propia y característica, que se encuentra delimitada por las siguientes intervenciones terapéuticas:

- ✓ Intervenciones de Solidaridad, se proponen no sólo como un valor ético y social, sino como una práctica concreta y como una vía de posible transformación de la situación de vulnerabilidad particular del sujeto.
- ✓ Intervenciones de Creatividad se sostienen en el valor agregado e intangible de los objetos que se producen,
- ✓ Intervenciones de Autogestión y Gestión favorecen la autogestión en distintos niveles de profundidad, que no son excluyentes.
- ✓ Intervenciones de Participación ⁽⁵⁾: en diferentes áreas, de producción, legislativos y administrativos, a través de los canales de expresión y representación correspondientes.

Estas intervenciones, aunque en coexistencia con diferentes discursos (médico, social, jurídico), arrojan luz sobre la lógica del asistido transversalizando y ejerciendo potencia sobre las dimensiones individual, grupal y comunitaria de los sujetos. Apuntan a restablecer la lógica del ciudadano, tanto para el usuario del emprendimiento como para el técnico en salud mental, ya que ambos participan de la creación y/o transformación a pequeña escala de un espacio social.

Es posible entonces, señalar una lógica de pensamiento presente, que se refleja en el modo de analizar y concebir el problema de la salud mental, y que se puede identificar con el llamado paradigma de la complejidad ⁽⁶⁾. Dicho paradigma propone asumir la complejidad del ser humano como constitutiva y propia de su naturaleza e integrar las múltiples dimensiones que lo componen.

Para concluir señalamos que intervenir terapéuticamente sobre la vulnerabilidad de los sujetos requiere pensar y diseñar estrategias sanitarias con capacidad para responder a las necesidades y demandas de cada persona generando sentido material y simbólico dentro del espacio terapéutico; a la vez que modalidades de abordaje que incidan tanto en las condiciones materiales que colocan a un sujeto en la zona de vulnerabilidad como sobre aquellas interpretaciones y vivencias subjetivas que los mismos presentan sobre dichas condiciones.

Esto requiere de un perfil profesional que nos sitúe capaces de posicionarnos con plasticidad frente la diversidad y la complejidad y así actuar en función de los parámetros planteados para la construcción de ciudadanía, la transformación del estigma y la generación de modelos innovadores de atención.

Estos diez años de recorrido trajeron con ellos la construcción y el reconocimiento de modalidades particulares, que se plantearon como posibles porque todos los involucrados en la “escena terapéutica” nos dimos la oportunidad, la reflexión y las herramientas para hacer viable el tránsito hacia ese horizonte propio... aunque no por ello menos compartido.

Referencias Bibliográficas en el Texto:

¹ **Domínguez Lostaló**, "¿Es necesario encerrar? Alternativas al control social institucional punitivo - represivo" - Cuadernos del Caleuche - Universidad de la Plata, 1996-

² **Robert Castel**, “La dinámica de los procesos de marginalización: de la vulnerabilidad a la exclusión”, Espacio Institucional 1.Ed. Lugar 1991

³ **Rita Martínez Antón**, “La Actividad y la Ocupación”- publicado en Rev. Terapia Ocupacional Materia Prima, n° 14 – 2000

⁴ **Delguidice – Cogliati**, apuntado en “Jardines de Abel: deconstrucción del manicomio en Trieste” D. Barros - EDUSP – 1994 – pag. 96

⁵ **Robirosa y otros**, en “Turbulencia y Planificación Social”, Ed. Siglo XXI, 1992, p.19.

⁶ **E. Roger Ciurana**. Cfr. en “Complejidad, Cultura y Solidaridad” en apuntes de clase 1- Cátedra Abierta de Solidaridad, Prof.: Oscar García, UNSM, 2005. p30.

**USO DEL TIEMPO LIBRE EN NIÑOS DE 9 A 11 AÑOS,
DE NIVEL SOCIOECONÓMICO MEDIO-BAJO DE
SANTIAGO DE CHILE**

**SILVIA GÓMEZ LILLO¹
RODRIGO SEPÚLVEDA²
M. INÉS CRUZAT³
JOSEFINA EMHART³
LORETO OVIEDO³
DANIELA CANTILLANA³**

2007

¹ Terapeuta Ocupacional, Licenciada en Ciencia de la Ocupación, Académico de la Escuela de Terapia Ocupacional, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

² Antropólogo. Académico Escuela de Terapia Ocupacional, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

³ Terapeuta Ocupacional, Universidad de Chile

USO DEL TIEMPO LIBRE EN NIÑOS DE 9 A 11 AÑOS, DE NIVEL SOCIO – ECONÓMICO BAJO, DE SANTIAGO DE CHILE

Silvia Gómez Lillo, Rodrigo Sepúlveda.

M. Inés Cruzat, Josefina Emhart, Loreto Oviedo, Daniela Cantillana

Resumen:

Los Terapeutas Ocupacionales históricamente hemos estado interesados en la relación ocupación – salud, en que se incluyen conceptos tales como adaptación ocupacional, contribución al desarrollo y repercusiones en el bienestar y la calidad de vida.

Esta investigación, que corresponde a un estudio transversal descriptivo, contribuye a la comprensión de cómo se configuran las ocupaciones en los niños (as) y de que manera están determinadas por el sistema en que se desenvuelven. Se seleccionan 5 colegios de nivel socioeconómico medio- bajo de una comuna de Santiago, de acuerdo a la clasificación del Ministerio de Educación, y se aplica una encuesta a todos los niños de 4º año básico (121) y a sus padres (85); posteriormente se realizan talleres para conocer las perspectivas y significado del Tiempo Libre a 40 de estos niños.

Los objetivos planteados fueron: conocer las ocupaciones que realizan los niños en sus rutinas diarias, identificar actividades de Tiempo Libre y el contexto en que ellas se realizan, observar diferencias de género y el significado que se le otorga a estas actividades. Las respuestas tanto de los niños como de los padres muestran que el juego es la actividad que más realizan, seguidos de ver televisión y conversar. Las madres reportan como actividad de tiempo libre las tareas del hogar, pero las niñas las reportan como trabajo.

Llama la atención el desconocimiento de los padres sobre la rutina diaria de sus hijos, ya que si bien hay coincidencia en el tipo de actividad que los niños realizan, no hay concordancia en el tiempo empleado en ellas.

Palabras clave: ocupación, tiempo libre, juego, medio ambiente, educación

Introducción

En la historia de la disciplina, los Terapeutas Ocupacionales hemos tratado de profundizar nuestra comprensión del inter juego entre los seres humanos, su medio ambiente y las ocupaciones en las que se involucra. Hoy día, con el desarrollo de la Ciencia de la Ocupación, este interés se ha acentuado. En esta búsqueda se torna relevante observar como, en cada etapa del desarrollo, las denominadas “áreas de desempeño ocupacional” poseen diferentes características, cobran distinta importancia, se relacionan con las habilidades que tiene cada persona, y con los roles que debe satisfacer, con relación a las expectativas del medio ambiente en que se desenvuelve y el contexto del momento.

En la segunda infancia, etapa a abordar en esta investigación, el juego es fundamental. Mediante él el niño (a) refuerza y adquiere nuevos aprendizajes, socializa, se desarrolla, descubre nuevos aspectos del medio y sus preferencias. A su vez el juego desarrolla en el niño (a) diferenciaciones de significado entre las distintas tareas diarias.

Lo anterior refuerza entonces, la necesidad de tener una visión clara y orientadora con relación a las actividades que realiza el niño (a) en su tiempo libre; se debe incluso comprender más allá y visualizar el impacto de las actividades de la rutina en su desarrollo. Además, como profesionales preocupados de la ocupación, es nuestro deber conocer como éstas interactúan, influyéndose unas con otras, y como el contexto se torna determinante en la calidad y repertorio de las ocupaciones, siendo la situación de pobreza un escenario que puede llegar a dificultar el desarrollo de actividades que permitan obtener los beneficios ya mencionados .

Considerando la importancia de lo expuesto se realiza esta investigación, tomando como muestra colegios que se caracterizan por el nivel socio – económico bajo de su población.

El objetivo general fue “describir el uso del tiempo libre en niños (as) de 9 a 11 años, de colegios de nivel socio - económico bajo”. Para ello se contemplan los siguientes objetivos específicos:

- conocer las ocupaciones que realizan los niños (as)
- identificar las actividades realizadas por los niños (as) durante su tiempo libre
- conocer el significado que le otorgan los niños (as) al tiempo libre
- describir el contexto del tiempo libre en el cual se desenvuelven los niños (as)
- describir la diferencia por género en el uso del tiempo libre de los niños (as)

Revisión de la literatura

Ocupación:

La definición de ocupación que fue tomada como referente para esta investigación, es la de Carlson & Clark (2001) que dice:

“ocupaciones son las actividades que comprometen nuestra experiencia vital y pueden ser nombradas por la cultura, puesto que no todas las formas de hacer son ocupación”

Esta definición fue seleccionada porque el objetivo de estos autores no es ofrecer una definición hermética, sino diferenciarla de otras formas de hacer. Ellos ven la ocupación como un proceso significativo para la persona que la realiza, intencional y conscientemente ejecutada.

La configuración de las ocupaciones en los niños, sujetos en nuestro estudio, está influenciada de muchas y cambiantes formas. Ellos constantemente se ven involucrados en sistemas ocupacionales que son nuevos y ante los cuales viven procesos de aprendizaje intensos. Las ocupaciones van creciendo en número a medida que adquiere habilidades, a través de ellas el niño (a) se integra a su medio y adquiere conciencia de participación. Por lo tanto, a través del análisis de sus ocupaciones podemos descubrir formas de participación y de interconexión entre un ser en desarrollo y su ambiente.

Tiempo Libre:

Se seleccionó la definición de Parham & Fazio (1997) que dice.

“actividad no obligatoria, motivada intrínsecamente y en la que uno se involucra en un tiempo discreto, esto es, en un tiempo no destinado a ocupaciones obligatorias tales como trabajo, autocuidado o sueño”.

El Tiempo Libre puede estratificarse al igual que el Trabajo, para demostrarlo citaremos los vecindarios, descritos por Kozol (1991, 1995) que se ubican en áreas invadidas por la pobreza, el delito, abandono y abuso, en la forma de industrias e incineradores contaminantes. En algunos casos los padres temen dejar que sus hijos jueguen fuera de casa por los altos índices de violencia y delitos en el vecindario. Las restricciones económicas impuestas cuando se vive en la línea de la pobreza proporcionan poco lugar para juguetes, juegos, o lujos como lecciones de música o deportes

Por este motivo en nuestro estudio, es necesario considerar las implicancias socio –culturales las que ejercen influencia discriminatoria en nuestra sociedad especialmente en niños y jóvenes. Esta influencia tiene importancia ya que, según Joan Battle (1997) de la calidad de tiempo libre que se le ofrece a niños (as) y jóvenes dependerán más adelante la calidad de sus soluciones humanas, los vínculos sociales que han de establecer, y de forma clara, la capacidad de adaptación y a la vez de transformación y desarrollo de un entorno social y cultural que ha de hacer posible la diversidad y la diferencia con más libertad, justicia y solidaridad que supere las desigualdades socioculturales y económicas.

En los niños (as) el juego y las actividades lúdicas están fuertemente relacionadas con el tiempo libre. Ellos aprenden y se desarrollan a través de actividades lúdicas. El juego les ayuda a aprender y a adquirir habilidades de socialización

Juego:

Huizinga (1972), lo define como una acción o actividad voluntaria que se desarrolla sin interés material, realizada dentro de ciertos límites fijos de tiempo y espacio, según una regla libremente consentida, completamente imperiosa, provista de un fin en sí mismo y acompañado

de sentimientos de tensión y alegría. A través del juego se desarrollan distintas habilidades, las cuales les permiten desempeñarse de manera más efectiva en su contexto. Así, el juego contribuye al desarrollo físico, intelectual, afectivo, social o relacional, emocional y moral.

Los niños estudiados en esta investigación, generalmente se encuentran cursando 4° grado de educación primaria y están en una etapa que se caracteriza por el desarrollo de destrezas y por ser una etapa de crecimiento centrada en explorar. La relación con los padres cambia, iniciándose un proceso gradual de independencia y autonomía, aparece el grupo de pares como referente importante, el cual se constituirá en uno de los principales ejes del desarrollo del niño en esta etapa.

.El juego se caracteriza por ser con reglas, en donde se requiere resolución de problemas y pensamiento abstracto, como juegos de computadora, cartas y juegos de mesa. A esta edad el niño (a) tiene hobbies, y muestra preferencia por deportes organizados, juego cooperativo, en que el énfasis es puesto en las habilidades y en ganar. El juego de los niños suele diferenciarse del de las niñas por ser más brusco, vigoroso con patadas, luchas, volteretas, forcejeos y persecución, así los niños tienden a ser más violentos y agresivos que las niñas (J. P Turner & Gerval, 1995) De esta manera, los niños dedican más tiempo a la organización de deportes y tiempo libre no estructurado (ABS, 2003; Maudin & Meeks, 1990) y las niñas mayor cantidad de tiempo a actividades culturales supervisadas por adultos y actividades no estructuradas como artes y manualidades (ABS, 2003; Carpenter C. J., Huston A. C. & Spera L, 1989)

Metodología

El estudio se orientó a la exploración del uso del tiempo libre en niños y niñas de 4° grado de educación primaria, cuya edad va de 9 a 11 años, desde la perspectiva de la Ciencia de la Ocupación. Se utilizaron técnicas cuanti y cualitativas, para dar cuenta de las dimensiones del objeto de estudio que implicaron el abordaje estandarizado del uso del tiempo de libre, a través de una encuesta aplicada a los padres y a los hijos; así como la exploración del significado del tiempo libre para los niños (as) a través de talleres lúdicos grupales.

La encuesta permitió dimensionar las diversas actividades de tiempo libre que realizan los niños (as) tanto dentro como fuera la escuela. Las preguntas buscaban establecer qué actividades realizaron los niños (as) el día anterior, incluyendo la horas en que se levantaron y acostaron, las actividades que realizaron durante los recreos escolares, además de los contextos y actividades después de la escuela. La encuesta a los padres se orientaba a triangular las preguntas consultadas a los niños (as) por lo que abordaron las mismas dimensiones.

Los talleres lúdicos se orientaron a explorar en forma cualitativa el significado del juego y el tiempo libre para los niños (as). Se diseñó una dinámica lúdica que permitió conocer la representación que tienen los niños sobre el tiempo libre a través de la conversación grupal.

La muestra de los sujetos encuestados alcanzó un número de 121 niños y niñas y 85 padres quienes fueron contactados en 5 escuelas correspondiente a un nivel socioeconómico bajo de la comuna de Independencia, en la ciudad de Santiago de Chile. Los talleres lúdicos que rescataban información cualitativa se aplicaron a los mismos niños (as) encuestados.

Los datos cuantitativos fueron analizados, relacionando las diferentes variables a través del software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Finalmente los resultados de la encuesta fueron complementados con el resultado del levantamiento de información cualitativa.

Resultados:

La aplicación de los instrumentos diseñados para la consecución de los objetivos de estudio fue el que se detalla a continuación, y que se refiere a las respuestas de los niños (as). Las respuestas de los padres muestran diferencias que serán comentadas más adelante. Cabe hacer notar que las respuestas son multi opción, por lo tanto los porcentajes marcan la cantidad total de niños que marcó esa opción sin excluir a esos niños (as) del resto de porcentajes de un mismo gráfico.

Objetivo planteado
Conocer las ocupaciones (obligatorias) que realizan los niños

Áreas de ocupación	Día de semana	%	Fin de semana	%
AVD	Llegar de colegio a hacer la pieza	38,7	Hacer la pieza	42,9
	Llegar a cuidar hermanos	25	Hacer aseo de la casa	10
	Llegar a hacer aseo	10,2	Preparar el almuerzo	1,4
Estudios	Jornada escolar 8 hrs/5hrs*		Hacer tareas	41,1
trabajo	Hacer tareas	73		
	Trabajar después de colegio	2,2	Trabajar	5,7
			Ayudar a padres en trabajo	25,7

*jornada escolar completa y media jornada escolar respectivamente

Objetivo planteado
Identificar las actividades realizadas por los niños (as) en su tiempo libre

actividades	Día de semana	%	Fin de semana	%
Actividades de Tiempo Libre y Juego	Jugar a la pelota después de colegio	22,6	Jugar antes de almuerzo	71,4
	Jugar Play Station después de colegio	36,5	Salir con padres antes almuerzo	35,7
	Ver TV después de colegio	59,1	Jugar después almuerzo	48,6
	Ir a video juegos	13,9		
	Jugar a pelota en recreo	36,5	Salir después almuerzo	48,6
	Conversar en recreo	34,3	Jugar a la pelota	37,1
	Jugar escondidas en recreo	16,8	Jugar Play Station	35,7
	Jugar pillarse en recreo	36,5	Ver televisión	54,3
	Jugar taca-taca en recreo	13,1	Ir a video juegos	20

Objetivo planteado
Describir el contexto del tiempo libre en el cual se desenvuelven los niños (as)

Contexto	Día de semana	%	Fin de semana	%
Contexto físico	Jugar en la casa	67,9	Jugar en la casa	64,3
	Jugar en la calle	20,4	Jugar en la calle	52,9
	Jugar en casa de amigo/ vecino	23,4	Jugar casa de amigo/vecino	30
Contexto social	Jugar con amigo	46,7	Jugar con amigo	70
	Jugar con papá	13,1	Jugar con papá	38
	Jugar con mamá	11,7	Jugar con mamá	10,5
	Jugar con hermano(a)	55,5	Jugar con hermano(a)	51,4
	Jugar solo	16,1	Jugar solo	21,4
	Jugar con mascota	17,5	Jugar con mascota	25,7

Objetivo planteado
Describir la diferencia por género en el uso del Tiempo Libre en los niños (as)

	Niños	%	Niñas	%
Día semana	Jugar a pelota después de colegio	39,2	Jugar a pelota después de colegio	0
	Jugar Play Station después de colegio	41,8	Jugar Play Station después de colegio	29,3
	Ver televisión después colegio	51,9	Ver TV después de colegio	69
	Ir a video juegos	17,7	Ir a video juegos	8,6
	Jugar a pelota en recreo	60,8	Jugar a pelota en recreo	3,4
	Conversar en el recreo	29,1	Conversar en el recreo	41,4

	Jugar escondidas en recreo	15,2	Jugar escondidas en recreo	19
	Jugar al pillarse en recreo	27,8	Jugar al pillarse en recreo	48,3
	Jugar taca-taca en recreo	12,7	Jugar taca-taca en recreo	13,8
Fin de semana	Jugar antes de almuerzo	76,5	Jugar antes de almuerzo	68,6
	Salir con padres antes de almuerzo	44,1	Salir con padres antes de almuerzo	28,6
	Jugar después de almuerzo	79,4	Jugar después de almuerzo	71,4
	Salir después de almuerzo	41,2	Salir después de almuerzo	51,7
	Jugar a la pelota	70,6	Jugar a la pelota	5,7
	Jugar Play Station	50	Jugar Play Station	22,9
	Ver televisión	50	Ver televisión	60
	Ir a video juegos	32,4	Ir a video juegos	8,6

Objetivo planteado
Conocer el significado que le otorgan los niños (as) al Tiempo Libre

Taller de recolección de datos cualitativos	La capacidad de introspección observado en los niños (as) es bajo, lo que se relaciona con el nivel socioeconómico a que pertenecen Presentan dificultad para lograr generalizar el significado del juego, haciendo referencia constante de las actividades que para ellos presentan mayor valor Asignan gran importancia a las actividades de Tiempo Libre, refiriendo que ellas les reportan alto grado de satisfacción y placer al momento de ejecutarlas, les permiten despejarse de la rutina y exigencia escolar y les permite compartir con sus compañeros, entre otras
---	--

Organización de la rutina diaria:

Está determinado por la hora de ingreso a sus respectivas escuelas en los días de semana y por la dinámica familiar los fines de semana. En los días de semana, los niños (as) que comienzan su jornada escolar en la mañana, concentran las horas de levantarse entre las 6 y 7 mientras los que tienen jornada de tarde inician su rutina después de las 8 y en su gran mayoría entre las 10 y 11 AM. Contrastando esta información con la hora en que los niños (as) se acuestan, podemos determinar que las horas de vigilia son 14. Con relación al género, las niñas se levantan una hora antes que los niños. Por otra parte los padres opinan que sus niños se acuestan más temprano y levantan una hora antes de lo que éstos declaran.

Los niños que asisten a colegios de jornada escolar completa, juegan más con miembros de su núcleo familiar, en cambio los que asisten a jornada escolar de tarde, juegan más con amigos

Los niños (as) con jornada escolar completa, finalizan ésta a las 16 horas y el resto de sus actividades termina entre las 21 y 22 horas. En cambio los niños que asisten por la tarde al colegio finalizan su jornada a las 19 horas por lo que sus actividades escolares, de la vida diaria y de tiempo libre son desarrolladas después de esa hora, terminando su rutina, en su mayoría, a las 24 horas. Lo anterior tiene un impacto que, en el caso de las actividades de tiempo libre, modifica el tipo de actividad, con quien las hacen, y el contexto en que se realizan.

Con relación al tipo de actividad realizada, en las niñas se observa ausencia de componentes motores en sus juegos y alto componente de interacción social, en los niños se observa más componentes motores pero menor interacción con otros. En ambos grupos muestran preferencia por actividades en que esté implícita la tecnología

Discusión

Prácticamente en todas las actividades se observan diferencias entre la información entregada por los niños y por sus padres. Esto podría deberse a que los padres no están presentes en el momento que los niños (as) inician y desarrollan su rutina, o podría ser por la sensación de sentirse evaluados, lo que provocaría seleccionar aquellas alternativas que indiquen, según ellos, un mejor comportamiento evitando así algún tipo de cuestionamiento en relación a su preocupación por sus hijos. La diferencia de criterio se observa principalmente con relación a las niñas, lo que podría estar indicando que las niñas son más autónomas. El desconocimiento

Incluye tipo de actividades, intensidad y lugar en que se realizan.

Llama la atención que la actividad de tiempo libre más común seleccionada por los niños, y la segunda en importancia por las niñas, sea jugar Play Station, que es un dispositivo electrónico de alto costo, lo que reflejaría la alta valoración por el grupo familiar que lo posea, por lo que los padres lo adquirirían como algo útil o necesario. Por otra parte, esta actividad tiene gran componente tecnológico y no hay interacción directa con otro. Las niñas seleccionan como mayoritarias actividades con menos nivel de complejidad y que tampoco requieren interacción.

En la rutina del fin de semana, previo y después de almuerzo, la actividad de juego es la que realiza la mayor cantidad de niños (as), por lo que se considera una actividad significativa en ellos, además los niños son capaces de considerarla y recordarla en su rutina, lo que quedó de manifiesto en los talleres lúdicos. El mayor porcentaje de niñas que realiza actividades del hogar indicaría, nuevamente, las diferencias de género como factor influenciado por el encuadre social. Las niñas perciben este tipo de actividades como trabajo, mientras que sus padres las catalogan como de tiempo libre. Los niños (as) a esta edad perciben las tareas del rol, como jugar, trabajar, estudiar.

Un hecho destacable es que en esta edad se espera un juego social cooperativo y de pensamiento abstracto, pero el grupo encuestado se caracteriza por realizar actividades de bajo componente motor y alta interacción tecnológica. Este resultado puede estar asociado a una probable disminución de actividades al aire libre, lo que disminuye las posibilidades de desarrollo motor de los niños (as) y podría disminuir la sociabilidad de éste

Luego del análisis de los resultados obtenidos se destaca la necesidad de educar a los padres sobre la importancia del juego y de una buena y variada selección de actividades de tiempo libre de manera que éstas influyan positivamente en todos los aspectos del desarrollo, en el bienestar y en la calidad de vida de los niños (as).

Referencias bibliográficas:

1. Papalia D.E., Wendkos Olds S., Duskin Feldman. R. "Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia. 9ªEd. 2002. Editorial Ma Graw Hill. México
2. Real Academia Española (RAE). Diccionario de la Real Academia Española, consultado el 15 de Abril del 2006. www.rae.es
3. Perez Arroyo M. "Uso del tiempo libre en adolescentes de las unidades educativas de Cerrito Blanco y San Vicente de Paul de la ciudad de Barquimeto". 2003
4. Humphry R. "Explicating the Dynamics of Developmental. Young Children Occupation". AJOT 2002; 56, 2: 171-179
5. Larson E., Zemke R. "Lives: the social coordination of occupation". Journal of Occupational Science. 2002; 10, 2: 80-89
6. Lawton MC. "The significance of being occupied: The social construction of childhood occupations. AJOT. 2003; 57, 4: 424-434
7. Stagnitti K., Unsworth C. "The importance of pretend Play in Child Development: An Occupational Therapy Perspective". British Journal of Occupational Therapy 2000; 63: 121
8. UNICEF Convención de los Derechos de los Niños (homepage). Consultada el 15 de noviembre de 2005. www.unicef.cl
9. Yepes R. "La reflexión de lo Lúdico". Cuaderno de Anuario Filosófico Universidad de Navarra. Serie Universitaria. 1996

Volver a la Escuela: Una puerta de entrada

Este trabajo pretende compartir nuestra experiencia profesional en el Programa “Volver a la Escuela”, implementado desde la Secretaría de Estado de Promoción Comunitaria de la Provincia de Santa Fe, iniciado en el año 2004.

El programa está destinado a adolescentes de 14 a 18 años de edad, que estén en riesgo social, hayan abandonado la escuela o estén en riesgo de hacerlo. Su propósito es la reinserción y/o prevención de la deserción del adolescente en el sistema escolar.

La intervención de Terapia Ocupacional, se sustenta en el Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional¹ y la Carta de Ottawa (1986).²

Este ofrece y demanda al adolescente la participación ocupacional en el ámbito escolar, en encuentros psicoeducativos y actividades socio-recreativas, y asigna a 600 adolescentes una beca estímulo mensual.

Los objetivos de carácter promocional y estrategias de intervención se dirigen a los adolescentes, las familias y las redes comunitarias.

Se abordaron 1500 adolescentes aproximadamente en los tres años. Se incrementaron los niveles de asistencia y permanencia escolar en el tercer año de participación.

Es posible favorecer la inclusión socioeducativa interviniendo desde “afuera” del ámbito escolar, abriendo puertas en los entornos familiares, comunitarios y en otras áreas ocupacionales, que fortalezcan el rol de estudiante.

Este trabajo pretende compartir la experiencia profesional en un programa denominado “Volver a la Escuela”; el cual es impulsado por la Secretaría de Estado de Promoción Comunitaria de la Provincia de Santa Fe, y operativizado en los Centros de Desarrollo Zonal (C.D.Z.) ubicados en barrios marginales de la capital desde el año 2004, donde formamos parte de equipos multidisciplinares.

“Puede pensarse que todo programa o proyecto constituye un conjunto de instrumentos que operan e implementan distintos modelos imaginarios que atienden a la ciudadanía...”³.

El programa “Volver a la Escuela” está destinado a 600 adolescentes de 14 a 18 años de edad, que hayan abandonado la escuela o estén en riesgo de hacerlo y que presenten

¹ American Occupational Therapy Association. 2002. “Occupational Therapy Practice Framework: Domain and process”. De American Journal of Therapy Occupational. Vol. 56. Number 6.

² OMS. 1986. “Carta de Ottawa para la promoción de la salud”. (Canadá).

³ S. Duschatzky (comp). 2000. “Tutelados y asistidos. Programas sociales, políticas públicas y subjetividad”. Editorial Paidós SAICF (Argentina). P. 24

indicadores de riesgo o vulnerabilidad social. Su propósito principal es la reinserción y prevención de la deserción del adolescente en el sistema escolar formal o no formal.

Para el o la adolescente, incluirse en el programa le ofrece y le demanda, la participación en: centros educativos o de formación laboral, talleres psico-educativos, actividades socio-recreativas y el beneficio de una beca estímulo de \$50 mensuales. Para la asignación bimestral de la beca debe cumplimentar con la asistencia escolar y de los talleres grupales.

Este programa nos facilita el ingreso a las familias del barrio y a las organizaciones comunitarias, generando los vínculos de confianza que permiten la incorporación a la red barrial.

Los adolescentes que abordamos atraviesan por difíciles situaciones de vida, entre las cuales podemos mencionar: paternidad – maternidad precoz, grupos de convivencia con violencia, abandono del tutor, cirujeo, mendicidad, acceso fácil a las drogas, convivencia con el delito, exigencia de ser proveedor de aporte económico al hogar, estigmatización, discriminación, fracaso escolar, indocumentación, escasas o nulas ofertas de entornos físicos y sociales que les permitan la participación ocupacional plena, entre otros.

La política social de nuestro sector de trabajo prioriza las acciones promocionales para esta franja poblacional. Considerando el Marco de Trabajo para la Práctica Profesional del T.O., y en adhesión a la Carta de Ottawa (1986) procuramos que a través de nuestra intervención, las personas puedan tomar decisiones y tener el control sobre sus propias decisiones vitales; por esto nos propusimos que los adolescentes puedan desarrollar: a) valores, intereses y comportamientos acordes a sus roles ocupacionales y familiares; b) actitud crítica reflexiva frente a situaciones de la vida cotidiana; c) habilidades de afrontamiento y modificación de los entornos. Reconocer y aprovechar oportunidades de los ambientes para la satisfacción ocupacional. Encontrar-se, pertenecer y participar en grupos sociales. Que los grupos familiares y / o de convivencia puedan apoyar a los adolescentes en sus objetivos y cumplir con su rol de responsables de su desarrollo pleno. Que la comunidad pueda brindar espacios de inclusión y participación social “para” y “con” los adolescentes.

Las T.O. nos desempeñamos en el rol de coordinación técnica del programa y en su ejecución, realizando consultorías individuales y familiares, planificación y coordinación de talleres y actividades socio-recreativas, coordinaciones con organizaciones, seguimiento escolar, promoción y organización de proyectos comunitarios, entre otras funciones.

Los requerimientos formales del programa se constituyeron inicialmente en un abanico de oportunidades de intervención impensadas, la presentación de la documentación personal del adolescente y de un responsable para el cobro de la beca, implicó abordar las cuestiones objetivas y subjetivas de la identidad personal, los vínculos familiares y la red barrial. Les exigió trasladarse del barrio al centro, poner en práctica habilidades de procesamiento y comunicación, ejerciendo derechos y deberes de ciudadano.

Los encuentros grupales, en primera instancia, fueron propuestos desde nuestros supuestos y primeras evaluaciones, a medida que los adolescentes fueron apropiándose de estos espacios, las temáticas y dinámicas de los talleres cobraron su propia identidad en cada grupo barrial. Así, en los diferentes grupos se abordaron diversos temas relacionados a la salud, los lazos afectivos, roles familiares y de pareja, el valor de la educación y el rol de estudiante, valores y habilidades personales y comunitarios para la resolución de problemas, organización y participación comunitaria, entre otros.

Las personas que viven en la pobreza, no solo sufren las carencias o faltas materiales y económicas sino que también las restricciones de los entornos, limitan las perspectivas de desempeño. Los estigmas que encontramos en las familias de estos adolescentes, las escuelas y parte de la sociedad, nos llevaron a realizar otras estrategias de trabajo para poder flexibilizar y permitir el acceso de estos jóvenes en estos contextos.

En los tres años de trabajo han participado un número aproximado de 1500 adolescentes, es decir que podemos distinguir, un grupo que desde hace más de un año continúa su proceso de inclusión socio educativa; otro que ya lo ha alcanzado y prescinde de la beca económica como estímulo, pero que aún así continúa participando; y un tercer grupo, que no ha podido y/o elegido incluirse en el sistema educativo.

En el año 2006, sobre el 90% del total (600 adolescentes), los promedios de asistencia escolar fueron: muy buena 63%, buena 18%, regular 9%, dejó de concurrir 10%. Advirtiéndose que en el segundo semestre del año estas dos últimas categorías se triplicaron por múltiples factores: incremento de las exigencias escolares versus dificultades para afrontarlas, desequilibrio en la rutina diaria por el receso invernal, posibilidades de trabajar, entre otros.

Más allá de estos resultados cuantitativos, lo valioso fue el proceso que todos los participantes han realizado, cada uno lo transitó conducido por sus propias motivaciones, intereses, encontrando-se o no con lo que vino a buscar, los desafíos, los límites, las

oportunidades. Los adolescentes, al aumentar su participación ocupacional en las actividades del programa, incrementaron su compromiso en actividades escolares, del hogar, sociales.

El objetivo de inclusión educativa en este caso, fue abordado desde el “afuera” del ámbito escolar, convocamos en las calles, las organizaciones del barrio, nos introducimos en las redes familiares y comunitarias, para así entrelazar al adolescente y la escuela, para tratar de lograr el mutuo reconocimiento y valoración. A través de este trabajo hemos podido vivenciar, que no solo se puede abordar el rol de estudiante desde un ámbito educativo, sino que desde el propio ámbito comunitario de la persona y ofreciendo ocupaciones significativas en otras áreas ocupacionales.

Los programas sociales, más aún para quienes en su vida han sido asistidos por su condición de pobreza estructural o heredada, son portadores de políticas y representaciones sociales, demarcan y subjetivizan a quienes se relacionan en estos, configuran entornos de participación ocupacional. El desafío es trabajar para que también puedan ser puertas de entrada para la promoción humana.

Palabras Claves:

Adolescentes. Inclusión Socio educativa. Comunidad.

Referencias Bibliográficas

American Occupational Therapy Association. 2002. “Occupational Therapy Practice Framework: Domain and process”. De American Journal of Therapy Occupational. Vol. 56. Number 6.

E. Crepeau, E. Cohn, B. Schell. 2005. “Willard & Spackman. Terapia Ocupacional”. Editorial Médica Panamericana S.A. (España).

S. Duschatzky (comp). 2000. “Tutelados y asistidos. Programas sociales, políticas públicas y subjetividad”. Editorial Paidós SAICF (Argentina).

M. Krichesky (comp.) 2005. “Adolescentes e inclusión educativa. Un derecho en cuestión”. Editorial Noveduc – Fundación SES. (Argentina).

OMS. 1986. “Carta de Ottawa para la promoción de la salud”. (Canadá).

Un recorrido histórico del concepto de Salud y Calidad de vida a través de los documentos de la OMS

Autor. Elisabeth Gómez Mengelberg

Resumen del trabajo:

Introducción: Hace 59 años y en tiempos de posguerra 61 estados gobiernos “con el fin de cooperar entre ellos y con otros en la promoción de la salud de todas las personas”. Crean la Organización Mundial de la Salud organismo especializado dentro de la Carta de las Naciones Unidas. La conformación de la OMS representó la culminación de los esfuerzos de cooperación internacional en materia de salud que comenzaron hace casi 150 años.

Entró en vigencia en 1948. En la actualidad los Estados Miembros que la componen son 191 siendo la República Argentina uno de ellos.

La OMS señala las pautas a seguir por sus estados miembros y es referente permanente de los mismos a la hora de establecer las políticas que adoptarán.

Método: Mediante documentos fundamentales emitidos por la OMS a lo largo de estos 59 años realizo un recorrido histórico sobre el concepto de salud y de calidad de vida, que esta organización nos propone, y como se fueron entrelazando.

Asimismo menciono el único instrumento internacional de la OMS de medición de calidad de vida el WHOQOL, logrado con la colaboración y aporte de distintos grupos culturales que realizaron la construcción de esta escala.

La revisión de la noción de calidad de vida bajo un vértice antipositivista y la priorización de la propuesta del rescate del subjetivismo, revierte hacia un cuestionamiento de la actual definición de salud toda ella basada en evaluaciones externas “objetivas”.

Las intervenciones en salud, dirigidas a modificar la calidad de vida de los pacientes deben someterse a procedimientos que permitan determinar subjetiva y objetivamente el mejoramiento de la calidad de vida,

Conclusiones señalo las posibilidades que brinda el tomar a la calidad de vida como un concepto orientador.

Palabras claves:

Organización Mundial de la salud- Salud- Calidad de vida- subjetividad- Medición

Introducción:

El concepto de calidad de vida que desarrolla la OMS es definido en 1996 en Ginebra en el Foro Mundial de la Salud, como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y sistema de valores en el que vive y con respecto a sus objetivos, expectativas, estándares e intereses”. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y las relaciones con las características sobresalientes del entorno. Esta definición pone de manifiesto el criterio que afirma que la calidad de vida se refiere a una evaluación subjetiva, con dimensiones tanto positivas como negativas y arraigada en un contexto cultural, social y ambiental.

¿Que es la calidad de vida? La calidad de vida es la percepción que tienen las personas de que sus necesidades están siendo satisfechas, o bien que se les están negando oportunidades de alcanzar la felicidad y la autorrealización con independencia de su estado de salud, o de las condiciones sociales económicas.

El objetivo de mejorar la calidad de vida junto con la prevención de una mala salud evitable, ha cobrado cada vez mayor importancia en la promoción y el cuidado de la salud. Esto es especialmente importante en relación con la satisfacción de las necesidades de las personas de edad avanzada, los enfermos crónicos, los enfermos mentales, los enfermos terminales, y los discapacitados.

La OMS ha tomado la iniciativa para desarrollar un instrumento que mida la calidad, de vida dado que se ha ampliado el enfoque de medir la salud, mas allá de los tradicionales indicadores de salud tales como mortalidad y morbilidad, sino que incluya mediciones para el impacto de la enfermedad, el deterioro de las actividades de la vida diaria y de las conductas. Por lo tanto medir la calidad de vida de los sujetos (OMS1991)

Las escalas de medición de la calidad de vida que ya se utilizaban en los Estados Unidos y en Inglaterra no resultaron útiles al intentar administrarlas en otros grupos culturales.

Debido al avance de un modelo cada vez mas biomecanista de la medicina que aboga mayormente por la erradicación de la enfermedad y sus síntomas, se volvió imprescindible la introducción de un elemento humanístico en la atención de la salud que complete el panorama, ya que se le pregunta al sujeto acerca de la percepción de su satisfacción en relación con sus necesidades.

La OMS al desarrollar una herramienta que permita evaluar la calidad de vida, no pretende medir los síntomas, enfermedades o discapacidades sino que evalúa los efectos percibidos de la enfermedad y de las intervenciones del equipo terapéutico sobre la salud repercutiendo en la calidad de vida del sujeto.

Para tal fin se creo el WHOQOL único instrumento internacional de la OMS de medición de calidad de vida, logrado con la colaboración y aporte de distintos grupos culturales que se comprometieron y realizaron la construcción de esta escala. Han identificado 6 extensas áreas que describen aspectos fundamentales de la calidad de vida en todas las culturas un área física, un área psicológica, el nivel de independencia, las relaciones sociales, el entorno y las creencias personales espirituales.

El constructo del concepto de calidad de vida ha estado tradicionalmente asociado al de enfermedad y concebido como la relación entre las consecuencias de la enfermedad, las debidas al tratamiento y las experiencias subjetivas (síntomas, funcionamiento físico, funcionamiento emocional, funcionamiento social).

Han surgido otros enfoques en la investigación de la calidad de vida, por ejemplo los centrados en el estudio de la satisfacción global del individuo con la vida y la sensación general de bienestar.

Es posible considerar a la calidad de vida como un constructo multidimensional que podría operacionalizarse a partir de la suma de cada una de las dimensiones relevantes que conforman la vida del individuo.

Podríamos decir también que los indicadores sociales de más frecuente uso sobre la calidad de vida cuando son analizados inducen a preguntarnos si no se estará midiendo la irradiación de patrones de vida generados en sociedades industriales avanzadas sobre otras. Desafortunadamente resulta frecuente comprobar que la conceptualización de la calidad de vida es reducida a los aspectos socioeconómicos de nivel de vida (un indicador económico y objetivo) que al de la noción psicológica de calidad de vida .

La revisión de la noción de calidad de vida bajo un vértice antipositivista y la priorización de la propuesta del rescate del subjetivismo, revierte hacia un cuestionamiento de la actual definición de salud toda ella basada en evaluaciones externas “objetivas”.

Se podría decir que no se puede hablar de calidad de vida sin preguntarle al sujeto

La calidad de vida es una variable que permite dilucidar los efectos esperados e inesperados de los programas de salud, permite que su índice sea utilizado para establecer la magnitud de un posible cambio y las intervenciones terapéuticas que se practiquen.

Mientras los indicadores tradicionales de la salud se basan en la mortalidad de las poblaciones, el interés por la calidad de vida, se basa en considerar cómo vive la gente sus problemas de salud y cómo se pueden intentar corregir estos para que consigan llevar una mejor calidad de vida.

Al poner todas las enfermedades y los problemas de salud en un pie de igualdad con independencia de su causa. Una persona puede verse imposibilitado de realizar su cotideaneidad por una angina de pecho, pero también a causa de una depresión. Este enfoque coloca a los trastornos mentales al mismo nivel que las enfermedades físicas y ha contribuido al reconocimiento y documentación de la carga mundial de trastornos depresivos, que es hoy la causa de una mala calidad de vida y es la principal causa de los años de vida perdido por discapacidad en todo el mundo.

Sabemos que los trastornos mentales y sus conductas causan una interrupción masiva en la vida de la persona que lo padece y en sus familias.

Aunque la extensión de la infelicidad y sufrimiento no es mensurable, uno de los métodos para evaluar el impacto de los síntomas es la utilización de los instrumentos creados para determinar la calidad de vida del sujeto.

La OMS ha realizado varios estudios sobre la calidad de vida de las personas que padecen trastornos mentales y concluyen que el impacto negativo no sólo es considerable sino que se mantiene a través del tiempo.

Estos estudios revelan que la calidad de vida continúa siendo insatisfactoria después de su estabilización, y la insatisfacción es la resultante de la problemática que atraviesa el factor social e incluye la continuidad del estigma y la discriminación.

Que a mayor tiempo de hospitalización mayor empobrecimiento de la calidad de vida en comparación con aquellos que padecen de estos trastornos pero viven la comunidad.

El impacto sobre la calidad de vida no se limita a los trastornos metales severos; la ansiedad y los ataque de pánico tienen un efecto mas que considerables en el nivel psicológico afectando la calidad de vida de las personas.

Las intervenciones en salud, dirigidas a modificar la calidad de vida de los pacientes deben ser sometidas, siempre que sea posible a procedimientos que permitan determinar subjetiva y objetivamente el mejoramiento de la calidad de vida.

Conclusiones:

El tomar a la calidad de vida como un concepto orientador permite:

- Orientar la transformación y los cambios de los sistemas sociales de salud y educativos en función de las necesidades que manifiestan las personas.
- Mejorar la eficacia de las prácticas profesionales a través de la medición y control de los avances.
- Adquirir un lenguaje común para las personas, los profesionales, los investigadores, los gestores y los políticos.

- Que la asignación de recursos, sea en función del mejoramiento de la calidad de vida de las personas.

Bibliografía:

- A.A.T.O.-1992 “Libro del Segundo Congreso Argentino y Primer Simposio Latinoamericano”- Compilación de trabajos presentados de varios autores- (Buenos Aires).
- Andrew,F.M. y Withey,S,B. 1976 “Social indicators of Well-being Americans’ percepcions of life quality”,
- Baker,F.Intagliata,J. (1982) “Quality of life in the evaluation of community support systems. Evaluation and Programme Planing.” Ed. Plenium (USA) 5-69-79
- Bonicatto,S,Soria.J.J.(1998) “Los instrumentos de calidad de vida de la organización mundial de la salud” Ediciones CATA (buenos Aires)
- Bonicatto,S, Zaratiegui,R y otros (2000) Evaluación de calidad de vida en pacientes con depresión mayor: predictibilidad de los niveles de severidad, Acta Psiquiátrica Psicológica de América Latina- Vol.46 4: pag.318 a 324.
- Caron,Jean.Tempier,R.Mercier,C (1999) Componentes del soporte social y de la calidad de vida en enfermos mentales severos, individuos de bajos ingresos y población en general, Boletín asociación Madrileña de rehabilitación psicosocial- N°10-11- Año 44
- Corten,P.Mercier,C y (1999) Quality of life ,clinical model for assessment of rehabilitacion treatment in psichiatry, Ed Social Psichiatry y Psichiatry Epidemiology (USA)29-178-183.
- Capozzo, Gómez Mengelberg- Daneri , Terapia Ocupacional, (1997) Multidisciplina , Vertex Revista Argentina de Psiquiatría –Ed Polemos Volumen VIII-N° 27-
- Corrigan,P,W., (199) Enfermedad y discriminación: enfrentando las dos causas de la discapacidad psiquiátrica. vertex-Rev. Arg. .de Psiquiatría. Vol.X:105-110.
- Dubois,J , (1999) La Rehabilitación psicosocial, Boletín de la World Asociation Phicosocial Rehabilitation- Ed wapr- Francia
- Desjarlais.R,Eisenberg.L,Good.B,Kleinman, (1999) “Salud mental en el mundo, Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos” Ed PALTEX)-OPS. (USA)
- -Egri,G ,(1992) “La Rehabilitación en salud mental con base en la comunidad” Libro de la OMS 1998.Editorial OPS- OMS- (Washington)
- Gofin,J,Levav,I,Sarceno,B, (1992) Vigilancia y evaluación en los programas de salud mental comunitaria, Cap. IV- Temas de salud mental en la comunidad- PALTEX Ed- OPS
- Lehman;A,F,(1999) A quality of life interview for the cronically mentally” ill.Evaluation and programing Planning, _11-52-662-Boletín de la Asociación de Rehabilitación Psicosocial de Madrid
- Levav,I ,Temas de salud mental en la comunidad, (1992) PALTEX N°19- OPS.
- Levav,I , (1972) Psiquiatría social .Acta Psiquiátrica y psicológica de América Latina 18:3 –
- Liberan Robert Paul, (1993) Rehabilitación integral del enfermo mental crónico, Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud –ED Martínez Roca (España)
- Magallanes Livia. T.O (1997), Evaluación de Terapia Ocupacional: O qué Evaluar Y Cómo Evaluar. Anales del V° Congreso Brasileño de Terapia Ocupacional.

PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR, DESDE LA REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

Autor Principal: Castro de Jong, Daniela Paz

Coautores: Araya Orellana, Eliana Carolina; Tolvett Sepúlveda, Johanna Valencia; Cortez Albornoz, Andrea Daniela

Institución: Corporación Municipal de Desarrollo Social de San Joaquín, Dirección de Salud

Dirección: Av. Santa Rosa 2606, 3er. Piso, San Joaquín, Santiago – Región Metropolitana.
CHILE

Fono: (562) 520 9702

Fax: (562) 544 2349

E-mail: rbcsanjoaquin@yahoo.com

N° de páginas totales: 8

Presentación: Página 1

Desarrollo Páginas 2 a 7

Agradecimientos y Observaciones: Página 8

Daniela Castro de Jong

Autora Principal

PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR, DESDE LA REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD

Castro de Jong, Daniela Paz¹; Araya Orellana, Eliana Carolina²; Tolvett Sepúlveda, Johanna Valencia³; Cortez Albornoz, Andrea Daniela⁴ Institución: Corporación Municipal de Desarrollo Social de San Joaquín, Dirección de Salud. Dirección: Av. Santa Rosa 2606, 3er. Piso, San Joaquín, Santiago – Región Metropolitana. CHILE

Resumen: Objetivos: Sistematizar la experiencia que desde el año 2005, se implementa en Centros de Salud Familiar (Cesfam) de San Joaquín, que incorporan Terapeutas Ocupacionales, trabajando con Adultos Mayores. La intervención se basa en Modelo de Salud Familiar (MSF) y Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC), llevando al territorio local, las acciones tradicionales del nivel terciario, potenciando el trabajo domiciliario y las redes sociales como ejes fundamentales de recuperación de funcionalidad, participación, y ciudadanía. Se revisa experiencia piloto, implementada con apoyo del Fondo Nacional de la Discapacidad (Fonadis) con 56 adultos mayores, entre 65 y 95 años (promedio 78.6 años).

Métodos: Estrategia de trabajo basada en los principios de RBC, que incluye evaluación integral del equipo de cabecera junto al usuario (cuya Evaluación Funcional del Adulto Mayor – EFAM, en categoría Autovalente con riesgo / Dependiente no Postrado) y su familia, plan individual de trabajo, atención domiciliaria (adaptaciones en el hogar) y sala de rehabilitación kinésica, órtesis y ayudas técnicas para la marcha, acompañamiento de asistentes comunitarias (con formación en RBC), coordinación con organizaciones locales y participación en ocupaciones significativas, dentro y fuera del hogar (participación social). Implementación de talleres de Autocuidado del cuidador. Al 10º mes de intervención, 83% mejoran o mantienen sus niveles de funcionalidad, en base a evaluación inicial (EFAM, Escala de Katz y Barthel).

Conclusiones: La estrategia propuesta, muestra una mejoría significativa en el nivel de funcionalidad de los adultos mayores que participaron del Programa, con una positiva

¹ Terapeuta Ocupacional. Universidad de Chile, Master Universitario en Integración de Personas con Discapacidad, Universidad de Salamanca. Diplomado en Salud Familiar, Universidad de Chile. Asesora Técnica Dirección de Salud, Corporación Municipal de Desarrollo Social de San Joaquín. Académica Universidad Mayor

² Terapeuta Ocupacional. Licenciada en las Ciencias de la Ocupación Humana. Universidad de Playa Ancha. Diplomado en Neuropsicología, Pontificia Universidad Católica de Chile. Servicio de Geriátría, Hospital Fuerza Aérea de Chile

³ Terapeuta Ocupacional. Licenciada en las Ciencias de la Ocupación Humana. Universidad de Chile. Diplomado en Ergonomía, Universidad de Concepción ©. Corporación Municipal de Desarrollo Social de San Joaquín.

⁴ Kinesióloga, Licenciada en Ciencias de la Kinesiología. Universidad de Playa Ancha. Diplomado “Rehabilitación Integral del Adulto Mayor en la Comunidad para Kinesiólogos”, Universidad de Talca.

evaluación desde la comunidad y el sistema de salud local. El Terapeuta Ocupacional en el contexto de Atención Primaria en Salud (APS), se posiciona como un nuevo agente de salud en ese nivel, apoyando los procesos de rehabilitación y recuperación de la funcionalidad en el adulto mayor, desde la recuperación de las ocupaciones significativas, la participación e integración comunitaria.

Palabras claves: *Funcionalidad, Rehabilitación de Base Comunitaria (RBC), Terapia Ocupacional, Adulto Mayor, Atención Primaria en Salud (APS)*

Introducción:

a) **Antecedentes Demográficos:** La comuna de San Joaquín, se ubica en el sector sur de Santiago. Según Censo Nacional 2002, la población total es de 97.625 personas⁵, 11.57% mayor de 65 años. El 100% en viviendas urbanas. De acuerdo al Primer Estudio Nacional de la Discapacidad (ENCDISC 2004), se estima que el 11,56% de las personas que viven en la región metropolitana presentarían algún tipo de discapacidad, lo que en el caso de la comuna equivaldría a 11.285 personas. De acuerdo a la Encuesta de Caracterización Socioeconómica CASEN (2003)⁶, 14.1% de la población comunal se ubica en las categorías de pobre o indigente. 73.2% de la población comunal es atendida en el sistema de Salud Pública, los que se distribuyen en tres CESFAM, que trabajan bajo el Modelo de Salud Familiar.

b) **Antecedentes del Problema:** La comuna presenta población envejecida, caracterizada por personas que migraron desde el campo a la ciudad, quienes se desempeñaron en empresas textiles del sector, que reciben atención en los Cefam comunales, donde se entregan servicios de carácter promocional, preventivo y terapéutico, de acuerdo al modelo de salud familiar, existiendo una baja oferta de servicios en la esfera de la rehabilitación y la prevención del deterioro funcional, ya que estos procesos se encontraban más asociadas a la atención terciaria. En las mediciones de funcionalidad (EFAM) 3,3% es catalogado como dependiente y padece de dependencia total, el 30% son funcionales frágiles que requieren auxilio para ciertas actividades. Si se aplican estos porcentaje a la población de San Joaquín, la población potencial que requiere de servicios de salud, sociales y comunitarios, sería Autovalente con riesgo 4.151 personas y dependientes y/o postrados 456 adultos mayores.

Es una prioridad sanitaria la atención de personas mayores, con diferentes tipos de discapacidades, en grados moderados y severos, que presentan un deterioro en sus destrezas físicas y de movilidad. Los problemas derivados de este deterioro se expresan en distintos grados de dependencia en su desempeño ocupacional, principalmente en las áreas que

⁵ Servicio Integrado de Información Territorial – Biblioteca del Congreso Nacional <http://siit.bcn.cl>

⁶ Ministerio de Planificación, <http://www.mideplan.cl/casen>

demandan interacción con el medio, como las actividades instrumentales de la vida diaria, participación social y ocio, entre otras, perdiendo roles, patrones de rutina y hábitos. Esta situación se agrava cuando las personas con discapacidad son mayores de 60 años, sus cuidadores son personas de edades semejantes y no cuentan con otros adultos que los asistan. Esta situación dificulta el acceso en igualdad de condiciones a las oportunidades existentes en su entorno, en comparación a sus pares en edad, género y formación, generándoles un impacto negativo en su calidad de vida, ya empobrecida. Se reconoce una relación directamente proporcional entre el enclaustramiento en el hogar, con el riesgo incrementado de caídas, altos índices de trastornos del ánimo, mayores tasas de morbi-mortalidad y nula participación social, todo ello ligado al temor que se va generando en las personas al sentirse menos hábiles, valiosas y partícipes en su accionar diario. Esto se ve agudizado por los limitados recursos económicos, perpetuando un ciclo vicioso de deterioro global, dependencia funcional, restricción en la participación y aislamiento social

Para mantener un estilo de vida saludable, en etapas avanzadas de la vida, sin pérdida de independencia e integrado en la comunidad hay que *mantenerse activo*, involucrarse en ocupaciones significativas en uno o varios entornos, para lo cual se necesita de independencia en las diferentes áreas del desempeño ocupacional: *Actividades de la Vida Diaria (AVD)*, *Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)*, *educación, trabajo, juego, ocio y participación social*, de acuerdo a lo que propone en el año 2002, el Modelo de Desempeño Ocupacional de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (AOTA). El Terapeuta Ocupacional es capaz de intervenir desde lo preventivo, evitando que el adulto mayor llegue a una disfunción ocupacional. En el mismo marco teórico, se propone además, que las personas deben presentar y desarrollar sus *habilidades de desempeño* (motoras, de procesamiento y comunicación), para que resulten funcionales en el desarrollo de aquellas ocupacionales que les resulten significativas, las que debido a los estilos de vida, presencia de enfermedades crónicas, deterioro natural, factores genéticos y otros, van disminuyendo o endenteciéndose, pero que sin embargo se pueden mantener con una adecuada estimulación. Se debe prevenir entonces el Síndrome del Inmovilismo, y que muchas veces también es influenciada por las múltiples enfermedades que acogen al adulto mayor, pero que con un adecuado cuidado es posible de llevarlas de la mejor forma sin llegar a la inactividad. En momentos de crisis se producen en el individuo un desajuste en el desempeño de roles y habilidades. Por esto es importante orientar a los familiares a que el beneficiario sostenga patrones ocupacionales, aprender nuevas habilidades y reforzar su identidad, apoyándose en los intereses y motivaciones. Es importante también mencionar que la crisis no solo es del beneficiario si no

que también de la familia o cuidador. Tomando en consideración las estrategias de promoción de la salud y las bases de la Terapia Ocupacional, esta es una de las profesiones más adecuadas para el trabajo en domicilio, apuntando al desarrollo de habilidades, la restauración de la función, el mantenimiento o incremento de las adquisiciones esenciales de los individuos y de los grupos para alcanzar el bienestar óptimo en la realización de las AVD. El TO puede dirigirse a las necesidades funcionales específicas dentro de contextos únicos y significativos para la persona. Es por esto que bajo el modelo de RBC se crea un proyecto por Terapeutas Ocupacionales para intervenir en los problemas de la población adulta de la comuna. Según la Organización Mundial de Salud O.M.S. RBC “es un término que abarca toda situación en la que los recursos de rehabilitación están disponibles dentro de la comunidad. Este proceso implica la transferencia de conocimientos a las personas discapacitadas, sus familias y miembros de la comunidad acerca de las discapacidades y las actividades de rehabilitación”.

Metodología: El equipo ejecutor del proyecto piloto fue coordinado por una Terapeuta Ocupacional, y dos colegas en ejecución en terreno. Se convocó a personas mayores de 65 años y que en el EFAM (instrumento utilizado a nivel nacional) realizado por las enfermeras hubiesen obtenido un puntaje que apuntaba a la categoría “Autovalente con riesgo” o “dependiente. no postrados”. Los beneficiarios directos del proyecto fueron 56 personas, hombres y mujeres, mayores de 65 años, con un promedio de edad de 78.6 años. Teniendo la población seleccionada, se comenzó a enseñar en los centros de salud, a los profesionales y a todo el equipo que trabaja en él, el modelo con el cuales se trabajaría para mejorar la independencia en sus AVD o AIVD. Se eligió esta estrategia dada la imperiosa necesidad de dar respuesta, tanto desde el punto de vista psicosocial, como de salud pública, a la inequitativa situación de aislamiento, falta de oportunidades, carencia de servicios y olvido de estas personas, lo que representaba una restricción a la participación, sumándose además factores como el deterioro normal de funciones, la pobreza, el abandono, la falta de redes, la no accesibilidad a espacios físicos y sociales, que terminaban configurando casos de alto deterioro de los derechos básicos, no sólo de la persona, sino también de su entorno. Se estableció por tanto un trabajo en red intersectorial, articulándose así un Programa de RBC que contempló: Capacitación por parte de a promotores de rehabilitación, para apoyar diagnóstico participativo de y con los beneficiarios con equipo multiprofesional en los Centros de Salud, con elaboración de plan individual, que contempla Evaluación y atención domiciliaria. Se considera confección de adaptaciones, así como Programa de apoyo a los familiares, con el taller “Autocuidado del cuidador” orientado a prevención de alteraciones

biopsicosociales. Los usuarios se incorporan en instancias comunitarias, como la Casa del Adulto Mayor de la comuna. En paralelo, se fortalecieron y redefinieron los mecanismos de derivación, contacto y coordinación con distintas instancias locales y comunales, de forma de poder apoyar los procesos de participación social.

Resultados: Las principales dificultades se ubican en las AVD y AIVD (traslados, transferencias e higiene). Al 10° mes **83% de los beneficiarios mejoran su nivel funcional en relación a la evaluación inicial (expresado en sus AVD / AIVD y participación social).**

Este proyecto respondió a una necesidad expresada por los usuarios de los CESFAM a los equipos de atención, en términos de poder dar respuesta integral a los adultos mayores, que se encontraban o encuentran en condiciones de salud deficientes, con riesgo de postración, expresadas en limitaciones funcionales y asociados a importantes problemáticas psicosociales. Los adultos mayores continúan recibiendo atención de salud integral en los CESFAM comunales, incluyendo evaluaciones y atenciones de RBC, apoyados por la implementación permanente del Programa de Atención de Personas Postradas, la Sala de Rehabilitación, y el Programa de Seguimiento de Usuarios de Ayudas Técnicas. Los Monitores de Rehabilitación, continúan desempeñando sus funciones de atención integral de adultos mayores en la comunidad. El proyecto consideró la incorporación activa de diversas organizaciones comunitarias, resaltando su rol como agentes co-terapéuticos en el proceso de RBC. Tal como se refiere en la descripción de las actividades, se desarrollaron Talleres de Formación de Asistentes Comunitarios en Rehabilitación, en estos se consideró el aprendizaje de temáticas relevantes para el desarrollo de las atenciones domiciliarias y de participación comunitaria, así como los Talleres de Autocuidado del Cuidador, cuyo énfasis se orientó al temprano reconocimiento de síntomas, al empoderamiento, la psicoeducación y al apoyo psicosocial.

Conclusiones: El proyecto se instaló desde APS, que tradicionalmente ha realizado acciones de promoción y prevención, con algunas instancias específicas de tratamiento. El proponer el trabajo desde la rehabilitación, con un equipo de Terapeutas Ocupacionales en terreno, atendiendo no sólo a la persona y su condición de salud, si no que reconociendo, interactuando y generando cambios en el contexto, supuso un trabajo coordinado de sensibilización e información respecto al accionar propio del proceso, el que vino a dar una respuesta específica a necesidades ya detectadas por los equipos, pero que por carecer de las herramientas técnicas y teóricas no habían podido dar resolutiveidad en el nivel local. Resulta clave la territorialización del trabajo, reconociendo las claves distintivas de la comuna, desde el punto de vista histórico, cultural y de desarrollo, así como las diferencias que aparecen en forma interna, identificando las situaciones epidemiológicas y contextuales de cada

CESFAM. Dadas las múltiples necesidades de los usuarios, se hace indispensable la articulación de redes de diverso nivel, debiendo priorizar aquellas instancias locales que dan apoyo integral a las PcD y sus familias. La capacitación en los nuevos conceptos ligados a la discapacidad y la rehabilitación, desde la Terapia Ocupacional, tanto a los equipos de salud como a los Monitores de Rehabilitación, como agentes de difusión ante la comunidad son parte esencial de la ejecución de este modelo de acción. Así como también el incluir los conceptos de disfunción ocupacional para prevenir e intervenir a tiempo. Hay que considerar que la motivación del beneficiario es el eje fundamental, y si las familias y cuidadores son participes activos en este accionar, es posible disminuir en gran parte la posibilidad de fracaso en la integración a la comunidad.

Referencias Bibliográficas:

- 1) Asociación Americana de Terapia Ocupacional – AOTA [PDF] <http://www.terapia-ocupacional.com/GruposTrabajo/Marco_de_Trabajo_de_Terapia_Ocupacional.pdf> “Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional: Ámbito de Competencia y Proceso” [Consultado Octubre 2006]
- 2) Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales – WFOT [PDF] <http://www.wfot.org/office_files/WFOT-CBR%20position%20-%20Spanish%20version%20Nov%2014%2C%202004.pdf> “Documento de posicionamiento sobre Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC)” [Consultado Octubre 2006]
- 3) Fondo Nacional de la Discapacidad [PDF] <<http://www.fonadis.cl/index.php?seccion=9¶metro=79#centro>> “Primer Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile” [Consultado Octubre 2006]
- 4) Fondo Nacional de la Discapacidad – Fonadis, 2006. “Informe de Buenas Prácticas, Fondo Nacional de Proyectos”. Gobierno de Chile (Santiago) I. Págs. 33-44
- 5) David Werner, 1999. “Nada sobre nosotros sin nosotros, Desarrollando tecnologías innovadoras para, por y con personas discapacitadas” Healthwrights (Palo Alto – USA) I. págs. 1-350
- 6) David Werner, 1996. “El Niño Campesino Deshabilitado, Una guía para promotores de salud, trabajadores de rehabilitación y familias” Fundación Hesperian (Palo Alto – USA) I. págs. 1-654
- 7) Andrea Zondek y cols. Fondo Nacional de la Discapacidad – Fonadis, 2006 “Discapacidad en Chile, Pasos hacia un Modelo Integral del Funcionamiento Humano” Gobierno de Chile (Santiago) I. Págs. 21-34

Agradecimientos:

- A Patricia González Chamorro y Carolina Videla Concha, de la Dirección de Salud comunal, quienes apoyaron el proceso desde su inicio.
- Al Fondo Nacional de la Discapacidad, que apoyó financieramente la instalación de la experiencia piloto

Presentación relacionada:

“**San Joaquín, una experiencia local de RBC en APS. Chile**”, presentado el 23 de Noviembre de 2006, en el **I Congreso Continental de Rehabilitación Basada en la Comunidad** (Organización Mundial de la Salud OMS / Organización Panamericana de la Salud OPS) “RBC: Una estrategia para el desarrollo inclusivo”. Dicha presentación resalta la mirada desde la APS y el Modelo de Salud Familiar.

REHABILITACIÓN BASADA EN LA COMUNIDAD: CONVERGENCIA DE PRINCIPIOS Y EXPERIENCIAS EN CAMPINAS – BR

Profª Drª Rosé Colom Toldrá; Profª Denise Mulati, Andressa Martins Rafacho e Rosemary Akiko Ishibashi Tamur. Faculdade de Terapia Ocupacional - Centro de Ciências da Vida da Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Av. John Boyd Dunlop, s/nº. Jardim Ipaussurama – Campinas – SP – Brasil – CEP – 13059-900.

RESUMEN : La Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) es considerada como una posibilidad para promover la igualdad de oportunidades y de inclusión de personas con minusvalía. Eso remite a los conceptos de ciudadanía, de territorio y a los derechos y deberes en el sentido del acceso a servicios y bienes mínimos para poder sobrevivir dignamente. La RBC se articula con el Sistema Único de Salud Brasileño en la medida en que preconiza como principios la integralidad, universalidad y equidad. La RBC fue creada y difundida por la Organización Mundial de la Salud y a pesar de existir desde hace casi tres décadas como estrategia comunitaria para la rehabilitación, se observa que aun ella no es del todo conocida, como se podría suponer, por los profesionales que actúan en el ámbito de atención primaria. Para conocer las iniciativas locales de RBC fueron escogidas tres Unidades Básicas de Salud (UBS) de la ciudad de Campinas, que tienen convenio con la universidad PUC-Campinas, localizadas en la misma región. Fueran realizadas entrevistas a los gestores de los servicios, docentes y profesionales de diferentes áreas. Se observó que hay un desconocimiento por parte de la mayoría sobre las propuestas de RBC. Se destacó una UBS por su trayectoria de articulación y involucramiento en proyectos comunitarios, que incluyen personas con discapacidad y el protagonismo de la área de terapia ocupacional en la construcción de experiencias colectivas de inclusión. Aunque que no se denomina como RBC se identifica semejanzas de concepción y principios con la misma.

Palabras-clave: Rehabilitación Basada en la Comunidad. Terapia Ocupacional. Unidad Básica de Salud

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo pretende a partir de la propuesta de Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC), elaborada por los organismos internacionales y recomendada por el Ministerio de la Salud de Brasil, identificar como ocurre el desarrollo de esta propuesta en las Unidades Básicas de Salud (UBS) vinculadas a una universidad.

La RBC fue creada y difundida por la OMS al final de la década de 70 debido a la falta de cobertura asistencial en rehabilitación y a la necesidad de su ampliación en los países económicamente subdesarrollados. Se pretendía ampliar y involucrar la atención primaria de la salud y la comunidad con el objetivo de prevenir incapacidades, proporcionar oportunidades de rehabilitación, equiparación de oportunidades y participación social.

El Ministerio de la Salud (1) considera la RBC como una alternativa al modelo de rehabilitación predominante, debido a la necesidad de superar la falta de equidad, el desequilibrio entre la oferta y la demanda y la escasa capacidad de resolución, utilizándose de la aplicación de los recursos humanos y materiales de la propia comunidad, creación de soluciones locales en substitución a las tecnologías caras, buscando atender a las necesidades de la persona con discapacidad. Entretanto, esto debe ser considerado sin la pérdida de la calidad de la asistencia, conforme críticas realizadas al trabajo voluntario por la falta de recursos materiales y personales (2, 3), con relación al modelo pretendido por los organismos internacionales, considerando que los países menos favorecidos dependen del establecimiento de políticas públicas para la resolución de sus problemas básicos.

La Reunión Consultiva Internacional para la Revisión del Modelo de RBC en 2003 (4) apoyó y revitalizó el concepto de RBC, al ser considerada una estrategia capaz de apuntar a las necesidades de la persona con discapacidad inserida en su comunidad, con énfasis en los derechos humanos y en el combate de la pobreza que afecta la mayoría de las personas con discapacidad. Se espera que haya la participación directa de las personas con discapacidad en los servicios de rehabilitación y intervención, de los familiares y de la comunidad en los problemas del cotidiano con el apoyo de profesionales.

La RBC es considerada como un elemento del sistema de salud, se observa como un modelo de asistencia, pero es un programa de carácter público que no fue difundido como se pretendía en Brasil y no fue implantada como política nacional (5).

Las propuestas de RBC suponen la articulación de acciones de diversos sectores (salud, educación, promoción social), desplaza el objeto de rehabilitación enfocado en la persona con discapacidad para el territorio y redimensiona la importancia de las acciones de rehabilitación (funcional, profesional y la educación especial), teniendo en vista minimizar los procesos de exclusión social.

METODOLOGÍA

Para identificar las acciones de RBC fueron seleccionadas tres Unidades Básicas de Salud (UBS) localizadas en la región noroeste del municipio de Campinas, las cuales poseen

convenio con la PUC-Campinas. Para la recolecta de datos se utilizó la entrevista con los gestores de las UBS, docentes y profesionales de la Secretaría Municipal de Salud (SMS).

La UBS fue escogida porque es puerta de entrada para el Sistema Único de Salud Brasileño, esto es, está capacitada para atender a los principales problemas de salud, se constituyó en local privilegiado para la prevención y promoción de la salud, compone un sistema de referencia y contra-referencia con otras unidades, posee mejores condiciones de establecer interrelación con los recursos institucionales de la localidad y de reunir posibilidades de favorecer la inclusión social.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El estudio demuestra que los coordinadores y algunos profesionales desconocían las propuestas de RBC y de su realización en las UBS. De los profesionales contactados, 5 participaron de las entrevistas (3 terapeutas ocupacionales y 2 fisioterapeutas, siendo 4 docentes y 1 de la SMS) que pertenecen a una de las 3 UBS. Ninguno profesional poseía conocimiento de las propuestas de RBC, aunque algunos ya habían oído hablar el término y tenían nociones que se aproximaban de las mismas. Esto puede ser atribuido a la precaria divulgación y implementación de la propuesta.

Destacase en el estudio una de las unidades porque sus acciones convergen hacia a la de RBC, de la cual participaron del estudio 3 profesionales. Esta UBS posee un equipo formado de profesionales de diferentes áreas entre docentes, académicos y profesionales de la SMS.

La trayectoria de organización comunitaria y de líderes en la región de la UBS favoreció el desarrollo de muchas acciones, proyectos y instalación de equipos y servicios. Estos son más diversificados de los que en las demás unidades y notase la integración de la UBS con los equipamientos, o sea, las redes de apoyo funcionan de manera articulada. Las redes de apoyo posibilitan “oportunidades de ampliación de trueques y interacciones, posibilitando experiencias de convivencia social a las personas excluidas de la comunidad” (6).

Los proyectos realizados en los locales señalan la diversidad de acciones como la creación de grupos en cuanto estrategia singular de: personas con minusvalía moderada, personas idosas y con discapacidad, generación de renta para personas con trastorno mental, discapacidad mental y física. Estos en alianza con la UBS son oportunidades de vinculación del individuo a situaciones grupales buscando la ampliación de la sociabilidad, convivencia, sentimiento de pertenencia, desarrollo de habilidades y validación social.

En los depoimientos identificase el terapeuta ocupacional con un perfil propio para la creación y enrolamiento en proyectos comunitarios, visto como un articulador social (7)

teniendo como foco la participación en el desarrollo de sus acciones (3), o sea se observa su protagonismo en experiencias colectivas de inclusión.

El Programa de Salud de la Familia (PSF) considerado un facilitador, dado que en las visitas domiciliarias permiten la identificación de personas con discapacidad y la consecuente inserción en proyectos que atiendan a sus necesidades, convergiendo así con las propuestas de RBC.

Para el desarrollo de la RBC es necesario la divulgación y capacitación de profesionales para la apropiación del programa; sensibilización de estos cuanto a la problemática en el contexto comunitario, descentralización de las acciones de rehabilitación, contratación de profesionales del área de rehabilitación en las UBS, participación de otros profesionales en el PSF, y inversión del gobierno para hacer el programa una política pública.

CONSIDERACIONES FINALES

En el estudio se destaca una de las unidades porque sus programas promueven la inclusión de la persona con discapacidad y otros grupos pautándose en la eliminación de la discriminación y de las barreras sociales, con enfoque en el territorio y en la emancipación de las personas, el que señala semejanzas entre la experiencia y los principios pautados por la RBC. Para que el modelo de RBC pueda ser desarrollado es imprescindible divulgación, debates sobre sus posibilidades, equipos multi y interdisciplinarios, mecanismos de supervisión de los equipamientos, proyectos involucrando la intersectorialidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Atenção a Grupos Especiais. 1993, Programas de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência no Sistema Único de Saúde: planejamento e organização de serviços. Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde.
- 2- M. C. Tissi, 2006, "Rehabilitação Baseada na Comunidade: Relações como o sistema público de saúde" [En línea] <http://www.entreamigos.com.br> [Consulta en: 16 marzo 2006].
- 3- F. C. Oliver; M. Auki; S.M. Nicolau; M. C. Almeida, 2007, "Reabilitação Baseada na Comunidade e Terapia Ocupacional: Desafios para a construção de um campo de conhecimento e atenção", In: X Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional, Goiania. Anais do X Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional.
- 4- Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Internacional do Trabalho (OIT), Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), 2004, "RBC: Estratégias para a reabilitação, a igualdade de oportunidades, a redução da pobreza e a integração social das pessoas com deficiência". [En línea] <http://whqlibdoc.who.int/public.pdf> [consulta en: 22 marzo 2006].
- 5- M. C. Almeida; G. W. S. Campos, 2002, "Políticas e Modelos Assistenciais em Saúde e Reabilitação de Pessoas Portadoras de Deficiência no Brasil: Análise e proposições desenvolvidas nas últimas duas décadas", Rev. De Ter. Ocup. São Paulo, v 11, n.3, p.118-126.
- 6- D. Mulati, M. L. O. Borini, 1997, "Um Trabalho de Terapia Ocupacional em Centro de Saúde: Muitas histórias para sembrar e contar", Rev. de Ter. Ocup. PUCCAMP, Campinas, n. 1, p. 41-46, 1997.
- 7- S. M. Galheigo, M. S., 2003, "O social: idas e vindas de campo de ação em Terapia Ocupacional". In: E. M. M. Pádua, L. V. Magalhães (Org). Terapia Ocupacional: teoria e prática. Campinas, SP: Editora Papirus, p. 49-60.

“Salud, Entorno y Desarrollo Humano en perspectiva interdisciplinaria. Prueba piloto Alto Camet y Monte Terrabusi, 2005-2007”

Autores:

-Lic. en TO Emma Inés García Cein.

Docente UNMdP. Fac. de Cs de la Salud y SS. Integrante del “Programa de Desarrollo Humano en territorios en situación de emergencia social”, “Grupo de investigación sobre urgencias del hábitat” (e.mail: eigcein@hotmail.com)

-Mg. Arq. Fernando Cacopardo. Docente UNMdP. Director Grupo GISUDH, FAUD-CONICET (e-mail: fcacopar@mdp.edu.ar)

Salud, Entorno y Desarrollo Humano en perspectiva interdisciplinaria. Prueba piloto Alto Camet y Monte Terrabusi, 2005-07.

Emma Garcia Cein TO-Fernando Cacopardo Arq.

I. Fundamentos y papel de la Terapia Ocupacional

Esta ponencia enfocará la problemática de salud desde una perspectiva de trabajo interdisciplinario de TO, Asistentes sociales, arquitectos y psicólogos. Ello implica considerar otras variables que amplíen los enfoques más dominantes, focalizados en dimensiones de análisis y acción que hacen a la biología y la atención sanitaria. En ese marco, nos interesa incorporar el entorno y el estilo de vida como aspectos constitutivos sustanciales de una política de salud, en el marco de lo que podemos denominar desarrollo humano.

Presentamos un avance de una experiencia piloto en dos barrios de Mar del Plata: Alto Camet y Monte Terrabusi, casos donde se identifican factores del entorno que conforman serios obstáculos para la salud.

En estas comunidades precarizadas la inexistencia de agua, la convivencia con la basura por su descarga en las puertas de los hogares, lo inhabitable de las viviendas, tanto por su precaria materialidad, problemas de higiene y desorden por falta de equipamiento elemental (muebles, alacenas, guardarropa) como por problemas de hacinamiento, son algunas de las situaciones que hacen que el entorno carezca de coherencia y se convierta en situación de alto riesgo para la vida y el desarrollo humano. Es decir, cuando no se dan condiciones que hacen a derechos humanos básicos como la alimentación, el abrigo y cobijo del frío y un hábitat digno para el ser humano.

Por ello, y dada la urgencia de esta problemática, este trabajo apunta a aportar elementos para un instrumento efectivo y transferible para organismos ejecutivos relacionados con el problema de salud.

En el marco de esta situación de precariedad socio-habitacional y territorial, a partir de observar que muchos problemas de salud y desarrollo de los niños implican a variables referidas al entorno, hemos propuesto como hipótesis de trabajo accionar en forma

participativa sobre la modificación del entorno de modo de reforzar así la participación en las actividades de la vida diaria¹.

En este sentido el papel de la Terapia Ocupacional es sustancial en tanto participa en el equipo interdisciplinario como facilitador, contribuyendo a la organización de los propios recursos que las familias ya poseen.

II. Estrategias de trabajo y Resultados.

Se elaboraron así estrategias de acción participativa que, a pequeñas dosis y con regularidad, nos han permitido observar algunos cambios graduales en el estilo de vida. En esta primer etapa de esta experiencia piloto se ha trabajado en forma articulada en tres aspectos:

1. Equipamiento interno de vivienda como facilitador: El ordenamiento del lugar a partir de proveer muebles, resulta luego un disparador, a la vez que un promotor para que otras actividades puedan desplegarse de una manera más fluida, por ejemplo:

. Sentarse, reunirse y comunicarse, posible por un espacio generado por una mesa y sillas o banquitos.

. Encuentro de un lugar propicio para realizar las tareas escolares.

. Cuidado y apropiación, aporte de un “espacio” propio para que cada cual pueda ordenar su ropa. Se genera un sentido de pertenencia, en un ambiente en el cual no es frecuente esta posibilidad (las ropas son de todos, y antes fueron de “otros”...)

2. Ajustes del entorno interno para niños en riesgo: En las familias en las cuales hay niños que presentan ciertos signos de alarma, se trabaja con las mamás, a través de sugerencias sencillas y viables, para que el entorno interno sea modificado para que permita favorecer, reforzar y/o atender aquellos aspectos del desarrollo del niño que se encuentran en riesgo.

3. Desarrollo de aptitudes personales: Para ello se ha promovido la realización de artesanías en cartapasta. Esta actividad genera toda una acción de cooperación intra é interfamiliar, los niños encuentran botellas, frascos y los destinan a tal fin. El material

¹ WFOT, Definición de TO, Cristina Labrador, Delegada Española, 2004

de las bolsas de cemento resulta el elegido para cubrir las superficies. Con elementos que encuentran en el “cirujeo” expresan su creatividad.

III. Aportes y Discusión.

Esta experiencia piloto permite aportar nuevos elementos que amplían los horizontes disciplinares de la TO a la vez que la enriquecen con la articulación necesaria en un trabajo interdisciplinario. El camino se está transitando, con algunos resultados que nos animan a plantear la necesidad de revisar las posturas disciplinares a la luz de plantear problemas y estrategias de trabajo en un marco de trabajo interdisciplinario. Lejos de la temida disolución de especificidad disciplinar, esta articulación ha demostrado en este caso ser productiva tanto en sus aspectos teóricos y metodológicos como en la ampliación de sus horizontes posibles de trabajo profesional.

Bibliografía:

- Antonovsky, A. “Health, Stress and Doping” San Francisco:Josey-Fass,1979
- Asthon; J “La promoción de la salud, un nuevo concepto para una nueva sanidad” Valencia: Generalitat Valenciana, 2000.
- Asthon, J “Las ciudades sanas, una iniciativa de la nueva sanidad” Valencia: Generalitat Valenciana, 2000.
- “Carta de Ottawa para la promoción de la salud” (1986), Ottawa, Canadá. En: OPS, OMS. Promoción de la salud: una antología. Washington DC.1986
- García Cein, E, Veyra, Ma.E: “Algunas reflexiones sobre el rol actual del TO en la comunidad”. Revista Contexto Psicológico, Marzo 2005. Mar del Plata
- WFOT, Definición de TO, Cristina Labrador, delegada española, 2004

Situación actual de personas con Trastorno Mental Severo externadas

**Lic. Inés Figueroa. Lic. Liliana Paganizzi. Paganizzi@uol.com.ar
Curaduría Oficial de San Martín. Lincol 4263. Bs As.**

1. Introducción.

En la pcia. de Buenos Aires funciona desde fines de los años setenta la Curaduría General de Alienados para asistir y/o representar personas que han sido declaradas incapaces de cuidar de sí mismas o de sus bienes por causas de trastornos psíquicos y/o intelectuales y que carecen además de familiares que puedan ejercer un cuidado pertinente. Presentamos los resultados del trabajo interdisciplinario (Trabajo Social y Terapia Ocupacional) realizado durante el año 2006 con el fin de conocer el estado actual de las personas con TMS que se encuentran viviendo en la comunidad en el partido de San Martín. De los resultados obtenidos se desprenden los temas del seguimiento y orientación de la población mencionada.

2. Metodología de trabajo. Reuniones grupales. Instrumentos. Aplicación de escala de Lawton y Brody sobre Independencia en Actividades Básicas Instrumentales. Escalas de Minusvalía Social, Económica y Ocupacional según CIDDM (Clasificador Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, 1997)

3. Universo y contexto. N:33 Adultos con trastornos mentales severos (TMS): Psicosis en sus diferentes tipos- (Simple, Paranoide, Maníaco Depresivos o Bipolares) y Discapacidades Intelectuales Leves y Moderadas.(n° 33) Edad media de 45 años. La mayoría vive con uno o más familiares. Del total de los evaluados el 45% resultan personas Representadas: 40% con causa de Inhabilitación y el 60% restante con causa de Insania. Un 70% reciben el beneficio que deviene de la Ley 10.315/11.317(beneficio económico que colabora para sostener la externación).El 90% se encuentra en tratamiento psiquiátrico-farmacológico en recursos asistenciales públicos (60%) y privados

(un 40%) de la zona, una vez por mes. La medicación la proveen los recursos públicos, la obra Social.

4. Fundamentos 1. Los Representados Externados y/o beneficiarios del Subsidio (10.315/11.317) constituyen aproximadamente un 25% de la población atendida en esta curaduría, el 75% restante se trata de personas alojadas en instituciones de salud o penitenciarias.

2. Según las estrategias de Rehabilitación Psicosocial, las personas con Trastorno Mental suelen presentar limitaciones para (1) la realización de **actividades instrumentales de la vida diaria** (AIVD) y (2) situaciones de **Minusvalía** en tres áreas básicas: **Social, Económica y Ocupacional**.(Rodríguez, 1997). AIVD resultan aquellas que superan los cuidados básicos y requieren habilidades para la articulación con la comunidad. **Minusvalía de Integración Social** la desventaja para participar y mantener relaciones sociales usuales, **de la Autosuficiencia Económica** la desventaja para mantener la actividad e independencia socioeconómica normal y **Ocupacional** la desventaja en la que se encuentra un individuo para ocupar su tiempo en la forma acostumbrada teniendo en cuenta su sexo, edad y cultura. Señalamos que tanto las discapacidades como las Minusvalías o Desventajas como consecuencia de Trastornos Mentales presentan la particularidad de su persistencia y paradójicamente de su fluctuación, en ningún caso se trata de una condición fija. (AEN, 2002) (Egri, 1992)

5. Resultados. El 45% (N.15) fue evaluado individualmente: por sus limitaciones (totales, severas y moderadas) en AIVD, razones de distancia. (residen en La Plata, Lomas de Zamora, radio del hospital donde fueron internados y allí han organizado su atención de salud y los recursos residenciales en la comunidad.) y por escasa disponibilidad horaria (mujeres a cargo de niños)

AIVD. Más del 60% son independientes o con leves limitaciones.

Área ocupacional: 40% presenta limitaciones moderadas, desempeñan ocupaciones en ámbitos protegidos, institucionales (Centro de Día, Centros de Formación Laboral) o familiares, otro 40% con leves limitaciones desempeñan actividades en empleos informales y un tercer grupo (20%) no realiza actividad alguna. **Área social** un 70% presenta limitaciones moderadas, logran mantener vínculos con el grupo conviviente y mantiene contacto con algún amigo o vecino. **Área Económica:** El 90% perciben ingresos con los que apenas cubren sus necesidades básicas.

Temas de Seguimiento y Orientación.

1. Orientación sobre Curatela y/o pensión asistencial-En el 23% de los seguimientos realizados se continúa o promueven las tramitaciones mencionadas. La mayoría de ellos se trata de personas subsidiadas con limitaciones severas. **2 .Orientación y apoyo para la concurrencia a Centro de Rehabilitación/ taller Protegido.** A un porcentaje pequeño (13%) se alienta y provee turno de admisión para concurrir a Centro ocupacionales protegidos de la zona. Personas con limitaciones intelectuales moderadas, que viven con su familia. La derivación es obstaculizada por los familiares y se trabaja actualmente en revertir tal situación.**3. Orientación para actividades comunitarias.** En porcentaje levemente superior (16%) al anterior se trabaja sobre la participación en actividades comunitarias sin resultado positivo aún.**4 Mejoramiento de la residencia.** A partir de visitas domiciliarias en un 16% de los casos se promueven arreglos en el hogar con resultados positivos.**5. Control de cuidados de la salud.** Se lleva adelante en todos los casos, sólo dos personas no requieren medicación psicofarmacológica. En estos casos se promueve o sostiene la asistencia a centros de Rehabilitación **6. Tramitación de pase de transporte.** En el 20% de los casos se tramita y/o colabora con la obtención del pase de transporte.

Conclusiones.

- La vida en comunidad de la población que asistimos requiere no sólo la continuidad del tratamiento psiquiátrico sino de la participación en actividades ocupacionales, educativas y sociales que promuevan una inclusión social posible.
- En la actividad cotidiana nos encontramos con que las dificultades institucionales y familiares resultan obstáculos de mayor peso que las limitaciones psíquicas de los asistidos.

Bibliografía.

-AEN. Asociación Española de Neurobiología Rehabilitación Psicosocial. Situación actual y recomendaciones. 2002. Disponible en Internet [www.aen/rehabilitación psicosocial/ recomendaciones/es](http://www.aen/rehabilitación-psicosocial/recomendaciones/es)

-Egri, G “La Rehabilitación en salud mental con base en la comunidad” Libro de la OMS 1998.Editorial OPS- OMS- Washington 1992.

-Rodríguez A. “Rehabilitación Psicosocial con personas con trastorno mental crónico” -Cáp.3 .Ediciones PIRAMIDE- Madrid. 1997.

I- Título:

UN APORTE PARA LA INCLUSIÓN DE ADOLESCENTES Y LA SUPERACIÓN DEL
APARTHEID OCUPACIONAL.

II- Autor:

III- Institución:

Centro de Desarrollo Zonal Nro. 2, Secretaría de Estado de Promoción Comunitaria.

Santa Fe Capital, Santa Fe, Argentina. Mendoza 4200, CP 3000, Tel 0342-4572773,
elisabet_to@yahoo.com.ar

I- Título: UN APOORTE PARA LA INCLUSIÓN DE ADOLESCENTES Y LA SUPERACIÓN DEL *APARTHEID* OCUPACIONAL.

II- Autor:

III- Institución: Centro de Desarrollo Zonal Nro. 2, Secretaría de Estado de Promoción Comunitaria. Santa Fe Capital, Santa Fe, Argentina. Mendoza 4200, CP 3000

IV- Resumen:

Ante la escasa integración al sistema educativo de la población adolescente que se encuentra por debajo de la línea de pobreza y el creciente estado de exclusión de participación en ocupaciones significativas, es importante, tener en cuenta a la Terapia Ocupacional como una disciplina que plantea estrategias comunitarias para superar el *apartheid* ocupacional.

Es propósito del presente trabajo, compartir una experiencia profesional, destacar los aportes del Terapeuta Ocupacional en la implementación del Programa Volver a la Escuela, y abrir un espacio para pensar al programa como una oportunidad de enfrentar la exclusión.

Para la ejecución del mencionado programa en el Centro de Desarrollo Zonal N° 2 se abordaron 58 adolescentes, con abandono escolar o en riesgo de deserción. Se planificaron y desarrollaron estrategias de acompañamiento hacia el joven y su familia y se coordinaron acciones con establecimientos educativos y diferentes actores sociales: ONGs, vecinos, profesionales.

Del total de adolescentes, 50 (86,20 %) finalizaron el año escolar, promocionando o adeudando pocas materias o integrados a sistemas no formales. Los mismos manifestaron sentimientos de inclusión durante el transcurso del año.

A modo de conclusión:

- La intervención del Terapeuta Ocupacional favorece la adquisición de habilidades para el desempeño en ocupaciones significativas,
- La disciplina proporciona aportes importantes para articular recursos humanos (red social comunitaria) que sostienen al adolescente en el proceso de inclusión,
- El aporte de Terapia Ocupacional en el programa puede constituir un avance importante en el camino hacia la justicia ocupacional.

Palabras claves: adolescentes, ocupación significativa, inclusión, justicia ocupacional, *apartheid* ocupacional.

V- Desarrollo:

Introducción: La intención de este trabajo es compartir una experiencia profesional y generar un espacio para pensar los aportes del Terapeuta Ocupacional en un programa educativo comunitario -Volver a la Escuela- como una posibilidad de enfrentar y superar la injusticia ocupacional y el *apartheid* ocupacional; con el desafío de articular las bases teóricas con las necesidades, demandas y características de la población abordada.

Justificación: La participación en ocupaciones significativas - como lo es estudiar y capacitarse para los adolescentes - es uno de los derechos de los individuos; pero, debido a las condiciones que se derivan de la pobreza, los jóvenes se ven inmersos en un constante y progresivo avasallamiento de este derecho. Estamos frente a la injusticia ocupacional, que se da “cuando la participación en la ocupación se limita, confina, restringe, segrega, prohíbe, subdesarrolla, deteriora, aliena, margina, explota, excluye o limita de cualquier modo”.¹

Las injusticias ocupacionales se presentan dentro de un sistema de *apartheid* ocupacional. Frank Kronenberg, se refiere al mismo como “la segregación de grupos de personas mediante la restricción o negación de su acceso a una participación digna y significativa en las ocupaciones de la vida diaria, basada en la raza, color, discapacidad, procedencia nacional, edad, sexo, orientación sexual, religión, creencias políticas, estatus en la sociedad u otras características ... sus consecuencias ponen en riesgo la salud y el bienestar de individuos, comunidades y sociedades”.²

Entretejiendo estos conceptos con la realidad de la población abordada, podemos pensar que los adolescentes están envueltos en un sistema que los separa y restringe para participar en ocupaciones significativas (privación ocupacional). Como profesionales debemos abogar por la justicia ocupacional y desde esta perspectiva, los aportes del Terapeuta Ocupacional en el Programa Volver a la Escuela, pueden constituir un avance importante en el camino de tratar de disminuir las consecuencias de la injusticia ocupacional y superar el *apartheid* ocupacional.

¹ Townsend L, Wilcock A. 2004 .Occupational justice and client centred practice: a dialogue, Can J Occup Ther; 71, 2:75-87

² Kronenberg, Simo Algado, Pollard. 2007. “Terapia Ocupacional sin Fronteras. Aprendiendo del espíritu de supervivientes”. Editorial Médica Panamericana S.A. (España) I.66

Descripción y Metodología: En la ciudad de Santa Fe se implementa el Programa Volver a la Escuela, a través de los Centros de Desarrollo Zonal de la Secretaria de Estado de Promoción Comunitaria, distribuidos en los barrios periféricos y asentamientos irregulares.

Específicamente, en el Centro Nro. 2, que incluye principalmente los barrios Santa Rosa de Lima, San Lorenzo y El Arenal, participaron 58 adolescentes en el año 2006, de los cuales: 21 adolescentes de 14 años (36,20 %), 15 de 15 años (25,86 %), 13 de 16 años (22,41 %) y 9 de 17 años (15,51 %).

En estos jóvenes y sus familias -cuya composición social es de pobreza estructural y desempleo- se evidencia un marcado deterioro de los derechos básicos de alimentación, salud, educación, vivienda, trabajo, desempeño ocupacional, etc. Proviene de familias numerosas con un promedio de 7 miembros por grupo que conviven en una única vivienda. El 82 % de los adultos perciben planes sociales y realizan changas o cirujeo. En muchos casos, los progenitores y/o hermanos tienen problemas con la ley y no han finalizado los estudios básicos.

En el marco de este programa se trabajó a fin de:

- Que los adolescentes tengan acceso a la educación como derecho,
- Que los adolescentes con deserción escolar se reintegran a la escuela,
- Que los adolescentes que no abandonaron la escuela pero que están en riesgo de deserción por condiciones personales, familiares y sociales, se sostengan en el sistema educativo,
- Que los adolescentes participen y se integren en ocupaciones significativas en su comunidad.

Desde el programa, se prevee un incentivo económico o “beca” - como ellos lo llaman- de \$50,00 mensuales. Para acceder a este beneficio debían participar en instancias educativas (formal o no formal) y de las demás actividades del programa.

Para alcanzar los objetivos propuestos, se desarrollaron las siguientes acciones: exploración comunitaria, relevamiento institucional, entrevistas y análisis individual de los adolescentes en relación a intereses, ocupación, escolaridad, etc., visita a los hogares, visitas a establecimientos educativos, entrevista familiares, coordinación de acciones con diferentes actores sociales (ONGs y OGs, por ej: Unidades Penales, Centros de Rehabilitación de Adicciones, Centros Comunitarios Barriales, Iglesia, organizaciones para adolescentes, etc).

Con el propósito de que el adolescente se apropie del programa, se efectuó un encuentro inicial, donde pensaron, propusieron y planificaron, en forma conjunta con el equipo profesional, la metodología de trabajo para el año.

Durante el año, se realizaron encuentros quincenales trabajando en base a tres ejes:

- a) Fortalecimiento de componentes inter e intrapersonales: autoestima, intereses y elecciones, comunicación, valores, resolución de problemas, aspecto personal, entre otros.
- b) Inserción comunitaria: relevamiento de organizaciones, visitas a talleres de oficio y espacios culturales de la zona, conocimiento de los recursos y organizaciones barriales,
- c) Orientación ocupacional hacia el estudio o el trabajo: entrevistas individuales, listado de intereses, análisis de posibilidades locales, diseño de currículo, presentación a entrevistas, selección de oportunidades en diarios y revistas, etc.

Otras acciones fueron: encuentros con los responsables de los beneficiarios, salidas a lugares al aire libre y cierre del año, con entrega de certificados, participación de las familias y espectáculo recreativo y cultural.

Resultados: 50 adolescentes (86,2 %) finalizaron el año escolar, promocionando o adeudando materias. Cabe mencionar que de éstos 2 estuvieron privados de su libertad y retomaron los estudios, 1 realizó tratamiento de adicciones y retomó y 3 se incorporaron a educación no formal: cursos o talleres en oficio. Abandonaron definitivamente la escuela 8 adolescentes (13,8 %), siendo las principales causas de deserción: abandono del hogar, delincuencia asociado a adicciones y embarazo o maternidad. El 51 % de los adolescentes del Programa tienen aprobado el 7º año, y se encuentra cursando 8º y 9º EGB y 1º Polimodal. Los demás jóvenes están incluidos en Centros de Alfabetización, Educación Especial y CECLA.

Conclusiones: De esta experiencia se puede resaltar especialmente que los adolescentes desempeñaron ocupaciones significativas y accedieron a nuevos ambientes operando favorablemente en la validación personal. La participación ocupacional es un factor determinante de salud y calidad de vida y Terapia Ocupacional favorece la adquisición de habilidades para la participación ocupacional.

La comunidad reconoce como positiva la implementación del programa, especialmente las escuelas y organizaciones barriales. Es de destacar la importancia del Terapeuta Ocupacional en la visualización y activación de redes sociales comunitarias.

El aporte de Terapia Ocupacional en el programa puede constituir un avance importante ya que propone estrategias comunitarias en pos de la justicia ocupacional, proporcionando herramientas y aportes para afrontar y superar el apartheid ocupacional.

Referencias Bibliográficas:

Dabas E. 2001. “Red de redes. Las prácticas de la intervención en redes sociales”. Tercera edición. Editorial Paidós (Buenos Aires – Argentina)

Kielhofner G. 2004. “Terapia Ocupacional, Modelo de la Ocupación Humana: Teoría y Aplicación” Tercera Edición. Editorial Médica Panamericana (Buenos Aires – Argentina)

Kronenberg / Simo Algado / Pollard. 2007. “Terapia Ocupacional sin Fronteras. Aprendiendo del espíritu de supervivientes”. Editorial Médica Panamericana (Madrid – España)

Willard / Spackman. 1998. “Terapia Ocupacional”. Octava Edición. Editorial Médica Panamericana (Madrid - España).

Agradecimientos:

A Guillermo por su apoyo incondicional.

A Mariquita por su apoyo, sus valiosos aportes y sugerencias.

A los adolescentes participantes del programa Volver a la Escuela, Centro de Desarrollo Zonal Nro. 2, y a cada una de las personas, instituciones y grupos que apoyaron y participaron en esta experiencia.

Título:

“Correspondencia entre los Déficits de Desempeño y los Diagnósticos psiquiátricos”

Autores:

-Licenciada en Terapia Ocupacional Miriam Ilid

Hospital de Emergencias Psiquiátrica Torcuato de Alvear. Warnes 2630.

Ciudad de Buenos aires. República Argentina.

Teléfono 4521 8906

E mail codei_ alvear@buenosaires.gov.ar

Clínica Privada Banfield. Corrientes 2014. Ciudad de Buenos Aires. República Argentina.

Teléfono 4952 8808

E mail cpbcapital@ gmail.com

-Licenciada en Terapia Ocupacional María Laura Bustingorri

Hospital de Emergencias Psiquiátrica Torcuato de Alvear. Warnes 2630.

Ciudad de Buenos aires. República Argentina.

Teléfono 4521 8906

E mail codei_ alvear@ buenosaires.gov.ar

I. Título:

“Correspondencia entre los Déficits de Desempeño y los Diagnósticos psiquiátricos”

II. Autores:

Licenciada en Terapia Ocupacional Miriam Iliid

Licenciada en Terapia Ocupacional María Laura Bustingorri

III. Lugar de realización

Hospital de Emergencias Psiquiátrica Torcuato de Alvear. Hepta. Warnes 2630. Ciudad de Buenos aires.

Clínica Privada Banfield. CPB. Corrientes 2014. Ciudad de Buenos Aires.

IV. Resumen

La práctica clínica ocupacional nos enfrenta a diario a las limitaciones de los enfoques biomédicos. Ponen su énfasis en los trastornos y enfermedades y no en el desempeño y la competencia ocupacionales. Los cambios en la aplicación del proceso de terapia ocupacional, en especial los desarrollos en la especificidad en las evaluaciones, van mostrando que no es clara la correspondencia uno a uno de los déficits de desempeño y los diagnósticos psiquiátricos. Nuestros pacientes tienen diagnóstico psiquiátrico, esto hace que los individuos que experimentan déficits de desempeño sin enfermedad nunca lleguen a consulta.

En la clínica, identificar los déficits de desempeño de los pacientes en tratamiento y conocer los diagnósticos psiquiátricos nos permitiría identificar y describir las posibles correspondencias entre ellos y así contribuir al diagnóstico diferencial en pacientes psiquiátricos en tratamientos interdisciplinarios.

Con los métodos adecuados, también es posible contribuir a la construcción de una nosografía diagnóstica ocupacional.

Realizamos un estudio que se apoya sobre la base de una investigación de tipo cuali - cuantitativa, adoptando simultáneamente un diseño de tipo descriptivo. Entendemos este estudio como transversal porque estudiamos a los pacientes en un tiempo dado y recolectamos información de las variables al mismo tiempo. También se clasifica como retrospectivo debido a que los déficits de desempeño y el diagnóstico psiquiátrico se han determinado al momento de la admisión a las instituciones de referencia y esto ha ocurrido en el pasado. Se utilizó un instrumento de recolección de datos de Historias Clínicas.

Hubo pacientes con enfermedad psiquiátrica sin déficits de desempeño, tanto como déficits de desempeño a consecuencia de la enfermedad y déficits de desempeño a causa del entorno, del deterioro y de los patrones de habilidad. Concluimos que la falta de correspondencia entre los déficits de desempeño y los diagnósticos psiquiátricos debe propender a desarrollar estrategias que determinen las acciones autónomas de la profesión.

“ Palabras claves ” correspondencia, déficits, evaluaciones, estrategias, incumbencia

V. Desarrollo del trabajo

Introducción

Esperamos que el resultado de esta investigación traiga cierta luz a las dificultades que la práctica clínica ocupacional nos propone a diario, dada la limitación que producen los enfoques biomédicos.

Identificar los déficits de desempeño de los pacientes en tratamiento y conocer los diagnósticos psiquiátricos nos permitiría detectar y describir las posibles correspondencias entre ellos y así contribuir al diagnóstico diferencial en pacientes psiquiátricos en tratamientos interdisciplinarios. Siendo además uno de los propósitos de este trabajo contribuir a la construcción de una nosografía diagnóstica ocupacional.

Objetivos

- Identificar los déficits de desempeño de los pacientes en tratamiento
- Conocer los diagnósticos psiquiátricos de los pacientes objeto de estudio
- Identificar y describir las posibles correspondencias entre los déficits de desempeño y los diagnósticos psiquiátricos de los pacientes en tratamiento

Problema

Dar por definidos los déficits de desempeño a partir de los diagnósticos psiquiátricos: Limita el abordaje específico de terapia ocupacional. Afecta el sentido de la aplicación de evaluaciones. Limita la definición de la incumbencia profesional.

Hipótesis

No es posible establecer una correspondencia uno a uno entre los déficits de desempeño y los diagnósticos psiquiátricos de los pacientes en tratamiento en terapia ocupacional del Hepta(Grupo de Salida del Dispositivo de Seguimiento Interdisciplinario Post Internación) y de la CPB (Dispositivo Hospital de Día)

Marco Teórico

Este trabajo nace como interrogación acerca de cuáles serían aquellos problemas que limitarían el abordaje específico de terapia ocupacional en el campo de la salud mental.

Primero debemos interrogarnos sobre qué entendemos por diagnóstico psiquiátrico, para lo cual tomaremos como referencia la CIE-10, que "... proporciona un "diagnóstico" de enfermedades, trastornos u otras condiciones de salud y esta información se ve enriquecida por la que brinda la CIF sobre el funcionamiento. La información sobre el diagnóstico unida a la del funcionamiento, nos proporciona una visión más amplia y significativa del estado de salud de las personas o poblaciones, que puede emplearse en los procesos de toma de decisiones ".

Luego, qué entendemos por déficit de desempeño, para lo cual tomaremos el Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional que se desarrolló como respuesta a las necesidades de la práctica actual y nos centraremos en las afirmaciones que hace de sus dos perspectivas

- a. Describir el ámbito de competencia, que centra y sustenta el objetivo de la profesión
- b. Perfilar el proceso de evaluación y de intervención de la terapia ocupacional

Partiendo del supuesto que, tal como lo explicita la CIF

“Dos personas con la misma enfermedad pueden tener diferentes niveles de funcionamiento, y dos personas con el mismo nivel de funcionamiento no tienen necesariamente la misma condición de salud. Por ello el uso conjunto aumenta la calidad de los datos dentro del ámbito sanitario. El empleo de la CIF no debe sustituir la utilización de los procedimientos diagnósticos habituales. En otros casos, la CIF puede utilizarse aisladamente”.

Conclusiones por áreas

AVD

-Se observa un promedio mayor al 50% de requerimiento de asistencia para estas en Trastornos Esquizofrénicos, Psicosis residuales y Trastornos de Personalidad.

-Cuando esa asistencia ha sido en un 90% por parte de la figura materna, se ha tratado siempre de Trastornos Esquizofrénicos o Psicosis residuales

-Cuando en cambio ha sido en un 80% por parte de otras figuras familiares como hijos o hermanos o personal domestico y de acompañamiento, se ha tratado de Trastornos de personalidad

-Se observa un promedio menor al 10% de requerimiento de asistencia en estas en Trastornos Bipolares, en Sind. Depresivos/ Distimias y en otros.

AVDI

-Se observa un marcado aumento de requerimiento de asistencia en todos pacientes, en un promedio mayor al 70%

-Cuando esa asistencia ha sido en un 90% por parte de la figura materna, se ha tratado siempre de Trastornos Esquizofrénicos o Psicosis residuales.

-En un 80% no las han realizado sin asistencia en los últimos 10 años

-Cuando en cambio ha sido en un 80% por parte de otras figuras familiares como hijos o hermanos o personal domestico y de acompañamiento, se ha tratado de Trastornos de personalidad, Sind. Depresivos/ Distimias, Trastornos Bipolares y otros.

-Cuando en un 50% encontramos que no las habían hecho sin asistencia en los últimos 10 años se trato siempre de Trastornos de Personalidad.

-Cuando en un 70 % encontramos que las habían realizado sin asistencia o con una asistencia menor, se trato de Trastornos Bipolares o de Sind. Depresivos/Distimias u otros

-Cuando el rol de Ama de Casa estuvo ejercido en un porcentaje menor al 30 % se trato de Trastornos Esquizofrénicos o Psicosis Residual

-Cuando este porcentaje se ubico en el 50% se trato de Sind. Depresivos o Distimias.

-Cuando el ejercicio de ese rol se ubico en un porcentaje mayor al 75% se trato de Trastornos de Personalidad, Trastornos Bipolares u otros.

JUEGO. OCIO. PARTICIPACION SOCIAL.

-La realización de actividades domiciliarias ha sido de un promedio mayor al 70 % en todos los grupos diagnósticos.

-Cuando, en el caso de actividades comunitarias (fuera de la casa) hemos tenido que considerar la figura que llamamos “lazo social asistido” se ha tratado siempre de Trastornos Esquizofrénicos o Psicosis Residuales.

-Dentro de estos grupos si el porcentaje de actividades comunitarias fue mayor del 60% se trato de Trastornos Esquizofrénicos y cuando fue menor al 40% de Psicosis Residuales.

-La existencia de grupo de referencia social es mayor en los Trastornos Esquizofrénicos que en la Psicosis Residual.

-No hay existencia de grupo de referencia productivo.

-Cuando en el caso de actividades comunitarias el porcentaje fue mayor al 50% y el lazo social establecido fue producto de una adquisición propia del paciente, se trato siempre de Trastornos de Personalidad, Trastornos Bipolares o Sind. Depresivos/ Distimia.

-Aparición de grupo de referencia productivo además de social en estos diagnósticos en un porcentaje mayor al 60%

TRABAJO. EDUCACION.

-Cuando el porcentaje de ausencia de actividades productivas en los últimos 2 años fue mayor al 65% se trato siempre Trastornos Esquizofrénicos o Psicosis Residuales.

-Se observa que solo el 30% conserva el rol de trabajador, encontrándose actualmente de licencia o trabajando en alguna empresa familiar.

-Los motivos de abandono han sido la enfermedad, detectándose dificultades para cumplir con las demandas psicosociales del puesto de trabajo.

-Las características de los puestos han sido mayoritariamente la precariedad y la corta permanencia en los mismos (no más de 2 años)

-Cuando el porcentaje de realización de actividades productivas en los últimos 2 años se ubica entre el 90 y el 100% se trato de Trastornos Bipolares, Trastornos de Personalidad, Sind. Depresivo/ Distimias u otro.

-En el 80% fueron de características estables, de servicio en persona y/ o emprendimientos comerciales.

-Dentro de estos grupos diagnósticos, el 50% mantiene el rol de trabajador, sea por encontrarse de licencia o por estar trabajando actualmente.

-El motivo por el cual han dejado de trabajar ha sido el retiro voluntario, la jubilación por invalidez, o la enfermedad (con un porcentaje mayor al 50% de quiebra económica como consecuencia en los Trastornos Bipolares)

-Las características de los puestos han sido mayoritariamente la estabilidad y la duración en el mismo (10-15 años promedio). Se observan interrupciones pero no por eso perdida del puesto

Propuesta final

Reconstruir el instrumento de recolección de datos y aplicarle la metodología de estandarización adecuada.

Publicar los resultados y transmitir el instructivo en forma digital, para trabajar con otros en el aumento de la cantidad de casos relevados y así reactualizar los resultados y la prueba.

VI. Referencias bibliográficas

- Organización Mundial de la Salud .2001. "Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud" (CIF) Ed. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaria General de Asuntos Sociales (IMERSO)
- Occupational Therapy Practice Framework: Domain and process AJOT. Dic. 2002. Volume 56. Number 6, 609-639. Traducción y adaptación al español "Marco de Trabajo para la Practica de Terapia Ocupacional: Ambito de Competencia y Proceso" Dic.2005
- Bottini, Silvia; Garmendia, Olga; Martinez, Silvia, Picciani; Beatriz y Venuto; María José. "Pacientes Hospitalizados de alta médica sin redes de contención familiar e institucional". Asociación de Profesionales de Trabajo Social del GCBA. Año 2002.
- Greco, Claudia y Rosenberg, Fernando. "Sobre la internación. Posibles incidencias subjetivas". Revista La Cuerda. Número 3, página 3 – 7. Asociación de Profesionales del Hepta.
- Lic. Claudia Greco, Lic. Fernando Rosenberg.;Tobaja, Luis; Sánchez de Sande, M. Y otros. "Urgencias Psiquiátricas. Calidad Asistencial". Unidad de agudos de salud mental del hospital Provincial de Toledo.

VIII. Nota

Este trabajo fue parcialmente presentado como "*Disfunciones ocupacionales más frecuentes en pacientes con Trastornos Psicopatológicos*" Autoras: Maria Laura Bustingorri y Miriam Ildid. I Congreso Universitario Argentino de Terapia Ocupacional "Ciencia de la Ocupación: Entrecruzamientos" Universidad de Buenos Aires. Agosto 2004

***Emprender en lo Cotidiano. “Ciclopapel”* Emprendimiento social de Salud Mental**

Autores: Lic en TO Mirta Manghi, Lic en TO Fabiana Fenoglio y Lic en TO Marisa Alippi.

Desarrollo

En este trabajo intentamos focalizar y analizar algunas situaciones que como coordinadores técnicos de un Emprendimiento de Salud Mental nos vimos y nos vemos enfrentados en nuestro “*emprender cotidiano*”.

Esta, estrategia comunitaria de la cual formamos parte, se viene gestando desde el año 1996 en el Hospital monovalente de Salud mental José T Borda. En pos de la transformación de las estructuras manicomiales intentamos junto a otros colegas propiciar nuevas modalidades de asistencia que contemplaran la apertura de espacios, a través de los cuales se promoviera la participación en la construcción del colectivo, del espacio público y la recuperación del ejercicio de la ciudadanía. Nos planteamos crear y organizar emprendimientos productivos dentro del marco conceptual de “Empresa Social”, que implica todas aquellas iniciativas que tengan por objeto transformar el orden organizativo tradicional, de manera de “invertir” en el capital humano y social involucrado, para producir “valor social agregado”, o sea activar e intensificar servicios, intercambios sociales y económicos, creando “contextos de vida” con aquellas personas que sufren privaciones y marginalidad (Rotelli, 1995).

Fuimos evolucionando, inicialmente comenzamos con un Programa de Recolección Diferenciada de Residuos Sólidos Orgánicos (papel) cuya capacitación estaba a cargo de personal especializado en dicha materia y un taller de capacitación de reciclado de papel facilitado por Secretaria de Cultura de la Nación, como única acción. Luego se conformo en Proyecto junto a otros emprendimientos (Ybytu, Gastronomía y Vivero-Huerta “Los Amigos”) denominado “Creación de Dispositivos de Trabajo para Población con Fragilidad Psicosocial”. Creándose en abril del año 2000 el Emprendimiento Productivo “Ciclopapel” y actualmente llamado *Emprendimiento Social de salud Mental CICLOPAPEL*. El bien producido, recolección y clasificación de material inorgánico y productos derivados del mismo se destaca por su valor artesanal y el aporte que realiza al cuidado del medio ambiente con el reciclado de materiales. En un inicio las personas que conformaban el grupo eran adultos varones que en un 90% se hallaban internados en los pabellones denominados del “fondo” el lugar de los “crónicos” con un promedio de internación de 11 a 15 años en dicho hospital (Fenoglio, F y Manghi, M. 1999).

Actualmente el grupo es mixto esta integrado por usuarios adultos en situación de vulnerabilidad psicosocial provenientes del Sistema Público de Salud Mental (ambulatorios, internados y de la Comunidad), Coordinadores Técnicos Lic Terapia Ocupacional integrantes del Servicio N° 48 de Terapia Ocupacional y Capacitadores en Oficio (Serigrafista, Comunicador Social y Diseñador).

A su vez realizan prácticas clínicas alumnos de la UBA de la carrera de Terapia Ocupacional y estudiantes de medicina para la especialización en Salud Mental. Como así también participan en distintas acciones de dicho programa voluntarios de la comunidad.

Contamos con dos programas: Programa de Apoyo a Unidades de Desarrollo Local

del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Ministerio de Derechos Humanos y Sociales y el Programa de Participación de usuarios en subsidios de empleo (PEC). del Ministerio de Trabajo de la Nación

También a raíz de distintas gestiones participamos de exposición y venta en stand continuo de los productos en una feria de artesanos y también se concurre a distintas ferias de la ciudad en carácter de invitados. A su vez se gestionan presupuestos, subsidios otorgados entre otros por el Ministerio de Acción Social y Derechos humanos.

Por otro lado después de muchas lucha por parte de la comunidad de Salud Mental contamos con la ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires de la cual también participaron es su conformación Terapistas Ocupacionales. Esta ley N° 448 sancionada en el año 2000 con la cual acordamos y defendemos, , en su *art. 14 Inciso 0)* define como efector a los *Emprendimientos sociales de Salud Mental*, dice: “Se entiende por *emprendimiento social* al dispositivo de estrategia comunitaria de transición, que tiene como fin la promoción de la salud y la integración sociolaboral de las personas en situación de desventaja, utilizando como medio la producción de bienes y/o servicios, generando un marco propicio de inclusión social sobre la articulación en red de la problemática laboral e individual”.

En nuestro hacer, *emprender cotidiano, emprender junto a otros* nos convoca a diario frente o personas que muchas de las veces están sus derechos alterados, no respetados.

Recordamos aquí a Schiappa Pietra j., (2003)... en el hospital se concretiza el estar de una persona, se la descubre e instituye como *sana* o *enferma*. La consulta termina resultando al fin una declaración para la sociedad, cuyo dictamen debe acatarse. En los consultorios no hay consultas mutuas sino una sola dirección de influencia y juicio. Hay un solo sujeto sobre el que se ejercerá el Poder sanitario.

Con respecto a este punto la Organización Panamericana de la Salud (2005) sostiene que algunas de las dificultades también serian actitudes inadecuadas, relacionadas con el estigma social de determinados agentes del entorno, familia, sanitarios, profesionales, empresarios, otros trabajadores; falta de políticas sociales que incentiven el empleo, cuando no funcionan como barreras al mismo. Esto sumado a la falta de recurso humano, falta de redes , un sistema de Salud mental el cual requiere urgentemente de mayor organización, planificación y ejecución de programas, serian puntos que nos jaquean como coordinadores técnicos en este emprender cotidiano.

También acordamos con lo que define la ley 153 en su Art. 3° en donde sostiene garantías del derecho a la salud integral para todos los ciudadanos vinculada con la satisfacción de necesidades de alimentación, vivienda, trabajo, educación, vestido, cultura y ambiente. El desarrollo de una cultura de la salud así como el aprendizaje social necesario para mejorar la calidad de vida de la comunidad”.

Emprender en lo cotidiano, emprender junto a otros...realizar empresas...

Empresa Social, reside en la idea de emprender en el sentido de ocuparse de lo social en tanto descuidado. Es una alternativa terapéutica, por lo tanto produce en primer lugar Salud y propone un espacio donde el trabajo garantiza el derecho de Ciudadanía, modificando el estigma de la enfermedad mental y reconstruyendo la identidad social.

Este espacio de producción busca además de obtener rentabilidad económica, producir valor social agregado favoreciendo la circulación social de sus integrantes, así como también propone trabajar en un clima donde se valoren las capacidades, habilidades e intereses de cada trabajador en función de que éste pueda recuperar un rol laboral (Rotelli, 1995).

La heterogeneidad del grupo dentro de una concepción de trabajo que propone relaciones dinámicas entre los integrantes, en un proceso en el que nadie lo sabe todo y todos aprendemos, buscando aprovechar lo mejor de cada uno. Siendo los vectores dominantes: reciprocidad, voluntad, conocimiento, valoración, entendimiento, interacción, participación, horizontalidad y solidaridad. Permitiendo reconocer que hay espacios de encuentro donde se puede negociar, manteniendo las especificidades y respetando las diferencias entre los integrantes.

Es una experiencia innovadora que se fue constituyendo-construyendo en el emprender diario, en lo cotidiano. En el trabajo de todos los días

Recordamos aquí lo que dice Pinheiro Souza Nascimento (1997) “el acompañamiento en lo cotidiano buscar crear junto al usuario posibilidades de establecer lazo, de reinserción en la comunidad, de conquistar o reconquistar su autonomía, de organizar su vida teniendo garantizado en la crisis el derecho básico como el de ir y venir”.

Los proyectos de inserción en el trabajo, como espacio de producción de sentido, deben emprender la doble producción, esto es producción de Trabajo y Salud; estos dos polos son continuamente puestos en discusión y el desafío es enfrentar el conflicto sin anular uno de ellos”. ...”Es en este contexto que el concepto de calidad es un decodificador, esto es, la temática de la calidad atraviesa por las diferentes dimensiones de los proyectos: calidad de las relaciones, del trabajo y de la producción de valor social” (Nicasio, F. 1999).

Acompañar en lo que se hace significaría desde nuestra parte intensificar la disponibilidad de escucha y de contacto, en la tentativa de historizar y resignificar junto a el grupo el presente, acompañarlos en sus espacios de vida, en sus relaciones y acciones (Pinheiro Souza Nascimento, 1997).

Sostenemos que el trabajar, pensar, reflexionar, concretar junto a otros nos permite en este emprender cotidiano la posibilidad de tratar de dismantelar en nuestras intervenciones como coordinadores técnicos el manicomio, lo manicomial. El cual sobreviene a diario... el poder y sus múltiples entrecruzamientos poder que a menudo nos permite o nos impide, que nos atraviesa y por momentos nos derrumba.

Nos preguntamos a diario ¿porque siguen existiendo las instituciones manicomiales en Argentina, mejor dicho lugares que se sostienen desde una ideología manicomial que puede ser en un hospital, en una clínica privada, en un centro de Salud, en un Cesac?

Y recordamos aquí a alguien que tuvimos el gusto de conocer y estar que sostiene “las instituciones están constituidas por materiales sociales, por gente, y por lo que hace y piensa la gente. Este material puede plasmarse, transformarse a través de los procesos sociales (Rotelli, 1995).

...Creemos y sostenemos aquí que como ciudadanos tenemos que seguir creciendo.

Bibliografía

- Castro Ares, A.; Manghi, M; Rodríguez, C. y Otros (2005). "Modalidades de intervención profesional que contemplen a la variable cultural individual y colectiva en la atención en salud". Curso Anual de organización y administración Hospitalaria. Hospital B. Moyano. Buenos Aires.
- T.O.Fenoglio, F. y T.O.Manghi, M(1999). De lo Cotidiano en Terapia Ocupacional. V Congreso Argentino de Terapia Ocupacional y V Simposio Latinoamericano de Terapia Ocupacional. La Rioja
- Ley Básica de Salud 153 del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Ley 448 de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Organización Panamericana de la Salud (2005). Atención Comunitaria a Personas con Trastornos psicóticos. Editores: JM Caldas de Almeidas; Francisco Torres Gonzáles.
- Pinheiro Souza Nascimento, E. (1997): O caminhar na desconstrução do modelo de atenção asilar em saúde mental: a experiência de Santos, São Paulo. Revista de Terapia Ocupacional Da Universidade de São Paulo. Vol. 8 Nº 1. Pp 5-14. Brasil.
- Portal del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires :www.buenosaires.gov.ar
- Rotelli, F; Mauri, D y otros (1995). Libro "La Empresa Social". Ediciones Nueva Visión. S.A.I.C...
- Schiappa Pietra, José (2003). "La leyenda continúa". Temas y narraciones en Salud Mental modalidad rionegrina. Departamento de Publicaciones, Facultad de Derecho y Ciencias Sociales. Universidad Nacional del Comahue. Edit. Publifadecs. Año 2003.

TÍTULO: “La noción de Libertad y la enfermedad mental en el Siglo XIX”

APELLIDO Y NOMBRE DE LA AUTORA: Daneri, Sara María

INSTITUCIÓN A LA QUE PERTENECE: Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial
Dr. José T. Borda

CIUDAD: Ciudad Autónoma de Buenos Aires

PAÍS: República Argentina

DIRECCIÓN POSTAL: Av. Ramón Carrillo 375- Ciudad de Buenos Aires

TELÉFONO: (011) 4305-5083

E-MAIL: saradaneri@fibertel.com.ar

TITULO: “La noción de Libertad y la enfermedad mental en el Siglo XIX”

AUTORA: Sara María Daneri. INSTITUCIÓN A LA QUE PERTENECE: Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial Dr. José T. Borda

RESUMEN DEL TRABAJO:

A partir de la elaboración del trabajo de integración final para la obtención del título de licenciada en Terapia Ocupacional, tuve la posibilidad de acercarme a algunas nociones que quisiera compartir con ustedes.

Los cambios que se produjeron en la concepción de la enfermedad mental y en la modalidad de su asistencia en los Siglos XVIII y XIX, deben ser estudiados en el contexto sociopolítico de una sociedad que asistió al tránsito revolucionario del mundo social del Antiguo Régimen al mundo burgués de la Modernidad.

La Revolución Francesa (1789-1815) marca un hito trascendental en la historia de las luchas político-sociales y reivindica los valores individuales través de los ideales de: *Libertad, Igualdad y Fraternidad*. Más en la vida de los asilos la idea de libertad se torna profundamente contradictoria ¿cómo fundamentar el encierro de las personas allí alojadas si la noción de Libertad es parte esencial del ideario revolucionario?

Al mismo tiempo dentro de los principios que inspiraron los cambios en el tratamiento asistencial del enfermo mental la *racionalidad* fue considerada la herramienta privilegiada y posibilitante del conocimiento del mundo. La razón es el fundamento de la Libertad: su ausencia justifica el encierro. En el S. XVIII surge la crítica a los sistemas de confinamiento en los que no se han mejorado los servicios médicos ni se ha dado una atención humanitaria a los enfermos mentales, en el S. XIX se instituye la función del hospital psiquiátrico como lugar de diagnóstico y clasificación de las enfermedades mentales.

Ahora bien ¿como podrán articularse ambas nociones: *libertad y racionalidad* en el interior del asilo?, ¿de qué manera podrá organizarse el espacio interior para sostener el ideal de Libertad?, ¿cómo se justificará?

La propuesta es encontrar indicios que den cuenta de los modos en que estas contradicciones se intentaron salvar.

Palabras claves: contexto sociopolítico- Antiguo Régimen- Revolución Francesa- libertad-racionalidad

“La noción de Libertad y la enfermedad mental en el Siglo XIX”

Lic. T.O Sara Daneri **

Introducción:

El aislamiento en el asilo y la aplicación del Tratamiento Moral con sus técnicas de disciplinamiento en alguna de sus modalidades fueron el instrumento para modificar las conductas desviadas y reencausar al enfermo por los caminos de la razón en pos de su libertad. Una muestra de ello lo constituyen los títulos de los capítulos del *Tratado Médico- filosófico sobre la alienación mental o la manía*, escrito por Pinel en 1801: *Es preciso hacerse temer del loco; pero no se debe practicar con él ningún acto de violencia (Cap. IX); Máximas de dulzura y filantropía que deberían adoptarse en las reclusiones destinadas para los locos (Cap. X)*, entre otros.

En el asilo, se aisló al enfermo mental privándole de su libertad como respuesta a la pérdida de la razón para luego en su interior y a partir de la aplicación del trabajo como parte del Tratamiento Moral, disciplinarlo con la finalidad de devolverle su racionalidad y así su libertad que le permitiría incluirse socialmente.

Prueba de ello es la mención que Jean Vinchon, discípulo de Philippe Pinel, hace sobre la obra de su maestro:

“... y las fuerzas volvieron por etapas, **así como el uso de su razón** (...) *El chaleco de fuerza se aplicaba sólo a los furiosos y al primer instante de calma, desde el primer resplandor de razón, le era quitado*” (2). (Resaltado S.D)

A esta forma de Tratamiento Moral se sumaron los aportes del inglés John Conolly (1794-1866) con el sistema conocido como *no restraint*¹, que se basaba en la persuasión del paciente y descartaba gran parte del aparato de coerción vigente en la época.

Mientras en Escocia un grupo de médicos alienistas desarrollaron el sistema denominado de puertas abiertas (*open-door*) teniendo como antecedente las

** Terapeuta Ocupacional. Jefa de Unidad Servicio de Terapia Ocupacional Hospital José T. Borda.

¹ Método de No restraint: sin opresión, sin coerción.

experiencias del *no restraint* del Dr. Conolly, aunque las instituciones mantenían sus grandes muros que las rodeaban y sus rejas internas.

A mediados del Siglo XIX estos alienistas, decidieron producir un cambio edilicio acorde con el *no restraint*. Así suprimieron las rejas, derribaron los muros que aislaban e impedían ver el horizonte y abrieron las puertas de la mayor parte de los pabellones para que los enfermos circularan con libertad durante el día. También les concedían permisos bajo palabra para salir del asilo a pasear y volver de nuevo en un plazo preestablecido.

La meta a alcanzar por todo el enfermo asilado era la libertad y en la medida que se integraba a un tratamiento médico que hacía del trabajo uno de sus recursos terapéuticos, la obtenía gradualmente.

El objetivo de la asistencia a través del trabajo era reencausar los hábitos errados así como desarrollar y mantener las conductas saludables, siendo uno de los diversos métodos de disciplinamiento para restituir la razón y una vez restituida esta, alcanzar la libertad.

Ahora ¿cómo se articuló la noción de Libertad y el aislamiento como modo de asistencia de la enfermedad mental en nuestro país?

En la Memoria Médico Administrativa del año 1893 (3), el Dr. Domingo Cabred quien estuvo a cargo del Hospicio de las Mercedes² señalaba a las autoridades la necesidad de construir un muro de circunvalación al asilo fundando su pedido en el riesgo de fuga de los enfermos. Y al mismo tiempo rescataba que:

“...permitiría sacar a la población que se encuentra encerrada a tomar aire en paseos regulares por los terrenos cultivados y jardines exteriores...” (4), adjudicándole también una función curativa.

De acuerdo a la carta que envió al Director General de la Administración Sanitaria y Asistencia Pública, describe un muro perimetral que denomina “*salto de lobo*”

*“La pared que propongo, debe tener mayor altura que un hombre que se hallara parado sobre los hombros de otro y con los brazos elevados; debe ser perfectamente, y levantarse del fondo de un foso interior tan profundo, que el muro que debe ser de cuatro metros de altura, no sobresalga más de un metro del nivel del suelo. **Esta última condición tiene por objeto, dejar abierto el horizonte á la mirada del recluso,***

² Desde el año 1892 al año 1916.

permitiéndole así recrear la vista en los paisaje vecinos". (5) (Resaltado S.D).

De tal manera la ilusión de libertad se sostiene desde la ficción en un como sí, aún vigente. En los asilos urbanos a través de un muro perimetral que permite ver el horizonte, en los asilos colonia esta dada por las grandes extensiones de tierra que abarcaban.

El Dr. Domingo Cabred para estos asilos, como el Asilo Colonia Regional Mixto de Alienados Oliva Córdoba, propondrá:

"El sistema es de puertas abiertas y la base de su régimen curativo, en general, la libertad y el trabajo,.... La tendencia actual más generalizada es efectuar en la campaña esta clase de asilos" "... Y así la ilusión de libertad será perfecta...!"; "... sentirán también un gran bienestar moral, no solo por el hecho de vivir en libertad, sino también porque se empleará todo género de entretenimientos, con juegos al aire libre, de salón, paseos, bailes. Conciertos, gramófonos, cinematógrafos, representaciones teatrales, etc." (6) (Resaltado S.D)

Construcción imaginaria que intenta encubrir, disfrazar el encierro y la reclusión que Cabred fundamenta en el capítulo III de su primera Memoria Médico Administrativa, sobre el *Tratamiento del Alienado*: "I- La reclusión: Uno de los recursos más importantes del tratamiento de cierta clase de enfermos, consiste en la reclusión, es decir, **el asilamiento completo del mundo exterior y de los excitantes naturales del sistema nervioso**". (7) (Resaltado S.D). Años después encontramos algunas referencias al tema en el discurso del Presidente de la Academia Nacional de Medicina, en el Libro de Oro que esta Academia Nacional le tributara al Dr. Domingo Cabred:

"...la colonia empezó a funcionar tal como lo quiso Cabred, con el sistema de la trilogía terapéutica, libertad, trabajo y bienestar físico y moral en un establecimiento de puertas abiertas en pleno campo..." (8) (Resaltado S.D)

Conclusiones:

El principio de Libertad cuestiona la realidad de los asilos europeos y de nuestro país. Los médicos alienistas argentinos inspirados en los médicos europeos y encarnados en la figura de Domingo Cabred impulsan una nueva modalidad de asistencia al enfermo mental.

El Tratamiento Moral con el uso del trabajo en espacios abiertos se convertirá en un recurso fundamental para disciplinar y promover la recuperación de la razón del enfermo a fin de alcanzar la libertad de la que fue privado.

Es necesario salvar la contradicción entre el ideario de Libertad y el encierro del enfermo mental en el interior del asilo, para ello construirán una ficción a través de la gran extensión de los asilos colonia agrícolas y de la visión del horizonte en los asilos urbanos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

(1) Barrios Flores, Luis, 2003. "Uso de medios coercitivos en Psiquiatría: retrospectiva y propuesta de regulación". Pág. 141. Área de Derecho Administrativo de la Universidad de Alicante en España. Revista DS. **Vol. 11**, Julio- Diciembre 2003.

(2) Vinchon, Jean, 1922 "Estudio analítico del primer trabajo de Pinel, sobre el tratamiento moral de los alienados aparecido en 1799". Presentado en Acto de Homenaje al Prof. Dr. Domingo Cabred. Realizado en el Instituto de Clínica Psiquiátrica el 23-12-1922. (Bs. As.)

(3) Cabred, Domingo, 1894. "Memoria del Hospicio de Las Mercedes correspondiente al año 1893". Tipografía del Hospicio de las Mercedes. (Bs. As.)

(4) Cabred, Domingo, 1894. Ob. cit.

(5) Cabred, D., 1894. Ob. cit.

(6) Cabred, Domingo, 1908. Discurso pronunciado con motivo de la colocación piedra basal en el Asilo Colonia Regional Mixto de Alienados Oliva Córdoba 10-12-1908. Imprenta Hospicio de Las Mercedes. (Bs. As)

(7) Cabred, Domingo, 1894. Ob. cit.

(8) AA.VV., 1927. "Libro de Oro que la Academia Nacional de Medicina". Ed. Guido Bufagni. (Bs. As). Ofrecido al Dr. Cabred el 15-12-1927. Biblioteca Nacional.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL:

- Arostegui, José, 1995. “La investigación histórica: teoría y método”. Ed. Gedisa. Barcelona. (España)
- Braudel, Ferdinand, 1986. “La Historia y las Ciencias Sociales”. Alianza editorial. (Bs. As) 8-222.
- Castel, Robert, 1991. “A orden Psiquiátrica: A idade de ouro do alienismo”. 2º Edición. Ediciones Graal Ltda. (Brasil). 9- 329.
- Do Prado De Carlo, Marysia y Camargo Bartalotti, Celina. 2001. “Terapia ocupacional no Brasil Fundamentos e perspectivas”. Plexus Editora. (Brasil).11-173.
- Foucault, Michel. 1996. “La vida de los hombres infames”. Ed. Altamira. (La Plata).
- Foucault, Michel. 2003. “Historia de la locura en la época clásica”. 4º Reimpresión. Breviario. Fondo de Cultura Económica. II Tomos. (Argentina) Tomo I: 7-531. Tomo II: 9-399.
- Foucault, Michel. 2000. “Los Anormales”. Fondo de Cultura Económica de Argentina. (Bs. As). 7-339.
- Guerrino, Antonio. 1982. “La Psiquiatría Argentina”. Editores Cuatro. (Bs. As). 8- 272
- Loudet, Osvaldo y Loudet, Osvaldo E. 1971. “Historia de la Psiquiatría Argentina”. Ed. Troquel. (Bs. As). 10-212.
- Mangia, Elisabeth. F. 1997. “Psiquiatría y tratamiento moral: el trabajo como ilusión de libertad”. Rev. Terapia Ocupacional Universidad de San Pablo. **Vol. 8 n° 2 /3**. (Brasil)

CONOCIENDO MUJERES, ESTUDIO EXPLORATORIO SOBRE EL GENERO, COTIDIANO Y DOLORES CRÓNICAS

MAXIMINO, V.S 1 e NOVAES, M.O. 2

1 Universidade do Vale do Paraíba – UNIVAP – e Universidade São Camilo – Brasil - vivimax@ig.com.br

2 Prefeitura Municipal de São Paulo – Brasil - mnovaes@uol.com.br

Resumo

El interés de este estudio es explorar y comprobar, a partir de la percepción de las propias mujeres, como viven su propio cotidiano, en relación a las actividades del trabajo fuera de sus casas y de sus diversiones, a sus responsabilidades domesticas y con sus hijos y establecer posibles relaciones con el dolor crónico.

Introducion

Estudios indican que hay mas quejas de dolores en mujeres que en hombres, aunque no hay datos conclusivos en referencia de las causas de estas diferencias. Las diferentes hipótesis levantadas para esta situación indican causas orgánicas, tales como diferencias hormonales o de sensibilidad al dolor. Aunque se sabe que los cambios comportamentales que ocurrieron en los últimos 40 años en relación a la posición y las tareas que las mujeres desempeñan en la sociedad trayendo una modificación del perfil epidemiológico haciendo con las mujeres presenten enfermedades antes constantes en el sexo masculino y demostrando que hay una relación fuerte entre el mórbido y las actividades diarias.

Metodo

Este estudio ha sido realizado de una manera exploratoria del tipo calidad-cantidad basado en las respuestas obtenidas por un cuestionario semi estructurado aplicado a 64 mujeres entre los 23 y 47 años que trabajan en el sector administrativo de la Universidad del Vale do Paraíba, São José de los Campos, São Paulo, Brasil, en la Unidad Campus Urbanova-UNIVAP.

Resultados

De las 64 mujeres estudiadas, 48 de ellas (75%) admitieron tener dolores crónicas. Los datos indican que las mujeres casadas y con hijos infantiles, son las mas acometidas. Relacionando estado civil, maternidad, acumulo de responsabilidades, organización y división de tareas domesticas, encontramos mas mujeres con quejas de dolores crónicos. Observamos tambien que no existe division equânime de las responsabilidades domesticas en la relacion de homens y mujeres. Especialmente, las mujeres casadas, no realizan actividades de diversion , utilizando exclusivamente su tiempo para los hijos y marido.

Conclusion

Los resultados obtenidos apuntan que principalmente la edad, la maternidad, el estado civil, y tambien, como las mujeres realizan las tareas domesticas, y las actividades de diversion, pueden ser indicadores de risco para la salud, haciendo que tengan dolor crónica. Estas cuestiones estan relacionadas, afectan el cotidiano de las mujeres, pues ellas acumularon responsabilidades quando ampliaron su papel social de la vida domestica para la vida pública.

Referencias

- KANDOLIN, I. G. Worklife and family responsibilities in Finland and Estonia: effects on economic and mental well-being. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health; 1997. People and Work Research Reports, v.15, 1997.
- LUNDBERG, U.; MARDBERG, B. FRANKENHAUSER, M. The total workload of male and female white collar workers as related to age, occupational level and number of children. Scand J Psychol. v.35, p.315-27, 1994.
- MASSI, M. Vida de mulheres: cotidiano e imaginário. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1992. 226p.
- MARCONDES, Willer Baumgartem et al. O peso do trabalho "leve" feminino à saúde. São Paulo; Perspectiva, v. 17, n. 2, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 2 Novembro de 2006.
- NOVAES, M. O. et al. Pesquisa exploratória sobre atividades cotidianas de mulheres de 23 a 47 anos em setor administrativo. In: X Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VI Encontro Latino Americano de Pós Graduação da UniVap, 10, 2006, São José dos Campos, SP Anais São José dos Campos: UniVap, 2006.
- ROCHA, L. E.; RIBEIRO, M.D. Trabalho, saúde e gênero: estudo comparativo sobre analistas de sistemas. Revista Saúde Pública, v.35, n.6, 2001. São Paulo.

CAPÍTULO 1

PACIENTES GRAVES E SEUS CUIDADORES

1.1 Introdução

O número de pessoas com câncer tem crescido muito nos últimos 20 anos, o que tem contribuído para caracterizar essa doença como grave.

Segundo Hossfeld et al. (1990), o processo de carcinogênese inicia-se com uma reprodução desordenada de células que apresentaram alterações nas bases de seu DNA (ácido desoxirribonucléico) devido à ação de agentes mutagênicos.

De acordo com Rezende et al. (2005), os pacientes com doenças graves, ou seja, com alto risco de morte, no qual o estágio patológico encontra-se avançado em sua evolução, devem contar com uma estrutura de apoio ampla para enfrentar as diferentes etapas do processo de adoecimento.

Quando a doença atinge o estágio grave e demanda intervir no paciente, com procedimentos agressivos e de alto risco é o momento em que a presença do cuidador torna-se mais importante e ao mesmo tempo mais complicada.

Stone, Cafferata e Sangl (1988) apud Medeiros (1997), considera o papel do cuidador revestido de duas vertentes: a primeira seria a do cuidador primário, ou seja, aquele que tem como principal ou sob sua total responsabilidade fornecer ajuda à pessoa necessitada, estabelecendo vínculo direto com o paciente, sendo em geral familiar ou amigo próximo. Na segunda condição estaria o cuidador secundário, caracterizado pela presença de vários cuidadores que revezam a tarefa de dar assistência ao paciente, e não apenas por um cuidador exclusivo.

É sabido que o processo de cuidar de uma pessoa doente envolve constantes desafios que deverão ser superados em um período de tempo imprevisto, assim como desgastes físicos, emocionais, custo financeiro e ainda o distanciamento social (SANTOS et al., 2005).

Diante dessa realidade, pacientes e familiares geralmente solicitam suporte psicossocial que possa auxiliá-los no enfrentamento das dificuldades e das sucessivas

e necessárias adaptações, tanto no âmbito familiar quanto no pessoal, por tempo indeterminado, mas que será com certeza um período marcado por muito sofrimento e angústia (CERQUEIRA, 2002).

A Casa Hope surge neste contexto, como uma instituição sem fins lucrativos, que oferece apoio biopsicossocial social e educacional a pacientes carentes portadores de doenças graves e seus cuidadores. Um dos critérios para receber esse apoio é o fato do paciente não possuir condições de ter moradia adequada ou não ser residente na cidade de São Paulo e ao mesmo tempo precisar permanecer no município a fim de ser submetido a tratamentos, como quimioterapia, radioterapia, transplantes, entre outros, em hospitais públicos ou de atendimento gratuito.

Além disso, a instituição conta com uma equipe multiprofissional composta por assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas e pedagogos que prestam serviço aos pacientes e cuidadores durante a sua estadia na casa.

1.2 Justificativa

Segundo relato de Rezende et al. (2005), estudos recentes demonstram que os cuidadores primários apresentam dificuldades para lidar com o que o paciente sente. Via de regra a percepção do cuidador acerca dos sentimentos e sintomas ocorre mais no nível do imaginário do que da própria realidade, provocando nestes sentimentos de angústia e outros aspectos negativos. Deve-se considerar também o fato que os acompanhantes de pacientes portadores de doenças graves sofrem com o próprio tratamento e período de internação, além de terem suas vidas interrompidas pelo processo de doença do outro.

Ainda segundo o mesmo autor, nos estudos que abordam as conseqüências de cuidar de um paciente grave, a experiência é descrita como muito pesada e negativa para os cuidadores.

Os autores Montañes et al. (1995) e Schulz et al. (1995) concluem que em função das experiências estressantes vividas pelos cuidadores primários, além de altos

níveis de depressão, ansiedade e de queixas físicas estes podem sofrer declínio da qualidade de vida. O que pode explicar o elevado grau de risco no desenvolvimento de vários problemas de saúde.

Outra característica importante dos cuidadores residentes em instituições de apoio, é que eles sofrem uma alteração em sua rotina de vida, ao terem que mudar planos pessoais afastando-se de suas famílias, trabalho e amigos, para se dedicarem a cuidar de um ente querido mais necessitado, ficando sujeitos assim a, estresse psíquico e mesmo desgaste físico.

Torna-se imprescindível, portanto, conhecer as necessidades desses cuidadores a fim de poder estabelecer uma estratégia de intervenção da Terapia Ocupacional que venha a atenuar o sofrimento biopsicossocial, melhorar a qualidade de vida, através da atuação no campo das possibilidades e recursos, de entrada nos circuitos de trocas sociais, referendando, conectando e agenciando experiências, potencializando a vida e promovendo transformações (CASTRO, 2001).

1.3 Objetivos

Este trabalho tem por objetivo identificar as queixas e necessidades dos cuidadores primários residentes da Casa Hope, no município de São Paulo-SP. A partir dos resultados obtidos nas entrevistas, serão propostas estratégias de intervenção da Terapia Ocupacional junto a cuidadores que vivem em situações semelhantes.

1.4 Problema e Hipótese

A partir da situação apresentada que envolve o impacto na vida dos cuidadores primários de pacientes graves, esse estudo tem como proposta estabelecer estratégias de intervenção da Terapia Ocupacional junto a estes indivíduos.

Diante disso, as hipóteses formuladas partem do princípio que o cuidador de um indivíduo portador de câncer fica submetido a uma situação de insegurança, angústia e declínio na qualidade de vida originada pelo estresse. A Terapia Ocupacional poderá intervir neste sentido, facilitando o relacionamento interpessoal e compreendendo a importância do cuidado com o “outro” como forma de manter sua própria saúde emocional, através das atividades que são seu instrumento de intervenção, entendendo-se atividade como toda tentativa de concretização de um impulso, de uma necessidade ou desejo do indivíduo, cuja solicitação pode ser interna ou externa (CASTRO e SILVA, 1990).

1.5 Metodologia

Esse estudo será desenvolvido através de uma pesquisa de campo, numa instituição particular de apoio ao doente de câncer situada no município de São Paulo.

Delimitação da amostra: a amostra delimita-se a um número de 6 a 12 cuidadores primários.

Período e local: a aplicação do instrumento para coleta de dados será feita na própria instituição pelo período aproximado de um mês.

Critérios de inclusão: ser cuidador primário de crianças e/ou de adolescentes até 21 (vinte e um) anos de idade, independentemente da fase do tratamento, desde que a doença tenha sido diagnosticada há pelo menos seis meses, estar residindo na Casa Hope e ter idade superior a 18 (dezoito) anos.

Critérios de exclusão: ficarão excluídos da amostra os sujeitos que não obedecerem aos critérios de inclusão ou que não tenham assinado o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo1).

Instrumento para coleta de dados: será realizada uma entrevista semi-dirigida (Anexo 2) que inclua questões sobre as condições sócio-econômicas, físicas e psicológicas que norteiam o processo da doença e que interferem na mudança de vida desse cuidador. Será aplicada individualmente, sem restrição de tempo. As respostas

serão anotadas pelas pesquisadoras no decorrer da entrevista.

O instrumento terá como base conhecer os aspectos do cotidiano e do impacto negativo que a situação de cuidar traz para suas vidas.

A partir das respostas serão identificadas as principais necessidades desses cuidadores, quando então poderá ser proposta uma intervenção pela Terapia Ocupacional.

Os participantes serão esclarecidos a respeito de seus direitos, sendo assegurada a preservação de seu anonimato e o sigilo de seus depoimentos. As pesquisadoras farão registro dos dados na forma de anotações. Os dados obtidos e os resultados serão divulgados apenas no campo acadêmico.

CAPÍTULO 2

CÂNCER: DESENVOLVIMENTO, CAUSAS E TRATAMENTO

2.1 Processo de Carcinogênese

Segundo Hossfeld et al. (1990), o câncer é caracterizado por uma reprodução desordenada de células que apresentaram alterações nas bases de seu DNA (ácido desoxirribonucléico) por agentes mutagênicos que passaram a se diferenciar das demais apenas por mudanças morfológicas. Estas células continuam apresentando membrana, citoplasma e núcleo com nucléolo, porém o material genético foi alterado passando a receber instruções erradas para as suas atividades, crescimento descontrolado que ultrapassa o crescimento normal do tecido e persiste mesmo após a cessação do estímulo que o causou.

Ainda de acordo com o mesmo autor, o processo de carcinogênese poderá acontecer de forma espontânea, de maneira química ou viral. A espontânea é caracterizada pelo aparecimento de uma mutação gênica que altera a informação genética dentro da célula, aparentemente sem motivo. A forma química é a indução desta mesma transformação, porém através de agentes químicos, como produtos ou subprodutos industriais ou poluentes ambientais. Já na forma viral, a aquisição de nova informação genética é provocada por infecção viral como o papiloma vírus (HPV).

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), (2005), existem três etapas ou estágios para o processo de carcinogênese: no estágio de iniciação as células sofrem a ação dos agentes mutagênicos, provocando alterações em seus genes, sem que o tumor possa ser detectado clinicamente. As células estão sendo preparadas para um segundo grupo de agentes, os oncopromotores, que agem no estágio de promoção, transformando-as em malignas, de forma lenta e gradativa, de acordo com a exposição ao agente carcinogênico. No próximo estágio, chamado de progressão, ocorre a multiplicação descontrolada e irreversível das células já alteradas. Nesse estágio, o câncer já se encontra instalado e em evolução até que as

manifestações clínicas da doença comecem a aparecer.

De acordo com Hossfeld et al. (1990), os processos de invasão e metastização podem ser considerados parte do estágio de progressão ou como estágios separados. A invasão é caracterizada pela perda da capacidade de inibição e pelo contato com outras células, o que leva a formação de amontoados de células durante a divisão celular; já a metástase é definida como o crescimento de uma ou mais células neoplásicas, ocorrendo a uma distância específica do tumor primário. Estas poderão estar espalhadas pelo sistema circulatório sanguíneo e linfático, pela extensão local ou através da implantação na cavidade do abdome ou tórax.

Dependendo do tipo da célula do tumor, algumas resultam em metástases mais rápido e mais precocemente, outras o fazem bem lentamente ou até não o fazem (INCA, 2005).

2.2 Neoplasias benignas e malignas

As células caracterizadas como benignas recebem a denominação de tumores e as malignas são denominadas tanto como tumores quanto como cânceres (INCA, 2005).

As células benignas apresentam um crescimento lento e do tipo expansivo, são esféricas, ovaladas ou similares, adquirindo, na maioria das vezes, um padrão morfológico do tipo modular, bem delimitadas e quase sempre envolvidas em uma cápsula fibrótica, resultado da proliferação do tecido conjuntivo que as delimita externamente (GOMES, 1997 apud SERVANTES, 2002).

Já as malignas apresentam o processo contrário: há um crescimento infiltrativo e a forma é mais irregular principalmente em sua superfície. Devido a esses infiltramentos não há possibilidade de formação da cápsula fibrótica definida. A característica marcante da célula maligna é sua capacidade de metastizar (GOMES, 1997 apud SERVANTES, 2002).

2.3 Causas do câncer

As causas do câncer são variadas, segundo Servantes (2002), podem ser internas ou externas ou estarem inter-relacionadas. As internas são em sua maioria geneticamente pré-determinadas, intimamente ligadas à capacidade do organismo se defender. Em contrapartida, os agentes externos, interagem de diversas formas aumentando a probabilidade de transformações malignas nas células normais.

Outros fatores estão relacionados às condições do ambiente como água, terra ou ar contaminados, a hábitos de consumo e estilo de vida. Estes se apresentam como as maiores incidências da doença, entre eles estão: tabagismo, alcoolismo, hábitos alimentares, hábitos sexuais, consumo de determinados medicamentos e exposição à radiação (INCA, 2005). Quanto às causas atribuídas aos fatores de natureza ocupacional podem estar relacionados à má qualidade do ar ou serem decorrentes da exposição do corpo a substâncias carcinogênicas na fase de absorção (pele e aparelho respiratório) ou na fase de excreção (aparelho urinário), explicando a alta incidência de câncer de pulmão, pele e bexiga, em trabalhadores. Além disso, o fator decisivo para o aparecimento do câncer ocupacional deve-se a falta de conhecimento e esclarecimento dos trabalhadores acerca dos riscos a que estão submetidos (SERVANTES, 2002).

2.4 Tipos de Tratamentos

2.4.1 Tratamento Cirúrgico

Segundo Schwartzmann (1991), a cirurgia foi a primeira modalidade de tratamento que mudou significativamente o curso das neoplasias. A indicação visa a remoção de tumores sólidos e, muitas vezes, a ressecção tem de ser bastante grande, além de não raro associar-se a linfadenectomia, retirada dos linfonodos para não

haver metástase através deles. Muito embora as cirurgias possam ter outras indicações, como medida paliativa e curativa, visando o estadiamento, o diagnóstico precoce é a melhor profilaxia.

2.4.2 Tratamento Conservador: Radioterapia e Quimioterapia

De acordo com Coelho et al. (1998), radioterapia é a modalidade de tratamento cujo agente terapêutico é a radiação ionizante, ou seja, aquela que, por conta de suas características físicas, tem a capacidade de promover ionização no meio onde incide. Quando esta acontece no interior da estrutura celular, ocorrem alterações de macromoléculas indispensáveis a funções vitais, levando à morte celular ou à inviabilidade biológica.

Segundo dados do NCA (2005), o processo da quimioterapia compõe-se pelo uso de medicamentos para o tratamento do câncer na forma de ingestão oral ou via venosa e muscular, na qual a ação ocorre sobre as células do tumor, em diversas etapas do seu metabolismo. Estes agentes quimioterápicos interferem na divisão celular, fazendo com que as células do câncer sejam alvo preferencial.

A quimioterapia, diferentemente da cirurgia e da radioterapia, é uma forma de tratamento sistêmico, principalmente quando o quadro da doença vier acompanhado de metástase. Os agentes quimioterápicos, em sua grande parte, agem no ciclo celular, quando a célula está ativa em replicação, alterando sua cadeia de DNA, porém não é seletiva apenas às células neoplásicas, mas sim a todas as células que estiverem em divisão ativa.

Nesse tipo de tratamento utilizam-se os agentes alquilantes que nada mais são do que drogas que causam alterações nas cadeias do DNA celular, impedindo sua replicação, ou seja, são capazes de destruir as células em repouso ou em processo de divisão ativa, porém as últimas são mais sensíveis aos seus efeitos tóxicos. Recrutam células em G0 (em repouso, quando não estão em divisão) para o processo de divisão ativa, tornando as drogas sensíveis (SCHWARTSMANN, 1991).

Na verdade, a escolha do ciclo celular é responsável pelas metástases e recidivas da doença, pois células que não foram sensíveis ao recrutamento permanecem em repouso até ser cessado o estímulo da quimioterapia e após encerradas as sessões voltam a se duplicar (BONASSA, 2001).

Em geral, os efeitos colaterais estão relacionados ao sistema hematopoiético, gastrointestinal e reprodutor.

A utilização de mais de um agente citostático, chamado processo poliquimioterápico, revolucionou o tratamento de câncer. Sabe-se que as células neoplásicas são capazes de sofrer mutações, levando a resistência aos quimioterápicos. No entanto, o mecanismo de ação é variável e por isso o tumor que adquiriu resistência a um antineoplásico pode ser sensível a outros. A exposição da célula neoplásica a mais de um quimioterápico é capaz de retardar o mecanismo de resistência tumoral, possibilitando melhores respostas ao tratamento (GUIMARÃES, 2004).

Para isso, a combinação entre drogas deverá obedecer aos seguintes critérios: que essas tenham diferentes mecanismos de ação e diferentes toxicidades, que sejam efetivas quando empregadas isoladamente, possuam bases bioquímicas para o sinergismo (uma droga potencializa o efeito bioquímico da outra) e mantenham prazos diferentes de toxicidade (BONASSA, 2001).

2.4.3 Transplante de Medula Óssea

De acordo com Coelho et al. (1998), denomina-se transplante de medula óssea o procedimento terapêutico no qual é realizada a infusão de células da medula óssea com a finalidade de promover o restabelecimento da hematopoiese, caracterizada pela produção das células sanguíneas pela medula óssea, após a aplasia medular, seja de causa benigna primária (anemia aplásica), secundária à neoplasia maligna (leucemias e linfomas) ou ainda relacionada ao tratamento realizado devido a processos de radioterapia ou quimioterapia. Desta maneira, a indicação do transplante poderá variar.

As células progenitoras que farão o repovoamento medular podem ser originadas de duas fontes: de células diretamente aspiradas da medula óssea ou de células-tronco periféricas (stem cell) mobilizadas do compartimento celular para o sangue periférico.

Ainda de acordo com Coelho et al. (1998), o transplante de medula óssea pode ser dividido em dois tipos: o alogênico, no qual o doador apresenta compatibilidade com o receptor, em geral quando feito entre irmãos, denominado de singênico, e o do tipo autólogo, em que as células utilizadas são provenientes do próprio paciente. Para realização do transplante alogênico é necessário um exame de cultura mista de linfócitos, em que se utilizam células do doador e do receptor para demonstrar se existe compatibilidade entre os dois, pois está é necessária.

Infelizmente as chances de compatibilidade não são comuns, levando os médicos a investigar e desenvolver o transplante autólogo, a partir da retirada das células-tronco do próprio paciente. O maior obstáculo deste método é a contaminação da medula por células neoplásicas, o que poderia inviabilizar o tratamento.

2.5 Efeitos Colaterais

Um dos efeitos colaterais muito presentes na maioria dos pacientes é a leucopenia, ou diminuição do número de linfócitos (células de defesa) e granulócitos (produzido pela medula óssea, protege o organismo contra agentes invasores através da fagocitose), levando a uma supressão da imunidade celular e tumoral e com aumento da susceptibilidade a quadros infecciosos. Os agentes quimioterápicos são tóxicos aos granulócitos (primeira linha de combate contra bactérias invasoras, pela fagocitose), linhagem de glóbulos brancos (BONASSA, 2001).

A leucopenia é o efeito mais comum da mielotoxicidade. Geralmente a baixa contagem dos leucócitos ocorre após 14 dias da administração dos medicamentos e recuperação da medula (GUIMARÃES, 2004).

Outro efeito é a plaquetopenia, ou diminuição das plaquetas no sangue (as quais são responsáveis por ativar mecanismos de coagulação), que podem ocasionar

sangramentos.

Os pequenos sinais de sangramentos aparecem na forma de petéquias, hemorragia conjuntiva, sangramento gengival, coloração da urina, vômitos, fezes, secreção vaginais, em locais de punção para colheita de medula óssea e líquor e nos cateteres venosos e artérias (HOSSFELD, 1990).

De acordo com Bonassa (2001), as náuseas e vômitos, decorrentes da toxicidade gastrointestinal são o mais freqüente e estressante efeito colateral referido pela grande maioria dos pacientes. Estes são os sintomas mais temidos pelos pacientes com câncer e seus familiares, apesar de existirem variações individuais e graus eméticos entre os diferentes antineoplásicos.

Porém, a incidência é maior em pacientes jovens e mulheres, pelo potencial emético ser maior em mulheres, pela freqüente ingestão de álcool nos jovens, pela predisposição de alguns indivíduos e por outros fatores como emocionais, ansiedade, medo, expectativa dos efeitos colaterais, desidratação, jejum, alterações de paladar, problemas gastrointestinais, febre, enxaqueca, labirintite e uremia que podem agravar ou desencadear as náuseas e vômitos.

O mesmo autor ainda atribui como efeito a mucosite, que consiste na resposta inflamatória das membranas mucosas à ação das drogas anti-blásticas. Quando isso ocorre na cavidade oral é chamada estomatite, no esôfago, esofagite e na região do reto, proctite, porém as mais freqüentes ocorrem na cavidade oral.

O início manifesta-se por uma queixa de sensibilidade aumentada a alimentos ácidos e intolerância aos muito quentes ou frios. Em seguida aparece hiperemia, edema, ulceração, dor, queimação e, em algumas vezes, hemorragia e infecção secundária. Isso compromete a ingestão de alimentos e líquidos, a comunicação verbal, a higiene oral e a auto-imagem, além de dor e desconforto de difícil controle. Pouco ou quase nada poderá ser feito para evitar, a não ser prevenir complicações como infecção e aliviar dor e desconforto (COELHO, 1998).

Muitas drogas causam a destruição das células que estão em processo de divisão ativa, através da interferência na síntese do DNA e RNA e das proteínas. O efeito quimioterápico ocorre em nível celular, sendo o epitélio de revestimento das mucosas oral e gastrointestinal formado por células de rápida divisão. Esse processo

dura de 3 a 5 dias e a troca completa de toda a linha epitelial ocorre a cada 7 a 14 dias (BONASSA, 2001).

Ainda de acordo com o mesmo autor, os efeitos indiretos dos medicamentos levam ao quadro de mielodepressão. Estudos indicam que a intensidade da mucosite está diretamente relacionada à queda dos granulócitos, que ocorre durante o período de menor taxa dos componentes do sangue. Portanto, a mucosite pode estar ligada a uma resposta imunológica suprimida.

Este efeito colateral também é encontrado em pacientes que sofreram transplante de medula óssea. Aproximadamente 40% dos pacientes transplantados desenvolvem a moléstia em graus variáveis, que vão de 1 a 4 conforme a área afetada: lábios, língua, mucosa oral, dentes, saliva, voz e deglutição e, conforme a intensidade, varia de leve, moderada e severa (HOSSFELD, 1990).

É opinião comum entre os autores Hossfeld (1990), Bonassa (2001) e Coelho (1998) que esse efeito venha a ocorrer após dois a três dias da infusão das células e constitui-se por uma reação inflamatória normal em resposta a ação agressora. Em geral compromete de forma severa a cavidade oral, a laringe, a faringe e todo o trato gastrointestinal. A aplicação de gelo, o uso de analgésicos, e de soluções salinas (glutamina) para bochecho são recursos anestésicos. Em princípio a melhora do quadro ocorre com a pega da medula. No entanto, o fator de crescimento hematopoiético também interfere na redução do período de mucosite.

Por fim, os agentes antineoplásicos poderão ocasionar, em graus variáveis, alterações relacionadas à fertilidade e a disfunção sexual. A intensidade da disfunção reprodutiva dependerá da dose das drogas aplicadas, da duração do tratamento, do sexo, da idade e do tempo anterior ao tratamento (BONASSA, 2001).

Ainda segundo o mesmo autor, a supressão gonadal, ou seja, parada ou diminuição do funcionamento ovariano, ocorre especialmente em decorrência dos agentes alquilantes. O resultado desta disfunção geralmente é irreversível e poderá estar ou não associado ao transplante de medula óssea, em boa parte das pacientes.

Sabe-se que a ciclofosfamida, um tipo de quimioterápico, possui efeito tóxico nos ovários, pois leva a um aumento do nível de FSH, ocasionando a amenorréia temporária ou permanente. A idade da paciente, assim como a intensidade e duração

do tratamento são fatores de risco de irreversibilidade, o que revela uma taxa de incidência de amenorréia em 30% dos casos.

CAPÍTULO 3

O COTIDIANO DO CUIDADOR

3.1 Quando o diagnóstico é revelado

De acordo com Carvalho (1994), quando a família recebe a notícia de uma doença grave em um dos seus membros, profundas alterações ocorrem, afetando o vínculo entre eles, como também a relação com outras pessoas. Pelo fato dos pais sentirem-se protetores de seus filhos, diante da doença, sentem-se responsáveis e até culpados pela insegurança do filho frente a enfermidade.

Para Walsh e Mc Goldrick (1998) apud Daudt e Silva (2002), mediante o diagnóstico de uma doença incurável na família, ocorrem alterações em sua estrutura, pois geralmente não se espera receber esse tipo de notícia numa condição familiar de estrutura jovem. Quando a ameaça de morte iminente surge mais cedo, esta é sentida como fora do normal, tanto em termos cronológicos, quanto social.

A convivência e aceitação da doença percorrem alguns caminhos, os quais foram definidos por Kübler-Ross (1981) como as fases do luto que estabelecem características na estrutura familiar, a saber:

A primeira é a fase da negação, na qual os familiares não acreditam na gravidade da doença atribuída pelo diagnóstico, assim como o prognóstico do paciente. Com frequência observa-se no discurso que pode ter havido erro no exame ou até troca no resultado. Isso deflagra uma autêntica peregrinação de especialista em especialista na expectativa de mudança do parecer.

Em seguida vem a fase da raiva caracterizada por um questionamento da vontade divina e do poder da equipe, uma vez que a melhora está demorando por vir. O familiar experimenta sentimentos ambivalentes, podendo tornar-se hostil e agressivo com todos ao seu redor e até mesmo em relação a Deus. O sentimento de impotência é predominante, alternando-se com momentos de revolta e hostilidade. Em relação à equipe, ocorrem reações de desconfiança, de agressividade e de dúvidas quanto à

capacidade técnica da mesma.

A esse estágio passa-se pela fase chamada de barganha, caracterizada pela busca de métodos mágicos de cura, por apelos dramáticos e pela celebração de pactos ou promessas. Neste momento, os familiares voltam-se para uma introspecção religiosa que lhes permite obter certo alívio e tranqüilidade. Emocionalmente falando, desenvolve-se um mecanismo de luta dominada pelo sentimento de cura ou, na ausência dessa, pelo prolongamento da vida do paciente.

Uma vez percebido que o quadro clínico do paciente não apresenta melhoras, o familiar adquire a percepção da perda iminente. A dor psíquica é imensa, pois se começa a esboçar o contato nítido com o início do fim. Sentimentos de culpa e insegurança, introspecção e isolamento, episódios de choro e profunda tristeza são características da fase de depressão.

A última fase estabelecida pelo autor é a de aceitação ou estágio da quietude e do isolamento. A vontade de lutar pela cura cessa gradualmente e a necessidade de descanso é imensa. Estão por vir a etapa do aprendizado do desinvestimento afetivo, necessário para que se possa elaborar o desligamento e a separação do ente querido.

3.2 O cuidador inserido no contexto familiar

Segundo Mendes (1995), o cuidador primário de um paciente oncológico é, em sua grande maioria, caracterizado por ser um membro da família, com predominância do gênero feminino e com grande proximidade física e afetiva ao indivíduo acometido. A função é assumida espontaneamente, sem questionamento prévio ou discussão com o grupo familiar.

Em se tratando de pacientes infantis e adolescentes os cuidados primários são exercidos pela figura materna. O pai apenas assume o papel de cuidador na ausência de uma mulher disponível, não por falta de sentimentos familiares ou por negligência masculina, mas por característica cultural de comportamento apropriado para o gênero (HOROWITZ, 1985 apud WANDERBROOKE, 2005). Em função de o paciente

demandar necessidades de atenção e cuidados por tempo indeterminado, isso determina desafios constantes ao cuidador a fim de se manter a estabilidade da família. Apesar da sobrecarga, muitas famílias conseguem recuperar o equilíbrio emocional, ao mesmo tempo em que conseguem cuidar de forma adequada do seu doente. Outras permanecem em estado de desequilíbrio ou estabilizam-se numa estrutura disfuncional ou, até, estabilizam-se, mas cuidam inadequadamente do seu doente (SILVA, 2001).

Desta maneira, tanto o cuidador como a família sentem-se sobrecarregados com a tarefa de cuidar do paciente, uma vez que essa situação gera cansaço físico e emocional, muitas vezes trazendo conseqüências negativas à dinâmica familiar.

3.3 Família

Para Dauldt e Silva (2002), a família é descrita como sendo um sistema, cuja estrutura possui um padrão de funcionamento com normas próprias e passíveis de transformação, na qual seus membros possuem vínculos, laços emocionais e uma história que é compartilhada entre si.

A família é também considerada um sistema vivo, cujos membros representam o todo. As partes não são independentes e o todo é maior que a soma de suas partes, ou seja, o comportamento de um dos integrantes da família está relacionado e depende do comportamento dos demais membros da família.

Além disso, sem interação não existe sistema, somente a soma de entidades separadas. Portanto, na família a existência da parte “filho” só é possível a partir das partes “pai” e “mãe” (WATZLAWICK et al., 1967 apud SILVA, 2001).

Segundo Wanderley et al. (1998) apud Wanderbroocke (2002), atualmente o eixo estruturador da família é a mulher, resultado da crescente inserção feminina no mercado de trabalho. Além disso, o processo de urbanização alterou o funcionamento baseado em moldes tradicionais nos quais as mulheres dedicavam-se às atividades domésticas priorizando o convívio com a família. Sendo assim, as mulheres passaram a integrar a força de trabalho, seus rendimentos são muitas vezes essenciais para a

manutenção do orçamento doméstico. Em contrapartida, são cada vez mais sobrecarregadas pelas exigências físicas e emocionais conflitantes, na medida em que as responsabilidades profissionais se justapõem às expectativas do papel de cuidadora.

Raveis et al. (1998) faz referência às conseqüências inerentes ao papel de cuidadora: mesmo que esta tenha um emprego, não diminui seu envolvimento com as exigências profissionais, prefere diminuir as horas de lazer. As conseqüências mais significativas dessa situação estão na esfera psicológica devido às incessantes demandas para prover ajuda, sem deixar de desempenhar os outros papéis, podendo levar ao aumento da incidência de sintomas depressivos e morbidade psiquiátrica.

3. 4 Alterações no cotidiano do cuidador e familiares

Segundo Brunello (2001), “o cotidiano é caracterizado pelas atividades do dia-a-dia, pelas questões mais rotineiras que compõe os acontecimentos diários da vida.”

A vida cotidiana é a vida do indivíduo, a vida de todos os dias e de todos os homens. É a porção da vida que se repete, e que define sempre o idêntico, o repetitivo, o constante (Heller, 1985 apud Brunello, 2001).

Conforme citação anterior, o cotidiano de uma família e do cuidador primário de uma criança ou adolescente portador de carcinoma torna-se amplamente modificado, principalmente em relação aos papéis desempenhados por cada membro da família, a fim de adaptarem-se ao novo sistema existente. Além do constante estresse emocional a que estão submetidos pela doença, pois uma família que recebeu o diagnóstico de câncer torna-se fragilizada em função do tratamento ser complexo e, muitas vezes, traumático. (Dauldt e Silva, 2002)

Ainda para Dauldt e Silva (2002), mesmo que a família possua uma condição financeira satisfatória, a doença crônica de um filho afeta a dinâmica familiar, comprometendo as formas de afeto e de comunicação. Supõe-se que diante da carência familiar por amparo social essa situação seja agravada.

Já Leshan (1992) admite que o processo de comunicação entre os membros da

família torna-se enriquecido e as relações mais fortalecidas, diante da doença.

O subsistema conjugal (marido e esposa) da família passa a ser substituído pelo parental (pai e filho) e a sobrecarga física-emocional fica depositada em uma só pessoa, geralmente a mãe, reduzindo assim, a relação com os outros membros da família (WANDERBROOKE, 2005). Além disso, a mãe passa a assumir uma atitude de superproteção com o intuito de resguardar o filho doente do sofrimento. No entanto, esta atitude poderá ser prejudicial tanto para a criança quanto para a mãe, devido ao desgaste emocional e a pressão exercida pelos outros filhos (DAULDT e SILVA, 2002).

Concomitante ao desgaste emocional decorrente da doença e da ameaça de morte, a família precisa preocupar-se com os problemas da vida cotidiana, da vida doméstica, como o funcionamento da casa, com os cuidados dos outros filhos, com a situação financeira, com a aquisição de transporte e medicamentos e com a situação profissional e empregatícia (CARVALHO, 2004).

Segundo Wanderbrooke (2002), este tipo de mudança é mais sentido no caso do cuidador primário que freqüentemente lida com tensões emocionais, físicas, financeiras e sociais. A saúde física poderá ficar prejudicada pelo acúmulo de tarefas, poderá inclusive abandonar o trabalho remunerado, a carreira profissional e as atividades sociais, como sair para jantar, ir às compras ou visitar amigos. Os gastos com medicamentos, transporte e produtos para o paciente também tendem a ficar maiores nesta fase.

Outro fato importante a ser ressaltado é que à medida que o paciente torna-se mais dependente, exige maior dedicação de seu cuidador e, conseqüentemente, este descuidará de sua saúde biopsicossocial. Quando a dedicação ao doente é excessiva, o cuidador corre o risco de criar tensões no relacionamento familiar devido à falta de tempo para os demais (SHAPIRO et al., 1998).

Em suma, o cuidador primário é afetado diretamente pelo sofrimento do paciente, pelo medo e ansiedade relacionados a promover o bem-estar e pelas alterações impostas pela doença no seu dia-a-dia e nos planos de vida. Portanto, o estresse emocional é apontado como uma das conseqüências vividas pelo cuidador do paciente com câncer (WANDERBROOKE, 2002).

Em estudo realizado por Shapiro et al. (1998), nos Estados Unidos, revelou-se

que as mães de crianças com câncer apresentavam níveis de depressão incrivelmente maiores do que as mães de crianças fora de tratamento médico. Em conjunto com a depressão, a sensação de esgotamento é outro fator contribuinte para o estresse psicológico dos pais, caracterizado pela sensação de falta de suporte emocional e de apoio na tarefa de cuidar, além da sensação de administrar sozinho toda a situação, sem ajuda.

Em outro estudo realizado por Floriani (2004) comprovou-se aumento na incidência de distúrbios do sono, maior uso de psicotrópicos, perda de perspectiva de vida, além do maior risco do infarto do miocárdio em cuidadores primários de pacientes oncológicos.

Pelo que foi exposto em relação às transformações na organização e na dinâmica da família, principalmente na vida do cuidador e do paciente, torna-se imprescindível o cuidado ao cuidador que se dedica e até mesmo se isenta de viver para se dedicar a um ente adoecido.

CAPÍTULO 4

RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Resultados

A coleta de dados, com base na aplicação de um questionário, teve como referencial teórico os princípios da pesquisa qualitativa. Os dados foram coletados, entre o período de agosto e setembro de 2006, perfazendo uma amostra de oito cuidadores. Como critérios de elegibilidade da amostra considerou-se: ser cuidador ou cuidadora de pacientes portadores de câncer; desempenhar esse papel pelo menos há mais de seis meses e estar hospedado, durante o período pré-estabelecido, na Casa Hope – SP, instituição escolhida para o desenvolvimento da pesquisa, cuja filosofia institucional é a de oferecer apoio biopsicossocial e educacional a pacientes carentes portadores de doenças graves e seus cuidadores.

O questionário aplicado na presente pesquisa (Anexo 2) foi elaborado pelas próprias entrevistadoras, considerando a característica da instituição escolhida.

É composto por 10 questões abertas, aplicadas em forma de entrevista individual. As respostas foram anotadas no momento da realização da entrevista.

O objetivo da aplicação desse questionário foi o de verificar quais as demandas trazidas por esses cuidadores, em relação ao cotidiano, rotina, qualidade de vida, distância da cidade natal e familiar, adaptação à cidade de São Paulo e às regras da instituição, para assim, propor estratégias de intervenção de Terapia Ocupacional junto a cuidadores que vivem em situação semelhante.

A forma de elaboração das perguntas, deixando que a resposta ocorresse de maneira aberta permitiu que mais de uma resposta pudesse ser dada a uma mesma pergunta e que, posteriormente, foram categorizadas para possibilitar a compreensão e análise das principais citações.

A seguir serão expostos os dados obtidos e sua análise. Do total dos entrevistados 87,5% não pertencem ao Estado de São Paulo, sendo 37,5%

provenientes da região Norte, 25% da região Nordeste, 12,5 % da região Centro Oeste, 12,5% da região Sul e apenas 12,5% pertencem à Região Sudeste, mas não moram na cidade de São Paulo.

Quanto ao sexo, seis são do sexo feminino e dois do sexo masculino. Quanto ao grau de parentesco com o doente, cinco são mães, uma é irmã e dois são pais.

Em relação ao tempo em que assumiu a função de cuidador, é fato que 75% encontram-se há mais de um ano no desempenho desse papel. Os outros 25% encontram-se há menos de um ano, porém por período superior a seis meses. No que concerne à forma como ocorreu o início da função de cuidador, 87,5% dos entrevistados assumiram, concomitantemente com a descoberta do diagnóstico. Os restantes 12,5% assumiram esse papel revezando com outro membro da família.

Todos os entrevistados referem ter recebido orientações quanto aos cuidados dos pacientes e evolução da doença sendo que, para 87,5% destes, o conteúdo das informações estavam relacionadas à alimentação da criança ou adolescente e aos cuidados em casa.

Em relação à mudança na rotina devido à dedicação aos cuidados do paciente, 87,5% dos entrevistados atribuem que a mudança mais significativa está relacionada ao abandono familiar, pois “deixaram outros filhos e marido na cidade natal”. Outros 12,5% dizem que o maior problema em relação a esta função está relacionado a falta de planejamento do período de internação, conforme a citação de um deles: “não poder se programar, não se sabe quando ele será internado”. Além disso, os dois pais entrevistados referiram a perda do emprego como uma grande dificuldade enfrentada.

Os sentimentos relacionados à tarefa de cuidador são de tristeza para todos os entrevistados. Destes, 12,5% dizem também sentir desespero quando lembram do assunto; 25% falam temer a morte de seu ente; 12,5% se dizem alterados emocionalmente; 37,5% afirmam chorar constantemente tendo, inclusive, chorado durante a entrevista; e 12,5% referem cansaço. Uma mãe diz ter desenvolvido depressão e um dos pais sente-se constrangido por ter que se dedicar aos cuidados pessoais da filha adolescente.

Em relação à tarefa de cuidador, para 62,5 % dos entrevistados o mais cansativo do tratamento foi o período de quimioterapia e procedimentos médicos invasivos, como

comprova este testemunho, “o paciente não quer se alimentar e sofre muito”; Outros 37,5% alegam cansaço devido ao cotidiano da doença e a submissão à rotina constante de hospitais.

Ainda em relação à rotina diária, 62,5% relatam ter a maior parte dia ocioso ou dedicado exclusivamente ao cuidado do paciente; o que pode variar dependendo da fase do tratamento em que este se encontra. Trinta e sete e meio por cento (37,5%) referiram não ter tempo e nem vontade para cuidar de si próprios.

Ao serem indagados sobre como se sentiam ao terem uma pessoa necessitada de cuidados especiais na família, 12,5% disseram que aceitaram a situação depois de um tempo; outros 12,5% disseram que se sentem deprimidos; 37,5% disseram sentir tristeza; 37,5% se sentem impotentes. Apesar das adversidades, 50% dos entrevistados dizem, de forma espontânea, ter apego religioso ou espiritual para enfrentar a situação.

Em relação às principais dificuldades enfrentadas, 12,5% fazem referência à inexistência de vaga hospitalar para internação quando o paciente necessita; 12,5% referem medo em relação à evolução da doença; para 12,5% as maiores dificuldades estão relacionadas aos cuidados com o paciente; e 62,5% atribuíram como grandes dificuldades enfrentadas os procedimentos médicos e a distância familiar.

Uma vez que o tratamento é realizado na cidade de São Paulo, os entrevistados foram questionados se isso interfere de alguma forma nas suas vidas. Para 62,5% dos entrevistados, a maior barreira que encontram está relacionada à distância da casa, da rotina de vida, dos outros filhos e cônjuge e por terem que enfrentar as situações sem o apoio de um familiar; 37,5% dizem que dividir a casa com pessoas desconhecidas é um fator estressor. Metade dos entrevistados enfrenta dificuldades em relação ao clima frio da cidade.

Ao serem indagados sobre como se sentem na instituição, 100% referiu ter apoio em relação à moradia, transporte, vestuário, alimentação e suporte emocional. Porém 12,5% disseram se incomodar com a quantidade de regras impostas pela Casa, e 87,5% disseram que não têm do que reclamar, pois a ajuda oferecida não implica em custos, além de terem liberdade dentro da casa para fazer o que quiserem.

A Fig.1 abaixo apresenta um resumo das respostas obtidas nas entrevistas, bem como o percentual de afinidade das respostas pelos entrevistados.

Fig.1 Distribuição em porcentagem das respostas obtidas pelos cuidadores da Casa Hope, agosto/ setembro de 2006

RESPOSTAS	%
Mais de um ano na função de cuidador	75,00
Menos de um ano na função de cuidador	25,00
Assumiram a função com o diagnóstico da doença	87,50
Assumiram a função quando revezaram com outro familiar	12,50
Receberam orientações quanto à patologia e evolução	100,00
Maior alteração: abandono da família	87,50
Referem não poder se programar, devido a doença ter sido inesperada	12,50
Referem sentir tristeza	100,00
Referem sentir desespero	12,50
Referem temer a morte	25,00
Referem alteração emocional	12,50
Referem ter desenvolvido depressão	12,50
Referem chorar constantemente	37,50
Referem se sentirem constrangidos por terem que cuidar	12,50
Referem sentir cansaço em relação ao cotidiano da doença	37,50
Referem que o mais cansativo é o período de quimioterapia	62,50
Referem cansaço em conviver com a doença e rotina hospitalar	37,50
Referem estar ociosos a maior parte do tempo	62,50
Referem não ter tempo nem vontade de cuidar de si	37,50
Referem ter aceitado a situação de cuidar de um ente	12,50
Referem que sentem-se deprimidos por terem que cuidar de um ente	12,50
Referem se sentir impotentes	37,50
Referem ter apego religioso	50,00
A principal dificuldade enfrentada é a falta de vagas no hospital	12,50
Os cuidados com o paciente são a maior demanda	12,50
Procedimentos médicos são grandes dificuldades	62,50
Distância familiar como grande dificuldade	62,50
Dividir a casa com pessoas desconhecidas como dificuldade	37,50
Dificuldade em relação ao clima frio da cidade	50,00
Referiram ter apoio na instituição	100,00
Referem se incomodar com as regras da instituição	12,50
Referem estar completamente satisfeitos com a instituição	87,50

4.2 Discussão

Os resultados encontrados, mediante a análise das respostas das entrevistas, sugerem que os cuidadores de pacientes portadores de câncer enfrentam um elevado grau de sofrimento.

A tarefa de cuidar do ente querido faz com que a maioria abdique do cuidado com o seu próprio bem-estar e com a apresentação pessoal, como comprovado em uma das respostas: “*Não tenho vontade de me arrumar, fazer a unha, o cabelo...*”.

A fase de tratamento na qual se encontra o paciente, parece estar diretamente relacionada aos sentimentos de tristeza e angústia enfrentada pelos cuidadores, o que colabora para a falta de interesse no cuidado pessoal. Quando o quadro da doença atinge uma estabilidade ou não está sob a rotina de internação e quimioterapia, algumas mães (cuidadoras) demonstram interesse em retomar o cuidado consigo mesma, como foi explicitado neste discurso: “*Agora está tudo bem, mas já passei por cada coisa com esse tratamento...*”.

Em relação à diferença encontrada entre cuidadores do sexo feminino e masculino, cabe ressaltar que dos oito entrevistados apenas dois eram do sexo masculino. Um estava sozinho cuidando da filha e o outro tinha a companhia da esposa. Apesar da amostragem numérica não ser significativa, ainda assim percebe-se a prevalência do sexo feminino assumindo a tarefa de cuidador em relação ao sexo masculino.

Os estudos de Horowitz (1985) apud Wanderbroocke (2005) revelam que o homem que assume o papel de cuidador o faz em geral por não ter alternativa. No caso do pai que estava sozinho sua mulher já havia falecido. Uma explicação para esse fato está na própria característica cultural de comportamento apropriado para o gênero. Muitas vezes o pai sente-se constrangido ao ter que cuidar das necessidades fisiológicas do filho ou filha (limpar, dar banho, trocar), conforme relatou: “*É um desastre ter que dar banho em uma filha mulher de 18 anos*”.

Outro dado relevante que confirma os achados na literatura aparece em relação aos sentimentos de angústia, tristeza e impotência diante do diagnóstico, modificando a estrutura familiar. Por causa da ausência de dois membros, na maioria dos casos da mãe e do filho, a responsabilidade de manter a casa financeiramente é deixada para os pais ou avós, além de ter que cuidar dos outros filhos que, segundo os entrevistados, sentem falta da relação materna, não entendendo o motivo da separação (CARVALHO, 1994).

Além disso, segundo Shapiro et al. (1998), a sensação de angústia e

esgotamento que envolve a doença são fatores contribuintes para o estresse psicológico, como comprovado nesse discurso: *“Quando eu ligo (para casa), meu filho me pergunta se não gosto mais dele”*.

Outro aspecto muito presente em todas as entrevistas é a falta que os participantes sentem de suas casas, da rotina e dos familiares, pois todos pertencem a cidades distantes do município de São Paulo.

Diante disso e, conforme relato de Silva (2001), algumas famílias conseguem manter o equilíbrio, apesar da doença, enquanto outras permanecem em estado de desequilíbrio, ou estabelecem um equilíbrio disfuncional. Essa desestrutura familiar pode ser observada nos depoimentos de mais de uma das mães quanto a uma incompreensão dos maridos em relação ao tratamento ser feito em São Paulo fazendo com que os mesmos abandonem o lar, deixando os outros filhos sob os cuidados dos avós: *“Meu ex-marido dizia que eu tinha um amante em São Paulo, por isso não voltava pra casa,... deixou os outros filhos com minha mãe, vendeu a casa e foi embora”*.

O fato de o tratamento ser feito em outra cidade, na maioria das vezes em outro estado, leva a uma inadequação do ambiente, pois pacientes e acompanhantes não possuem vestimentas apropriadas, não estão acostumados ao frio e nem à vida na maior cidade da América Latina. Isto os fazem permanecer dentro da instituição, mesmo quando não é necessário, pois não se sentem motivados a sair, por não se sentirem ambientados.

Outro fator que colabora para a permanência do cuidador na Casa é a subordinação e exigência da instituição quanto ao cumprimento das regras estabelecidas, como a de não permitir que o paciente permaneça desacompanhado dentro da Casa. O fato de o tratamento ser feito em uma cidade grande e de clima frio, se comparada com as das regiões como Norte, Nordeste e Centro Oeste, contribui para a reclusão do cuidador no local, além de não conhecerem pessoas nesta cidade e não terem seus familiares próximos. Todos esses fatores agregados fazem com que se queixem da ociosidade.

O nível de gravidade da doença também se apresenta como um motivo estressor pois, além da criança ou do adolescente correr risco de morte, o acompanhante detém para si toda a responsabilidade do cuidado e do tratamento e é cobrado por isso pelos

outros membros da família. A imprevisibilidade da doença também acarreta tais sentimentos, como pode ser comprovado nos relatos: *“Não pode se programar pra nada, a doença é rápida”*. *“Minha mãe diz que não tenho que ficar em São Paulo, que estou fazendo tudo errado. Devo ficar em Belém e frequentar a Igreja Universal, pois isso é castigo de Deus por alguma coisa que fiz”*.

O apelo religioso também vem embutido em muitas falas, seja como uma provação divina para alcançar o paraíso, seja por um motivo de graça, como pode ser observado neste desabafo: *“Todos falam que sou mãe heroína, por isso Deus está me testando”*.

A espiritualidade está muito presente também em relação ao enfrentamento da doença, como retratado nesses depoimentos: *“Primeiro Deus, depois os médicos”*; *“Talvez se não tivesse religião, não teria segurado”*.

Percebe-se que o apego à religião colabora para aceitação e o enfrentamento em relação à doença e sua evolução.

Os problemas decorrentes do tratamento e internação se somam aos problemas enfrentados pelos cuidadores como um dos mais estressantes, pois a sensação de impotência cresce diante das intercorrências provenientes do tratamento de quimioterapia como: a falta de apetite, a presença de náuseas, de vômitos e da dor. Neste quesito, as sessões de quimioterapia foram as que mais mereceram destaques pelos cuidadores, como: *“O tempo da quimioterapia é o pior, você vê o sofrimento”*.

Associado à quimioterapia vem o medo da morte, que apesar de ser uma palavra velada, ao serem indagados sobre seus medos, todos referem este tipo de sentimento: *“É difícil para toda mãe, o sentimento que se tem é de morte, mas tem que encarar de acordo com a vontade de Deus”*. *“Todas as crianças que conheci aqui há três anos morreram”*.

Com relação à vida ocupacional dos acompanhantes, todos relataram abandono ao trabalho, pois a doença do ente querido demandou preocupação e sofrimento.

Conforme relato de Carvalho (2004), além de a família ter que se preocupar com a doença do parente, os problemas cotidianos permanecem, como: a falta de condições financeiras, transportes, alimentação, os demais filhos, entre outros. Conforme demonstrado nestes depoimentos: *“Cuidava das vacas leiteiras de uma fazenda, agora*

minha sogra que sustenta meus filhos” e “Quem vai contratar alguém que não pára em casa?”.

Por fim, de acordo com Dauldt e Silva (2002), mesmo que a família possua uma condição financeira satisfatória, a doença crônica de um filho afeta a dinâmica familiar, comprometendo as formas de afeto e de comunicação. Supõe-se que, diante da carência familiar por amparo social, essa situação seja agravada.

A situação de cuidador e a carência afetiva e financeira atingem largamente os usuários, uma vez que é filosofia da instituição abrigar pessoas sem condições financeiras. Este fato contribui para que os moradores vivenciem uma situação de estresse permanente causada não somente pela existência da doença, mas por toda a fragilidade financeira e emocional que envolve morar em outra cidade, longe de familiares, em uma casa de apoio, sujeitos a muitas regras, como dito por um deles: *“Na minha casa eu posso dormir à tarde e fazer o serviço qualquer hora, posso deixar o tênis jogado (...), aqui não, não posso colocar nem a mala em cima do armário...”.*

A partir desta análise ficou evidenciado o quanto o processo de cuidar de um parente próximo gera no seu cuidador sofrimento biopsicossocial, além desse papel ser revestido de condições estressantes como: o medo de morte, a distância familiar, os problemas financeiros, a falta de rotina, os efeitos colaterais dos tratamentos, fora a própria incerteza quanto à cura do câncer.

Sendo assim, faz-se importante que esses cuidadores sejam também assistidos, durante o tempo de permanência em uma casa de apoio, para que possam, através da melhora do seu bem-estar, desempenharem a tarefa de cuidador.

Nesse sentido, pensou-se em constituir, através da intervenção da Terapia Ocupacional, um grupo terapêutico com a finalidade de minimizar o sofrimento relatado por esses cuidadores, principalmente quanto a distância em que se encontram da cidade natal e dos familiares.

CAPÍTULO 5

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL COM BASE NOS MODELOS DE PICHON-RIVIÈRE E BALLARIN

5.1 O Referencial teórico de acordo com Pichon-Rivière

As referências teóricas sobre a aplicação do grupo terapêutico devem-se, principalmente ao psiquiatra e psicanalista argentino, Pichon-Rivière, cuja prática clínica teve seu alicerce na Psicologia Social. Os trabalhos desenvolvidos por este autor enfocam a dialética existente entre a estrutura social e a fantasia inconsciente, sendo esta articulação mediada pelo vínculo, onde o campo operacional seria o grupo (SAMEA, 2002).

Para operar no campo da Psicologia Social, Pichon-Rivière desenvolveu o conceito de ECRO (Esquema Conceitual Referencial e Operativo), sendo esquema conceitual o grupo de conceitos previamente estabelecidos, que permitem uma aproximação com o objeto de estudo. O aspecto referencial está relacionado ao campo onde se pensa e opera, e aos conhecimentos relacionados a este campo (SAMEA, 2002), sendo, portanto, necessário distinguir o objeto de conhecimento e o esquema prévio de conhecimento com o qual foram feitas considerações prévias e é operativo, pois possibilita a transformação criativa e crítica da realidade (PICHON-RIVIÈRE, 2001).

Seguindo tal linha de estudo, Pichon-Rivière (2001) considera que nos grupos operativos devem coincidir a comunicação, a aprendizagem e a resolução da tarefa, porque com isso é possível esclarecer situações de ansiedade. A comunicação pode ser interpretada como o estabelecimento do vínculo entre as partes do grupo de forma verbal e não verbal; a aprendizagem, como uma modificação da realidade interna, aceitando a externa, tendo a experiência como seu ponto de partida.

Estes objetos de análise (os sujeitos do grupo) estão incluídos em um cotidiano que, para Pichon-Rivière (2001), é mutável e maleável. O autor sustenta a necessidade

de problematizar e indagar sobre isso, rompendo com os mitos de naturalização das estruturas através da práxis e da experimentação.

A concepção de sujeito, para este autor, aponta para a direção de que o sujeito é o emergente de uma complexa trama de vínculos e relações sociais (SAMEA 2002). O mundo interno seria um sistema aberto e em permanente interação com o meio, configurando-se como uma estrutura onde se reconstrói a realidade externa. A dimensão interna é afetada pela experiência com o objeto, com o outro e é determinada até a satisfação ou a frustração.

O processo de formação do vínculo inclui uma múltipla rede que perpassa o sujeito com um objeto e sua mútua inter-relação com processos de comunicação e aprendizagem (SAMEA, 2002).

As relações de vínculo compreendem modificações recíprocas entre a modificação do mundo interno e externo. O vínculo constitui uma estrutura complexa com um conjunto de relações que vão sendo internalizadas pelas pessoas envolvidas.

Para se estabelecer uma boa relação entre dois sujeitos, ambos devem assumir o papel que o outro lhe atribui no vínculo. Caso um não aceite este papel, ocorrem dificuldades na comunicação (PICHON-RIVIÈRE, 1998). É a partir da interação, da articulação entre os elementos que o grupo se constitui.

O autor sustenta ainda que para haver grupo e, conseqüentemente, vínculo é necessário que haja tarefa na técnica dos grupos operativos. Os grupos operativos, portanto, definem-se como grupos centrados na tarefa. Esta tarefa poderia ser entendida como processo de elaboração e como conjunto de ações destinadas aos objetivos. A tarefa implica em transformação da realidade externa e interna (SAMEA, 2002).

As dificuldades enfrentadas por esta abordagem supõem uma fantasia inconsciente, uma atitude de resistência à mudança. Pichon-Rivière sugere uma explicação para essa resistência à mudança alegando que diante de uma tarefa nova, instalam-se no indivíduo dois medos básicos, o medo da perda, caracterizado pelo receio de ficar sem as defesas e recursos já estabelecidos, e o medo do ataque, onde o sujeito se sente indefeso, sem proteção (SAMEA, 2002). Isso pode ser exemplificado no relato de Pichon-Rivière (1998, p. 10):

“A tarefa consiste em resolver as situações estereotipadas e dilemáticas que surgem na intensificação dessas ansiedades na situação de aprendizagem social”.

Sendo assim, o grupo oferece às pessoas meios para que compreendam como se relacionam. Esse complexo conhecimento cria condições para uma participação criativa e crítica, que possibilita às pessoas tomarem consciência de quem são, de sua condição e da situação concreta em que vivem (SAMEA, 2002).

Para Pichon-Rivière (2001), as pessoas comunicam e interagem assumindo papéis, condutas que os sujeitos exercem na sociedade. Condutas estas aprendidas dentro de um contexto social determinado. Os papéis cumprem funções com as quais a sociedade vai respondendo seus problemas e necessidades.

Os sujeitos aprendem a desempenhar diversos papéis, colocados em ação em diferentes circunstâncias (o papel de pai, mãe, filho, aluno, profissional). Pode-se então, dizer que os papéis são modelos institucionalizados de conduta, relativos a certas posições dos indivíduos em uma rede de interação, ligados a expectativas próprias e dos outros (SAMEA, 2002).

Assim sendo, Pichon-Rivière (2001) observou papéis que aparecem dentro dos grupos e nomeou-os de acordo com a forma de expressão: o líder, o porta-voz, o bode expiatório e o sabotador. Tais condutas exercidas dentro do grupo são geradas pela mobilização que vai sendo produzida em cada integrante

O líder é aquele que define a situação, que organiza, que ativa possibilidades e que analisa a ação. É aquele que, por suas características pessoais e em consonância com a demanda grupal, assume o papel de facilitador, seja da comunicação, da cooperação ou da interação entre os integrantes.

O porta-voz é aquele que diz ou faz algo, às vezes sem saber o porquê, mas o que ele diz traduz os sentimentos do grupo e, assim, podem vir à tona. É como se fosse um radar, que capta algo, que denuncia, e este conteúdo tem a ver tanto com sua história pessoal quanto com o que acontece no grupo. O porta-voz seria uma metáfora enquanto função de linguagem, com uma ação de carregamento. Viabilizando uma passagem, abre-se possibilidade para nova significação. (PICHON-RIVIÈRE, 2001).

Às vezes, o porta-voz é o bode expiatório, ou seja, é aquele que recebe, por parte do grupo, as cargas negativas, geralmente aqueles conteúdos que geram muita

ansiedade. O bode expiatório está a serviço das defesas. Ele captura as defesas do indivíduo e do grupo, mas está a serviço de sua manutenção (SAMEA, 2002).

O papel do sabotador é de tentar sabotar, impedir o trabalho e oferecer resistência. Ele tende a não realização da tarefa.

Quando ocorre a operatividade, os papéis devem circular, serem móveis e podem ser exercidos por qualquer membro do grupo ao longo do processo grupal. Se um papel se torna repetitivo, gera a cristalização, a estereotipia e, conseqüentemente, não promove a transformação, não permite a possibilidade de mudança. Geralmente é no grupo que percebemos a cristalização de papéis que foram assumidos durante toda uma vida e que se mantêm durante o processo. (SAMEA, 2002).

A partir do inter-jogo de papéis, criado pela articulação entre os integrantes do grupo, surge possibilidade de identificá-los, compreendê-los e ressignificá-los, elaborando-os. É no contato com o grupo que pode haver a circulação e a aprendizagem de novos papéis (PICHON-RIVIÈRE, 1998).

No momento da pré-tarefa ocorre a maior resistência à mudança. Neste momento, há uma intensificação das ansiedades básicas (medo da perda, medo do ataque), que pode dificultar a operatividade grupal. Situam-se as técnicas defensivas e estabelece-se uma distância entre o real e o fantasioso, que é sustentado por aqueles medos básicos. (PICHON-RIVIÈRE, 2001).

A pré-tarefa representa o triunfo da resistência para não entrar na tarefa, neste momento, o grupo dedica-se a qualquer coisa, posterga seus objetivos, nesse sentido outras coisas tomam o lugar da tarefa.

O grupo se encontra em tarefa geralmente quando o clima grupal é confortável. Quando os processos de comunicação estão funcionando, há intercâmbios e os desacordos também podem aparecer porque há espaço.

O momento de tarefa consiste na abordagem e elaboração de ansiedades e na emergência de uma posição depressiva básica, na qual o objeto de conhecimento torna-se penetrável pela ruptura de uma pauta dissociativa e estereotipada que vinha funcionando como fator de estancamento da aprendizagem da realidade e de deterioração da rede de comunicação. (PICHON-RIVIÈRE, 2001.p.33)

Tarefa então, é tudo que implica em modificação em dupla direção (a partir do sujeito e para o sujeito), envolvendo assim, a constituição de um vínculo.

O momento de projeto seria a situação nova, distinta, que aparece como produto da integração grupal. É na planificação das ações que às vezes configura-se como uma nova forma de funcionamento do próprio grupo e um desdobramento da tarefa.

Os momentos da pré-tarefa, da tarefa e do projeto em grupo, não são lineares. No momento em que os estados de ansiedade se elevam, o grupo tende a querer evitar a mudança, seguidos de retomada da tarefa. Esse ciclo se repete várias vezes durante o andamento do grupo.

Para análise do processo grupal, Pichon-Rivière (2001) utiliza um esquema denominado de esquema do *cone invertido*, cuja base refere-se ao que está explícito e o vértice, ao que é implícito, assim da base para o ápice o movimento é espiral ou dialético. Para melhor compreensão, agregou os *vetores*, isto é, categorias que funcionam como instrumentos de leitura, sendo eles: afiliação e pertença, cooperação, pertinência, comunicação, aprendizagem e tele (SAMEA, 2002).

A afiliação é a primeira aproximação ao grupo, mantendo, contudo certa distância. Da afiliação à pertença há uma passagem gradativa iniciando a inclusão do “nós”. A partir daí, o grupo adquire representação interna, os integrantes sentem que podem contar uns com os outros. A fase da cooperação admite a possibilidade de, apesar das diferenças, que o grupo tenha um projeto em comum. A pertinência é a capacidade de se manter centrado na tarefa prescrita. A aprendizagem é a adaptação ativa à realidade.

A comunicação inclui os elementos verbais e não-verbais entre os membros. Através dela, explicitam-se atrações, oposições, acordos e desacordos, identificações, transferências, ou seja, os aspectos das relações entre os sujeitos. As formas de comunicação em grupo permitem visualizar o nível de participação de cada integrante, sendo possível detectar papéis, monopólios, alianças e coalizões (SAMEA, 2002).

Em resumo, a teoria estabelecida por Pichon-Rivière (2001), considera grupo como um conjunto restrito de pessoas, ligadas entre si por constantes de tempo e espaço e articuladas por sua mútua representação interna que se propõe, de forma explícita ou implícita, a uma tarefa que constitui sua finalidade, interagindo através de

complexos mecanismos de assunção e atribuições.

5.2 Concepção de grupo segundo Ballarin

Desde o nascimento o homem participa de diferentes grupos sociais, busca estabelecer uma identidade individual, mas também uma identidade grupal.

Segundo Ballarin (2001), de forma simplificada, um grupo pode ser denominado como sendo um conjunto de pessoas que se relacionam umas com as outras. A formação de um grupo implica na formação de um campo grupal dinâmico, composto por diversos fenômenos e elementos do psiquismo, sendo que todos os elementos articulam-se e causam ressonância entre si. Esses fenômenos são comuns aos grupos sociais e grupos terapêuticos.

Conforme a definição de Grinberg et al. (1976) apud Ballarin (2001), os grupos terapêuticos têm como objetivo o tratamento de seus participantes mediante a presença efetiva de um terapeuta, que oferece aos integrantes a oportunidade de se conhecerem, frente às suas intervenções e interpretações. Portanto,

(...) um grupo terapêutico preenche os requisitos para ser assim denominado, uma vez que se constitui de uma série de pessoas que se reúnem de comum acordo, partilhando de normas tendentes à obtenção de um determinado fim: a cura. Além disto, cada integrante desempenha uma função, consciente ou inconsciente, que se encontra em estreita interdependência das demais. (GRINBERG et al., 1976, p.78)

Dessa forma, em Terapia Ocupacional, um grupo de atividades pode ser entendido como aquele em que os participantes se reúnem na presença do terapeuta ocupacional para vivenciar experiências relacionadas ao fazer, sendo este um dos princípios que norteiam a prática da profissão.

Segundo Maximino (1997) apud Ballarin (2001), o fazer em grupo pode facilitar e até mesmo transformar o fazer, podendo ter características terapêuticas. Portanto, todos os elementos relacionados ao fazer, bem como a relação que se estabelece ao

longo do processo terapêutico ocupacional, entre terapeuta, indivíduo e grupo, são de fundamental importância.

A atividade é um dos termos que norteia a Terapia Ocupacional e, segundo Castro et al. (2001), “pelos atividades é possível a criação de novas possibilidades e finalidades na intervenção; garantir formas múltiplas de ação e expressão e novas formas de vida.”

Já Benetton (1999, p.105) define atividades como sendo:

“O terceiro termo de uma relação, que ocorre a partir do pressuposto de que existe um terapeuta ocupacional e um segundo indivíduo que apresenta qualquer tipo de motivo, necessidade ou vontade de lá se encontrar para fazer Terapia Ocupacional... são as atividades que definem uma ação específica da Terapia Ocupacional. Ação que geralmente se desenvolve numa área de interação entre: o físico e o psíquico, o objetivo e o subjetivo, o material e o imaterial”.

Além disso, os aspectos relacionados às características do grupo merecem uma criteriosa análise do terapeuta ocupacional como: número de participantes, encaminhamentos, critérios de seleção, estabelecimento do contrato terapêutico e preparação do ambiente e de materiais.

Em relação ao número de participantes, deve-se avaliar as condições físicas e/ou emocionais em que os pacientes se encontram para delimitar o número mais adequado de integrantes.

Outra condição pertinente ao terapeuta ao constituir o grupo é a de poder compreender o paciente em sua totalidade, Benetton (1994) apud Ballarin (2001) refere que isso possibilita o entendimento do diálogo situacional e, sobretudo, a compreensão das condições atuais são de fundamental importância para o terapeuta ocupacional selecioná-lo para determinado grupo.

Em relação à estrutura do grupo, pode ser dividido em heterogêneo, intermediário e homogêneo. Os grupos heterogêneos são compostos por participantes que apresentam diferentes diagnósticos e problemáticas. Os grupos intermediários são aqueles que combinam personalidade dos participantes, embora apresentem diferenças em suas problemáticas. E, por fim, os grupos homogêneos são aqueles em que os

participantes apresentam problemáticas comuns (FOULKES e ANTHONY 1967 apud BALLARIN, 2001).

Ainda em relação à estrutura, para Grinberg et al. (1976) apud Ballarin (2001), os grupos podem ser abertos, ou seja, que permitem a entrada de novos integrantes; fechados, que não possibilitam a entrada de novos integrantes após o início do processo terapêutico; ou “pouco abertos”, que permitem a entrada de um novo integrante quando ocorre a saída de outro.

Em Terapia Ocupacional, no contexto de grupos de atividades, a constituição do setting terapêutico está relacionada com a presença do terapeuta, que estabelece um contrato com o grupo em relação ao horário, local, frequência, consciência dos participantes em realizar experiências relacionadas ao fazer e à organização do espaço físico e materiais.

Benetton (1991) define dois tipos de dinâmicas que estão ligadas diretamente ao uso de atividades em grupos diferenciando estas em: grupo de atividade e grupo de atividade grupal. No grupo de atividades, cada paciente realiza sua atividade e mantém contato com o terapeuta a partir de uma relação individual, já no grupo de atividade grupal, todos os participantes realizam uma única atividade em conjunto e este mantém o contato com o terapeuta.

Entende-se, portanto, que a atividade, aplicada no grupo, pode ser compreendida como estímulo, como elemento central do processo terapêutico ocupacional, como mediadora da relação terapêutica, como forma de comunicação e expressão dos conteúdos internos dos pacientes.

Com base no conteúdo teórico, descrito, será estabelecida uma proposta de intervenção da Terapia Ocupacional junto aos cuidadores primários de pacientes graves.

5.3 Proposta de intervenção da Terapia Ocupacional

O modelo teórico proposto por Pichon-Rivière e a discussão teórico clínica de

Ballarin ao ressaltarem o papel do grupo, serão utilizados como princípios para a fundamentação da proposta de tratamento direcionada aos cuidadores primários.

Embora a pesquisa tenha sido efetuada junto aos cuidadores moradores da Casa Hope, este estudo tem como objetivo propor estratégias de intervenção da Terapia Ocupacional junto a cuidadores que vivem situações semelhantes, ou seja, que deixam suas residências para dedicarem-se aos cuidados de um paciente grave. Desta forma, os resultados obtidos nas entrevistas serviram para embasar um modelo de proposta de intervenção da Terapia Ocupacional.

Sendo assim, frente aos resultados obtidos, percebe-se como necessária a intervenção da Terapia Ocupacional junto a esta população, pois o fato de assumirem integralmente a responsabilidade como cuidadores, seu cotidiano encontra-se interrompido e/ou empobrecido, deixando para trás: sonhos, desejos, ocupações, divertimento, trabalho, escola, amigos e familiares (PENGO e SANTOS, 2004).

Diante disso, uma proposta de atuação da Terapia Ocupacional que utilize a abordagem de grupos operativos terá como objetivo reorganizar o cotidiano desses indivíduos, a fim de facilitar a reestruturação do vínculo familiar entre os cuidadores que se encontram na casa de apoio e os familiares que estão distantes em suas cidades de origem.

A abordagem grupal foi escolhida, pois:

Um dos pressupostos básicos da Terapia Ocupacional é que “fazer junto” (em princípio com terapeuta, que pode indicar a ação, ensinar, interpretar, etc, dependendo de sua concepção teórica) é uma facilitação e /ou lhe dá outros sentidos. Sendo assim, podemos dizer que o “fazer em grupo”, pode ser usado para facilitar ou transformar o fazer, também deve ter características terapêuticas. (MAXIMINO, 2001, p.13)

O grupo terapêutico, assim constituído, terá como finalidade favorecer encontros entre os cuidadores, a troca de experiências, a possibilidade de concretizar um espaço de referência, no qual seus membros possam esclarecer dúvidas a respeito da doença, discutir sentimentos e angústias relacionados à situação vivida, aprender meios e cuidados nas diferentes fases do tratamento e da vida (BETTS, 1997).

Inicialmente, o grupo deverá ser constituído por 6 a 8 integrantes, de forma que

a homogeneidade se dará pela característica comum, ou seja, todos os participantes além de cuidadores de pacientes com câncer, não residem na cidade de origem. Apesar de se pretender manter um número restrito de participantes, para favorecer a condução dos trabalhos, o grupo será aberto, ou seja, a entrada de novos integrantes será permitida. A forma como serão conduzidos os trabalhos pela terapeuta ocupacional dependerá do acordo verbal mantido entre o grupo e a profissional, no sentido de ficar estabelecido o local, o horário, assim como, o entendimento quanto a proposta de participação estar vinculada e fundamentada no “fazer”, pelo qual o indivíduo constrói, se relaciona, cria e recria sua própria vida, transformando o momento histórico em que vive.

Em relação à frequência não serão feitas exigências, pois trata-se de uma população que vive uma situação instável, onde não há possibilidade de fazer programações. Desta forma, o planejamento de atividades do grupo será diário, de maneira que possa ser concluída no mesmo dia.

Dos assuntos que serão enfocados pensou-se em iniciar com atividades voltadas para as orientações e informações acerca da doença e de seus processos decorrentes, através de palestras, vídeos, pôsteres, discussões, depoimentos, enfim, recursos que possibilitem a compreensão da doença e as perspectivas do tratamento.

Podemos oferecer a possibilidade dos cuidadores conversarem sobre a doença do familiar e elaborarem questões para serem discutidas com os médicos como, por exemplo, preparar uma lista com as principais dúvidas que poderão ser levadas à próxima consulta médica.

Como apontado no levantamento feito junto aos cuidadores, pairam muitas dúvidas acerca do tratamento de quimioterapia. A proposta de esclarecimento e discussão tem também a finalidade de elucidar em relação aos sintomas e formas de amenizar o sofrimento de seu familiar. Assim sendo, possibilitar esclarecimentos sobre o processo quimioterápico, poderá facilitar uma maneira mais adequada de exercer a função de cuidador.

Outro ponto relevante está diretamente relacionado ao abandono do lar por parte do cuidador. A Terapia Ocupacional é capaz, através das atividades, de aproximar o cuidador de seus familiares por meio da produção de materiais desenvolvidos com o

propósito de serem enviados à cidade natal, como forma de, apesar da distância física, estarem presentes na rotina de seu cônjuge e filhos. Como exemplo, poderão ser confeccionados porta-retratos, pequenas lembranças, produção de cartão e auxílio na redação de mensagens ou cartas para serem postadas durante a permanência na casa de apoio.

Quanto a perda do emprego, citado principalmente pelos homens entrevistados, pode-se promover a reinserção no mercado de trabalho através de atividades artesanais que possam ser comercializadas após a sua confecção, durante o período de estadia na casa de apoio ou após o retorno à cidade de origem.

Como pôde ser constatado, nos exemplos utilizados nessa proposta de intervenção, percebe-se a importância da Terapia Ocupacional que faz da atividade (ação/fazer) seu instrumento de intervenção. O fazer ou o manter-se ativo é fundamental na vida cotidiana de qualquer pessoa. No momento do fazer, o indivíduo, imprime seu jeito de realizar atividades e lida não só com os conflitos, mas também com as possibilidades (FRANCISCO, 2001).

Sendo assim, as atividades propostas e a organização de grupos centrados na tarefa poderão ter diversos olhares como a reinserção na sociedade e no mercado de trabalho e a organização psíquica, pois uma vez que o indivíduo se aproxima das dificuldades, terá espaço para a reflexão das experiências vividas e compartilhadas para então, ampliar e reorganizar seu cotidiano. Uma forma de viabilizar esse aspecto poderá ser a elaboração de uma agenda onde o cuidador estabelecerá horários para cuidar de si próprio.

Partindo do pressuposto de que o cotidiano de cada sujeito, em particular, será constituído, dentre outros fatores, pelas relações estabelecidas, o grupo poderá proporcionar acolhimento quando um novo morador chegar a casa. Uma recepção organizada pelos moradores contemplará a apresentação das regras da casa, facilitando a convivência, já que são pessoas de Estados diferentes, com hábitos e culturas diversos.

Outra forma de acolhimento poderá ser a apresentação de um mapeamento da região da casa de apoio contendo os principais pontos do comércio e áreas de lazer. Dependendo das necessidades do grupo, o terapeuta poderá acompanhar na

localização do espaço.

Uma das formas de se preservar a saúde é manter o hábito de praticar atividades recreativas e de lazer, para isso poderão ser organizados passeios em locais próximos a instituição de apoio, como parques, praças, centros recreativos, entre outros.

Para minimizar os sentimentos de tristeza e angústia poderão ser realizados trabalhos corporais e técnicas de relaxamento que possibilitem o encontro consigo mesmo, fortalecendo o indivíduo para o enfrentamento dos momentos de estresse.

Diante de todas as possibilidades apresentadas, conclui-se que os benefícios advindos com a intervenção da Terapia Ocupacional, através do grupo de cuidadores, são inúmeros, não só pela atenção dirigida a essa população, mas em contrapartida, pelo ganho na qualidade de vida dos portadores de câncer que serão mais bem assistidos pelos seus cuidadores.

CAPÍTULO 6

CONCLUSÃO

Levando-se em consideração os estudos do processo de carcinogênese, a gravidade de tal doença e a constatação da ruptura do cotidiano dos cuidadores primários de crianças ou adolescentes portadores de câncer, foi realizada uma entrevista junto aos cuidadores de indivíduos residentes da Casa Hope – SP, instituição que abriga pessoas em tratamento de doenças graves e que não tenham condições financeiras de se manter em São Paulo. A finalidade dessa pesquisa foi a de conhecer as principais queixas e necessidades desta população alvo. A partir dos resultados mensurados, foi elaborada uma proposta que reuniu as estratégias de intervenção da Terapia Ocupacional visando amenizar a condição de indivíduos que vivem em situação semelhantes ao dos sujeitos desta pesquisa.

Mediante a análise dos dados, verificou-se um grande empobrecimento em suas rotinas e cotidiano, com queixas de abandono do lar, dificuldade em enfrentar a situação sem ajuda de familiares, diferenças de clima e de cultura por serem de outros Estados do Brasil, a própria gravidade da doença de seus parentes próximos, a distância familiar, a saída do mercado de trabalho e a presença de sentimentos de tristeza e angústia.

Pôde-se, dessa forma, comprovar a hipótese formulada no início deste trabalho, de que o cuidador de um indivíduo portador de câncer em estado grave fica submetido a uma situação de insegurança, sofrimento e declínio na qualidade de vida originada pelo estresse.

A partir disso, foi sugerida uma proposta de intervenção da Terapia Ocupacional tomando como base teórica as linhas de Pichon-Rivière e de Maria Luiza Ballarin, que têm como enfoque de atendimento clínico a abordagem grupal.

A Terapia Ocupacional, então, poderá intervir junto aos cuidadores com o objetivo de facilitar o relacionamento interpessoal, utilizando a reorganização e ampliação do cotidiano, o cuidado de si próprio, a elaboração das dificuldades das situações vividas, a descoberta de suas potencialidades, a aproximação aos membros

da família distantes e a participação em atividades de lazer e recreação fora da casa de apoio.

Assim, concluiu-se que o tratamento proposto com a população de cuidadores de crianças ou adolescentes portadores de câncer em estadia em casas de apoio é viável e necessário, uma vez que esses indivíduos sofrem ruptura do cotidiano, implicando perdas estruturais de suas casas, cidades de origem, emprego, distância de outros filhos e cônjuge, falta de tempo para cuidar de si, falta de rotina e de possibilidade de programação de vida e também desarranjos psicossociais. Entre eles estão a não adaptação ao novo estilo de vida, o medo da morte, o enfrentamento dos efeitos colaterais do tratamento, a preocupação com os demais familiares que ficaram para trás, a falta de alguém para dividir angústias e tristezas, tendo como principal consequência a necessidade de novas adaptações e construções tanto psicossociais como de cotidiano.

REFERÊNCIAS

- BALLARIN, M. L. Algumas reflexões sobre grupos de atividades em Terapia Ocupacional. In: PÁDUA, E.M .M.; MAGALHÃES, L.V. (Org.) **Terapia Ocupacional - Teoria e Prática**. 2 ed. São Paulo: Papyrus, 2003. Cap. 4.
- BENETTON, Jô. **Trilhas Associativas**: ampliando recursos na clínica da terapia ocupacional. 2 ed. São Paulo: CETO, 1999.
- _____. Uma abordagem psicodinâmica em terapia ocupacional. **Revista de Terapia Ocupacional Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 2, 1991.
- BETTS, J.A. O câncer de mama como fator de transformação. **Revista Psychê**, São Paulo, ano 1, n. 1, p. 43-52, 1997.
- BONASSA, M.A. **Enfermagem em terapêutica oncológica**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2001.
- BRUNELLO, M.I.B. **Ser lúdico: promovendo a qualidade de vida na infância com deficiência**. 2001. Dissertação de Doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.
- CARVALHO, M.M.M.J. Introdução à psiconcologia. **Revista Psychê**, São Paulo, ano 1, p.153.1994.
- CASTRO, E.D. et al. Atividades Humanas e Terapia Ocupacional. In: **Terapia Ocupacional no Brasil: Fundamentos e Perspectivas**. São Paulo: Plexus, p.41-63, 2001.

CASTRO, E.D; SILVA, R.J.G. Processos criativos e Terapia Ocupacional. **Revista de Terapia Ocupacional Univ. São Paulo**, São Paulo v.1, p.71-75, 1990.

CERQUEIRA, A.N.B.R, OLIVEIRA, N.I.L. Programa de apoio a cuidadores: Uma ação terapêutica e preventiva na atenção à saúde dos idosos. **Rev. Psicologia Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 13, n.1., 2002.

COELHO, et al. **Bases da oncologia**. São Paulo: Lemar, 1998.

DAULDT, P. R.; SILVA, T. F. A repercussão do câncer infantil: Um estudo do funcionamento familiar. **Aletheia**, Canoas, n. 16, p. 47-61, 2002.

FLORIANI, C. A. Cuidador familiar: sobrecarga e proteção. **Revista brasileira de cancerologia**. V.4, p.341-345, 2004.

FRANCISCO, B.R. **Terapia Ocupacional**. 2. ed. Campinas: Papyrus, 2001.

GUIMARÃES, J.R.Q. **Manual de Oncologia**. São Paulo: BBS Editora, 2004.

HOSSFELD, D. K. et al. **Manual de oncologia clínica**. 2. ed. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo, 1990.

KLÜBER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 1981.

LESHAN, L. **O câncer como ponto de mutação**. 3. ed. São Paulo: Summus, 1992.

MAXIMINO, V.S. **Grupos de atividades com pacientes psicóticos**. São José dos Campos: Univap, 2001.

MEDEIROS, M.M.C. **Impacto das doenças e qualidade de vida dos cuidadores primários de pacientes com artrite reumatóide**: Adaptação cultural e validação do Care Giver Burden scale. 1998. Dissertação de doutorado, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1998.

MENDES, P. B. M. T. **Cuidadores**: heróis anônimos. 1995. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1995.

MONTAÑES, M.L.R. et al. Perfil Medicosocial Del cuidador crucial: Se trata de um paciente oculto? **Atención Primaria**, v.16, p.181-186, 1995.

OLIVEIRA, E.; TORRANO-MASSERETI, L. M.; SANTOS, M. A. Grupo de apoio ao acompanhante do transplantado de medula óssea: uma contribuição à práxis grupal. **Paidéia**. v. 9, p. 41- 43, 2000.

PENGO, M.M.S.B.; SANTOS, W. A. O papel do terapeuta ocupacional em oncologia. In: LUZO, M.C.; PRADO DE CARLO, M. **Terapia Ocupacional: Reabilitação Física e Contextos Hospitalares**, São Paulo: Roca, p. 233- 255, 2004.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. Tradução: Marco Aurélio Fernandes Velloso. 6 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

_____. **A teoria do vínculo**. Organização: Fernando Taragano; tradução: Eliane Toscano Zamikhowsky. 6 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

RAVEIS, V. H. et al. Correlates of depressive symptomatology among adult daughter caregivers of a parent with cancer. **Câncer**. v. 8, p.1652-63, 1998.

REZENDE, V. L. et al. Revisão crítica dos instrumentos utilizados para avaliar aspectos emocionais, físicos e sociais dos cuidadores de pacientes com câncer na fase terminal.

Rev. Brasileira de Cancerologia, v.51, p. 79-87, 2005.

SAMEA, M. **Terapia Ocupacional e grupos**: um espaço de subjetivação. 2002.

Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

SANTOS, E.C.B. et al. O cuidado sob a ótica do paciente diabético e de seu principal cuidador. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 13, 2005.

SCHULZ, R.; THOMPSON, C.A.; RAN, M.T. A longitudinal study of the psychosocial impact stroke in primary support persons. **Psychol. Aging**, v. p.131-141, 1988.

SCHWARTSMANN, G., et al. **Oncologia clínica: princípios e prática**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

SERVANTES, L.F. **Terapia Ocupacional: Pesquisa e atuação em oncologia**. Campo Grande: UCDB, 2002.

SHAPIRO, J.; PEREZ, M.; WARDEN, J. The importance of family functioning to caregiver adaptation in mothers of child cancer patients: Testing a social ecological model. **Journal of Pediatric Oncology Nursing**. v. 15, n. 1, p. 47-54, 1998.

SILVA, C. N. Como o câncer desestrutura a família. In: **A (des)organização familiar com o impacto do diagnóstico**. 1997. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal da Bahia, Salvador, p. 36-177, 1997.

WANDERBROOKE, A. C. N. S. Cuidando de um familiar com câncer. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 23, n. 41, p. 17-23, 2005.

WANDERBROOKE, A. C. N. S. Perfil do cuidador do paciente idoso com câncer.
Psico, Porto alegre, v. 33, n.2, p. 401-412, 2002.

INSTITUTO NACIONAL DO CANCER (São Paulo, SP). Disponível em:

< <http://www.inca.gov.br/atlas/> > Acesso em: 10 out 2005.

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, do
 sexo _____, de _____ anos de idade, residente
 à _____,

declaro ter sido informado(a) e estar devidamente esclarecido(a) sobre os objetivos e intenções do estudo denominado: Terapia Ocupacional e Cuidadores Primários: uma proposta de intervenção, e sobre os procedimentos a que estarei sendo submetido(a).

Fui esclarecido(a) de que o presente estudo utilizará para coleta de dados uma entrevista previamente estabelecida, que será realizada individualmente durante minha hospedagem na Casa Hope, na qual as pesquisadoras farão a coleta pelo período aproximado de um mês.

Estou ciente de que a pesquisa não oferece riscos e que o objetivo deste trabalho é a proposta de estratégias de intervenção da Terapia Ocupacional junto aos cuidadores de pacientes portadores de câncer.

Recebi garantias de total sigilo quanto à minha identidade e de obter esclarecimentos sempre que o desejar. Sei que minha participação está isenta de despesas. Concordo em participar voluntariamente deste estudo e sei que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem nenhum prejuízo ou perda de qualquer benefício.

 Assinatura do sujeito de pesquisa

_____/_____/_____

 Assinatura da testemunha

_____/_____/_____

Pesquisador responsável

Eu, Fernanda Luppino Miccas, responsável pelo projeto: Terapia Ocupacional e Cuidadores Primários: uma proposta de intervenção, declaro que obtive

espontaneamente o consentimento deste sujeito de pesquisa para realizar este estudo.

Assinatura

Pesquisador responsável

Eu, Márcia Regina Papp, responsável pelo projeto: Terapia Ocupacional e Cuidadores Primários: uma proposta de intervenção, declaro que obtive espontaneamente o consentimento deste sujeito de pesquisa para realizar este estudo.

Assinatura

ANEXO 2

Entrevista com os cuidadores de pacientes portadores de câncer, residentes na Casa Hope, no Município de São Paulo, SP.

1. Quando e como assumiu a função de cuidador?
2. Recebeu orientações e informações sobre os cuidados necessários e sobre a evolução da doença?
3. O que mudou em sua rotina de vida quando passou a dedicar-se a essa função?
4. Quais são os sentimentos relacionados à tarefa do cuidador?
5. Na tarefa do cuidar o que é mais cansativo?
6. O que mais mudou em sua rotina diária? Sobra tempo para o cuidado consigo mesmo?
7. Como se sente com relação ao fato do seu familiar ser portador de uma doença grave ou necessitar de cuidados permanentes?
8. Quais são as principais dificuldades decorrentes do tratamento?
9. O fato de o tratamento ter que ser feito em São Paulo, o que mais interfere na sua vida familiar?
10. Como se sente na instituição de apoio (CASA HOPE). E quando precisa de ajuda a quem recorre?

REFORMA PSIQUIATICA Y ALGUNES RESULTADOS

Autor: Dr. Fábio Bruno de Carvalho, Institución: Faculdade de Terapia Ocupacional do Centro de Ciências da Vida da PUC-Campinas - Campinas, São Paulo, Brasil, Dirección postal: Rua Pero de Campos Tourinho, 85, Pq. Taquaral, CEP: 13087-016 Campinas, São Paulo, Brasil, Teléfono: 1932564628, E-mail: carvalho1@mpcnet.com.br

TÍTULO: REFORMA PSIQUIÁTRICA Y ALGUNOS RESULTADOS.

AUTOR: Dr. Fábio Bruno de Carvalho.

INSTITUCIÓN: Faculdade de Terapia Ocupacional do Centro de Ciências da Vida da PUC-Campinas – CNPq, Campinas, São Paulo, Brasil.

Resumen

Introducción: Este trabajo presenta un estudio de un grupo de pacientes en tratamiento en un Servicio de Salud Mental en el distrito municipal de Campinas, de 1990 hasta 2003, que fueron tratados a partir de los principios de la Reforma Psiquiátrica. La ciudad de Campinas, a través de este Servicio, de los nuevos servicios extrahospitales públicos en la salud mental y retaguardia hospitalar, pasó a ser constituir una referencia en este campo para el Brasil y también en la América Latina. Objetivo: En este sentido se investigó las condiciones de vida actual de los pacientes y los resultados de este proceso. Material e Métodos: Fue realizado un estudio longitudinal cuyos datos se obtuvieron en los registros de este servicio. De esa manera fue creado un banco de datos descriptivo sobre el perfil de la población estudiada y de sus condiciones de vida presente y pasada. Resultados: Los datos fueron analizados a través de los software SPSS y SPHINX y a partir de un perspectiva fenomenológica, identificando así que 7,2% permanecen en el servicio sobre cuidados médicos intensivos; 77,1% están en residencias en la comunidad y 15,7% volvieron a sus familias. Actualmente, 4,5% trabajan en los talleres terapéuticos y de generación de renda, 12,6% son atendidos en los Centros de Atención Psicossocial y que 18,1% ellos se murieron en este período. Conclusiones: Es posible afirmar que la Reforma Psiquiátrica rehabilitara socialmente 92,8% de los pacientes con problemas de salud mental, apartando la perspectiva futura de una exclusión permanente.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo presenta parte de los resultados de una investigación sobre el destino de 180 pacientes que componían, en 1990, la población de una institución psiquiátrica tradicional y a partir de esta fecha hasta 2003, vivenciaron el proceso de des-institucionalización resultado de la aplicación de los principios de la reforma psiquiátrica en esta misma institución.

En Brasil los primeros pasos de la reforma psiquiátrica sucedieron en 1979, cuando se exhibió un documental denunciando los malos tratos a los

enfermos mentales en un hospital-colonia. La visita de Franco Basaglia al país divulgando la experiencia italiana, la crítica a la industria de la locura, el primer encuentro de trabajadores en salud mental y los cambios conceptuales, políticos y administraciones fomentadas por el gobierno.

Este movimiento técnico, político y social impulsó la creación de nuevas formas de asistencia para quién sufre psíquicamente. Fueron creados los hospitales-día, las internaciones en hospitales generales, los centros de atención psico-social, las oficinas/cooperativas de trabajo, moradas protegidas, alojamientos y los centros de convivencia.

De éste modo, después de más de 20 años de la Reforma Psiquiátrica se buscó investigar la existencia de cambios en la calidad de vida de las personas asistidas por los nuevos servicios, componentes de una institución de salud mental. Además de esto, se buscó saber de los procesos de humanización, interacción con los otros, con el mundo y con la vida.

Los análisis evaluativos, en otros países, sobre la Reforma Psiquiátrica (1) indican que los resultados económicos no ayudan a la reforma, confirman las expectativas de abandonos, que existen logros apenas de libertad, apuntan para la necesidad de disminuir la idealización con los procesos de re-socialización y crear amplias redes de facilitación social.

Brasil es un país muy grande y aún existen manicomios y formas perversas de exclusión. Así, se buscó saber si los cambios que ocurrieron en un servicio de salud del interior de la provincia de São Paulo mejoraron o empeoraron la vida de quien sufre psíquicamente. Donde están y como viven los usuarios que estaban en el referido servicio de salud en 1990 y lo que determinó la mejoría o empeoramiento de la calidad de vida de esos usuarios.

METODOLOGÍA

La evaluación de los resultados de la Reforma Psiquiátrica en el servicio investigado fue realizada a través de una colecta de datos junto a los prontuarios clínicos del acervo de la institución y tratados dentro de una perspectiva cali-cuantitativa. Para tanto, fue construido y utilizado un instrumento genérico conteniendo cuestiones referentes a demografía y a clínica terapéutica, hasta 1990 y a clínica terapéutica reciente. Se construyó el perfil demográfico y clínico de la población asistida en 1990 produciendo un marco sintético inicial, comparativo a la investigación. Al mismo tiempo en que

se analizaron los procesos de cambio ocurridos longitudinalmente, a lo largo de 13 años después de la implantación de un nuevo modelo de asistencia a la salud mental.

Los datos obtenidos fueron agregados a un banco de datos, de los cuales fueron tratados estadísticamente a través de los softwares SPSS e SPHINX en el sentido de encontrar las relaciones de la causa y efecto de los fenómenos estudiados y favorecer también la comprensión de los significados de éstos mismos fenómenos.

RESULTADOS

En éste estudio solamente fue posible coleccionar los datos de los prontuarios de 83 usuarios debido al extravío de las fuentes documentales históricas, por lo tanto no fue posible identificar toda la población (180) en tratamiento en la institución en 1990. El rescate documental fue precario y fue necesario utilizar la memoria de los profesionales que actuaban en la institución en el período delimitado por la pesquisa. Además de esto, los prontuarios eran compuestos de varios volúmenes, algunos en uso, otros archivados, además de estar localizados geográficamente en distintas unidades de servicios.

Aspectos Demográficos

En esta muestra se verificó que la faja de edad predominante, incluyendo los óbitos del período tendrían hasta 49 años 21,7%, entre 50 y 69 años 53% y de 70 años en adelante 25,3 % componiendo una población en proceso de envejecimiento.

Con respecto al género, mitad son hombres y la otra mitad son mujeres, 79% son solteros y apenas 15,7% son casados. Se evidenció que 83,1% son originarios de la región Sudeste y apenas 7,2% del Nordeste. El nivel de instrucción predominante es el primario incompleto, con 37,3% de frecuencia y después aparecen los analfabetos con 16,9%. Las profesiones más destacadas son las domésticas 18,1% y, agricultor con 6%, siendo todavía posible identificar que apenas 9,6% tienen profesiones calificadas.

Encontrado algo interesante relacionado a la profesión y la religión, visto que, respectivamente en 60,2% y 77,1% de los prontuarios éstos datos no son informados, evidenciando una condición poco valorizada para la clínica. Podemos afirmar con los datos demográficos obtenidos, que en este universo

poblacional se enferman igualmente hombres y mujeres, ellos son predominantemente solteros, originarios del Sudeste del país, con bajo nivel de instrucción y limitada calificación profesional y cultural.

Clínica Anterior

Los trastornos psíquicos más evidentes eran 52,9% esquizofrénicos, 20,4% deficiencia mental, 6,0% afectivos y 4,8% dependencia química. Siendo que 91,6% se internaron por 1ª vez en la institución y se mantuvieron internados 72,3%, caracterizando así, la institución como un asilo, visto que, la rotatividad de lechos se limitaba a 27,3%. De este grupo, que obtuvo alta, 18,1% fueron re-internados en otras instituciones. Los medicamentos usados con más frecuencia eran los anti-psicóticos 78,3%, los ansiolíticos 36,1%, los anti-epilépticos 30,1% y los anti-depresivos 13,3%. Eran sometidos a terapia ocupacional 79,5%, a psicoterapia 32,5% y a terapias familiares 22,9%. Con respecto a las modalidades técnicas 79,5% eran tratados individualmente y 68,7% en grupo. Estuvieron incluidos simulación de proyectos de rehabilitación psico-social solamente 18,1% de los usuarios.

Es posible afirmar que las alternativas de re-integración social para la población estudiada era casi nula. Los procesos técnicos, predominantemente, eran la terapia ocupacional y los tratamientos individuales, esencialmente, relacionados a la administración medicamentosa de los anti-psicóticos por transcurrir mayor número de trastornos esquizofrénicos

Clínica Actual

En el período de 1990 a 2003 murieron 18,1% de los usuarios, retornaron a sus familias 15,7%, siendo que éstos, se incluyen dentro del grupo de 57,8% que no fueron abandonados y demuestra, por lo tanto que, 42,2% fueron abandonados por sus familias, no se evidenciaron episodios asociados a criminalidad. Así, se puede identificar que los usuarios permanecerán acompañados por la institución en los aposentos terapéuticos 77,1% y en el núcleo clínico 7,2%, ésto es, la mayor parcela de los usuarios 84,3% mismo reconociendo la existencia de un grupo que retornó a sus familias. La tasa de re-internación psiquiátrica general de los usuarios fue alrededor de 18,1%. Se verificó aún en este periodo, un cambio en los índices de los trastornos psíquicos predominantes, los cuales, pasaron a 39,4% esquizofrénicos, 19,2% deficiencia mental, 8,4% afectivos y 7,2% dependencia química. La terapéutica

medicamentosa también cambió, pues pasó a usar 73,5% de anti-psicóticos, 45,8% de ansiolíticos, 26,5 de anti-epiléptico y 31,3% de anti-depresivos. De los usuarios investigados 90,4% pasaron a someterse a terapia ocupacional, 51,8% a psicoterapia, 59,8% a terapia familiar. En relación a las modalidades técnicas 76,8 eran tratados individualmente y 94,0% en grupo. Con respecto a la rehabilitación psico-social 88,0% estuvieron sometidos a sus diversas modalidades: 36,1% en Centros de Atención Psico-social, 77,1% en Aposentos Terapéuticos, 51,8% en Oficinas Terapéuticas, 26,5% en Centros de Convivencia y 22,9% en Centros Culturales.

Es evidente que hubo un cambio en calidad de la asistencia prestada a este grupo de usuarios de la institución, principalmente aquellos relacionados a la rehabilitación psico-social y re-inserción en la comunidad, a través de los aposentos terapéuticos.

DISCUSIÓN

En Brasil,.la Reforma Psiquiátrica, es centro de amores y de odios. En sus extremos existen los fuertes defensores de radicalizar las reformas y los egresos de los hospitales psiquiátricos en la comunidad en una perspectiva de ignorar el sufrimiento psíquico y en el otro, los defensores de la recreación de los hospitales psiquiátricos modernos, en realidad un laboratorio patrocinado por la industria farmacéutica. En vía a estos desvaríos se encuentran aquellos que buscan enfrentarse con la realidad de quien sufre psíquicamente y su vulnerabilidad social, encontrar formas de agregar todos los conocimientos posibles en un conjunto más integrado, harmónico, menos ideológico y interdisciplinario, de manera que se pueda enfrentar con más competencia y eficiencia los problemas del campo de la salud mental.

Los estudios de revisión de literatura (2) (3) de la reforma psiquiátrica apuntan que son muy pocos los trabajos de investigación de largo plazo, con egresos de hospitales psiquiátricos. Por lo tanto, los resultados de esta pesquisa pueden iniciar la ocupación de este hueco temático de la salud mental. Es evidente que hay una rigidez de los datos y al mismo tiempo ausencia de uniformidad de las informaciones, pero esto debe ser debido a insuficiencia de la fuente, ya que, los prontuarios no fueron concebidos como una herramienta de uso para la pesquisa, solamente para la clínica, burocracia administrativa y financiera.

Es consenso que la reforma psiquiátrica en Brasil es un fenómeno consolidado, así como en otros países. Es verdad que falta a su ampliación, la implementación de formas más equilibradas, de desarrollo de los servicios de asistencia comunitaria. En la provincia de São Paulo (4) en el período de 1980 a 2005 se redujo el número de camillas hospitalares de 39.000 para 13.622 y se incrementó la asistencia extra-hospitalar en 585 unidades. El servicio estudiado hace parte de este universo de asistencia y ha colaborado en la capacitación de multiplicadores a partir de la experiencia positiva de des-institucionalización y re-inserción social.

Algunas de las críticas sobre las experiencias de reforma de la asistencia psiquiátrica en el exterior (5) casi siempre hacen referencias al desamparo de los pacientes, las re-internaciones, el costo sin valor, del tratamiento de los usuarios en la comunidad, los problemas con la justicia, la politización de la des-institucionalización y la necesidad de crear una infra-estructura comunitaria de salud mental integrada (6). Los resultados obtenidos en esta pesquisa muestran que 77,1% se encuentran en aposentos terapéuticos en la comunidad, esto es, un alto índice de asistencia y 15,7% fueron re-integrados a sus familias. No existe cualquier incidencia de criminalidad y talvez los índices favorables de esta experiencia sean resultado de un proyecto de asistencia administrado de forma colegiada y que integra en una única estructura diversos servicios comunitarios, talvez diferentes de los procesos de gestión en el exterior.

Bandeira, Gelinas y Lesage (7) al evaluar algunos programas de acompañamiento intensivo en la comunidad y en el exterior consideran que el surgimiento de estos programas surgen de fallas en los resultados de la des-institucionalización, esto es, reafirman la ineficacia de los servicios psiquiátricos comunitarios y el alto índice de re-internaciones. Es posible reconocer que los resultados de esta investigación son relativamente positivos y se contraponen a las discusiones de esos autores en lo que se refiere a los valores encontrados. Las re-internaciones son de apenas 18,1% y la vinculación a los programas de rehabilitación psico-social es de 88,0%, por lo tanto bastante favorable a los cambios reformistas.

CONCLUSIÓN

Los resultados discutidos en este trabajo muestran una experiencia que podría decirse favorable a la reforma psiquiátrica cuando comparado con estudios relacionados a evaluación de los procesos de la desinstitucionalización en otros países. Trata de un estudio casi inédito en el país y con una metodología cargada de limitaciones metodológicas en el transcurrir del cuestionario utilizado, de la colecta y de la fuente de los datos. Aún, existe una consistencia interna de los resultados (8) que es validado a partir de la constitución de una muestra que tiene como referencia comparativa un único grupo en temporalidades distintas, en los años de 1990 y 2003, por lo tanto una investigación longitudinal. El banco de datos que fue constituido todavía permitirá el cruzamiento de diversas variables, como por ejemplo, la expectativa de vida y tasa de mortalidad psiquiátrica (9) y el cambio en los procedimientos terapéuticos.

REFERENCIAS

1. M.T. CAVALCANTI, 1992. "O tear das cinzas". Dissertação (Mestrado em Psiquiatria) – Universidade Federal do Rio de Janeiro. (Rio de Janeiro).
2. PASSOS, Izabel Christina Friche. Cartografia da publicação brasileira em saúde mental: 1980 - 1996. 2003 [online] **Psic.: Teor. e Pesq;** **19**, 3: 231-239. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722003000300005&lng=en&nrm=iso [Acesso em: 6 março 2007]
3. KANTORSKI, Luciane Prado. A Reforma Psiquiátrica: um estudo parcial acerca da produção científica. jul-dez. 2001 [online] **Rev Eletr de Enferm;** **3**, 2: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista3_2/reforma.html>[Acesso em: 15 março 2005]
4. M. C. ZAPPITELLI; E. C. GONÇALVES.; I. MOSCA, abr-jun, 2006. Panorama da saúde mental no Estado de São Paulo: leitos psiquiátricos e assistência extra-hospitalar. **RAS;** **8**, 31: 71-78.
5. A. MORGADO & L. A. LIMA, 1994. Desinstitucionalização: suas bases e a experiência internacional. **J bras Psiq;** **43**, 1: 19-28.
6. M. BANDEIRA; A. LESAGE, R. MORISSETTE, 1994. Desinstitucionalização: importância da infra-estrutura comunitária de saúde mental. **J bras Psiq;** **43**, 12: 659-666.
7. M. BANDEIRA; D. GELINAS; A. LESAGE, 1998. Desinstitucionalização: O programa de acompanhamento intensivo na comunidade. **J bras Psiq;** **47**, 12: 627-640.
8. M. BANDEIRA, 1991. Desinstitucionalização ou transinstitucionalização: lições de alguns países. **J bras Psiq;** **40**, 7: 355-360.
9. A. L. P. SAMPAIO & D. CAETANO, 2006. Mortalidade em pacientes psiquiátricos: revisão bibliográfica. **J bras Psiq;** **55**, 3: 226-231.

REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL: LOS DESAFÍOS DE UNA ÁREA DE FRONTERA.

II- Dra. Maria Luisa G. S. Ballarin, Dr. Fábio Bruno de Carvalho, Mg. Andréia Galassi.

III- Faculdade de Terapia Ocupacional do Centro de Ciências da Vida da PUC-Campinas, Av. Jonh Boyd Dunlop, Jardim Ipaussurama, s/n, Campinas, São Paulo, Brasil,

Telefone: (19) 3729-6800

Fax: (19) 3729-6806

E.mail: mlballarin@puc-campinas.edu.br

Resumen

En las últimas décadas, las transformaciones en el modelo de asistencia psiquiátrica brasileña provocaron cambios significativos en la exclusión reservada al paciente psiquiátrico. Así, la autonomía, la singularidad, el aumento del poder contractual, así como el territorio, son los fundamentos que guían actualmente las prácticas de atención en el campo de la salud mental. Este trabajo estudia y analiza teóricamente los cambios que vienen ocurriendo en este campo, a partir de la óptica de los profesionales que actúan en este campo. El contacto directo con este problema y la clientela, a través de la educación de la clínica de la Salud Mental, ha posibilitado la identificación de la existencia de un área fronteriza. Es un estudio teórico descriptivo en el cual son incorporados formulaciones de diferentes campos de conocimiento como la sociología, la geografía y la psicología de manera a ampliar la comprensión de los conceptos de demarcación de fronteras, línea de fronteras, líneas de conflictos. Esta área de frontera tiene particularidades que involucran las nociones de la territorialidad, de tránsito y confrontación con la exclusión y la ciudadanía al mismo tiempo, constituyéndose, por consiguiente en un lugar difícil, inestable y de tensión. Conclusiones: La interacción teje una malla de contacto, de ninguna simetría y de posibles cambios, los cuales se imponen como desafíos para ampliar el proceso de rehabilitación psicosocial como representación y práctica multifacetaria e compleja.

Palabras claves: salud mental; rehabilitación psicossocial; territorio.

REHABILITACIÓN PSICOSOCIAL: LOS DESAFÍOS DE UNA ÁREA DE FRONTERA. Dra. María Luisa G. S. Ballarin, Dr. Fábio Bruno de Carvalho, Mg. Andréia Galassi. Faculdade de Terapia Ocupacional do Centro de Ciências da Vida da PUC-Campinas.

Resumen

En las últimas décadas, las transformaciones en el modelo de asistencia psiquiátrica brasileña provocaron cambios significativos en la exclusión reservada al paciente psiquiátrico. Así, la autonomía, la singularidad, el aumento del poder contractual, así como el territorio, son los fundamentos que guían actualmente las prácticas de atención en el campo de la salud mental. Este trabajo estudia y analiza teóricamente los cambios que vienen ocurriendo en este campo, a partir de la óptica de los profesionales que actúan en este campo. El contacto directo con este problema y la clientela, a través de la educación de la clínica de la Salud Mental, ha posibilitado la identificación de la existencia de un área fronteriza. Es un estudio teórico descriptivo en el cual son incorporados formulaciones de diferentes campos de conocimiento como la sociología, la geografía y la psicología de manera a ampliar la comprensión de los conceptos de demarcación de fronteras, línea de fronteras, líneas de conflictos. Esta área de frontera tiene particularidades que involucran las nociones de la territorialidad, de tránsito y confrontación con la exclusión y la ciudadanía al mismo tiempo, constituyéndose, por consiguiente en un lugar difícil, inestable y de tensión. Conclusiones: La interacción teje una malla de contacto, de ninguna simetría y de posibles cambios, los cuales se imponen como desafíos para ampliar el proceso de rehabilitación psicosocial como representación y práctica multifacetaria e compleja.

Introduccion

Las transformaciones que si habían logrado en el modelo de la asistencia a la persona con trastorno mental en el Brasil, especialmente, a partir de la década de ochenta, habían provocado cambios significativos en cuanto al lugar de la exclusión, reservado hasta entonces, a la persona con trastorno mental. Una serie de nuevos dispositivos y servicios de la atención habían sido implantados, en diversas ciudades brasileñas, con la perspectiva de substituir del sistema asilar. Es en este nuevo escenario que el ejercicio de la asistencia en el territorio, ha hecho posible la política de

desinstitucionalização y rescate de la ciudadanía de las personas con sufrimiento psíquico. Así, este trabajo tiene el propósito de presentar de forma objetiva e específica, las reflexiones sobre el cotidiano del ejercicio de la asistencia en el territorio, en vista de estos nuevos contextos. El contacto directo con esta problemática y con la clientela posibilitaron la identificación de la existencia de una región, por nosotros llamada de la zona de frontera. Tal región explicita los conflictos cotidianos, las particularidades en relación a los confrontos existentes entre el lugar de la exclusión y el ejercicio de la ciudadanía, constituyéndose en un lugar inestable y de tensión. Este contexto reporta a una serie de preguntas sobre el territorio y los lugares inestables como una zona de frontera: ¿Por qué relacionar los conflictos cotidianos del ejercicio de la asistencia en el territorio como siendo una región difícil e de tensión como fronteras? ¿Cuáles serían de hecho, las preguntas abordadas en estos conflictos cotidianos? Algunas pistas a partir de nuestra experiencia colocan la necesidad de ampliar la comprensión sobre los conceptos de territorio y de la zona de frontera. La noción más dinámica, geopolítica, atribuida al territorio a este concepto, nos permite entenderla como un espacio humano de contradicciones y de negociaciones permanentes. El territorio es como el suelo concreto de la vida cotidiana, de las políticas públicas y del ejercicio de la ciudadanía, funcionando como el catalizador del refundación del social y del político^[1]. En su representación, el territorio no es un elemento neutro, él se constituye de sus condiciones materiales y no materiales. Del punto de vista geográfico y político, la existencia del territorio también determina las zonas posibles de fronteras y de las fronteras. Una zona de la frontera indica una región que abraza tanto las fuerzas como las fuerzas centrípetas. Configurándose, como un lugar difícil, por lo tanto, no es posible atribuirle una imagen simplista e unilateral. Este sugiere una representación compleja y multifacetaria^[2]. Así, una zona de frontera es una región donde se expresan las antítesis; la existencia de líneas fronterizas de marcación entre un territorio e otro; los conflictos; las redes del contacto y de interacción; la existencia de la no simetría; la calidad de la comunicación; los intercambios. La frontera define un área, una región o un campo de la inestabilidad donde pueden existir: la paz y la violencia, la integración y la desintegración, el diálogo y la ausencia de la comunicación^[3]. Delante de lo expuesto, debemos entender

que la entrada en el territorio implica en el desarrollo de acciones comunes con los usuarios de diversos equipos de la atención a la salud mental posibilitando de esta forma entrar en contacto con las situaciones del cotidiano que apesar de comunes o similares por su frecuencia, explicitam conflictos y causan desconfortos que colocan en este escenario la necesidad de discutirlos. Es común un usuario al entrar en un establecimiento comercial ser recibido con preconcepto, como tambien al usar un transporte colectivo ser discriminado, cuando no, la razón de risas o perder el derecho de hablar de manifestarse. Tambien ser visto o juzgado por los funcionarios de banco o de un almacén como incapaz. La tensión creada en las situaciones diarias se asocia de cierta manera a las tensiones existentes en una zona de frontera, por lo tanto caracterizan por otra parte, las relaciones de la diferencia, del estranhamento al otro, del rechazamiento, del estigmatización, de la exclusión y de la visión de no ser capaz, consecuentemente, explicita algunos límites. De otra forma, el limite impuesto por la franca restricción del ejercicio del poder contractual y social de tantos usuarios de los servicios de atención de la salud mental. Sin embargo, en nuestra entendimiento lo que está expuesto y enjuego en estas situaciones cotidianas es algo que está inserido en la dimensión del campo sociocultural y se expresa en la relación imaginaria establecida entre la esfera social, la locura y la persona insana. Cuánto al imaginario social nosotros podemos entenderlo como un conjunto de relaciones e imágenes que actúan como memoria afectivo-social de una cultura, caracterizándose como producción colectiva de una perspectiva ideológica guardada por la comunidad. Así, en relación al imaginaario social de locura, la persona insana y su tratamiento, las imágenes de las instituciones psiquiátricas, la necesidad del aislamiento y de la imposibilidad del contacto con la locura siguen estan aun bien presentes y acaban por determinar los límites de esta relación. ¿Como enfrentar estas tensiones? Ellas exigen que se asuma el valor y la postura de un micro revolución, aunque sean en las invenciones pequeñas que constelan el cotidiano de la vida y aunque sean acompañadas por los conflictos. Entendemos que una de las tareas de los profesionales que actúan en este campo es presentar los conflictos levandóse en consideración los diversos actores implicados en los conflictos cotidianos^[4]. Este cuidado debe ser tomado, en caso contrario, las prácticas que vienen siendo constituídas pueden

guardar mecanismos sutiles enmascarados del control, colocando en el territorio las prácticas tradicionales criticadas en la reforma psiquiátrica. Cuánto a las micro revoluciones y a los diversos actores de este escenario, vale la pena destacar que apesar de los avances y de la construcción de puentes y de las calzadas para el diálogo, el grande desafío es saber identificar mejor a las rajaduras y situaciones existentes en cada uno de los lados de la esta frontera. A partir de esta comprensión y lectura de esta realidad desarrollar el tránsito, el intercambio estableciendo y ampliando los canales de la comunicación, la reflexión crítica en sí misma exactamente, los caminos e alternativas que permitan la fluidez de los límites. En esta dirección, hay que entenderse que las confrontaciones cotidianas no son apenas de la orden del saber, del conocimiento y de la razón, más también, de la orden del afecto. Hay que buscar mucho más que la clínica ampliada en el campo de la Salud Mental. Sin embargo como profesionales de este campo, tenemos el deber ético y técnico de adherir a la perspectiva constante del reformulaciones, de fortalecimiento del ciudadano, con el potencialización de la autonomía, del control sobre sí mismo y tenemos que ser capaces de avanzar en la construcción de una sociedad que pueda recibir y para incluir las diferencias, resaltando los valores éticos.

Referencias

1. Koga, D. H. U., 2003. "Medidas de cidades: entre territórios de vida e territórios vividos". Ed.Cortez, (São Paulo). I. 01. 299.
2. P. Bourdieu., 1996."Razões práticas sobre a teoria da ação" Papirus (Campinas).
3. Lia Machado., 1998. "Os limites, fronteiras, redes fronteiras e espaço global" in: Dutra. V. S. et. al. (org) "Fronteiras e espaço global" AGB (Porto Alegre). 41-49.
4. Charles L. Briggs RIGGS., 1996. The politics of discursive authority in research on the invention of tradition. Cultural Anthropology, **11** (4): 435-46

VII Congreso Argentino y Latino Americano de Terapia Ocupacional
Presentación de Comunicación Libre

I. Título:

**SUPERVISIÓN INSTITUCIONAL EN SALUD MENTAL :
PERSPECTIVAS DE UNA TERAPISTA OCUPACIONAL**

II. Autora:

FERIOTTI, Maria de Lourdes

III. Institución:

**Faculdade de Terapia Ocupacional
Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Campinas – SP – Brazil**

IV. Dirección Postal:

Rua Nicola Fassina 408 - Campinas – SP – Brazil - CEP: 13106-102

V. telefono/fax: (19) 3258 7189

VI. e.mail: mlferiotti@terra.com.br

VII. equipamiento técnico: proyector multimedia

RESUMEN

SUPERVISION INSTITUCIONAL EN SALUD MENTAL : PERSPECTIVAS DE UNA TERAPISTA OCUPACIONAL

Maria de Lourdes Feriotti

Las transformaciones históricas de la Salud Mental rumbo al modelo no manicomial exigen un cambio no sólo de las estructuras institucionales sino principalmente de las concepciones teórico-filosóficas que orientan técnicas y programas de salud. La formación de recursos humanos, la recontextualización de técnicas, la reestructuración administrativa y la innovación de modelos gerenciales son necesidades esenciales de este proyecto. Si por un lado contamos con la transformación de paradigmas, por otro, nos debatimos con la formación de profesionales influenciada por la fragmentación del saber, del tecnicismo y del corporativismo. La fragmentación del saber, característica de la ciencia moderna se muestra insuficiente ante este proyecto y la transdisciplinaridad despunta como necesidad histórica para el enfrentamiento de las actuales demandas sociales y científicas. Entretanto, la práctica transdisciplinar presupone la transformación de conceptos, relaciones, estructuras institucionales y concepciones de poder, culturalmente contruidos por la sociedad moderna. En este proceso, la supervisión institucional puede contribuir para la formación de recursos humanos, instrumentalizando la construcción transdisciplinar de un proyecto de salud. En Brasil, la supervisión institucional no es considerada una atribución específica de una clase profesional pero cada profesional da a la supervisión un enfoque particular. Este trabajo objetiva a presentar experiencias de supervisión desenvueltas por una terapeuta ocupacional con diferentes equipos multiprofesionales, basada en lo referencial teórico de la complejidad de Edgar Morin. Además de las necesidades generales que envuelven a la supervisión institucional, esta tiene como objetivo específico el desenvolvimiento de potenciales y relaciones creativas de trabajo, visando la calidad de lo cotidiano y de la salud ocupacional del equipo multiprofesional. Así pretendemos presentar reflexiones acerca de la contribución de la Terapia Ocupacional para la formación de recursos humanos, considerando la calidad del trabajo en la vida de los trabajadores.

Palabras clave: salud mental, supervisión institucional, complejidad, transdisciplinaridad

SUPERVISIÓN INSTITUCIONAL EN SALUD MENTAL: PERSPECTIVAS DE UNA TERAPISTA OCUPACIONAL

Maria de

Lourdes Feriotti

Las transformaciones históricas de la Salud Mental rumbo a la superación del modelo asilar exigen un cambio no solo de las estructuras institucionales sino principalmente de las concepciones teórico-filosóficas que orientan técnicas y programas de salud. En Brasil, la “Reforma Psiquiátrica” desde los años 70 viene promoviendo transformaciones en el escenario de la salud mental en lo que se refiere a políticas públicas, legislación, educación, prácticas clínicas y estructuras institucionales. Entre los diversos dispositivos de atención, los CAPS (Centros de Atención Psicosocial) reciben incentivos de la actual política nacional de salud para afirmarse como servicio substitutivo del hospital psiquiátrico. Compuestos por equipos multiprofesionales (médicos, enfermeros, terapeutas ocupacionales, psicólogos, asistentes sociales, fonoaudiólogos, profesores, artistas, administradores y otros), los CAPS son servicios abiertos y comunitarios destinados al tratamiento de personas con trastornos mentales severos y persistentes, en régimen de tratamiento intensivo, semi-intensivo y no intensivo. Deben ofrecer servicio ambulatorio diario y funcionar en áreas independientes de cualquier estructura hospitalaria. Con base territorial, buscan preservar relaciones, actividades y espacios comunitarios de los pacientes. Tiene tres modalidades de CAPS: Adulto, Infantil y Alcohol y drogas, de acuerdo con la característica de la población atendida. Pueden todavía ser clasificados como CAPS I, CAPS II y CAPS III, de acuerdo con el número de habitantes de la ciudad, capacidad y horario de atención y complejidad del servicio. Los CAPS III ofrecen atención diaria durante 24 horas y tienen capacidad para abrigo nocturno. (1)

Este modelo preconiza la visión integral de la salud, entendiéndola como una relación compleja entre los aspectos biológicos, psicológicos, sociales e históricos del ciudadano y no sólo como ausencia de enfermedad. Así, guardar las interacciones de la vida comunitaria, cuidar del paciente en su vida cotidiana, promover un ambiente democrático, construir una sociedad inclusiva y acoger la “locura” buscando identificar los significados de la subjetividad humana, son objetivos de los profesionales de la

salud mental que consideran la ciudadanía y la calidad de vida como demandas de la salud. Esta concepción de salud es reafirmada en el SUS (Sistema Único de Salud) que basa la política pública brasileña: *la salud tiene como factores determinantes y condicionantes el ambiente (condiciones geográficas, agua, alimentación, hábitat, etc.); aspectos socioeconómicos y culturales (ocupación, renta, etc.); factores biológicos (edad, sexo, herencia genética, etc.) y el acceso a los servicios que tienen como objetivo la promoción, la protección y la recuperación de la salud.* (2)

El concepto de Rehabilitación Psicosocial desarrollado por Saraceno (1999) también basa las acciones de los CAPS. Contrario al concepto tradicional de Rehabilitación que objetiva aumentar las capacidades, disminuir las deficiencias e desarrollar habilidades para la adaptación a los requisitos ambientales, sociales, del trabajo y del mercado, la Rehabilitación Psicosocial es comprendida como *un sistema de estrategias orientadas a aumentar las oportunidades de intercambio de recursos y afectos, creando una red de negociaciones donde el énfasis se da no a la autonomía y a la adaptación del paciente, pero sí en la participación como agente de transformación de su ambiente, en busca de calidad de vida y construcción de la ciudadanía, mismo delante de la diversidad.* (3)

Si por un lado contamos con un proceso de transformación de ideas y leyes, por otro, nos debatimos con la tradición de la psiquiatría; con la formación de profesionales influenciada por la fragmentación del conocimiento, por el tecnicismo y el corporativismo; con estructuras institucionales autoritarias y con la cultura de la sociedad moderna. La fragmentación del conocimiento, característica de la ciencia moderna, se muestra insuficiente ante estas contradicciones. La Interdisciplinaridad y la Transdisciplinaridad despuntan como necesidades históricas para el enfrentamiento de las demandas de este nuevo siglo. Entretanto, la práctica ínter y transdisciplinar presupone la transformación de relaciones interpersonales, estructuras institucionales, producción del conocimiento y representaciones culturales, principalmente en lo que se refiere a la reorganización del poder instituido, teniendo como meta los principios de la solidaridad, la democracia y la experiencia con la diversidad. (4)

En este escenario, la formación de recursos humanos es imprescindible y la supervisión institucional puede contribuir para esta formación. El Ministerio de la Salud (Brazil-2005) señaló la supervisión institucional como uno de los instrumentos para *calificación de la atención y la gerencia de los CAPS*, destinando incentivos financieros para esta actividad (5). En este proyecto, la supervisión institucional no es considerada

una atribución específica de una clase profesional pero cada profesional da a la supervisión un enfoque particular. Este trabajo presenta la supervisión del punto de vista de una terapeuta ocupacional y, por consiguiente, centrada en la calidad de la ocupación del equipo multiprofesional. Se basa en experiencias de supervisión en diferentes CAPS (Adulto e Infantil) de Campinas-SP-Brasil y en los CAPS (Adulto, Infantil, Alcohol y Drogas) de Jundiaí-SP-Brasil, desarrolladas en un período de seis años, desde 2001.

El referencial teórico utilizado es la “Complejidad” de Edgar Morin, por considerarla una metodología que permite una visión integral y contextual de la realidad, analizando las múltiples relaciones entre el todo y las partes, las partes y el todo, las partes en sí, el todo y el contexto, construyendo caminos interdisciplinarios y transdisciplinarios y admitiendo la constitución de la unidad delante de la diversidad. (6)

Son objetivos generales de estas supervisiones: apoyar la construcción colectiva y la concretización cotidiana de la Reforma Psiquiátrica; identificar necesidades, límites y posibilidades objetivas y subjetivas para la efectivización de proyectos interdisciplinarios; facilitar el rescate, el mantenimiento o el desarrollo de la motivación; optimizar el funcionamiento, el potencial creativo de los trabajadores y la satisfacción profesional. Por lo tanto, la supervisión envuelve variados aspectos interligados: aspectos teórico filosóficos y metodológicos; aspectos técnicos (desarrollo y análisis de los recursos, intervenciones y proyectos terapéuticos, programas intra, extra e interinstitucionales); aspectos relacionales (de orden psicológico, social, filosófico, éticos, económicos, culturales) y aspectos gerenciales (estrategias administrativas, estructuras de poder, comunicabilidad).

Como estrategias, destacamos: reuniones con frecuencias semanales o quincenales; reflexiones sobre temas o necesidades traídas por el equipo; lectura y análisis de textos; lecciones expositivas; estudios de caso; elaboración y acompañamiento de proyectos; identificación y análisis de conflictos en las relaciones del trabajo; identificación e integración de potencialidades de los diversos profesionales; análisis de las relaciones técnicas, administrativas y gerenciales en el desarrollo de los proyectos; dinámicas de grupo; realización de actividades grupales, por ejemplo: modelado en arcilla, costura de colchas de retazos, construcción de cuadros organizativos.

Cuánto a los resultados, debemos considerar que la supervisión institucional es una de los diversos componentes que integran la construcción de la Reforma Psiquiátrica. Así, este análisis debe considerar su carácter procesal e histórico, las

especificidades locais y múltiples variables. A pesar de los límites, percibimos los siguientes resultados generales: formación de recursos humanos basada en los nuevos paradigmas de la salud; mejora en la calidad del trabajo cotidiano y de la satisfacción personal; ampliación das redes de comunicación internas e externas de los servicios; desarrollo de acciones interdisciplinarias, transdisciplinarias y inter-institucionales; reorganización de programas y proyectos; flexibilización de estructuras administrativas y de gestión; análisis técnica y política de las dinámicas institucionales; análisis y/o reorganización de las relaciones de poder.

Deseamos destacar, particularmente, la importancia de estas experiencias para el reconocimiento de la contribución de la Terapia Ocupacional en el campo de la supervisión institucional y organización de procesos de trabajo, teniendo como objetivo la calidad de vida de los trabajadores y de los usuarios de la salud mental.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

(1) BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde, 2004. “Legislação em Saúde Mental: 1990-2004”. Ministério da Saúde (Brasília-DF-Brasil).p.125-136.

(2) BRASIL. Ministério da Saúde, 1990. “ABC do SUS: Doutrinas e Princípios”. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde (Brasília-DF-Brasil). p.8

(3) B. SARACENO, 1999. “Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível.” Trad. Lúcia Helena Zanetta, Maria do Carmo Zanetta e Willians Valentini. Te Corá Editora (Belo Horizonte-MG-Brasil) e Instituto Franco Basaglia (Rio de Janeiro-RJ-Brasil). p.111-112.

(4) M. L. FERIOTTI, 2007. “Universidade, formação de professores e movimentos sociais: a colcha de retalhos como metáfora das relações interdisciplinares e transdisciplinares”. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas (Campinas-SP- Brasil). p.91-111.

(5) BRASIL. Ministério da Saúde, DAPE/SAS, 2005. “Portaria GM 1174/05 – Critérios para repasse dos incentivos- 2005-2006”. Coordenação Nacional de Saúde Mental. (Brasília-DF-Brasil)

(6) E. MORIN, 2001. “Os sete saberes necessários à educação do futuro”. Trad. Catarina Eleonora F. da Silva; revisão técnica Edgard de Assis Carvalho, 4.ed. São Paulo: Cortez Editora (São Paulo-SP-Brasil) UNESCO (Brasília-DF-Brasil). p.38.

Maria de Lourdes Feriotti

TRAUMA y ARTE.
Un Abordaje Desde Terapia Ocupacional.

Autora: Vega Barrios, Ada Luz
Colegio Espíritu Santo.

Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Argentina.

Dirección Postal: Avellaneda 4455 - C1407EJL

Teléfono: 4671-7874

Celular: 15 6520 3644

Resumen del Trabajo:

TRAUMA Y ARTE. UN ABORDAJE DESDE TERAPIA OCUPACIONAL.

Ada Luz Vega Barrios.
Colegio Espíritu Santo.

Introducción: Una de las creencias de la terapia ocupacional es la idea acerca del hombre como ser ocupacional quien se expresa en el hacer. Luego, si hay ruido en el hacer, será tarea del terapeuta ocupacional indagar y tratar dicho malestar expresado en un desempeño ocupacional disfuncional. Un modo de abordaje posible en el proceso terapéutico es el arte-terapia.

Objetivo: Explorar la incidencia del arte como abordaje terapéutico desde terapia ocupacional con personas afectadas por hechos traumatogénicos.

Material y Métodos: Exploratoria, cualitativa de seguimiento de caso instrumental. Población: dos niños hermanos cuyos padres fallecieron en un accidente automovilístico. Lugar del estudio: Colegio Espíritu Santo de la Ciudad de Buenos Aires, año 2006. Tiempo: un mes. Instrumento: Actividad artística como medio terapéutico. Resultados: Al finalizar la breve terapia ambos hermanos logran contactar con sus sentimientos, verbalizar sus temores silenciados y relatar el hecho ocurrido desde un lugar interno de serenidad y paz.

Conclusión: Hacer historia del evento traumático re-contextualizar al sujeto en el ahí (tiempo del hecho pasado) y fortalecer su aquí y ahora, permitiendo una re-elaboración de la vivencia que le facilite la proyección de un futuro manejable sin el deber de pagar "cuotas de culpa panicosas". De esta manera se logró prevenir la disfuncionalidad en el desempeño ocupacional en los roles y actividades propias de la edad. La brevedad de la terapia se debió a que los niños se mudaban definitivamente con sus tíos a una provincia del norte del país. Dado el corto seguimiento se sugiere realizar nuevos estudios que profundicen los resultados alcanzados en el presente estudio y se amplíe la investigación a otros casos.

Palabras claves: Trauma. Hecho Traumático, Arte, Terapia Ocupacional, Arte-Terapia.

TRAUMA y ARTE.

Un Abordaje Desde Terapia Ocupacional.

1. INTRODUCCIÓN.

En Terapia Ocupacional un concepto acerca del hombre es que éste se expresa en su hacer. Y, si "algo molesta" en este proceso que implica "exponerse en el hacer" será una tarea del/a terapeuta ocupacional indagar y tratar este malestar expresado en el desempeño ocupacional disfuncional. Un modo de abordaje posible en el proceso terapéutico es el arte. Más precisamente, desde el concepto de Arte Terapia.

El presente trabajo explora la incidencia del *ARTE como abordaje terapéutico desde TERAPIA OCUPACIONAL* con personas que han sido afectadas de alguna manera por hechos traumáticos dejando huellas mnémicas de importancia.

2. *TRAUMA o HECHO TRAUMÁTICO. Importancia.*

Dos conceptos que en ocasiones suele utilizarse como sinónimos: A) *Hecho traumático*: evento inesperado, impactante y/o violento para la persona que lo experimenta. B) *Trauma*: experiencia de estrés inescapable que abruma o colapsa los mecanismos de afrontamiento de la persona cuando se encuentra de manera brusca e inesperada en una situación que le demanda una reacción emocional fuerte o de importancia. El **estrés** es una respuesta natural del cuerpo a condiciones externas que exige un equilibrio emocional. Los niveles de estrés son considerados "normales" en tanto y en cuanto no impidan un desempeño funcional en las actividades de la vida diaria del individuo. Para que el estrés sea considerado un trastorno debería perturbar o invertir el orden natural del saber hacer cotidiano o, dicho en otras palabras, debería manifestarse en un desempeño ocupacional disfuncional del sujeto. Por lo cual, un hecho traumático no implica necesariamente la instalación del trauma pero, paradójicamente, es potencialmente traumatogénico¹. Los criterios del Trastorno Por Estrés Postraumático, enunciados en el DSM IV, permiten comprender el llamado "*efecto dominó*" *del evento traumático* que finalmente, definirá la instalación del trauma en el sujeto.

3. ARTE. ¿Qué es?

Definir "arte" no es tan simple, mucho se ha dicho acerca de él desde Platón a nuestros días. Podría decirse que **el arte se presenta como un lenguaje propio de la fantasía del hombre que se atreve a jugar desde sí mismo.** Convirtiéndose en un medio comunicador del mundo

¹ "*traumatogénico*" el término describe que cuando se produce un acontecimiento, una experiencia, o un estímulo interior o externo de forma acumulativa o crónicamente, pueden asumir las dimensiones de un trauma, tal como es experimentado por el individuo (Anastasopoulos, 1999).

interno que el sujeto, informa acerca de su sentir, delata acerca de su emoción. Estos conceptos nos remiten al pensamiento de otro grande de la pintura, Kandinsky². Este artista habla de dos elementos constitutivos del arte: uno interior y otro exterior: El contenido y la forma. En arte lo que se ve (la forma, material externo) hace las veces de "lenguaje" del contenido (material interno). En cada obra el artista comunica su mundo interno al inconsciente del observador/espectador. Por el arte, el artista "habla" su historia personal, liberándose del peso que implica tener algo encerrado en su sí mismo que puede muchas veces estar anulándolo en su ser. El arte se convierte en un medio de liberación del ser. El arte es un acto humano y como tal demanda tiempo, espacio y causalidad personal, es una actividad consciente del artista pero que, inconscientemente deja "escapar" parte de este inconsciente fantástico, imaginativo, creativo para devolverlo al mundo de lo real de manera "velada". Así en el mundo del arte se da aquel espacio intersticial que facilita el salto trasgresor, el acto creativo.

4. TERAPIA OCUPACIONAL. Mirada particular del hacer humano.

Ocupación y Actividad hacen referencia a aquella faceta del empeño humano que da respuesta a necesidades vitales, los que le permiten cumplir con las demandas sociales de su comunidad de pertenencia, así como al quehacer a través del cual el ser humano se distingue y expresa, revelando al agente del acto, que se constituye en una forma de dar sentido a la existencia, construyendo y creando su identidad personal, cultural y social.

En una obra de arte las vivencias son llevadas a un plano atemporal. La obra de arte es considerada como un fragmento de la realidad salvando el influjo de la temporalidad. El artista sublima lo que admira y lo que teme, e intenta fijar el tiempo y su paso por la tierra.

El arte es una actividad humana donde el artista pone en juego el concepto propio de la terapia Ocupacional: la actividad significativa. La misma tiene una intención de trascendencia como el arte³. Toda intervención profesional busca el "*cambio*" en la vida del sujeto que sufre. Estaría utilizando la expresión artística como medio terapéutico.

5. ARTETERAPIA⁴.

Emi Hilú, artista plástica y arte -terapeuta, define arte-terapia como "el proceso que utiliza una persona para comunicar su interioridad, puesto que el arte se utiliza como lenguaje de comunicación no verbal. El arteterapia es una forma de conocerse uno mismo y de equilibrar

² Kandinsky. *MIRADA RETROSPECTIVA*. Emecé. Bs. As. 1° ed. 2002 pág.191ss.

³ Darriba Fraga, María J. "*Relación Arte Contemporáneo - Terapia Ocupacional. Reflexiones.*" *Terapeuta Ocupacional en la Unidad de Rehabilitación Física del Complejo Hospitalario Juan Canalejo*. España.

⁴ <http://www.paginadigital.com.ar/emihilu/>

hasta las más íntimas emociones internas. El arte nos permite transitar por espacios de amor muy importantes para cada ser humano y así evolucionar paulatinamente hacia la paz interior". Una obra puede emplearse como elemento de análisis de su creador, ya que al ser signo y símbolo es una representación de su inconsciente. Tres aspectos se tienen en cuenta en este abordaje: el proceso, la interpretación y el ajuste en la obra. La obra es el reflejo del artista en el momento creador, no el creador mismo.

6. ARTE como TERAPIA en TERAPIA OCUPACIONAL. Casos clínicos.

Ivan (11 años) y Rocío (8 años) son dos de tres hermanos que iniciaron un proceso terapéutico breve (un mes) en Terapia Ocupacional donde se ha utilizado la actividad artística como medio a través del cual pudieran verbalizar un hecho traumatogénico y con ello dar un lugar en sus vidas al hecho significativo de la pérdida de sus padres acaecida el mismo día a raíz de un accidente automovilístico. Si bien los tres hermanos hacía un año que recibían atención psicológica, no obstante en la escuela se detectó que los niños no lograban hablar sobre la pérdida de sus padres al interactuar con sus pares. Al hacerlo se referían a "la cosa", "lo que pasó en el verano". El hecho concreto: En el verano del 2005-06 los padres y Rocío viajando en coche a Buenos Aires tuvieron un accidente automovilístico donde fallecieron los padres. Rocío sobrevive al accidente, despertándose al lado del coche, refiriendo no recordar el accidente porque dormía.

7. CONCLUSIÓN

La técnica del arte-terapia como un abordaje desde Terapia Ocupacional permitió realizar la reconstrucción del hecho traumatogénico brindando al sujeto la posibilidad de credibilidad de la vivencia interna y facilitándole la des-culpabilización que pueda experimentar por seguir vivo. Hacer historia del evento traumático re-contextualizando al sujeto en el ahí (tiempo del evento, hecho pasado) y fortaleciendo su aquí y ahora, permitiendo una re-elaboración de la vivencia que le facilite la proyección de un futuro manejable sin el deber de pagar "cuotas de culpa panicosas". El objetivo de la terapia aplicada en este caso fue exteriorizar lo que oprimía a estos niños y les imposibilitaba hablar de un hecho doloroso, con el fin de prevenir una disfuncionalidad en el desempeño ocupacional en sus roles y actividades propias de la edad. Se ha aplicado la técnica de arte-terapia. Al finalizar la breve terapia ambos hermanos logran realizar un contacto más real con sus sentimientos, verbalizar sus temores silenciados y relatar el hecho ocurrido desde un lugar interno de serenidad y paz. La brevedad de la terapia se debió a que los niños se mudaban definitivamente con sus tíos a una provincia del norte del país. Dado el corto seguimiento se sugiere realizar nuevos estudios que profundicen los resultados alcanzados en el presente estudio y se amplíe la investigación a otros casos.

8. BIBLIOGRAFÍA

Libros:

- ★ Allen, P. B. "Arte Terapia". Gaia Ed. España 2003.
- ★ Brainsky, Simón. "Psicoanálisis Y Creatividad". Ed. Norma, Colombia, 1997.
- ★ Dalley, Tessa. "El Arte Como Terapia". Ed. Herder. Barcelona 1987.
- ★ Dethlefsen, T. y Dahlke, R. "La Enfermedad Como Camino". Ed. Sudamericana. Bs.As. 2005.
- ★ DSM IV. "Manual Diagnóstico Y Estadístico De Los Trastornos Mentales".
- ★ Frankl, Victor E. "En El Principio Era El Sentido". Ed. Paidós, Bs.As. 2000.
- ★ Furth, Gregg M. "El Mundo Secreto De Los Dibujos". Trad. Formaiano, Luis.
- ★ JUNG, C. "El Hombre Y Sus Símbolos".
- ★ Lowenfeld, Victor. "Etapas Evolutivas Del Dibujo Infantil".
- ★ Kandinsky, Vassily. "Sobre Lo Espiritual En El Arte". NEED. Bs.As. 1998
- ★ _____ . "Mirada Retrospectiva". Emecé. Bs. As. 1° ed. 2002
- ★ Kramer, Edith. "Terapia A Través Del Arte En Una Comunidad Infantil". Ed. Kapelusz. Bs.As. 1983.
- ★ Las Heras, A. "Estructura De La Psique Según Jung". Biblioteca Cs del Hombre. Editor E. Stgo. Rueda. Bs.As.
- ★ Robertson, Robin. "Arquetipos Junguianos".
- ★ Sánchez Cuchi, L. B. "Técnicas De Creatividad En Terapia Ocupacional". EN: Durante Molina, P. Noya Arnaiz, B. *Terapia Ocupacional En Salud Mental*. Cap. 19. Ed. Masson. Barcelona, 1998.

Páginas de Internet Consultados:

<http://www.paginadigital.com.ar/emihilu/>
<http://www.dramaterapia.cl/dt/index.php?action=show&type=news&id=36>
http://prensa.upv.es/dir/prensa/recull/ver/*/texto/200112?1028131327a25838
http://www.ipsnoticias.net/recuadro_270405.asp
http://www.plus.es/codigo/noticias/ficha_noticia.asp?id=107060
http://www.picassomio.com/discover/picassomio_gallery/terapia_de_arte/es/
http://prensa.upv.es/dir/prensa/recull/ver/*/texto/200112?0119095056a11908
www.revistatog.org
<http://www.ucm.es/info/mupai/alcaide3.htm>



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE TERAPIA OCUPACIONAL

CARACTERÍSTICAS DE ACTIVIDADES DE TIEMPO LIBRE DE LOS ADOLESCENTES ESCOLARES EN SANTIAGO DE CHILE

Paula Soto, Inés Correa, Catalina Llermaly, Lorena Uribe-Echevarría .
Universidad de Chile.

Resumen:

INTRODUCCIÓN Los adolescentes despliegan su capacidad de elegir voluntariamente actividades de tiempo libre, las que surgen de la motivación intrínseca y a las cuales dedican una parte significativa de su tiempo. Conocer las características de ellas, nos permite establecer un parámetro válido en el momento de adentrarnos en categorías más amplias, como es, la vulnerabilidad de la salud mental de los adolescentes, en un contexto urbano.

OBJETIVO Describir el tipo, cantidad de tiempo que le dedica, satisfacción que le genera, valoración que le otorga y la dimensión social en que está inmersa, de las actividades de tiempo libre que realizan los adolescentes escolares, en una comuna de nuestra capital.

MATERIAL Y MÉTODO Se realizó una investigación de carácter exploratorio – descriptivo. Los datos se obtuvieron mediante encuesta autoaplicada, que recopiló información sobre las actividades que realizan los adolescentes. Se aplicaron 295 encuestas, a adolescentes entre 14 y 18 años.

RESULTADOS Por descripción de variables, el tipo de actividad más realizada es ver televisión y escuchar música, en ambos sexos. El tiempo dedicado, varía entre 1-3 horas y más de 7 horas semanales, en ambos sexos. La más satisfactoria es escuchar música, en ambos sexos. La más valorada por las mujeres es pololear y por los hombres dormir. Y la dimensión social más frecuente fue en solitario. Otros resultados se presentan al asociar las variables.

CONCLUSIONES Los resultados permiten concluir que nos encontramos con adolescentes tendientes a actividades solitarias y sedentarias. Para la T.O. estos hallazgos guardan relación con la salud mental de los jóvenes, y nos invita a continuar investigando en esta línea.

Palabras Claves: adolescencia, tiempo libre, salud mental, ocupación, actividades

INTRODUCCIÓN

El presente estudio se enfoca a la población adolescente, quienes por las características de la etapa del ciclo vital que viven, se encuentran en búsqueda y formación de su identidad, y en parte lo hacen a través de las actividades de tiempo libre donde exploran preferencias y a la vez habilidades, lo que en un futuro colaborará en la estructuración de un perfil ocupacional y consecuente estilo de vida.

En la actualidad se observan cambios en los estilos de vida y perfiles ocupacionales de los jóvenes, por ejemplo, las dinámicas familiares modernas, las exigencias de éxito, los hábitos de consumo, la impersonalidad de los nuevos medios de comunicación, la falta de límites, la sobreprotección ante un mundo percibido como hostil, el cambio de roles y alejamiento del hogar de la mujer entre otros aspectos, son acontecimientos que hacen que las actividades y las formas de realizarlas sean muy distintas a hace un par de décadas atrás. (29, 22, 6). Al mismo tiempo, estadísticas revelan que los problemas de salud mental en niños y adolescentes se han acrecentado considerablemente. Según estudios nacionales se estima que “la prevalencia de trastornos psiquiátricos es entre un 15% a 30% de la población menor de 18 años de edad”.¹

Independientemente del origen, las cifras son contundentes y requieren una respuesta de parte de los servicios de salud. En este aspecto, la Terapia Ocupacional puede aportar al tratamiento integral de los jóvenes y sus familias. Como fundamentación de este estudio se perfila la necesidad de crear estrategias que permitan apoyar al adolescente actual en su proceso de formación y consolidación de identidad, dentro de un marco global que involucre todas sus áreas de desarrollo.

De lo anterior se desprende que la configuración del tiempo libre del adolescente actual ha tomado características especiales que deben ser investigadas y comprendidas por los servicios de salud para desarrollar planes y programas que sean atingentes a su realidad y por lo tanto efectivos e integrales. Actualmente no hay referentes reales acerca de las actividades de tiempo libre de los adolescentes y, por lo tanto, no es posible establecer comparaciones para conocer **cuáles** son las posibles alteraciones en el desempeño ocupacional de tiempo libre de adolescentes con psicopatología. No existe un parámetro de referencia definido en cuanto a las actividades que se espera que un joven realice, este estudio pretende generar una referencia de las tendencias de las actividades de tiempo libre que los jóvenes realizan.

Desde la perspectiva de T.O., se plantea que una exploración específica del desempeño ocupacional de los jóvenes, podría entregar lineamientos concretos para un abordaje terapéutico que considere la organización de la rutina cotidiana, y el involucramiento en actividades significativas como un factor influyente sobre la salud mental de los adolescentes.

¹Toledo V, de la Barra F, López C, George M, Rodríguez J: Rev Chil Neuropsiquiatría 1997; 35: 17-24.

Almonte C, García R: Epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes. En: Almonte C, Montt ME, Correa A. Psicopatología Infantil y de la Adolescencia. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo, 2003.

El fin de este estudio es aportar información acerca del uso del tiempo libre de los adolescentes a la línea de investigación de psiquiatría adolescente y terapia ocupacional, con esto se espera que a largo plazo se pueda utilizar esta información para crear nuevas y mejores intervenciones de Terapia Ocupacional en prevención, tratamiento y rehabilitación de jóvenes con algún trastorno psiquiátrico, en base al uso satisfactorio del tiempo libre.

La pregunta de investigación queda, entonces, formulada de la siguiente manera:

¿Cuáles son las características de las actividades de tiempo libre de los adolescentes escolares de colegios municipales de la comuna de Recoleta?

Debido a que describir “las características” de las actividades implica un amplio espectro de posibilidades, éstas se delimitan a las siguientes: Tipo de actividad, cantidad de tiempo que el adolescente dedica a la actividad, satisfacción que la actividad le genera al adolescente, valoración que el adolescente otorga a la actividad y dimensión social en que está inmersa la actividad.

MARCO TEÓRICO

En relación a la ocupación del adolescente, sabemos que es una etapa en que se empiezan a ejercitar y planificar los roles que se asumirán como adulto. Dentro de este contexto, la ocupación y el desempeño satisfactorio (tanto para las expectativas propias como ajenas) se perfila como un pilar fundamental de desarrollo, como una vía de expresión de los conflictos internos y como un camino de resolución y consolidación de la identidad.

Asimismo, la ocupación se establece como un espacio de desarrollo para los logros de esta etapa del ciclo vital, permitiendo el ejercicio de roles, el entrenamiento de capacidades y estableciendo diferentes relaciones sociales y familiares a través de ella (1, 38).

El tiempo libre, otro eje teórico de estudio, será definido en este contexto como:

“Conjunto de actividades a las que el individuo puede dedicarse voluntariamente, para descansar o divertirse; aumentar su información, su voluntaria convivencia social o capacidad creadora, cuando ha concluido sus obligaciones profesionales, familiares y sociales.”²

Cada área de desempeño ocupacional presenta funciones centrales dentro de la vida de una persona. Así, las Actividades de la Vida Diaria tienen por función central la mantención personal, y la Productividad favorece el autodesarrollo, la subsistencia y la contribución social (36). Por su parte, el Tiempo Libre, permite el descanso, la diversión y el desarrollo (36) y se presenta como parte de los espacios que el adolescente tiene para explorar y ejercitar su identidad. Es más, adopta especial relevancia ya que está configurado por actividades que el mismo adolescente elige, y no por aquellas que le son impuestas por el contexto sociocultural, como la asistencia a un sistema escolar o la realización de ciertas actividades de la vida diaria, como su autocuidado o el orden de su entorno. Además, es un espacio que permite un

² FUENTE: Fundación de Investigaciones Sociales, A.C, Manual TIPPS, Tema 11, Tiempo libre. Fundación de Investigaciones Sociales, A.C., México, 2001. Disponible en internet en http://www.alcoholinformate.org.mx/portal_jovenes/home.cfm?Tips=30&pag=Tips.

aprendizaje global en tanto su énfasis está en el proceso, con la actividad como un fin en sí misma, permitiendo una perspectiva cualitativa y sin miras necesariamente en los resultados.

La motivación intrínseca del adolescente puede ponerse en práctica a través de actividades que respondan a intereses realmente propios, lo que otorga oportunidades esenciales a su proceso de consolidación de identidad como sujeto único. Es decir, es en su tiempo libre donde el adolescente explora su vocación, adopta los roles que proyecta para sí mismo y se desenvuelve en los espacios que para él son importantes. Es el espacio donde el adolescente puede diferenciarse de los demás y encontrar así su Yo real (32, 33).

En esta etapa adolescente del ciclo vital aparecen numerosos cambios en el tiempo libre. Éste ya no está configurado por actividades extra programáticas del colegio o aquellas impuestas por tradición o deseo familiar, sino que la mayor autonomía e independencia le permiten al adolescente elegir libremente las actividades a realizar, y ejercerlas en la cantidad y forma que él determine, y sin que éstas sean necesariamente estructuradas. El solo hecho de elección y decisión desde la propia motivación ya constituye una forma de representación propia, es decir, un paso en el establecimiento de la identidad.(32,33)

La forma en que el adolescente estructure su ocupación le ayudará o le obstaculizará la resolución de los nuevos conflictos internos propios de la búsqueda de identidad de este período, permitiendo que el adolescente se desarrolle, construya un Yo sano y ajustado a la realidad y se desempeñe de manera adaptativa en su medio.

La transición hacia la comprensión y construcción de un Yo y de un juicio de realidad correcto es un proceso que cursa con ambigüedad, inseguridad y una gran carga emocional, haciendo que el adolescente sea permeable en mayor medida a las experiencias y vivencias.

Para afirmar sus ideas, comprobar su identidad y durante todo el proceso de creación del juicio de realidad los adolescentes asumen diferentes conductas, actitudes y emprenden diversas actividades para conocer, ejercitar y fortalecer las nuevas capacidades y conocimientos que están adquiriendo. Esto los lleva en ocasiones a asumir conductas exploratorias riesgosas. Esto en toda época y en todo contexto. Sin embargo, el mundo actual posee una serie de características particulares que fácilmente pueden llevar al adolescente a perderse en su camino de búsqueda de identidad, desviándola, transfigurándola, postergándola o deshaciéndola. Si bien en el mundo actual la gama de posibilidades de exploración es mayor, también lo son las condiciones de riesgo en las que pueden verse involucrados. Esto sumado a cambios culturales como la falta de límites en el hogar, la disfunción y desvinculación familiar, el alto grado de exigencia académica, la ausencia de figuras maternas o paternas (aumento de número de familias uniparentales), entre otros, generan una desestructuración del entorno del adolescente, que de por sí ya se encuentra disperso en su caos de identidad.

MARCO METODOLÓGICO

Los datos acerca del uso de su tiempo libre, son obtenidos de los adolescentes de la muestra a través de un instrumento de medición tipo encuesta autoaplicable, que recopila información acerca de las actividades que realizan los adolescentes y algunas características de las mismas. El enfoque temporal es transversal, y contempla los meses de abril a octubre del año 2006.

El carácter exploratorio del estudio se presenta al pesquisar e incluir todas las actividades nombradas por los adolescentes, y la perspectiva descriptiva del estudio se conforma al describir y analizar aquellas actividades.

Las personas que conforman el **universo** de este estudio son los adolescentes escolares matriculados en colegios municipales de la comuna de Recoleta y que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión planteados (detallados más adelante), independiente de que residan en esta u otra comuna. Este número asciende a 2664 alumnos³ y contempla adolescentes entre 14 y 18 años, de ambos sexos, estudiantes de enseñanza media de los siguientes colegios municipales de Recoleta: Paula Jaraquemada, Complejo Educacional Juanita Fernández Solar y Valentín Letelier, siendo los dos primeros exclusivamente de mujeres y el último de carácter mixto.

En función a los cálculos y márgenes de error, la muestra final queda constituida finalmente por **287 encuestas**. Se aplican 295 que son obtenidas de los distintos colegios en forma proporcional al total de alumnos de cada establecimiento.

Para obtener los datos acerca de las actividades que realizan los adolescentes y sus características particulares, se utiliza una encuesta auto-aplicable, anónima y voluntaria confeccionada especialmente para el estudio, de tal forma que permita obtener los datos relevantes para alcanzar todos los objetivos específicos.

El instrumento está estructurado en dos partes. La primera otorga datos generales acerca de la edad, sexo y curso del encuestado. Así mismo, arroja información acerca de la distancia temporal de la última consulta de salud mental (hace menos de 6 meses, hace mas de 6 o 12 meses, nunca ha consultado).

La segunda parte de la encuesta va dirigida directamente hacia el tiempo libre de los adolescentes, y contiene un cuadro en el cual los estudiantes responden cinco preguntas. La primera es de respuesta abierta y corresponde a nombrar las actividades que realizan en su tiempo libre. Las cuatro preguntas restantes son de respuesta cerrada y se refieren a las características de estas actividades en tanto a la dedicación de horas, la valoración, la importancia y la dimensión social.

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Se presenta a continuación un resumen de los principales hallazgos obtenidos a través del análisis cuantitativo de los datos:

³ Originalmente el universo contempló 3064 estudiantes, pero tres colegios debieron ser eliminados de la muestra pues no cumplían criterios de inclusión. Se trataba de estudiantes adultos o con trastornos conductuales.

La mayoría de las actividades más escogidas, tanto por hombres como por mujeres, son de carácter sedentario. En el caso de los hombres se observan 2 actividades no sedentarias (*fútbol y deportes*) entre las 10 primeras, y en ambos casos se presentan tres actividades que no pueden ser catalogadas como sedentarias exclusivamente (*carretear, estar con familiares y estar con amigos*).

En las **mujeres** se observa que cerca del 50% de sus actividades se encuentran dentro de las categorías de *uso de tecnología audiovisual y ocio y distracción*. En los **hombres**, se repite la primera elección, mientras que la segunda categoría en la que se concentran mayor número de actividades son las *deportivas*.

Las mujeres presentan además una alta participación (tercer porcentaje más alto) en actividades de *participación social afectiva*. En el caso de los hombres, este porcentaje se encuentra en la categoría de actividades *relacionadas con la computación*.

Respecto a la dedicación horaria a las actividades, se encuentra una distribución similar en todos los rangos. Cerca de 1/3 de las actividades se concentran en el intervalo *entre 1 y 3 horas*.

En cuanto a la relación entre elección de actividad y tiempo de dedicación a las mismas, las mujeres presentan alta asociación entre las actividades de mayor elección y la dedicación mayor a *7 horas semanales*, no así en el caso de los hombres.

Cerca del 90% de todas las actividades, tanto de los hombres como de las mujeres, son clasificadas dentro de los 2 rangos más altos de satisfacción por la actividad (*me agrada, me agrada mucho*).

Respecto a la valoración asignada a las actividades, hombres y mujeres presentan preferencias similares al catalogarlas como *importantes*, con porcentajes cercanos al 40%.

Los hombres realizan el doble de actividades (22%) que les son *indiferentes* en relación a las mujeres, y clasifican un nivel escaso (30%) de actividades *muy importantes*, en relación al casi 50% de actividades *muy importantes* de las mujeres.

En todos los adolescentes, las actividades clasificadas con grado máximo de satisfacción (*me agrada mucho*) presentan alto grado de asociación con aquellas catalogadas con grado máximo de valoración (*me importa mucho*).

La dimensión social de las actividades, es decir, con quién los adolescentes comparten sus ocupaciones de tiempo libre, concentra entre el 40% y el 50% en la categoría *solitaria*, y cerca del 25% en la categoría *amigos*. En tercer lugar los hombres escogen a su familia para realizar actividades, mientras que las mujeres escogen una combinación de varias categorías de dimensión social.

Las actividades solitarias constituyen cerca del 50% de las actividades del adolescente. De éstas, la mitad son actividades sedentarias. De las actividades que el adolescente realiza en compañía de sus amigos, la mitad son actividades deportivas. Esto constituye una herramienta para planificar programas exitosos que contemplen la participación grupal.

Al realizar el análisis por “actividades de mayor prevalencia”, se encuentran los siguientes resultados:

Escuchar música resulta ser una actividad de alta relevancia para las **mujeres**, pues en tres de las cinco variables analizadas sobresale como la actividad de mayor prevalencia. Concentra el 34% de las dedicaciones horarias *entre 1 y 3 horas semanales*, en cuanto a la valoración obtiene un 76% de las respuestas “*me agrada mucho*”, y la dimensión social refleja que el 57% de las mujeres que escuchan música lo hacen *solas*.

Los **hombres** también presentan *escuchar música* como una de las actividades de mayor prevalencia. Es una de las dos actividades que más escogen, con un 44% de las respuestas, la satisfacción es clasificada por un 64% en la categoría “*me agrada mucho*”, y un alto porcentaje (79%) se dedica a realizar esta actividad *solo*.

Las mayores diferencias entre ambos sexos se encuentran en el ítem relacionado con la valoración de la actividad, ya que las mujeres consideran en un 81% que *pololear* es una actividad *muy importante*, mientras que los hombres presentan mayor porcentaje de actividades en la categoría *importante*, y dentro de ésta, la actividad más escogida (44%), es *dormir*.

DISCUSIÓN TEÓRICA DEL ANÁLISIS DE RESULTADOS

La trayectoria de la vida de las personas en el mundo postmoderno ya no se considera como un paso por etapas sucesivas en forma progresiva, sino que se comprende su dimensión cíclica y dinámica. De esta forma, el adolescente que vivió hace tres décadas tiene una perspectiva diferente de esta etapa y demandan a los adolescentes actuales -que poseen un perfil y desarrollo diametralmente diferente- respuestas y conductas que se alejan del contexto actual donde se desempeña el joven, provocando incongruencia entre expectativas. Si bien los cambios biológicos y afectivos siguen siendo similares (dentro de ciertos márgenes), las vías de escape de los conflictos, posibilidades de exploración y contextos socioculturales, espirituales y virtuales son radicalmente diferentes. El adolescente postmoderno ha ido configurando un perfil diferente al que poseía en épocas anteriores y hay modelos, enfoques y perspectivas que ya no son aplicables a este grupo etáreo.

La imagen que la sociedad posee del adolescente postmoderno ha sido construida principalmente por estudios sociológicos, filosóficos, psicológicos, biológicos y demográficos. Se indica a través de ellos un joven inserto en un contexto disperso, sobrecargado de estímulos y deficitario en estructuras, entregando una imagen solitaria, sedentaria, y con sus intereses vertidos en el mundo de la tecnología audiovisual, la cultura cibernética, la comunicación virtual y la individualidad, con escasa claridad de lo que quiere ser y hacer.

La investigación planteada en estas páginas pretende ser un aporte en la construcción del perfil del adolescente chileno actual desde la perspectiva ocupacional, específicamente del área de desempeño del tiempo libre. En este sentido, los datos obtenidos en este estudio coinciden con los elaborados desde otras disciplinas, encontrando en la muestra estudiada, un perfil de adolescentes solitarios, con tendencia al sedentarismo, que vive su tiempo libre en forma pasiva escogiendo principalmente aquellas actividades que no requieren de iniciativa, creatividad, proactividad y organización, con escasa coherencia entre lo que hacen y lo que en realidad desean hacer.

Las expectativas socioculturales planteadas para el adolescente actual crean una serie de exigencias internas y externas, pero como se menciona anteriormente, estas ya no se encuentran delimitadas ni definidas como en otras épocas, lo que dificulta la búsqueda de identidad del joven.

En el estudio se refleja lo que Erickson denomina como la etapa de “autoidentidad v/s difusión de rol”, lo que se refiere al proceso para obtener el control de su Yo, identidad y perspectivas futuras mediante la exploración de actividades, roles y límites.

Por una parte, en los datos obtenidos se aprecia escasa congruencia entre las actividades que los jóvenes escogen, en relación a aquellas a las que les asignan mayor valoración y mayor grado de satisfacción. Esto es una característica común y esperable en el periodo de adolescencia, debido a la constante búsqueda y construcción de la personalidad. Piaget enfoca este comportamiento desde algunas de las características de los esquemas de pensamiento propios de este periodo, como la indecisión que los lleva a considerar diversas opciones sin poseer las herramientas para elegir entre ellas, y desde la llamada hipocresía aparente, en que los adolescentes desean expresar un ideal pero no diferencian entre manifestarlo y vivir acorde a él, llevando a cabo conductas y comportamientos que pudieran parecer contradictorias y sin sentido.

Por otra parte, si bien el contexto socio cultural actual presenta una mayor cantidad de alternativas de tiempo libre, estas parecieran estar creando una sobreestimulación en el adolescente (13), difuminando aún más sus posibilidades de conformar su identidad, o tal vez esta infinidad de posibilidades no está debidamente enfocada hacia este grupo etéreo y sus intereses propios, por lo que no debiera extrañar que los jóvenes escogieran dentro de una reducida gama de opciones.

Además, se observa que la mayoría de las actividades que escogen los jóvenes no demandan una búsqueda consciente ni una participación activa de parte de estos, sino que se conforman con oportunidades inmediatistas, simples, sedentarias y unidireccionales. El tiempo libre queda configurado por la existencia un espacio temporal libre de actividades obligatorias, y no por las actividades que en él se realizan.

Considerando que las actividades de tiempo libre son parte importante del desarrollo del joven, de lo anterior se desprende que la formación integral de éste se está viendo mermada, probablemente porque la interacción entre las ofertas del medio y las demandas del adolescente no son compatibles.

Una característica principal de la adolescencia es que el joven entra en un periodo de ensimismamiento, que se refleja en el plano comportamental en la elección de actividades solitarias. En este estudio se refleja claramente esta tendencia, ya que aproximadamente la mitad de las actividades realizadas por los jóvenes son clasificadas en este plano social.

Si bien las actividades de carácter solitario son comunes en este grupo etéreo, es importante considerar que las actividades en que el joven comparte con grupos de pares son un factor fundamental para el desarrollo integral del adolescente.

La segunda tendencia de mayor elección por los encuestados es la ejecución de actividades en compañía de pares, esto concuerda con los postulados acerca de la disminución de la participación familiar y la asignación de mayor significado a la relación con los pares (34, 7, 32, 33).

La familia en esta etapa va perdiendo protagonismo, ya que el adolescente se independiza, empieza a escoger sus propias actividades y se identifica más con los pares, sin embargo en el presente estudio se observa que los adolescentes realizan una cantidad considerable de actividades en compañía de miembros de la familia (cerca al 20% de las actividades). Esto a largo plazo podría ser un factor protector pues es el soporte familiar del grupo de pertenencia original que ofrece una mayor contingencia social y contención emocional.

Como se ha mencionado, la influencia de los pares en esta etapa es primordial, por lo que en este estudio se esperaba encontrar participación en grupos juveniles, talleres vocacionales o recreativos, ya que estos proporcionan la oportunidad de convivir y compartir con pares, otorgar lineamientos valóricos y dar sentido de pertenencia, sin embargo, los escolares encuestados refieren participar escasamente en estas instancias.

CONCLUSIONES

La forma en que el adolescente estructure su ocupación le ayudará o le obstaculizará la resolución de conflictos internos y externos, permitiendo que el adolescente se desarrolle, construya un Yo sano y ajustado a la realidad y se desempeñe de manera adaptativa en su medio. El tiempo libre, es dentro de las áreas de desempeño, un espacio que permite el desarrollo integral y la exploración de capacidades y habilidades en forma autónoma, ya que el adolescente es el responsable de escoger cuáles serán las ocupaciones que realizará en este espacio sociotemporal.

Para apoyar este proceso es necesario comprender y conocer el comportamiento del adolescente, así como sus inquietudes, necesidades y preferencias. Este estudio en particular refleja los conocimientos teóricos acerca del perfil del adolescente en el desempeño ocupacional del tiempo libre de este, lo que es un aporte concreto para acercarnos a su confusa realidad.

El Objetivo general de esta investigación se cumple pues se **describen las características de las actividades de tiempo libre que realizan los adolescentes escolares de colegios municipales de la comuna de Recoleta**, configurando un

referente de la tendencia del desempeño ocupacional del tiempo libre de estos jóvenes en la actualidad.

Las características concretas de estas actividades descritas se especifican ampliamente en el capítulo de análisis, logrando obtener información relevante acerca de distintos aspectos que configuran la ocupación del tiempo libre del adolescente.

Como fue mencionado en la introducción, este estudio se encuentra inmerso dentro de una línea de investigación que busca conocer a futuro que relación tienen las actividades de tiempo libre con los factores protectores y de riesgo de presentar psicopatología en el adolescente. Este es el primer paso que define el perfil ocupacional del tiempo libre del joven sin psicopatología, en un contexto sociocultural específico.

Al descubrir cuáles son las actividades de mayor elección de los adolescentes y sus principales características, esta investigación puede ser un aporte para la planificación de planes y programas a nivel escolar, municipal o de salud preventiva, para otorgar espacios protegidos con actividades direccionadas adecuadamente hacia esta población.

Por otra parte, a corto plazo, este estudio otorgará estadísticas claras acerca del perfil de tiempo libre del adolescente a la municipalidad de Recoleta, lo que le permitirá redirigir sus recursos hacia áreas que potencian la vida sana y el desarrollo integral de sus jóvenes, abriendo espacios de esparcimiento atingentes a los intereses de los adolescentes de esa comuna.

Desde la Terapia Ocupacional y las Ciencias de la Ocupación Humana, se pueden extraer aspectos de esta investigación que sirvan tanto para la práctica cotidiana como para la creación de nuevos instrumentos de evaluación desde una perspectiva ocupacional.

En la práctica cotidiana de la Terapia Ocupacional facilita la comprensión de las características comunes de los adolescentes, en relación a la dispersión de actividades, sentidos y significados, y la elección no congruente de actividades. Asimismo, entrega un perfil del uso del tiempo libre en general, por lo que al enfrentarse el Terapeuta Ocupacional al adolescente tendrá un referente de actividades que puede utilizar para enfocar la intervención hacia el desarrollo de planes y programas preventivos, formación de hábitos saludables y desarrollo integral del joven.

Finalmente, la Ciencia de la Ocupación puede valerse de este estudio para la creación de pautas de evaluación del uso del tiempo libre, teniendo un amplio referente de comparación, atingente al medio sociocultural actual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Almonte, Carlos. Montt S., María Elena. Correa, Alfonso. "*Psicopatología Infantil y de la Adolescencia*". Editorial Mediterráneo 2003. págs.17-144. (33)
- 2) Álvarez Carril, E., *Amor, Adolescencia Y Postmodernida*", Revista Sexología Y Sociedad 1999; 5 (3): 9-12. Disponible En Internet En: http://www.bvs.sld.cu/revistas/ssoc/vol5_3_99/ssoc03399.htm (24)
- 3) American Academy Of Pediatrics: *Clinical Guide For Pediatricians*, Vol 8 N°1, Septiembre 1995. (13)
- 4) Brinnitzer, E. V. "*Yo Me Aburro, Tu Me Aburres, Todo Me Aburre*", *El Aburrimiento Y La Experiencia De Sí*,. Revista Digital - Buenos Aires - Año 8 - N° 52 - Septiembre De 20021 / 1. disponible en internet en: <http://www.efdeportes.com/> (19)
- 5) Brinnitzer, E. V. (2002) *Percepciones Del Tiempo Libre Durante La Adolescencia*, Universidad Fasta, San Carlos De Bariloche. (23)
- 6) Centro De Estudios De Población (Cenep) Buenos Aires, Argentina. Organización Mundial De La Salud División De Promoción Y Protección De La Salud. Programa De Familia Y Población. Salud Y Desarrollo De Adolescentes. "Recomendaciones Para La Atención Integral De Salud De Los Y Las Adolescentes - Con Énfasis En Salud Sexual Y Reproductiva." Actualizado Abril 2006. Disponible En Internet en: <http://www.latinsalud.com/articulos/00667.asp> (10)
- 7) Coddou, Cecilia. "*Tiempo Libre: Una Ocupación Subvalorada. En Vez De Producir Placer A Veces Genera Culpa*", Boletín Facultad de Medicina Universidad de Chile, Tomo V, Edición Mensual N ½ 40, Agosto 2004, página 7. Disponible en Internet en: <http://www.med.uchile.cl/boletin/edicion/2004/agosto.pdf> (14)
- 8) De La Fuente, Ramón. (1994). *Papel De La Depresión En La Patología Humana*, "Revista Psicología", No. 14, Febrero De 1994, Unam, México, D. F. (11)
- 9) Delval, Juan (1994), "*El Concepto De Adolescencia*", En *El Desarrollo Humano*, México, Siglo Xxi (Psicología), Pp. 544-548. (26)
- 10) Diccionario de la Lengua Española, Real Academia Española, Madrid 1992, vigésima primera edición, tomo II, Pág. 1963-1964. (37)
- 11) Erickson, E. et al. "*La juventud en el Mundo Moderno*" Ed. Hormé, Buenos Aires, 1969.(16)
- 12) Erickson, Eric, "*Teoría y Modelo De Los Estados De Identidad*", Disponible En: <http://www.geocities.com/researchtriangle/thinktank/4492/noticias/estados.htm>(17)
- 13) Escuela de Padres de Médica de Tarragona "*Obstáculos a vencer por los adolescentes*",2002. Disponible en Internet en la página: [http:// www.medicadetarragona.es/padres/adolescencia/obstaculos.htm](http://www.medicadetarragona.es/padres/adolescencia/obstaculos.htm) (32)
- 14) Feedback Networks Technologies, S.L - B31736309 - Reg. Merc. Nav., Tomo 898, Folio 92, Hoja NA 18199 -2005. Disponible en Internet en: <http://www.feedbacknetworks.com/cas/experiencia/sol-preguntar-calculador.htm> (38)
- 15) García Martín, Miguel Ángel, "*La actividad y el ocio como fuente de bienestar durante el envejecimiento*", universidad de Málaga (España), 2001. Disponible en Internet en: <http://www.efdeportes.com/efd47/bien.htm> (36)

- 16) Gómez Lillo, Silvia Universidad De Chile, Facultad De Medicina, Escuela De Terapia Ocupacional, Modelos De Intervención En Niños, Unidad De Desarrollo, Apunte Docente, 1998, Modificado 2003. (15)
- 17) Goodman, Paul (1985), "*El Universo Discursivo En El Cual Se Crece*", En Olac Fuentes Molinar (Antolog.), Crítica A La Escuela. El Reformismo Radical En Estados Unidos, México, El Caballito/Sep (Biblioteca Pedagógica), Pp. 75-81.(29)
- 18) Guillamón, Noemi. *Variables Socioeconómicas y Variables Interiorizadas y Exteriorizadas en Niños y Adolescentes*. Bellatera, Noviembre 2003. Disponible en Internet en "Child And Adolescent Mental Health - Anxiety Disorders. La Salud Mental De Niños Y Adolescentes". <http://www.mcghhealth.org/greystone/speds/mentalhealth/anxhub.html> (8)
- 19) Hein, Andreas. "Cuantificación De La Población Infanto-Juvenil Por Niveles De Exclusión En Los Principales Centros Urbanos." Fundación Paz Ciudadana Del Año 2004. Disponible En Internet en: http://www.pazciudadana.cl/list_investigaciones.php (5)
- 20) Hein, Andreas. Barrientos, Gonzalo. "*Violencia y Delincuencia Juvenil, Comportamientos de Riesgo Autorreportados y Factores Asociados*". Octubre 2004. Disponible en Internet en Centro De Documentación, Recursos, Investigación Y Difusión Sobre Derechos De La Infancia Y Violencia Sexual Infantil. http://www.derechosdelainfancia.cl/docs/imgs/imgs_doc/236.pdf (7)
- 21) INJUV, "Prevalencia (%) De Trastornos Psiquiátricos En Jóvenes De 15 A 24 Años De Diez Comunas De Santiago", 1994. Injuv (4)
- 22) INJUV, "Violencia Familiar; La Situación De La Mujer En Chile". Injuv, 2000. (3)
- 23) Krauskopf, Dina (1996), "*Procesos Psicológicos Centrales En El Adolescente*", En José Ángel Aguilar Gil Y Beatriz Mayén Hernández (Comps.), Hablemos De Sexualidad. Lecturas, México, Conapo/Mexfam, Pp. 65-108. (30)
- 24) Larrosa, Jorge (1996) *La Experiencia De La Lectura*, Laertes, Barcelona.(22)
- 25) Larrosa, Jorge (2000) *Notas Sobre A Experiência E O Saber De Experiência*, Universidad De Campiñas, Brasil. (21)
- 26) Larrosa, Jorge (Comp.) (1995) *En Escuela, Poder Y Subjetivación*, Ediciones La Piqueta, Madrid. (20)
- 27) López Stewart, Carmen. "*Orientaciones Técnicas Para Atención De Adolescentes En Establecimientos De Atención Primaria*." Grupo Asesor En Adolescencia Y Sexualidad, Red De Encargados/As De Adolescencia De Los Servicios De Salud. Diciembre 2004 (1)
- 28) Menéndez Benavente, Isabel "*Adolescencia: La Crisis Necesaria*". 2001. Disponible En Internet En <http://www.psicologoinfantil.com/articuloadolescencia.htm>(31)
- 29) Ministerio de Salud, INE, *Encuesta Calidad De Vida*, Minsal – Ine 2000 (2)
- 30) New Scientist, "*Incidencia de Suicidio Adolescente en Londres*", Febrero 22, Año 1997, pág.14 (12)
- 31) Piaget, "*Desarrollo Cognitivo, Aspectos De Madurez Cognitiva, Etapa De Operaciones Formales*". Disponible En: http://html.apuntesdocentes.com/adolescencia_21.html(18)
- 32) *Prevención De La Inactividad En La Adolescencia*, Guía Juvenil, 2003. Disponible En Internet En <http://www.guiajuvenil.com> (25)
- 33) Salazar Rojas, Diego (1995), "*Adolescencia, Cultura Y Salud*", En Matilde Maddaleno Et Al. (Eds.), La Salud Del Adolescente Y Del Joven, Washington, Organización Panamericana De La Salud, (Publicación Científica, 552), Pp. 18-

- 34) Salgado, Pamela; Muñoz, Irene. *"Jugar Y Recrear: Una Manera De Ocuparse.Ocupación Y Tiempo Libre."* Etouch. Septiembre 2005(6)
- 35) Sharon E. Carpinello, R.N., Ph.D. Centro Del Control De Enfermedades Del Centro Nacional Para La Prevención Y Control De Lesiones. "Tasa De Suicidio De Adolescentes". Diciembre 2004. Disponible En Internet En: <http://www.omh.state.ny.us/omhweb/spansite/speak/> (9)
- 36) Valdés, Alicia. "Tiempo Libre". Apuntes de Asignatura Ciencia de la Ocupación Humana y Terapia Ocupacional. Septiembre 2002. (35)
- 37) Veyne, Paul (1997), "*Adolescencia" Y "Juventud Efímera"*", En Philippe Ariès Y Georges Duby (Dirs.), *Historia De La Vida Privada. T.I, Imperio Romano Y Antigüedad Tardía*, Francisco Pérez Gutiérrez (Trad.), Madrid, Taurus, Pp. 34-39. (28)
- 38) Willard & Spackman. *"Terapia Ocupacional"*. Editorial Panamericana 10ª edición. Capítulo 36 "Disfunción psicosocial en la infancia y la adolescencia". (34)

I.

Título: Memoria autobiográfica.

Subtítulo: Estrategias terapéutico–educativas para la construcción de una narrativa de vida en niños y adolescentes con Espectro autista.

II. Autores:

Lic. T.O. Julia Benassi

T.O. Ma Emilia Fraile

II.

Vaivén. Espacios en Movimiento. Santa Fe Capital. Argentina. C.P. 3000

Urquiza 2500. Tel. (0342- 154 405056 / 0342- 155 026 255)

juliabenassi@yahoo.com.ar - emiliafraile@hotmail.com

I.

Título: MEMORIA AUTOBIOGRÁFICA

Subtítulo: Construcción de Memoria narrativa en niños y adolescentes con Espectro autista. Reflexión acerca de una propuesta de intervención terapéutica – educativa para su desarrollo.

II. Autores:

Lic. T.O. Julia Benassi

T.O. Ma Emilia Fraile

III. Institución:

Vaivén. Espacios en Movimiento. Santa Fe Capital . Argentina. C.P. 3000

Urquiza 2500. Tel (0342- 154 405056 / 0342- 155 026 255)

juliabenassi@yahoo.com.ar - emiliafraile@hotmail.com

IV. Resumen del Trabajo:

El presente trabajo pretende abordar la construcción de la memoria narrativa, como edificación de identidad, núcleo problemático en el Espectro autista. Para su desarrollo recorre algunos conceptos clave tales como: juego simbólico, sentido de la actividad, funciones psicológicas superiores, proyección, creación, entre otras. Estas competencias, estrechamente vinculadas, constituyen prerrequisitos para la elaboración de la propia narrativa de vida, el yo y el concepto de sí mismo.

El concepto de Actividad con Sentido, tal como lo comprende A Riviere, la posibilidad de suspensión y de integración de las acciones, como dirigidas a una meta, en jerarquías mayores, implica sin dudas la asombrosa capacidad humana de anticipar, de hacer un plan a futuro, de imaginar más allá de su presente. Organizar una experiencia de vida en torno a coordenadas de tiempo y espacio permite no sólo dominar un pasado sino construirlo desde lo actual y poder proyectar. En tal sentido plantearemos al “yo como un Cuento”, entendiéndolo como construcción narrativa que se origina desde la cultura y en un juego de interacción hacia ella y no sólo desde una dirección interior – exterior, enfocando por tanto el análisis en la “acción situada” (Bruner, 1991).

Este acotado recorrido conceptual de corte culturalista tiene como finalidad reflexionar acerca del valor y las posibilidades, para el desarrollo subjetivo, de un trabajo terapéutico – educativo en la elaboración de recorridos autobiográficos. La propuesta se enmarca desde una práctica de Terapia Ocupacional que procura problematizar su objeto de intervención “el hacer humano” como constituyente de los procesos de subjetivación.

Palabras Claves: espectro autista – memoria narrativa– identidad– terapia ocupacional - grupo

V. Desarrollo del Trabajo:

INTRODUCCIÓN:

En este escrito se reflexiona acerca del valor y las posibilidades, para el desarrollo subjetivo, de un trabajo terapéutico – educativo tendiente a la elaboración de la propia autobiografía. La propuesta se enmarca en el abordaje de niños y adolescentes con espectro autista (E.A) desde una práctica de Terapia Ocupacional que procura problematizar su objeto de intervención “el hacer humano” como constituyente de los procesos de subjetivación.

DESARROLLO:

Para el desarrollo del presente trabajo partimos de dos enunciados que reflejan comentarios y preocupaciones habituales de las familias con las cuales trabajamos:

1. “Ana no puede contarnos que le pasa durante el día. Nos enteramos por lo que nos dice la

transportista o la maestra y a veces por las cosas que trae en la mochila. Nos preocupa no saber

qué hace cuando no la vemos, es un enigma”.

2. “Leo tiene mucha memoria, no se olvida nada, recuerda cada uno de los detalles de lo que ve, repite el nombre de cada uno de los árboles que hay en la avenida, de las calles y las líneas de colectivos, de los negocios que auspician la revista del barrio”.

Podemos ubicar aquí DOS SITUACIONES PARADIGMÁTICAS:

1. Dificultad para estructurar relatos sobre la propia experiencia. 2. Memoria Prodigiosa. Recortamos estas situaciones en torno a un MISMO EJE, precisamente aquel que constituye uno de los núcleos centrales en la problemática del Espectro Autista.¹

Ante esto nos preguntamos:

¿Cómo proyectar en un tiempo y espacio futuro, sin un presente y un pasado organizados en base a estas coordenadas?.

¿En qué medida realizar un trabajo tendiente a la construcción de la propia narrativa, posibilita el desarrollo psico social en niños y adolescentes con esta problemática?

Estos interrogantes nos han conducido a realizar un recorrido teórico en relación a la problemática del autismo y a las particularidades del ‘recordar’ en esta población

¹ Recordemos que Lorna Wing (1998), plantea una tríada fundamental para la comprensión del autismo como alternación integral de las dimensiones del desarrollo: *RELACIONES SOCIALES*: con adultos, con pares, intersubjetividad, *COMUNICACIÓN* e *IMAGINACION*: ficción, imitación, en interrelación e interdependencia con las capacidades propias del área *APECTIVO- EMOCIONAL*: *anticipación, *flexibilidad, * sentido de la actividad.

(memoria Semántica y Episódica dentro del cual ubicaremos la autobiográfica), y a la revisión de la concepción de desarrollo, desde la cual comprender la alteración del mismo en estos cuadros².

Los enunciados iniciales dan cuenta, en el caso de Leo, de un bagaje importante de conocimiento general del mundo, no del propio experimentado, sino de ese sobre el cual uno puede obtener información. La memoria de Leo no representa eventos particulares sucedidos en un tiempo y un espacio específico, cuyos contenidos detallados impliquen una trama histórica personal.³

Estas especificidades son las que Pillemer (1998, en Solcoff 2001: 154) apunta como características de la memoria de eventos personales, y que encontramos alteradas en el E.A.

Y... ¿cuáles serían las implicancias de que Leo no goce de una prodigiosa memoria personal?, ¿Qué importancia tienen las dificultades de Ana para enunciar lo vivido?

Nisser (1994, en Solcoff 2001: 155) señala que en tanto el evento recordado juegue un significativo rol en la vida de su recordador urdirá su propia trama narrativa y estas son una forma de definir el Self. “Los seres humanos usamos el pasado para definir quienes somos”, afirma el autor.

Si “somos”, en términos del yo, aquello que nos podemos contar sobre nosotros mismos y este cuento del que el yo es autor y protagonista se cuenta siempre a partir de otros, armar una autobiografía implica indefectiblemente pensarse en relación con otros.

Organizar una cronología en la que integrar recuerdos, objetos, hechos personas, lugares, espacio y tiempo conjugándose en la posibilidad de poseer la propia experiencia, darle entidad en la propia vida, constituir la en narrativa personal es emprender la tarea de la propia edificación como sujeto y posibilitar, al mismo tiempo, la continuidad subjetiva. Configurar una propia biografía, integrar lo vivido en lo imaginado, lo proyectado, que involucra a otros - los nuestros- nos permite construir una identidad.

En relación con lo expresado podremos comprender que la dificultad de Ana y Leo, aunque aparentemente estemos en presencia de desarrollos cualitativamente

²El desarrollo teórico mencionado se encuentra en el trabajo completo.

³Trama a partir de la cual la narración verbal del evento pueda acompañarse de impresiones sensoriales que permitan revivir el hecho que se evoca; atributos todos que confieren al recuerdo un fuerte carácter de representación “verdadera” para su narrador.

diferentes especialmente en lo que a su nivel cognitivo respecta, se encuentran ligadas a *la construcción del propio autoconcepto*. Ese ¿quién soy? por el que tantas veces nos preguntamos no sólo no aparece aquí como interrogante, sino que suele hacerlo como un caótico rompecabezas desarmado.

Somos seres narrativos, nuestra identidad se organiza de este modo, si esto que aprendemos incidentalmente en la vida de relación es uno de los núcleos afectados en la problemática de las personas con EA, debemos buscar alternativas para trabajarlo desde su abordaje explícito.

Por lo expuesto la propuesta terapéutica persigue dos objetivos fundamentales:

1. Discriminar la trama narrativa ajena de la de la propia experiencia.
2. Construir una memoria autobiográfica que permita la unificación del propio self en una narrativa del autoconcepto.

Para el logro de estos objetivos se trabaja en grupos reducidos de niños y adolescentes a través de estrategias psicoeducativas que involucran el uso de recursos verbales y no verbales, tales como: cuentos, imágenes, videos, fotos, objetos personales, entre otros.

CONCLUSIONES:

Como terapeutas ocupacionales entendemos que nuestro objeto de trabajo es “el hacer del hombre”y que *nos ocupamos* de construir y acompañar procesos que otorguen la posibilidad de apropiarse de lo que se hace.

Pasado, presente y futuro constituyen tres pilares fundamentales de esto que *somos* y *hacemos*; conforman la trama de nuestra identidad, del concepto que construimos sobre nosotros mismos. Poder dar / darnos cuenta de alguna ‘historia’ sobre nuestra vida que nos ofrezca respuestas posibles a interrogantes constitutivos tales como: ¿porqué hoy estamos aquí?, no sólo involucra un trabajo de reconstrucción, un ejercicio de memoria, sino que, desde esta perspectiva de trabajo, requiere de un esfuerzo de *elaboración* de la propia historia y propicia la construcción de un futuro.

Este dispositivo propicia el logro de una articulación entre las ‘piezas’ del complejo rompecabezas identitario. En el tránsito de cada encuentro éste se configura, con y a partir de otros. De este modo se atenúan las “oscuras amenazas” (parafraseando a Bruner) en las que el mundo cotidiano, diverso y cambiante, subsume a estos niños. Amenazas que tornan más opacas las acciones de estos sujetos, que hacen – para ellos y para los otros – más inaccesible su mundo.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA:

1. AYUDA PASCUAL,, R., (2005). Juegos de estimulación de la semántica y la sintaxis del lenguaje en niños con TEA.
2. BATAILLE, G.(1995), “Lascaux o el nacimiento del arte”. Páginas. 38/54. Alción Editora.
3. CALMELS, D, (1997), “Cuerpo y Saber”, capítulos de psicomotricidad. D&B editores. Bs.As.
4. FRITH, U. (1999). “Autismo, hacia una explicación del enigma”. Salamanca. Alianza Editorial.
5. GADAMER Hans-Georg,(1991); “La actualidad de lo bello” Ediciones Paidós Ibérica. España
6. GÓMEZ, J.C. Y NÚÑEZ, , M., (1998). La mente social y la mente física: Desarrollo y dominios de conocimiento. Infancia y Aprendizaje. /Journal for the Study of Education and Development, 84, 5-32
7. HUIZINGA, Johan (2001). Homo ludens. Historia Alianza / Emecé. Bs. As.
8. KORNBLIT Y MENDES DIZ (2000), “La salud y La enfermedad: aspectos biológicos y sociales”. AIQUE. Bs. As. Argentina.
9. MONFORT,, M., (2000), "Niños con un déficit semántico-pragmático" Ponencia presentada en la Jornada sobre el Lenguaje Infantil, Madrid.
10. RIVIERE, A. - MARTOS, J. (1997). “El tratamiento del autismo. nuevas perspectivas”. Madrid. Insero y APNA.
11. RIVIÈRE, A. - VALDEZ, D. (2000). Pos grado en autismo. Convocatoria 2000. Modulo 3: “Construcción de significados y dimensión narrativa: hacia la búsqueda de nuevas metáforas para la psicología cognitiva”. Buenos Aires. Universidad CAECE- Fundec.
12. RIVIÈRE, A. (2002). “IDEA. Inventario de Espectro Autista”. Buenos Aires. Fundec. Serie Autismo.
13. RIVIÈRE, A., (1996). Actividad y sentido en autismo. 5º Congreso Autismo-Europa. Barcelona
14. TAMARIT, J., (1995a): “Conductas desafiantes y autismo: un análisis contextualizado”. En VV.AA. (Ed.): La atención a alumnos con necesidades educativas graves y permanentes. Pamplona: Gobierno de Navarra, Dto. de Educación, Cultura, Deporte y Juventud.

15. VALDEZ, D. (2005). Curso de Pos grado en Necesidades Educativas Especiales. Convocatoria 2005, 2do cuatrimestre. Clases 1 a 13 y talleres de escritura 1 y 2. Buenos Aires. FLACSO
16. VALDEZ, D. (coordinador). (2001). *“AUTISMO: enfoques actuales para padres y profesionales de la salud y la educación”*. Tomos I y II. Buenos Aires. Fundec. Serie Autismo.
17. VIGOTSKII, L, (1997); “La imaginación y el arte en la infancia”. Cap. I. Y Cap. III. Ministerio de Cultura y Educación de la Nación. México..
18. WING, L. (1998). “EL AUTISMO EN NIÑOS Y ADULTOS. Una guía para la familia”. Barcelona. Paidós.

**“MODALIDAD DE INTERVENCION EN CO-TERAPIA: TERAPIA OCUPACIONAL -
PSIQUIATRIA INFANTIL”**

Autoras:

Lic. Maria Eugenia Veyra

Licenciada en Terapia Ocupacional, Docente de la cátedra T.O.en Sicopatología infanto-juvenil; y Practica Clínica como Supervisora, UNMDP; T.O del Dpto. de Salud Mental de la MGP. Miembro de la Comisión de Lactancia Materna de la MGP Y SAP (Sociedad Argentina de Pediatría)(e-mail: mariaeugeniaveyra@ciudad.com.ar)

Dra.Rosa Alegre

Especialista en Psiquiatra Infantil. Psiquiatra del Dpto. de Salud Mental de la MGP

MODALIDAD DE INTERVENCION EN CO-TERAPIA: TERAPIA OCUPACIONAL - PSIQUIATRIA INFANTIL

La modalidad de intervención en co-terapia desde Terapia Ocupacional y Psiquiatría Infantil posibilita el enriquecimiento mutuo, y permite abordar en forma conjunta las posibilidades, problemas y limitaciones durante el trabajo con los niños que presentan indicadores o bien patología instalada de Trastornos generalizado del desarrollo; por medio de una re-organización de la situación a través de intercambios que permiten superar las limitaciones de cada disciplina en particular.

De la observación sistemática, la investigación y la intervención clínica ha surgido una comprensión más refinada de los factores adaptativos e inadaptados del desarrollo, comprendiendo mejor, también, el significado de las diferencias individuales de la infancia.

En el abordaje en co-terapia estarán en juego por un lado lo instrumental- cognitivo que privilegia el funcionamiento motor (el cuerpo como instrumento y herramienta del desarrollo madurativo y de crecimiento) y por otro, los procesos cognitivos relativos al propio cuerpo (en relación con el espacio, el tiempo y los objetos).

Los niños que son asistidos en este espacio terapéutico presentan perturbaciones en el Esquema e Imagen corporal, en la constitución y constructividad de su cuerpo, perturbaciones tónicas, perceptivas motrices que van condicionando su vida de relación dificultando y obstaculizando los procesos de maduración y simbolización.

El **Otro** no es un estímulo ni un estimulante sino la instancia que, desde su mirada organiza en el niño su auto imagen corporal...

La intervención se basa en ofrecer un espacio y tiempo para que el niño ponga en juego sus capacidades de elaboración y resolución de obstáculos, recuperando (o construyendo) el placer y el poder del movimiento a través del juego corporal y de los diferentes actos donde el cuerpo está presente.

No se trata de una mera yuxtaposición o una modificación sino que, a partir de la inclusión de otra disciplina proponemos un cambio a la vez ético y epistemológico en la lectura, en la mirada y en la intervención misma del desarrollo psicomotor desde TO, lo que nos posibilita continuar avanzando y pensando la clínica psicomotriz desde el “lugar de lo posible”. Desde nuestra

perspectiva, no hay desarrollo psicomotriz posible sin una estructura que lo origina y lo sustenta.; tanto la maduración del aparato neuromotor como el crecimiento y el proceso psicogenético quedarán referidos a la estructura subjetiva que humaniza a un sujeto.

La madre o quien corporice esta función, al mirar, al amamantar, al hablar, al cuidar al tocar a su bebe, lo seduce y lo erotiza configurando un ritmo de presencias y ausencias que le otorga al recién nacido una permanencia necesaria para su estructuración .Es por ello que un cuerpo se pulsionaliza a partir de la demanda de amor del Otro. Solo así podrá el niño habitar, investir su desarrollo psicomotor, ya que no será puramente cronológico sino singular.

Entre la madre y su hijo no se repite sólo la acción de ver sino el acto de mirar, no se repite solo el dar la leche sino el acto de amamantar, no se repite sólo la emisión del sonido sino el acto de la palabra; no se repite sólo la acción de mover al niño, sino el gesto significativo.

No hay relación del niño con su cuerpo si no está mediatizado por el deseo materno, lo que determina que el niño pueda estar alimentado pero a la vez insatisfecho.

La evaluación oportuna y el diagnostico preciso pueden ser las bases de una intervención efectiva antes de que las desviaciones se consoliden como patrones inadaptados de funcionamiento.

Cuando se observan en el periodo de lactancia signos tales como, perturbación en las funciones de: alimentación, del sueño, la anulación objetal de la madre, la falta de sonrisa, y sobre todo signos específicos en los ojos y mirada; se presenta la posibilidad de hacer un diagnostico precoz y un tratamiento oportuno. Detectar tempranamente nos permite poder implementar un tratamiento adecuado o el desbloqueo de una situación conflictiva, visualizar los disturbios y modificar las dificultades vinculares

La valoración de desarrollo psicomotor, la observación del desarrollo psico-afectivo y el conocimiento de de los hábitos / comportamientos de los niños y su entorno psicoafectivo y sociocultural, el funcionamiento de la familia, son de fundamental importancia para los profesionales que se dedican a la detección precoz de patologías infantiles.

Por las fallas e interferencias en la ardorosa conquista de su cuerpo, es que surge el espacio en co-terapia, para estos niños.

CONCLUSIONES DE LA EXPERIENCIA CLINICA:

De lo observado a través de 19 casos clínicos tomados al azar surge que:

1.La mayor incidencia en edad de la primera consulta es tardía (4 años 21 %).

2. Los motivos por los cuales se consulta no concuerdan plenamente con el diagnóstico final, ya que el 48 % de los casos presentan problemas relacionados con alteración vincular / socio-ambiental, el 28 % trastornos generalizados del desarrollo como así también trastornos de la conducta, el 12 % retardo mental y el 8 % Trast. Mixtos de la conducta y las emociones.

3. Respecto a los datos relevantes de la historia evolutiva surge que, el 100 % de los casos han presentado algún signo de alarma en el 1er. Año de vida, sobre todo en lo que se refiere a la función alimentaria (78 %), en el área del lenguaje el 68 % y el 50 % en la función del sueño.

4. El 57 % de los casos presentan sintomatología asociada por ejemplo: tras. de conducta, Somáticos (gástricas, cardiológicas, neurológicas, respiratorias etc. A repetición)

Por lo tanto consideramos que, toda investigación durante la primera infancia debería centrarse en las interacciones entre la madre, el niño y su entorno, que psíquicamente los contiene.

Si los profesionales logramos percibir estas angustias, interpretarlas e intervenir precozmente, el niño puede emprender el camino de la comunicación y del desarrollo psicomotor y si por lo contrario este proceso no se produce, no hay crecimiento psíquico, por lo tanto se podría producir retracción en el “encapsulamiento autístico” o derivar hacia confusiones entre sí y los objetos.

La tarea de la madre requiere una “atención muy sostenida” y un trabajo psíquico considerable, hemos visto por el relevamiento clínico mencionado, que en ocasiones ésta se ve obstaculizada en ejercer la función, por ejemplo por depresiones severas, lo que conlleva en muchos casos a no lograr decodificar los mensajes de su hijo; por lo que el abordaje del niño y su entorno desde la Interdisciplina se hace imprescindible, para intentar mejorar y/o favorecer las condiciones de acompañamiento en el desarrollo integral del bebé.

Se puede concluir que el diagnóstico de niños en riesgo de una evolución autística o de trastornos severos es casi posible antes de los 2 años y muy a menudo antes del primer año de vida.

Pensar en estrategias interdisciplinarias de intervención, resulta un desafío a la hora de sumergirse en los laberintos de ese niño con severas dificultades para armar su propia historia pero que aun así da cuenta de ella. (Signos de alarma).

Si pudiéramos entender que el acto de pensar se extiende a mirar lo no visible y a oír lo no escuchado, el pronóstico sería más optimista

BIBLIOGRAFIA

- Perez, A. , “ Grupo familiar, matriz del psiquismo”, conferencia.
- Riviere, P., “Teoría del vínculo” Ed. Nueva Visión. Bs. As. 1985
- Spitz, “ No y si”, Ed. Horme, Paidos. Bs.As. 1960
- Winnicott, D. “ El proceso de maduración en el niño”. Edit. Laia. Barcelon, 1965.
- Winnicott, D. “ Los procesos de maduración y el ambiente facilitador”. Estudios para una teoría del desarrollo emocional. Ed. Paidos, 1º ed.Bs. As. 1993.
- Winnicott,D. “ Conozca a su niño” Psicología de las primeras relaciones entre el niño y su familia. Ed paidos, Bs. As. 1970.
- Levin, Esteban :” La funcion del hijo” Ed. Paidos 2004.
- Calmels, Daniel : “Que es la Psicomotricidad” Ed. Paidos 1999
- Aberastury, A., “ El niño y sus juegos”, Ed. Paidos, Educar. Bs.As.1984.
- Aulagnier, P., “ La violencia de la interpretación”, Ed. Amorrortu. 1988
- Betelheim, B., “ La fortaleza vacía”,Ed. Laia/ Barcelona.1967

Autoras:

Lic. T.O. Julia Benassi - T.O. Ma. Emilia Fraile
juliabenassi@yahoo.com.ar - emiliafraile@hotmail.com
Institución: Vaivén. *Espacios en Movimiento*.
Santa Fe - Capital - Argentina.

Consultorios - Talleres - Formación



Grupo Historias de Vida.

Dispositivo terapéutico - educativo para el desarrollo autobiográfico.

La construcción de la memoria narrativa implica uno de los núcleos centrales en la problemática del espectro autista. Sea cual fuere el nivel de desarrollo, la construcción de la propia auto biografía encuentra directa relación con las tres dimensiones centrales del desarrollo alteradas en el autismo (Wing Loma, 1998): las **relaciones sociales** (intersubjetividad), la **comunicación** (habilidades comunicativas, lenguaje comprensivo y expresivo) y la **imaginación** (ficción, imitación, suspensión de significados), todas ellas en interrelación e interdependencia con las capacidades propias del área afectivo-emocional (anticipación, flexibilidad, sentido de la actividad). Sabemos que estos niños y adolescentes presentan dificultades -especialmente- en el desarrollo de una modalidad de pensamiento narrativa, que le permita construir relatos en los cuales integrar sus experiencias y vincularlas a las de los otros. Esta dificultad, que se presentará de modos absolutamente disímiles en los niños de alto rendimiento intelectual respecto de los niveles más rudimentarios del desarrollo, encontrará en todos los casos un mismo eje: la presentación del mundo humano como caótico e impredecible.

La propuesta terapéutica consistirá en acompañar la construcción de una unidad estructurada con coherencia que torne más accesible el mundo y en consecuencia que posibilite a estos niños y adolescentes interacciones personales más fluidas.

Objetivos:

Generales:

- 1- Discriminar la trama narrativa ajena a la de la propia experiencia.
- 2- Construir una memoria autobiográfica que permita la unificación del propio self en una narrativa del autoconcepto.

Específicos:

- 1- Establecer diferencias y semejanzas entre el registro de información general y los recuerdos personales.
- 2- Codificar y recuperar los acontecimientos personales vividos en relación con los experimentados por otros.
- 3- Organizar una trama narrativa de la propia experiencia acorde a parámetros de tiempo y espacio que permitan la elaboración de un pasado y un presente.
- 4- Iniciar el desarrollo de las capacidades de auto-proyección, a partir de un yo estructurado narrativamente.

¿Cómo se desarrolla?

Estrategias:

En la selección de las herramientas de trabajo se considera tanto el empleo de material narrativo como analógico.

Se planifica la intervención de modo de acompañar en principio el relato de otros, (incluso otros no presentes en el espacio de trabajo; ej.: a través de cuentos, films, etc.). Luego, de personas conocidas, de los integrantes del grupo hasta arribar al propio, esto resulta un proceso disfrutable ya que el grupo permite un acceso diferido a la propia realidad.

Implementación de la propuesta:

Planteamos el trabajo en un dispositivo de grupo reducido, rico en variedad de experiencias, representaciones y narrativas de vida. El grupo se reúne semanalmente durante una hora y media. El trabajo se complementa con sesiones individuales (cada niño con su terapeuta) en las cuales se elabora el material necesario para dar curso a las sesiones compartidas. En algunos casos, los participantes concurren a un taller de aprendizaje y juegos coordinados por una docente y una psicopedagoga. En este abordan la problemática de la construcción discursiva a partir de los hechos cotidianos inmediatos (ej.: diario personal). Esta instancia oficia como espacio intermedio entre los individuales y los grupales, (en las que se trabaja sobre contenidos diferidos en el tiempo, ej.: el nacimiento, los juegos de la infancia, etc.).

Materiales de trabajo:

- Cortos o fragmentos de películas sobre historias de vidas de personajes conocidos por los integrantes del grupo; fotografías o imágenes ilustradas de estos personajes que posibilitan una construcción dramática; videos sobre familiares, compañeros, terapeutas, docentes, etc.; álbum fotográfico; cuadernos o producciones escolares y extraescolares de los participantes y de sus familiares; objetos, elementos familiares significativos. Entre otros.

Conclusiones:

La implementación de esta propuesta da cuenta de la importancia, para el desarrollo subjetivo, de un trabajo terapéutico -educativo tendiente a la elaboración de la propia autobiografía.

En esta línea es necesario continuar diseñando programas tendientes a la organización de una cronología en la que se integren recuerdos, objetos, hechos, personas, lugares. La posibilidad de apropiarse de lo vivido, constituyendo una narrativa personal, implica emprender la tarea de la propia edificación como sujeto, y posibilita, al mismo tiempo, la continuidad subjetiva. Configurar una propia biografía, integrar lo vivido en lo imaginado, en lo proyectado, permite construir una identidad.

El funcionamiento de la clínica de la Terapia Ocupacional con la falta referente a escuela Crepaldi, P.; Rosa, A. C. D. Universidad de Sorocaba/SP, Brasil

Resumo

Este estudio surgió de la inquietud causada frente a la atención con niños de nueve años, encaminados al Programa Educacional del Núcleo de Terapia Ocupacional de la Universidad de Sorocaba, con queja de fracaso escolar. Era posible notarse que los niños llegaban muy introvertidos y pasivos, no logrando expresar sus deseos, lo que motivó a buscar en cada caso la problemática principal que resultó el fracaso escolar. Partiendo de una hipótesis, de que ese puede ser un síntoma que el individuo demuestra frente a un sufrimiento, se buscó observar también cuales las posibilidades de la Terapia Ocupacional con esta clientela y comprender cual el papel de la escuela en la actual coyuntura social. Los instrumentos utilizados para la colecta de datos fueron: la pesquisa bibliográfica; una pesquisa de campo realizada a través de la experiencia clínica y, también, entrevistas no estructuradas con los padres y profesores, a fin de proporcionar un espacio de comunicación entre familia, terapia y escuela. Fueran utilizados juguetes, juegos y actividades lúdicas, dinámicas expresivas y o artísticas, que ora eran elegidas por las aprendices, ora por los niños, a fin de investigar y instigar los deseos de cada uno de ellos. Los resultados de este estudio muestran que los niños consiguieran ocupar un lugar de sujeto deseante, retomando la espontaneidad, creatividad y un “nuevo mirar” sobre si mismos.

Introducción

Pensando en el papel regulador y de normalización que la escuela ejerce, actualmente, sobre los niños, empezamos una busca por un camino que nos hiciese entender el porqué de los niños presentaren problemas de aprendizaje. A partir de eso, buscamos ayuda y orientación en las teorías psicoanalíticas, específicamente la teoría winnicottiana y la teoría psicodinámica.

Métodos

Primeramente, empezamos la pesquisa con las atenciones a los niños, que ocurrían una vez por semana, teniendo la duración de una hora, en el período de febrero a diciembre de 2004. El grupo era compuesto por cinco niños y por dos aprendices. La demanda de las atenciones nos dejaba con muchas dudas y sentíamos la necesidad de un apoyo teórico, que pudiera basarnos y hasta calmarnos frente a las cuestiones que surgían y frente a la dificultad de encontrar el manejo terapéutico adecuado para la situación. Por eso, buscamos algunas teorías que nos orientasen.

La psicoanálisis tanea que el sujeto que presenta fracaso escolar es alguien sometido al deseo de otro, un ser pasivo, que no tiene deseo propio y que, por eso, no logrará elaborar la parte del aprendizaje que demanda una acción activa. Eso también nos ayudó a entender porque los niños eran tan obedientes, quietos y no conseguían elegir algo para hacer o no tenían ganas dentro de la sala de terapia. Winnicott, trae el concepto de la “madre suficientemente bondadosa”, que debe sustentar su bebe, reconocer sus necesidades, gratificándole a través de un *holding* adecuado. Con eso, la madre proporciona al bebe la ilusión de ser “omnipotente”, para después, a los pocos, desilusionarlo y encaminarlo para la independencia. Maximino (2001), teniendo como base los estudios de Winnicott, propone que el proceso terapéutico ocurra a la similitud de lo que ocurre en la relación madre-bebe, pues primeramente aceptase el paciente, estableciendo un vínculo, ofreciendo el *holding* (sustentación) necesario para eso; y, así como la madre desilusiona a su hijo, el terapeuta le encamina para la independencia. En la teoría psicodinámica se inscribe la importancia de se investigar historias familiares e individuales, que pudieran llevar a entender el comportamiento del niño, llevando en cuenta la importancia del vínculo terapéutico.

Con la junción de las teorías presentadas, partimos de la idea de que nuestra actividad con los niños sería el jugar espontáneo, que es una forma de expresión del inconsciente del niño; expresión de sus sueños, deseos, fantasías, de una forma no verbal, ya que el discurso verbal no es característico de esta clientela frente al terapeuta. De inicio, muchas veces tuvimos que elegir las actividades por los niños, pues ellos todavía no conseguían expresar o entrar en contacto con sus deseos. Sin embargo, nosotros siempre los estimulábamos a escoger, optar y se expresar durante las atenciones, de forma que los niños pasasen a se percibir, a se reconocer y a experimentar nuevas formas de existir y de actuar, diferentes da pasividad al cual estaban subordinadas.

Mantuvimos, también, contacto constante con las escuelas que los niños frecuentaban y con las familias, para que pudiéramos establecer una puente entre esos espacios principales por donde el niño circulaba.

Resultados

Al largo de las atenciones, pudimos observar las tomadas de decisiones de los niños, los contactos con sus propios deseos que se mostraban a través de la elección de una actividad, de un objeto o de no querer realizar actividades. De esta forma, los niños fueron permitiéndose experimentar nuevos papeles, explorar los sentimientos, las relaciones y permitiéndose desear, tornándose seres activos y actuantes. A pesar de eso, los padres depositaban, en nosotras aprendices, una esperanza de que sus hijos salieran de la situación de fracaso.

De esta forma, en las charlas con los padres y con los profesores, fuimos descubriendo, de un modo general, que los alumnos tenían mejorado, estaban más espontáneos, creativos, contestaban a las preguntas o solicitudes, se relacionaban mejor con los colegas y ya tenían avanzado en la cuestión del desarrollo escolar, esmerándose de un saber que era propio de cada uno de ellos. Algunos consiguieron acompañar el proceso (y los colegas de turma). Sin embargo, otras, a pesar de la evolución, aún presentaban un defasaje significativo, según evaluación de la escuela, impidiendo el cambio de fase.

Conclusión

Entendemos que este fue el inicio de un camino a ser trillado que, como en cualquier proceso terapéutico, necesita de un determinado tiempo para cada individuo. Pero percibimos que el primero paso estaba dado y que los niños conseguían y podían ser activos. Pero, tal vez ahora, necesitaban de un poco más de tiempo para vivir "su mundo infantil".

Además de eso, en esta pesquisa, no tuvimos la pretensión de determinar la conclusión del tema, pero la preocupación de hacer algunos apuntes, a partir de los registros de nuestra intervención, que podrán servir para estudios posteriores.

Rutina Ocupacional y Percepción de Autoeficacia en Personas con Enfermedad de Parkinson pertenecientes a La Liga Contra el Mal de Parkinson de la V Región de Chile, Septiembre a Noviembre 2006

Evelyn Contreras Schultz

Leonor Lagos Rodríguez

Carolina Lazo Reyes

Elías Vega Rivera

Andrés Walsh Payacán

Universidad de Playa Ancha de Ciencias de la Educación.

Valparaíso, V Región, Chile.

Facultad de Educación Física, Fono: (56-32) 2500115 – 2500181

Fax: (56 – 32) 2285021

RESUMEN

Rutina Ocupacional y Percepción de Autoeficacia en Personas con Enfermedad de Parkinson pertenecientes a La Liga Contra el Mal de Parkinson V Región Septiembre a Noviembre 2006

La Enfermedad de Parkinson es una enfermedad neurológica crónica con compromiso motor progresivo que modifica el desempeño de las actividades, pudiendo a su vez influir en la independencia con la que la persona se desenvolvía previamente a la aparición de la enfermedad.

La Terapia Ocupacional es una disciplina del área de la salud que se encarga de abordar a las personas con una mirada integral a través del uso de diferentes modelos de intervención. La Enfermedad de Parkinson es intervenida del punto de vista de Terapia Ocupacional como una forma de tratamiento no farmacológico que centra su intervención en el Desempeño Ocupacional. Así el Modelo de Ocupación Humana aporta una mirada global, que evalúa el desempeño ocupacional y a la vez posibilita la utilización de herramientas para valorar otras áreas de la Ocupación Humana, como son la rutina y percepción de autoeficacia, abordadas en la presente investigación.

Se realizó un estudio de tipo descriptivo exploratorio; realizado durante los meses de septiembre y noviembre del año 2006, cuyo objetivo fue describir la rutina y la variedad de actividades que la componen, así como la percepción de autoeficacia de 14 personas de un grupo comunitario de autoayuda, que participaron voluntariamente en la investigación y cuyas edades fluctúan entre 54 y 86 años, con diagnóstico de Enfermedad de Parkinson, actualmente en tratamiento farmacológico.

Estas variables se estudiaron en dos situaciones diferentes: respecto de un día de semana tipo (lunes a viernes) y un día de fin de semana (sábado o domingo).

Los resultados mostraron una variedad de actividades, así como una tendencia a mantener el mismo patrón durante el fin de semana. También se observa que las personas tienen una buena percepción de autoeficacia, valorando positivamente su desempeño general.

Al hacer la clasificación de actividades las personas con Enfermedad de Parkinson, éstas no desarrollan actividades de trabajo y no presentan una variabilidad importante en su rutina diaria.

Palabras Claves: Terapia Ocupacional, Enfermedad de Parkinson, Percepción de Autoeficacia, Rutina Ocupacional.

INTRODUCCIÓN

El ser humano a lo largo de la vida desarrolla actividades que tienen un propósito como parte de su rutina diaria. Las actividades en sí, pueden estar afectadas tanto por factores de orden personal como por factores externos. Al ser multidimensionales, las actividades realizadas a diario, son difíciles de clasificar, pues se complementan o influyen entre las mismas, provocando un cambio en el desarrollo vital.

Dentro de los cambios más abruptos y menos aceptados de los factores de orden personal, se encuentra el padecer una enfermedad como la Enfermedad de Parkinson, la cual corresponde a uno de los principales síndromes rígidos acinéticos, siendo una enfermedad de tipo crónica y progresiva de origen desconocido. Esta patología no causa la muerte, por lo tanto, durante los años que le restan de vida, la persona deberá aprender a vivir con las limitaciones que lo acompañarán durante la lenta progresión de la enfermedad. Además, al no cursar con deterioro cognitivo en sus primeras etapas, la persona está consciente de los cambios físicos que va experimentando, por lo cual podría ver alterada la percepción que tiene acerca del desarrollo de sus actividades cotidianas y cómo éstas han variado en relación a su capacidad de desempeño previa a la presentación de la patología. Las alteraciones propias de la EP más el cambio en la percepción, posiblemente llevarían a abandonar las actividades que en el pasado le eran significativas, como por ejemplo: las actividades laborales, pasatiempos, etc.

Durante la realización de esta investigación se utilizaron principios e instrumentos del Modelo de Ocupación Humana (MOH), propio de la Terapia Ocupacional; aspecto relevante si se considera que en Chile no se han difundido estudios de la aplicación del MOH en patologías propias del área de salud física.

El presente estudio busca conocer las características de la rutina diaria y la percepción de autoeficacia de las personas con Enfermedad de Parkinson participantes de la Liga Contra el Mal del Parkinson V región, Chile; para lo cual se aplicó el instrumento Cuestionario Ocupacional perteneciente al Modelo de Ocupación Humana durante los meses de Septiembre y Noviembre del año 2006, definiendo qué tipos de actividades componen la rutina diaria y cuál es la percepción de autoeficacia de dichas personas, registrando cada una de las actividades que realizan durante un día tipo de la semana y otro sobre un fin de semana, para identificar la variedad de rutina ocupacional que poseen.

Los resultados arrojados por nuestro estudio, podrían ampliar la labor del Terapeuta Ocupacional en el apoyo de la estructuración de rutinas ocupacionales tendientes a promover

o mantener el funcionamiento ocupacional en la vida de las personas para que se adapten mejor a los variados estilos de vida a los que enfrenta la discapacidad progresiva que produce la Enfermedad de Parkinson en quienes la padecen.

DESARROLLO

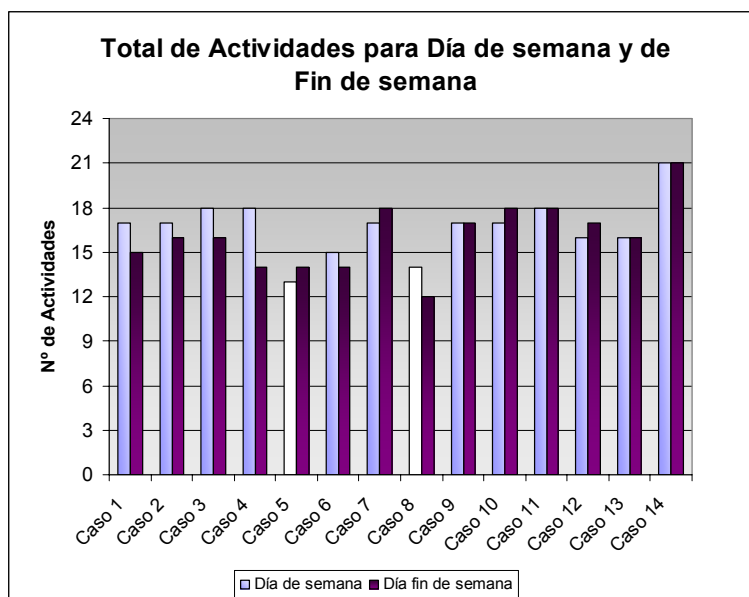
Luego de revisados los antecedentes en relación a los temas relacionados con nuestra investigación, y apreciadas diferentes interrogantes durante el proceso de recopilación de información, formulamos como principal objetivo el determinar la rutina diaria y la percepción de autoeficacia de las personas con Enfermedad de Parkinson que pertenecen a la Liga contra el Mal de Parkinson de la V Región, Chile.

Durante la realización de nuestro estudio, se consideraron aspectos importantes que se enmarcan dentro del Modelo de Ocupación Humana, propio de nuestra disciplina. Se debe recordar que este modelo entiende al ser humano como un sistema abierto y dinámico, que debe ser continuamente reorganizado para responder a las demandas personales y del grupo social a lo largo de su vida. Al ser un modelo integrador, centra más su atención en la persona que en la sintomatología misma de la enfermedad. A su vez se compone de 3 subsistemas que corresponden a Volición (causalidad personal, valores e intereses); Habitación (hábitos y roles) y Capacidad de desempeño.

Para objeto de nuestro estudio, nos centraremos en el concepto específico de Percepción de Autoeficacia, que pertenece al subsistema de causalidad personal, y que se define como la “Conciencia de la capacidades que la persona posee, y cómo éstas son aprovechadas en el desempeño, a favor de mantener o mejorar la calidad de vida de ésta y su familia”¹. Para obtener la información necesaria, y que nos proporcione datos acerca de la composición de la rutina diaria de las personas con Enfermedad de Parkinson, la clasificación de éstas y su percepción de autoeficacia se utilizó el Cuestionario Ocupacional, propio del Modelo de Ocupación Humana, completando sólo las 3 primeras columnas de dicho instrumento, las que aportarían los datos requeridos por nuestra investigación.

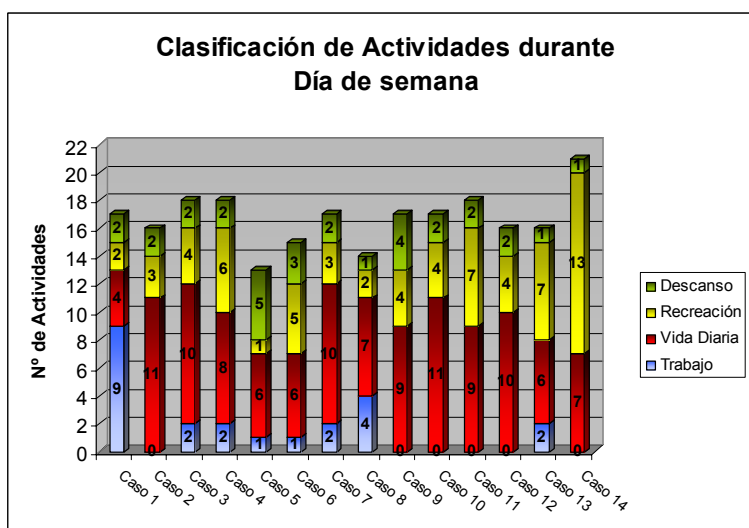
En definitiva, los datos obtenidos a través del instrumento entregaron los siguientes resultados:

Gráfico I



Al considerar en el gráfico I, el total de las actividades realizadas por los individuos tanto en el día de semana como en el día de fin de semana, podemos observar que en la mayoría de los casos no existe una diferencia significativa entre el número de actividades realizadas en el día de semana y el día de fin de semana.

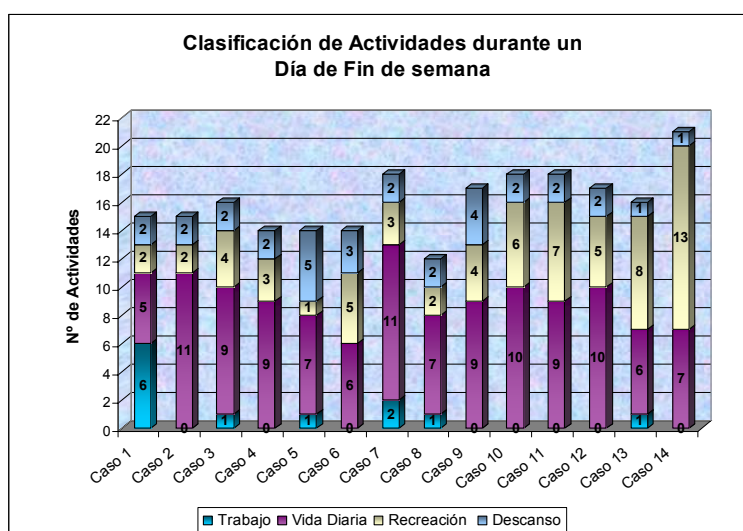
Gráfico II



Ahora bien si tomamos en cuenta en el gráfico II, la clasificación que cada uno de los individuos ha hecho de sus actividades cotidianas, podemos evidenciar que el mayor grupo es el de las Actividades de la Vida Diaria (AVD), seguido por el de las actividades de

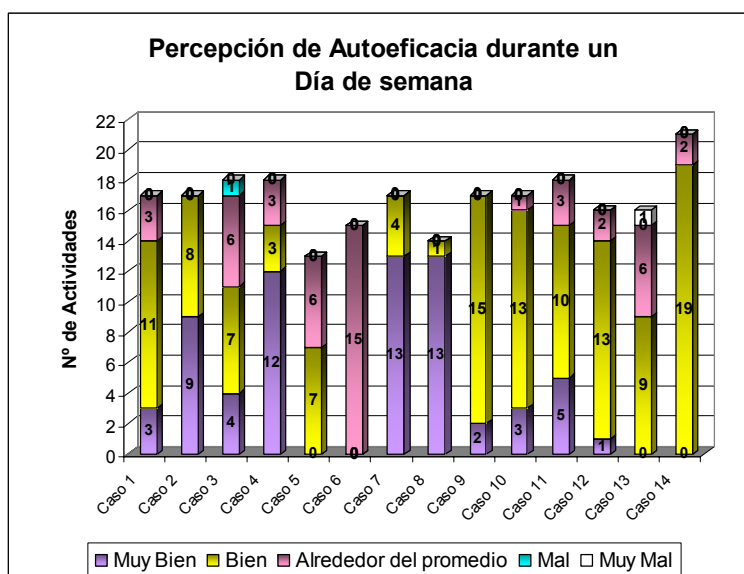
Recreación y luego el grupo de las actividades de Descanso. Finalmente podemos ver que el grupo menor es el de las actividades consideradas de Trabajo. El orden se mantiene en el gráfico III que contiene la clasificación de actividades que son realizadas durante un día de fin de semana, lo que señala una concordancia y estabilidad de la rutina.

Gráfico III



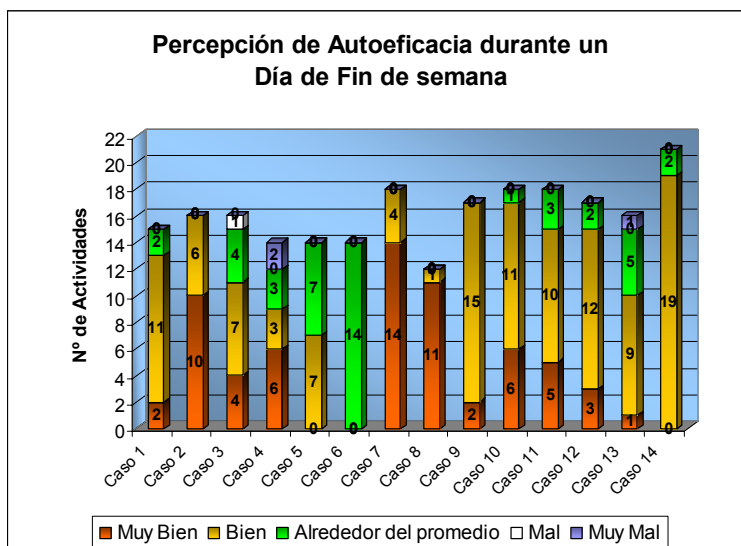
Respecto de la Percepción de Autoeficacia, es posible apreciar en el gráfico IV que la gran mayoría de las actividades realizadas durante un día de semana, son evaluadas por los individuos con el indicador “Bien”. A esta opción le siguen las opciones “Alrededor del Promedio” y “Muy Bien”, siendo menos escogidas las opciones “Mal” y “Muy Mal”.

Gráfico IV



Del mismo modo ocurre con las actividades realizadas durante un día de fin de semana, las que son mayoritariamente evaluadas como “*Bien*” realizadas. Esto es apreciable en el gráfico V, el que al igual que el gráfico IV permite inferir que existe satisfacción de parte de los individuos con su propio desempeño y a la vez, conciencia de las limitaciones propias de la enfermedad.

Gráfico V



CONCLUSIONES

En relación a los resultados obtenidos se concluye que la rutina diaria de las personas con Enfermedad de Parkinson, se conforma de variadas actividades que son identificadas y calificadas como actividades de la vida diaria, trabajo, recreación y descanso. La variabilidad de las actividades no es significativa en razón a día de semana/día de fin de semana, observándose una estructuración rígida de actividades; sin embargo se observa un aumento en las actividades consideradas recreación durante un día de fin de semana.

En la clasificación de actividades se observa que las actividades consideradas trabajo se presentan sólo en 8 personas en un día de semana, y 6 personas en un día de fin de semana, lo que indica que el resto de los individuos del estudio han dejado de realizar una de las áreas ocupacionales, que podría estar relacionado con diferentes variables, tales como la edad del individuo, el contexto social en que se desenvuelve, tiempo de diagnóstico, historia ocupacional, jubilación, entre otras. Del mismo modo, las actividades consideradas como vida diaria, recreación y descanso son realizadas por la totalidad de las personas participantes del presente estudio.

En relación a la Percepción de Autoeficacia en las personas referidas en este estudio, los indicadores sugieren que las personas se encuentran satisfechas con su desempeño escogiendo en su mayoría los indicadores más altos (Muy Bien, Bien) infiriendo que las personas con Enfermedad de Parkinson modifican su rutina para disminuir el impacto que tiene la patología en sus vidas; que va indicado por la poca variabilidad de las actividades día de semana- día de fin de semana, tendiendo a estructurar su rutina del día a día.

La percepción de las actividades se ve favorecida gracias al desarrollo de estrategias que facilitan el desempeño ocupacional, la adaptación del medio ambiente o la no realización de algún tipo de actividad (recreativa, o de tipo social) permitiendo así que las personas satisfagan sus expectativas, enfocando su desempeño hacia el objetivo de la actividad más que en el modo en que la realizan, desempeñando así, actividades previamente aprendidas, acordes a las capacidades determinadas por el desarrollo de la patología.

A través de la presente investigación se pretende fomentar estudios científicos relacionados a la intervención de la Terapia Ocupacional y la Enfermedad de Parkinson, tanto a nivel nacional como internacional, e incentivar a Terapeutas Ocupacionales y profesionales del área a que contribuyan y enriquezcan la información existente sobre esta enfermedad.

Como sugerencia a futuras investigaciones relacionadas con nuestro tema de estudio, podemos plantear la importancia de profundizar en el tema, a través de la realización un estudio longitudinal de la rutina ocupacional de las personas pertenecientes a la Liga contra el Mal del Parkinson, V Región Chile, que analice más en detalle la composición de su rutina diaria, considerando además los diferentes factores que rodean a la persona y afectan la percepción de autoeficacia. Interesante sería también abarcar en una siguiente investigación la totalidad del instrumento Cuestionario Ocupacional, para así obtener una visión total de la Volición.

En base a los resultados obtenidos, el presente estudio podría ser útil para enriquecer la intervención del Terapeuta Ocupacional en el ámbito de la salud física, abordado desde el ámbito comunitario, lo que sin duda beneficiará los objetivos del trabajo en este tipo de organizaciones comunitarias de autoayuda.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kielhofner, G.; 2004. **“Terapia Ocupacional: Modelo de Ocupación Humana. Teoría y Aplicación”**. Editorial Médica Panamericana 3ª Edición. (Buenos Aires – Argentina.)
2. Hoehn, M.; Yahr, M.; 1967. **“Parkinsonism: onset, progression and mortality”** Journal of Neurology, número 17.
3. Zarranz, J.; 2003. **“Neurología.”** 3ª Edición. Editorial Elsevier Science. (Madrid – España).
4. Crossman, A.; Neary, D.; 2002. **“Neuroanatomía: texto y atlas en color.”** 2ª Edición. Editorial Masson. (Barcelona – España.)
5. Lépori, L.; 2003. **“Miniatlas Parkinson”**. 1ª Edición. Editorial Clyna S.A. (Buenos Aires – Argentina.)
6. Beattie, A.; Harrison, J.; 2003. **“Terapia Ocupacional y Disfunción Física. Principios, técnicos y práctica.”** 5ª edición. Editorial Elsevier Science. (Madrid - España.)
7. Polonio, B.; 2003. **“Terapia Ocupacional en Discapacitados Físicos: Teoría y Práctica.”** 1º Edición. Editorial Médica Panamericana. (Madrid – España.)
8. Durante, P.; Polonio, B.; Noya, B.; 2001. **“Conceptos Fundamentales de Terapia Ocupacional.”** 1º Edición. Editorial Médica Panamericana. (Madrid - España.)
9. Programa de Trastornos del Movimiento. Pontificia Universidad Católica de Chile. **Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad de Parkinson**, [en línea disponible] http://www.med.puc.cl/servicios/parkinson/parkinson_diag_tratam.htm. (18-11-2006).
10. Chaná-Cuevas, P.; et al.; 2006. **Factores de riesgo asociados con la presentación de Episodios Depresivos Mayores en una población ambulatoria de pacientes con Enfermedad de Parkinson.** Revista Neurología Vol.42 Num.09 P0521 Fecha de publicación 01/05/2006 [en línea disponible] <http://www.revneurol.com/VeureResum> (03-01-2007.)

Personas con deficiencia: necesidades de convivência e posibilidades de atenção domiciliar

Táisa Gomes Ferreira - Universidade de São Paulo - Brazil.

Este trabajo es parte del maestreado en andamio dentro del programa de Ciencias de la Rehabilitación de la Universidad de São Paulo (Brasil). Esta directamente vinculado a las actividades del laboratorio de investigación en Rehabilitación Basada en la Comunidad, dentro del Departamento de Terapia Ocupacional de la USP. Se pretende conocer las condiciones de convivencia con la deficiencia con énfasis en las redes sociales y de soporte de personas con deficiencia; discutir la atención domiciliar como modalidad asistencial y de acompañamiento de personas con deficiencia, buscando la participación en la vida social y contribuir para el desarrollo de acciones en Terapia Ocupacional. Como metodología se propone la realización de cuatro estudios de caso de personas con deficiencia mayores de 18 años, con aproximadamente tres encuentros para su desarrollo. Las personas serán escogidas entre moradores de la región de estudio de UBS del Jardim Boa Vista, donde se desarrolla el proyecto de actuación comunitaria y territorial en rehabilitación y terapia ocupacional. Los estudios de caso están siendo realizados a partir del levantamiento de las historias de vida que serán gravadas e posteriormente transcritas. Los aspectos a ser explorados a partir del relato de la trayectoria de vida de las personas con deficiencia serán: percepción de las necesidades; experiencia de la asistencia; red social y de soporte; participación en la vida social y ejercicio de derechos. Este conocimiento de la experiencia de la deficiencia podrá subsidiar la acción de la terapia ocupacional en modelo de atención en rehabilitación que tiene en la atención domiciliar uno de los ejes de intervención y de comprensión de las personas con deficiencia.

Palabras claves: Personas con deficiencias; Terapia Ocupacional; RBC; Participación; Atención Domiciliar

Este trabajo es parte del maestreado en andamio dentro del programa de Ciencias de la Rehabilitación de la Universidad de São Paulo - USP (Brasil). Esta directamente vinculado a las actividades del laboratorio de investigación en Rehabilitación Basada en la Comunidad, dentro del Departamento de Terapia Ocupacional de la USP.

Sabiéndose que el estudio de las condiciones de convivencia con la deficiencia de las personas con incapacidades, de su red social y de soporte, puede subsidiar acciones de rehabilitación, que contemplan sus necesidades y las reconocen como personas portadoras de derechos e deberes y que esto puede posibilitar la ampliación de la participación en la vida social de este grupo, elemento fundamental del proceso de rehabilitación.

Se pretende con este estudio conocer las condiciones de convivencia con la deficiencia con énfasis en las redes sociales y de soporte de personas con deficiencia; discutir la atención domiciliar como modalidad asistencial y de acompañamiento de personas con deficiencia, buscando la participación en la vida social y contribuir para el desarrollo de acciones en Terapia Ocupacional.

Este estudio inscribe en el campo de la investigación cualitativa por pretender conocer las condiciones de vida y de convivencia con la deficiencia de personas con deficiencia no acompañadas por servicios de rehabilitación y discutir posibilidades de desarrollo de atención que vise ampliar o posibilitar oportunidades de participación en la vida social.

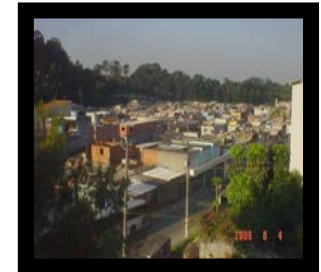
Como metodología del estudio se propone la realización de cuatro estudios de caso de personas con deficiencia mayores de 18 años, con aproximadamente tres encuentros para su desarrollo. Las personas serán escogidas entre moradores de la región de estudio de UBS del Jardim Boa Vista, donde se desarrolla el proyecto de actuación comunitaria y territorial en rehabilitación y terapia ocupacional.

Hubo la intención de representar a las personas con deficiencia en lo que respecta a la edad, sexo, etiología de la deficiencia, secuelas a partir de estudios de los prontuarios de las personas con deficiencias ya identificadas en la UBS.

Los estudios de caso están siendo realizados a partir del levantamiento de las historias de vida que serán gravadas e posteriormente transcritas. Los aspectos a ser explorados a partir del relato de la trayectoria de vida de las personas con deficiencia serán: percepción de las necesidades; experiencia de la asistencia; red social y de soporte; participación en la vida social y ejercicio de derechos.

Así, cuando los terapeutas ocupacionales incorporan en discurso de práctica el concepto de cotidiano se cambia la proporción teórico-metodológica de la terapia ocupacional, que ahora percibe la historia del sujeto, su contexto y su inserción lo colectivo (GALHEIGO, 2003).

Al mudar la manera de pensar sobre la propia rehabilitación y sobre los individuos que de ella dependen, además de intentar establecer una comprensión sobre el universo en el cual esas personas están participando, su contexto de vida y sus proyectos, se torna imperativo conocer la red social y de soporte de las personas con deficiencia, pues según Llanos y col. (1977) redes sociales y de soporte generalmente establecidas por las personas que enfrentan situaciones marginales y de pobreza como forma de sobrevivencia y para protegerse de situaciones adversas, para entonces, instituirse objetivos realmente volteados a las necesidades cotidianas y que pueden resultar en un individuo más participativo y autónomo con relación a la búsqueda de su calidad de vida.



Esta aproximación con la realidad directa de la experiencia diaria de la deficiencia, hace con que el terapeuta ocupacional construya una visión más fidedigna de que es "ser deficiente" y así consiga actuar de manera puntual focalizando las principales barreras que la persona con deficiencia enfrenta para alcanzar la participación. De esta manera se torna importante conocer la historia de vida de las personas con deficiencias, pues en ella están enunciadas sus experiencias, expresadas bajo su óptica, dentro de su contexto de vida.

Proyecto Periódico : Gilo en la vianda, construyendo la ciudadanía.

Claudia natsumi yoshida. Mairinque –SP. Brazil

Resumen

El proyecto surgió de la necesidad de integrar al adolescente a la comunidad. Pues a partir de algunos proyectos realizados en la escuela con esos jóvenes, nos dimos cuenta de la enajenación, de la falta de crítica y de estímulo en su contexto social.

Pensando en la necesidad de un proyecto volcado a los adolescentes para ayudarlos a comprender su papel en la sociedad como ciudadanos y la Terapia Ocupacional como articuladora y simplificadora, el proyecto tuvo como propósito situar al joven en su contexto social, con el deseo de construir un sentimiento de propiedad, en relación a la colectividad, posibilitándolo a construir e interferir en la sociedad.

Fue realizada la búsqueda del conocimiento para la producción de un periódico, la elección del nombre, del grupo, del primer tema, la elaboración y edición de materias, además de entrevistas con los alumnos, profesores, dirección de la escuela, concejales e intendente, investigaciones y patrocinadores. El primer tema elegido fue sobre Educación.

Durante el proceso se pudo observar el empeño y el desenvolvimiento de esos adolescentes, pues adquirieron mayor confianza, autoestima, autonomía, además de aprender a trabajar en equipo, estando cada vez más integrados a los problemas de la escuela y de la ciudad. A lo largo de la construcción del periódico nos dimos cuenta, como la escuela todavía condiciona a los alumnos a no pensar en su realidad social, reduciéndolos a la reproducción de conocimientos en un sistema jerárquico y de autoritarismo.

Palabras claves : periódico, adolescentes , educación, ciudadanía, terapia ocupacional

Saraceno, B. Libertando identidades: da reabilitação à cidadania possível. Rio de Janeiro: Te Corá, 1999.
GALLO, Silvio. Deleuze & a educação. Belo Horizonte: Autêntica, 2003; 118.

Introducción

El proyecto Jornal Gilo en la Vianda surgió de la necesidad de integrar al adolescente en la comunidad, pues a partir de algunos proyectos realizados en la escuela con esos jóvenes, se observó la enajenación, la falta de crítica, de estímulo en su contexto social.

Metodología:

Promover un espacio simplificador y articulador en el proceso de construcción del periódico junto con los adolescentes, en las discusiones y decisiones del grupo.

Objetivo:

Integrar al adolescente en su contexto social, posibilitándolo a construir un sentimiento de propiedad de la colectividad.

Resultados:

Los adolescentes tuvieron mayor motivación, autoestima, se volvieron cuestionadores y movilizadores de sus acciones, o sea cada vez más integrados en los problemas presentados en la escuela y en la comunidad.

Conclusión:

A lo largo del proceso de construcción del periódico, se observó la importancia de la valorización y el estímulo que muchas veces la escuela no proporciona a los jóvenes.

Nos dimos cuenta como la escuela condiciona a los alumnos a no pensar en su realidad social, reduciéndolos a la reproducción de conocimientos en un sistema jerárquico y de autoritarismo.

PERSPECTIVAS DE LOS EGRESADOS DE LA CARRERA DE TERAPIA OCUPACIONAL DE LA PUC-CAMPINAS.

Autores: Dr. Fábio Bruno de Carvalho, Dra. María Luisa G. S. Ballarin, Mg. Rosibeth Muñoz Palm

Institución: Faculdade de Terapia Ocupacional do Centro de Ciências da Vida da PUC-Campinas - Campinas, São Paulo, Brasil

Dirección postal: Rua Pero de Campos Tourinho, 85, Pq. Taquaral, CEP: 13087-016 Campinas, São Paulo, Brasil - Teléfono: 1932564628 - E-mail: carvalho1@mpcnet.com.br

TÍTULO: PERSPECTIVAS DE LOS EGRESADOS DE LA CARRERA DE TERAPIA OCUPACIONAL DE LA PUC-CAMPINAS.

AUTORES: Dr. Fábio Bruno de Carvalho, Dra. María Luisa G. S. Ballarin, Mg. Rosibeth Muñoz Palm.

INSTITUCIÓN: Faculdade de Terapia Ocupacional do Centro de Ciências da Vida da PUC-Campinas - Campinas, São Paulo, Brasil.

Resumen

Introducción: Las políticas que guían la educación universitaria en el Brasil dan énfasis a los procesos de evaluación de sus alumnos. La PUC-Campinas ha desarrollado metodologías para la evaluación. La facultad de terapia ocupacional al realizar la evaluación de su proyecto pedagógico incluyó una investigación con sus alumnos egresados. Objetivo: Este trabajo presenta resultados de naturaleza cuantitativa y cualitativa destacando las perspectivas de pos-formación y mercado de trabajo. Material e Métodos: Participaron de esta investigación 47 alumnos egresados entre los años de 1980 a 2004. Los datos fueron analizados a través del software SPSS y SPHINX. Resultados: Los resultados obtenidos en relación al camino de pos-formación mostraron efectivamente la inserción en programas de aprimoramento profesional en servicio, especialización y postgrado (maestría y doctorado), buscando la calificación técnica del servicio y la educación continuada y permanente al concluir la carrera. De esta manera, fue verificado que 53% eran especialistas, 19% concluyeron la maestría y 6,3% el doctorado. Los resultados encontrados en relación al mercado de trabajo muestran que 38,2% actúan en el área física, 31,9% en la salud mental. Un otro aspecto importante encontrado en esta investigación es que 51% trabajan en servicios públicos, 23,4% en el sector informal y 21,2% en el servicio privado. Conclusiones: Prevalentemente, los egresados de terapia ocupacional de la PUC-Campinas están absortos para la sección pública y activa en las áreas físicas y de salud mental.

INTRODUCCION

La política de enseñanza superior en el país enfatiza la necesidad de perfeccionar los procesos de evaluación de las Universidades y Facultades. El “Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior” (SINAES) integró tres procesos de evaluación, la Evaluación Institucional, por vía del “Plano de Desenvolvimento Institucional” (PDI), la Evaluación de Cursos vía el “Projeto Pedagógico” (PP) y la Evaluación de los Estudiantes vía el análisis de Habilidades y Competencias.

En este contexto, PUC-Campinas desarrolla, desde el año 2002, su PDI y viene utilizando diversas metodologías de auto-evaluación junto a su cuerpo docente y de alumnos, bien como a los Proyectos Pedagógicos de sus cursos.

Integrados a éste proceso de auto-evaluación la Facultad de Terapia Ocupacional incluyó una investigación en la dirección, de analizar el perfil de los egresados frente a la realidad del mundo de trabajo y, específicamente, conocer las características culturales, etarias, de tiempo y percepción de la calidad de formación, trayectoria de capacitación, posgrado e inserción en el mercado de trabajo de los egresados en terapia ocupacional.

METODOLOGÍA

Fue elaborada una pesquisa de naturaleza cuali-cuantitativa, cuyos datos fueron obtenidos a través de un cuestionario conteniendo preguntas abiertas y cerradas. El cuestionario fue aplicado junto a un grupo aleatorio de 47 egresados entre los años 1980 y 2004, que participaron de un evento científico específico para egresados de la Facultad. Se trabajó con un universo de 21,2% en la década de 80, 23,4% en la década del 90 y 55,3% a partir del año de 2001.

La pesquisa demandó la construcción de un banco de datos, a través del software Access. Los datos cuantitativos fueron analizados, estadísticamente, vía los softwares Spss y Sphinx y los datos cualitativos fueron tratados a partir de la teoría de las representaciones sociales.

RESULTADOS

La Trayectoria de Pos -Formación y Capacitación

Los resultados obtenidos mostraron que del universo de egresados investigados relacionado a la titulación 53% son especialistas, 19% concluyeron la maestría y 6,3% el doctorado. En este sentido, se destaca que 78,3% de los egresados invirtieron en programas de capacitación y educación continuada y 21,7% salieron de una trayectoria formal de calificación permaneciendo todavía, con la graduación.

Con respecto al área de capacitación, los datos relacionados a los especialistas muestran que 40% se encaminaron para la salud mental, 20% para la física, 8% para la educación, 8% salud colectiva y 4% para la administración hospitalar. En relación a la

maestría, 22,2% se dedicaron a la educación, 22,2% a la psicología, 11,1% a cada una de las áreas de salud colectiva, gerontología, oftalmología, sociología y ergonomía. Ya, los doctores 60% se recibieron en clínica médica, en áreas de oftalmología (50%) en calidad de vida (50%) y 40% en psicología en el área social y salud del trabajo (100%).

La inserción en el mercado de trabajo

Los datos relativos a la inserción en el mercado de trabajo demuestran que 38,2% de los egresados actúan en la salud física, 31,9% en la salud mental, 8,5% en el campo social, 6,3% en la enseñanza, 4,2% en la salud colectiva, 4,2% en la deficiencia visual y los 6,6% restantes actúan en las áreas de gerontología, hospitalización y quemados.

Con respecto a las características del empleador, se constató que 51% de los egresados están vinculados al servicio público, 23,4% al tercer sector (ONG) y 21,2% al privado y 4,2 a programas de voluntariado. En relación a la remuneración solamente 44,7% de los entrevistados informaron sobre éste ítem. De los datos validados identificamos que 47,6% reciben entre 100 y 470 reales, 33,3% entre 800 y 1000 y 19% encima de 1000.

DISCUSIÓN

Los datos obtenidos sobre capacitación y titularidad reafirman los estudios de HAHN (1) al verificar que a lo largo de éstos últimos veinticinco años, los terapeutas ocupacionales, fueron concientizándose de la necesidad de buscar una formación continuada con la finalidad de cualificar sus prácticas. El último estudio publicado EMMEL (2) sobre la titulación de los docentes en terapia ocupacional en el país mostraba que, 68,2% eran especialistas, 20% licenciados y 4,8% doctores. Datos presentados en el I Forum Nacional de Políticas Profesionales de Terapia Ocupacional de 2005 (3), todavía no publicados mostraban que para un universo de 465 docentes, 64% eran especialistas, 50% licenciados y 16% doctores.

Los resultados de EMMEL (2)(3) divergen de éste, pues analizaron el universo de los docentes y sus índices son superiores a los encontrados con los egresados de la PUC-Campinas.

Al desbordar los índices de capacitación de los docentes de EMMEL (64%, 50% y 16%) de los egresados (53%, 19% y 6,3%) sobre el universo de los profesionales del país (cerca de 7.000), se proyectaría una reducción muy grande en los índices de EMMEL (4,3%, 3,3% e 1,0%) y la valorización de los índices obtenidos junto a los egresados.

Y al abstraerse los números absolutos de los egresados (47) y aplicar sus índices sobre 7.000 profesionales los resultados irían para un conjunto de 3700 especialistas, 1330 licenciados y 440 doctores, evidenciando la buena calificación de los egresados de la PUC-Campinas.

De otra forma, para validar estas hipótesis sería necesaria la comparación con estudios semejantes que incluyan otras variantes del universo profesional del país, pero que aún no son conocidos.

Referente a la introducción en el mercado de trabajo lo que se verifica es que quienes emplean permanecen siendo las áreas de salud física y mental, es una reafirmación histórica. El área social, con índices reducidos, aún se está constituyendo como una gran área empleadora a partir de su perspectiva inter-disciplinar. El área de la educación surge como un campo cualitativamente empleador y al mismo tiempo limitado en función de la política expansionista en el desarrollo para la enseñanza superior del país. De las otras áreas distintas entre si se destacan: deficiencia visual y la salud colectiva. Los bajos índices de ocupación pueden derivar de las exigencias de conocimientos técnicos y políticos, casi imposibles de ser adquiridos en graduaciones predominantemente generalistas. El dato sorprendente es relativo al campo de la gerontología que aparece con índices muy abajo de lo esperado cuando comparado con las expectativas del aumento del envejecimiento de la población y la formación de un gran mercado de trabajo para los terapeutas ocupacionales.

El sector público se afirma como un gran empleador de los terapeutas ocupacionales debido a la política de salud desarrolladas desde la implantación del SUS. Las ONG reafirman su papel de empleadora, así como las instituciones privadas que están con índices muy próximos. El trabajo autónomo y empresarial de los terapeutas ocupacionales, aún existentes son poco relevantes.

CONCLUSIÓN

Los egresados de la PUC-Campinas han evolucionado cualitativamente de forma bastante satisfactoria y adquirido niveles de capacitación numéricamente significativos cuando comparado con estudios disponibles en el país. Sufren con la oferta insuficiente de cursos lato senso y strictu senso visto que existen solamente dos programas de licenciatura en terapia ocupacional en el país. Los programas de perfeccionamiento llenan los vacíos de las especializaciones y fue solamente en el 2006 que se creó la primera residencia específica en terapia ocupacional, en la área hospitalar, en la PUC-Campinas. Todos los egresados de la

muestra están incluidos en el mercado de trabajo, predominantemente en las áreas de salud física y mental.

El mercado de trabajo para los terapeutas ocupacionales tiene un gran potencial, conforme proyecciones de COFFITO (4). Hay una demanda de trabajos para 25.000 profesionales y existen apenas cerca de 5.800 registrados en CNES. Estos datos evidencian las insuficiencias del sistema de formación de los terapeutas ocupacionales que es incapaz de dar respuestas cualitativas o cuantitativas a la demanda del mercado de trabajo.

Empíricamente, lo que se ha verificado es una retracción del mercado para los terapeutas ocupacionales y su ocupación está siendo realizada por otras categorías profesionales más agresivas y con menos ideologías. La abertura de universidades públicas, solamente, no resolverá el problema de la ocupación de puestos de trabajo potenciales para los terapeutas ocupacionales. Las seis universidades federales del país colocan en el mercado, a cada año en un universo de 900, solamente 120 profesionales (4). Además de esto, hay una disminución de la busca y de matriculados en las facultades privadas en terapia ocupacional y una acentuación en la disminución del número de egresados tanto en las universidades públicas como privadas (5).

Discutir el mercado de trabajo en sus vicisitudes y potencialidades es uno de los aspectos fundamentales para la construcción de una profesión sólida y competente, no podemos eximirnos de enfrentar sus fragilidades y encontrar caminos para superarlas. Se espera que a este trabajo, casi inédito, se agreguen otros semejantes y se amplíen las discusiones sobre el tema.

REFERENCIAS

1. M. S. HAHN, 1999. "O processo de escolha de áreas de especialidade dos recém-graduados em terapia ocupacional: a opção pela psiquiatria e saúde mental" Tese (Doutorado em Ciências Médicas: Saúde Mental) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas (Campinas).
2. M. L. G. EMMEL & S. LANCMAM, 1998. Quem são nossos mestres e doutores? O avanço da capacitação docente em terapia ocupacional no Brasil. **Cad.Ter.Ocup. UFSCar**;7, 1, p.29-37.
3. COFFITO, 2005. "Relatório final do Fórum Nacional de Políticas Profissionais da Terapia Ocupacional (São Paulo, 2005)" COFFITO (Brasília).

4. COFFITO, 2007. “Abertura de novos cursos de Terapia Ocupacional”. <<http://www.coffito.org.br/noticias1.asp?id=492>.> [acesso em: 12 de abril 2007].
5. M.G.A. TIRADO y cols., 2006. “Terapia ocupacional”: in HADDAD, A. E. y cols. “A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004” – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Brasília). 490-531.

I- PROGRAMAS DE COOPERACIÓN INTERUNIVERSITARIA.

II- Ms. Rosibeth del Carmen Muñoz Palm, Dra. Rosé Colom Toldrá.

III- Faculdade de Terapia Ocupacional do Centro de Ciências da Vida de la Pontificia

Universidade Católica de Campinas. Av. John Boyd Dunlop, Jardim Ipaussurama, s/n,
Campinas, São Paulo, Brasil,

Telefone: (19) 3729-6800 Fax: (19) 3729-6806

Resumen

La dimensión internacional universitaria de la PUC-Campinas es un importante desafío, a efectos de promocionar la dimensión intercultural de las actividades de docencia, investigación y gestión de servicios de la universidad. Las modalidades ofertadas son programas de movilidad para estudiantes y profesores, programas tutoriales de cooperación interuniversitaria, red de docentes, así como oferta de formación para los cursos de pregrado. Este trabajo presenta la trayectoria de la Facultad de Terapia Ocupacional en programas de cooperación internacional: Programa de Graduación – PEC-G (1977); programas tutelados con la Agencia Española de Cooperación Internacional– AECI- (2000 a 2002); Programa "*International Association for Exchange of Students for Technical Experience*" – IAESTE- (2006). Los Programas de la AECI e IAESTE son realizados en el Servicio de Terapia Ocupacional, e integran actividades teóricas y prácticas, visitas programadas, actividades sociales y culturales, entre otras. La duración ha sido de ocho semanas y ha contado con la supervisión tutorial de dos docentes de la facultad. El análisis cualitativo de los datos obtenidos para la descripción de este estudio ha utilizado como material base los documentos siguientes: a.- programas desarrollados, b.- el registro de las evaluaciones realizadas con los participantes y c.- los informes de los tutores responsables. Este trabajo ha posibilitado la realización de un estudio comparativo de competencias y habilidades requeridas para el ejercicio profesional, así como para la participación y la ampliación en otros programas y el establecimiento de nuevos proyectos.

Los programas de cooperación internacional desarrollados por la facultad han enriquecido nuestro trabajo con la formación postgraduada de los alumnos participantes en los programas ofertados por la PUC-Campinas.

Palabras Claves: Terapia Ocupacional; Internacionalización; Cooperación Interuniversitaria.

PROGRAMAS DE COOPERACIÓN INTERUNIVERSITARIA. Ms. Rosibeth del Carmen Muñoz Palm, Dra. Rosé Colom Toldrá. Facultad de Terapia Ocupacional de la PUC-Campinas.

Resumen

La dimensión internacional universitaria de la PUC-Campinas es un importante desafío, a efectos de promocionar la dimensión intercultural de las actividades de docencia, investigación y gestión de servicios de la universidad. Las modalidades ofertadas son programas de movilidad para estudiantes y profesores, programas tutoriales de cooperación interuniversitaria, red de docentes, así como oferta de formación para los cursos de pregrado. Este trabajo presenta la trayectoria de la Facultad de Terapia Ocupacional en programas de cooperación internacional: Programa de Graduación – PEC-G (1977); programas tutoriales con la Agencia Española de Cooperación Internacional – AECI- (2000 a 2002); Programa "*International Association for Exchange of Students for Technical Experience*" – IAESTE- (2006). Los Programas de la AECI e IAESTE son realizados en el Servicio de Terapia Ocupacional, e integran actividades teóricas y prácticas, visitas programadas, actividades sociales y culturales, entre otras. La duración ha sido de ocho semanas y ha contado con la supervisión tutorial de dos docentes de la facultad. El análisis cualitativo de los datos obtenidos para la descripción de este estudio ha utilizado como material base los documentos siguientes: a.- programas desarrollados, b.- el registro de las evaluaciones realizadas con los participantes y c.- los informes de los tutores responsables. Este trabajo ha posibilitado la realización de un estudio comparativo de competencias y habilidades requeridas para el ejercicio profesional, así como para la participación y la ampliación en otros programas y el establecimiento de nuevos proyectos.

Los programas de cooperación internacional desarrollados por la facultad han enriquecido nuestro trabajo con la formación postgraduada de los alumnos participantes en los programas ofertados por la PUC-Campinas.

Introducción

El Proyecto de Internacionalización de la PUC-Campinas es coordinado por el Departamento de Relaciones Externas – DRE, que busca estimular la comunidad universitaria a integrarse con otras culturas en acciones de carácter innovador, aportando

nuevos valores a los procesos tradicionales de enseñanza y de aprendizaje, contribuyendo de esta forma para el perfeccionamiento de la formación de los estudiantes, favoreciendo su participación como ciudadanos globales con conciencia crítica e competencia técnica. Destacaremos en este trabajo el Programa de Graduación – PEC-G, Programa de Cooperación Interuniversitaria de la Agencia Española de Cooperación Internacional – AECI y el Programa International Association for Exchange of Students for Technical Experience – IAESTE.

En el Brasil, el Programa de Estudiantes Convenios (PECs), ofrece por año cupo en las carreras de pregrado y Programas de Pós-Grado (Maestría y Doctorado), en instituciones de Enseñanza Superior (IES) a estudiantes de países en desarrollo con lo cuales mantiene acuerdos de Cooperación cultural e educacional.

El Programa de Graduación – PEC-G, es un programa que ha contado con la participación de estudiantes que han venido al Brasil a través del Programa de Estudiantes Convenios para cursar la carrera en diversas áreas. Específicamente la Facultad recibió en 1977, una estudiante de Panamá que cursó la carrera de Terapia Ocupacional en la PUC-Campinas.

La Agencia Española de Cooperación Internacional - AECI es un órgano de gestión de la política española de cooperación internacional para el desarrollo. La AECI es un organismo autónomo adscrito al Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación a través de la Secretaría de Estado para la Cooperación Internacional. La Agencia es responsable del diseño, la ejecución y la gestión de los proyectos y programas de cooperación para el desarrollo, ya sea directamente, con sus propios recursos, o bien mediante la colaboración con otras entidades nacionales e internacionales y organizaciones no gubernamentales.

El Programa de Cooperación Interuniversitaria PCI establecido con la PUC-Campinas contó con la participación de varias carreras, entre ellas la de Terapia Ocupacional en el período de 2000 a 2002, específicamente en el programa de movilidad de alumnos en el último año de su carrera o recién graduados.

La International Association for Exchange of Students for Technical Experience – IAESTE es un organismo internacional miembro consultivo de la UNESCO, que incentiva el intercambio de estudiantes e recién egresados de las carreras (hasta dos años) en cursos de área técnicas y científicas para la realización de prácticas en empresas e universidades en

mas de 70 países asociados. Ofrece a los estudiantes la oportunidad de una experiencia académica y profesional, de la misma forma que recibe estudiantes extranjeros.

El Programa International Association for Exchange of Students for Technical Experience – IAESTE es un programa también ofertado en varias carreras algunos años, siendo que la Facultad de Terapia Ocupacional participó por la primera vez en 2006.

La Facultad de Terapia Ocupacional de la PUC-Campinas desarrolla su trabajo de formación de recursos humanos con el pregrado desde 1977 y con programas de pos formación desde 1996, ampliando gradualmente sus acciones e implementando programas y proyectos en consonancia con las directrices de las políticas educacionales, públicas y de salud vigentes en el país, como también en el ámbito de la internacionalización a través de su participación en diversos programas de cooperación internacional. Recientemente en 2005, hizo su credenciamento junto a la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales. Destacamos a seguir algunas de las iniciativas que vienen siendo desarrolladas: Aprimoramiento Profesional de Terapia Ocupacional con tres programas; Residencia de Terapia Ocupacional en Contextos Hospitalare en conjunto con el Hospital Universitario y la Facultad; Programa de Aprimoramiento Profesional ofertado en los programas de Cooperación Interuniversitário. La oferta de estos Programas es destinada a profesionales graduados de Terapia Ocupacional.

La Facultad de Terapia Ocupacional de la PUC-Campinas, desde 2000 viene participando de los Programas de Cooperación Interuniversitária ofertados a través do Departamento de Relaciones Externas de nuestra universidad. En 2000 participó del Programa de Cooperación Interuniversitária – PCI de la Agencia Española de Cooperación Internacional, recibiendo una bolsista de la Universidad de Zaragoza y posteriormente dos bolsistas recién graduadas de la Universidad de La Coruña. En 2006 a través del Programa IAESTE, recibió una bolsista egresada de la Universidad de Buenos Aires, con dos años de formada.

El programa de Aprimoramiento Profesional propuesto para los programas de Cooperación Interuniversitária (PCI e IAESTE) es un programa de educación continuada, desarrollado en estructuras de servicios propios de la Universidad y de la Facultad, siendo estas: el Hospital e Maternidade Celso Pierro (Hospital Universitario) y el Ambulatorio de Terapia Ocupacional, sobre la supervisión tutorial de dos docentes responsables por el programa respectivamente. Un programa específico fue desarrollado contando en su contenido con

actividades socio culturales, actividades teóricas e prácticas del Programa Adulto I, con una carga horaria de 40 horas semanales, siendo 30 horas destinadas al acompañamiento de atendimientos a la clientela atendida en el Ambulatorio de Terapia Ocupacional y en las Enfermarías de Adultos y Personas Mayores del Hospital Universitario (reuniones y discusión clínicas, acompañamiento de los atendimientos, orientaciones, visitas, entre otros) y 10 horas de actividades teóricas programadas (clases, supervisión, participación en seminarios, palestras, cursos, estudio en grupo y lecturas). La clientela asistida en este programa son adolescentes, adultos y personas mayores (mujeres y hombres) en asistencia ambulatorial y hospitalar con problemas neurológicos, ortopedicos, reumatológicos, enfermedades onco-hematológicas, en condiciones pré y pós cirurgicas.

Dentro de la propuesta han sido previstas otras actividades tales como: visitas programadas a otras instituciones, actividades sociales y culturales dentro y fuera de la universidad, además de contar con participación y la inserción en actividades que los propios estudiantes han programado posibilitando la integración y participación conjunta, la construcción de experiencias y conocimientos producidos en la convivencia e intercambio cultural.

En relación a los participantes a partir de sus relatos y comentarios podemos destacar la importancia atribuida a esta experiencia en su formación profesional y personal. La valorización de su proceso de formación, aportando contribuciones significativas y cualitativas en relación a la propuesta y el aprendizaje de otras posibilidades de intervención de la Terapia Ocupacional en el campo de la Rehabilitación y de la actuación en contextos hospitalares. Este trabajo ha posibilitado identificar un conjunto de habilidades y competencias requeridas para el ejercicio profesional entre ellas podemos destacar el compromiso ético con la clientela y con la profesión, la capacidad de resolver problemas, la articulación teórico-practica, la capacidad crítica y autocrítica, de aprender y de investigación, la capacidad de identificar las necesidades de la clientela y el contexto cultural en que están inseridos, entre otros.

El programa tutorial en su dimensión ética y técnico-científica ha tenido como propósito instrumentalizar al profesional para el dominio de conocimientos, desarrollo de competencias, habilidades y aptitudes requeridas para el ejercicio profesional y desarrollo de las actividades establecidas.

Esta experiencia con programas de cooperación nos ha motivado a ampliar nuestra participación en otras actividades, enriqueciendo nuestra experiencia, formación de recursos humanos en nuestra área

Bibliografía

R.D.C.M, PALM y cols., 2006. “Programa de Terapia Ocupacional. Programa IAESTE”. PUC-Campinas. (Brasil). 1-12 p.

TERAPIA OCUPACIONAL EN CRECIMIENTO Y DESARROLLO INFANTIL. IMPORTANCIA DE SABERES Y PRÁCTICAS.

María Carlota Vega (1)

Maria Alejandra Campisi (2)

Ingrid Bösenberg (3)

Emma García Cein(4)

Marisel Donati.(5)

Universidad Nacional de Mar del Plata. Funes 3352. 4º Nivel. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina. (7600). (0223)479-4439. mcvega@copetel.com.ar.

(1) Directora del Grupo de investigación: “Salud y Desarrollo del niño y la familia” Profesora Adjunta en T. O. en Discapacidades Físicas y T. O. en Prevención Primaria y Comunidad.

(2) Investigadora Grupo de investigación: “Salud y Desarrollo del niño y la familia.” Jefa de Trabajos Prácticos en Teoría y Metodología de la Investigación.

(3) Investigadora Grupo de investigación: “Salud y Desarrollo del niño y la familia. Ayudante de 1ª en T. O. en Discapacidades Físicas.

(4) Investigadora. Grupo de investigación: “Salud y Desarrollo del niño y la familia.” Jefa de Trabajos Prácticos en T. O. en Prevención Primaria y Comunidad. Ayudante de 1ª en Dinámica de Grupos.

(5) Investigadora. Grupo de investigación: “Salud y Desarrollo del niño y la familia.” Ayudante de Trabajos Prácticos en T. O. en Prevención Primaria y Comunidad. Ayudante de 1ª en Psicología General.

Terapia ocupacional en crecimiento y desarrollo infantil. Importancia de saberes y prácticas.

María Carlota Vega, María Alejandra Campisi, Ingrid Bösenberg, Emma García Cein Marisel Donati Grupo de Investigación. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Universidad Nacional de Mar del Plata.

Palabras claves: Crecimiento-desarrollo-niñez-representaciones-prácticas

Resumen:

El crecimiento y desarrollo del niño dependen de una nutrición, cuidados y estímulos adecuados durante el período perinatal y primeros años de vida. Es necesario un marco de vínculo e interacción con sus padres, familia, equipos de salud, en un ambiente facilitador. De allí la importancia de la recuperación de creencias y saberes de participantes en este proceso, de las representaciones culturales que expresan los grupos sin desarticularlas del contexto sociocultural y económico-político para comprender las prácticas. Este trabajo, perteneciente a una investigación mayor sobre desnutrición infantil en la ciudad de Mar del Plata, tiene como objetivo conocer factores intervinientes en el proceso crecimiento / desarrollo de niños de sectores pobres y relacionar condiciones estructurales con representaciones y prácticas significativas de los grupos involucrados. Su propósito, aportar núcleos de reflexión y problematización a la función de Terapia Ocupacional en el marco del derecho a la salud y los derechos del niño. Metodología cualitativa con aportes cuantitativos. Diseño exploratorio, descriptivo. Referente empírico: equipos de salud, sociales, usuarios de centros de APS. La desnutrición la detecta principalmente el equipo en controles del niño sano de 0-2 años, se asocia a otras patologías o problema del desarrollo que motiva la consulta. Se la vincula a factores del contexto, sociales, familiares, económicos, sanitarios, biológicos pero también políticos. Es referida a las condiciones de vida que explican el déficit nutricional, un problema entre otros. En los padres no hay alto nivel de alarma, acerca de estas problemáticas. No se reconoce con el término desnutrición. Se emplea “malnutrición”. Estrategias de programas y comedores no resuelven el tema de la desnutrición ni promueven el crecimiento y desarrollo, constituyen parte del “paquete” de problemas graves que padecen barrios marplatenses: desocupación, inestabilidad laboral, vivienda, calidad del agua, violencia, adicciones. Se registran contradicciones entre conocimiento y prácticas.

Introducción:

“El desarrollo del niño: físico, mental, cognoscitivo y social depende de una buena nutrición, cuidado y estímulos que recibe durante el período perinatal y en los primeros años de su vida. Además es necesario que se dé en un marco de un vínculo e interacción con sus padres, familia, equipos de salud y docentes en un ambiente facilitador”¹

En nuestros antecedentes en investigación de años anteriores centrábamos nuestros aportes en el desarrollo psicomotor, la caracterización de sus familias pobres y redes. El perfil nutricional de niños y familias no fue una variable específicamente estudiada, pero indudablemente formaba parte del crecimiento y salud de los mismos condicionando el proceso de su desarrollo potencial. Continuar una línea de investigación que se propone aportar conocimiento a los problemas prioritarios en salud y desarrollo nos llevó a interrogarnos sobre el tema de los perfiles de nutrición de la población, con énfasis en las mujeres embarazadas y niños pequeños identificados como los más vulnerables. Los

¹ Vega, M.C. y equipo de investigación. Proyecto de investigación Universidad Nacional de Mar del Plata. 2001.

resultados del último período de investigación contrastados con los de años anteriores mostraba un aumento y una presentación más temprana de la problemática del riesgo y retraso del desarrollo con muchas características en común con la situación nutricional.

La adversa situación económica en Argentina ha impactado diferencialmente en los grupos sociales. Si bien se han observado avances en el mejoramiento de algunos indicadores de salud, sus efectos no han sido de distribución homogénea. Los cambios macroeconómicos que se produjeron a partir del 2002, particularmente los precios de los alimentos, la devaluación del peso y el crecimiento de la pobreza y la indigencia tienen repercusiones directas en la seguridad alimentaria de los hogares y en consecuencia en el estado nutricional. En este contexto la familia se constituye como puede, en relación con un “aquí y ahora”, en un espacio determinado. Cada familia responde según modos culturales particulares que va construyendo en conjunto con el grupo de pertenencia, poniendo en acción estrategias para enfrentar su cotidianeidad que están relacionadas con recursos materiales, laborales, educativos y sociales. Las políticas públicas están respondiendo a través de un aumento en la cobertura de programas asistenciales en el ámbito de la salud pública y el desarrollo social. No obstante estas respuestas estatales, las familias que reciben cajas de alimentos y simultáneamente asisten a comedores, no ven atendidas sus necesidades más que en un mínimo de sus requerimientos. (O’ Donell. 2003. 2007)².

Los precios de la canasta familiar aumentan, aparece el concepto de inseguridad nutricional, es decir que la disponibilidad efectiva de alimento no está garantizada, la salud de los niños se ve afectada, bajan las defensas, disminuyen las ganas de comer, se instalan los estados de somnolencia, lo que ocasiona deterioro físico y retrasos intelectuales. Inicialmente, debido a la mala alimentación, sufren pérdida de peso y quedan expuestos a un riesgo muy alto de enfermedades infecciosas que a su vez agravan el cuadro de desnutrición. Más tardíamente se manifiestan en un déficit en la talla y en un retraso en el desarrollo intelectual.

Un informe de situación de la evaluación en terreno de los beneficiarios del Plan “Más Vida” en el Municipio de General Pueyrredon, (2003/4) arrojó datos estimativos aunque no concluyó el relevamiento en toda la población del plan, acerca de la situación nutricional de embarazadas y niños destacándose: la Desnutrición Crónica (Talla/Edad),

² O'Donell. Situación nutricional en la Argentina. 33° Congreso Argentino de Pediatría. Mar del Plata. 2003. Las carencias alimentarias en el país. Su impacto sobre el desarrollo infantil.2007

con un 7% de los niños de 2 a 6 años, un déficit muy por encima del estimado de 2,3%. En la Desnutrición Global (Peso/Edad) en niños de 0 a 6 años el exceso, (obesidad) está en 4,1% para un estimado de 2,3%. En la Desnutrición Aguda (Peso/Talla: P/T) está por debajo de lo esperado: 1% en niños de 2 a 6 años para un estimado de 2,3 y el exceso en un 6,2% superando francamente el límite. Estas tasas al ser analizadas por barrios de la ciudad de Mar del Plata y por grupos étnicos, muestran diferencias significativas de acuerdo al lugar, reflejando situaciones muy diferentes que, luego se homogeneizan, en las estadísticas generales. En estudios antropométricos realizados con anterioridad en la Provincia de Buenos Aires en 1995, 2002 se observa que la talla tiene una afectación temprana y sostenida, con un pico máximo a los 12 -14 meses y una disminución marcada a los 6-8 meses que alcanza un pico de profundidad a los 15 - 17 meses, descenso más importante que el observado en 1995 y muestra un deterioro mayor en el 2° año de vida. Con la curva de peso sucede algo similar.

En relación al sexo en ambos grupos de edades se observa mayor prevalencia de Bajo Peso en el sexo masculino y de Sobrepeso en las niñas. En el total de niños menores de 6 años, los promedios de talla de los niños entre 6 y 18 meses son más bajos que los observados en 1995 y este hallazgo representa un alerta, porque este rango de edad es la “ventana de riesgo” en el cual las carencias ambientales impactan en el desarrollo infantil de manera difícilmente reversible.³ Este período es también una “ventana de oportunidad” para prevenir estas carencias mediante el fortalecimiento de las pautas de crianza positivas en las familias, especialmente el cuidado y la adecuada alimentación complementaria a la lactancia. De allí que destaquemos la importancia de la interacción crecimiento, maduración y cuidados tempranos del niño

Enfatizamos el rol activo del niño y la importancia de la valoración de su maduración y desarrollo más la estrecha interacción con su medio, especialmente con su madre y cuidadores tempranos. El acto físico de la alimentación es un proceso complejo, que depende de dos factores estrechamente relacionados entre si: la estructura anatómica y la función de los sistemas relacionados, especialmente el sistema nervioso. Las habilidades funcionales de alimentación en los primeros años de vida, que dependen de la integridad de las estructuras anatómicas, cambian con base en la maduración neurológica aunque influidos por cambios relacionados con el crecimiento y se logran en gran parte por

³ Morasso, M. C. Oficial de Nutrición y Desarrollo infantil. UNICEF. En "Encuesta Antropométrica de efectores de salud. 2002. Informe Final". Ministerio de Salud. Gobierno de la Provincia de Buenos Aires.

cambios del sistema nervioso central, junto con el aprendizaje de la experiencia. El desarrollo de las habilidades de alimentación avanza de manera paralela con los tipos de alimentos ingeridos y la manera en que se presenta el alimento. Participa también el desarrollo motor relacionado, el control de la cabeza y la estabilidad de tronco, proporcionan el fundamento motor grueso necesario para la función motora fina observada en manos y boca. La alimentación oral para el lactante recién nacido es totalmente refleja, sin embargo, inmediatamente después del nacimiento, empieza el proceso de aprendizaje con su dependencia en las oportunidades de la experiencia, impulsos sensoriales, y maduración neurológica. El desarrollo de la alimentación, aunque depende de la integridad estructural y de la maduración neurológica, es una progresión aprendida de comportamiento.⁴ (Stevenson, J.) Reconocer la complejidad del proceso de comer implica un proceso de investigación, evaluación e intervención holístico “...recordando que el comer es una conducta compleja con habilidades y actitudes que son aprendidas lentamente a través del tiempo, la intervención también consiste en más de una sola solución” (Bazyk, S.)⁵

Estos conceptos nos llevan a reflexionar acerca de la diversidad cultural y de las dinámicas familiares en los estilos de crianza y estimulación de los niños en las familias. “Debido a que la integración esencial y más deseada de la salud, la nutrición y el bienestar psicosocial tienen lugar en las creencias y acciones de los miembros de la familia y las personas encargadas de la atención del niño, deben recibir gran prioridad los programas de comunicación educativa que faciliten la integración en la acción.” (Myers. 1993)⁶ ¿Cómo facilitar esa integración en la acción, desde dónde recuperamos las creencias y los saberes de los “otros” involucrados en el proceso de salud/enfermedad y atención, familias y equipos de salud? Pensar la desnutrición como fenómeno social, aunque se exprese como manifestación biológica individual, implica que el estado nutricional debe ser abordado, evaluado y comprendido integrando el contexto sociocultural y el económico-político, al trabajar las representaciones culturales que utilizan y expresan los grupos, las mismas no deben ser desarticuladas de las condiciones económico-políticas que inciden, para el caso que nos ocupa, en la existencia y uso de alimentos, y en la limitación histórica sobre la posibilidad de usufructuarlos, tanto como en establecer cuáles son las condiciones para considerar “normal” los “estados desnutricionales”. Puede ser que el grupo reconozca y/o

⁴ Richard, D; Stevenson, J. ; Alaire, M. A. Clínicas Pediátricas Norteamericanas. (1475)

⁵ Bazyk; S. "Localizando las necesidades complejas de los más jóvenes. ¿Quién rechaza la comida? OT. Practice. The American Occupational Therapy Association. January. 2000.

⁶ Myers, R. "Los doce que sobreviven" OPS. OMS. 1993

clasifique la “desnutrición” como padecimiento dentro de otra estructura de significado, que no corresponde a la clasificación biomédica de enfermedad, lo cual supone desarrollar un tipo de trabajo antropológico que encuentre dicho significado.(Menéndez, E. 2002)⁷.

Objetivo: conocer factores intervinientes en el proceso crecimiento / desarrollo de niños de sectores pobres y relacionar condiciones estructurales con representaciones y prácticas significativas de los grupos involucrados

Metodología

Metodología cualitativa con aportes cuantitativos. .Diseño exploratorio – descriptivo. Referente empírico: equipos de salud, sociales, usuarios de centros de Atención Primaria dependientes de la Municipalidad de General Pueyrredon, los equipos de salud y sociales de la ciudad. Momentos de la investigación: Primero: encuestas cuantificables y material contextual aportado por fuentes secundarias. Segundo: entrevistas semiestructuradas, individuales y colectivas en profundidad y abordaje grupal. Entrevista: los núcleos temáticos se desglosan en tres ejes a saber:

Eje 1: Detección y diagnóstico.

Eje 2: Conocimientos y estilos de abordaje de la problemática de la desnutrición.

Eje 3: Percepciones y creencias del equipo acerca de las familias y niños en situación de desnutrición o riesgo nutricional. Se han realizado las entrevistas a los integrantes de los equipos de salud de las Unidades Sanitarias priorizadas. Se analizó de manera preliminar la información recabada a la luz de tres aspectos que permitan la comprensión e interpretación de lo expuesto por el entrevistado: lo que sabe; lo que piensa; lo que cree.

Hallazgos:

Ante la indagación sobre presencia de desnutrición en ese barrio de la ciudad de Mar del Plata, la primera respuesta es categóricamente : “no”, “acá no hay”, “nosotros no tenemos” No se reconoce con el término desnutrición. Se emplea “malnutrición”, “mala alimentación”, “riesgo nutricional”, “déficit nutricional alto”. A medida que se profundiza la entrevista, aparecen expresiones como: “malnutridos, digamos, que son los chicos que vemos a diario”, “probablemente malnutridos”. La detecta principalmente el equipo de salud en los controles del niño sano de 0-2 años y se encuentra generalmente asociada a otra patología, que motiva la consulta. “tenemos casos por ahí de un grado 1”, “un

⁷ Menéndez Eduardo (2002) La parte negada de la cultura Ed. Bellaterra. Barcelona

chiquito en el año”, “casos particulares que están en el borde, cayendo de la tabla” , ”Si por ahí chicos que bajan de peso y que son controlados periódicamente...” “también tenemos el caso de chicos desnutridos crónicos...van a seguir estando por debajo del peso y talla”

Se mencionan diversos componentes de la desnutrición: sociales, económicos, sanitarios, biológicos, pero también fuertemente políticos. Se la vincula a factores del contexto, social- familiar y económico, más que a cuestiones culturales. Es referida a las condiciones de vida que explican el déficit nutricional, es un problema entre otros muchos de esta población. Los profesionales médicos la relacionan con problemas como desocupación, violencia familiar, maltrato infantil y drogadicción en cambio, las profesionales en terapia ocupacional, con la lactancia prolongada, sin incorporación de otros alimentos, con desnutrición intrauterina, con el embarazo deseado y el estado nutricional de la madre y con la etapa madurativa, como el momento de la marcha o el incremento de actividades del niño después del primer año. La mayoría la relaciona con las consecuencias a largo plazo “el niño que no come bien, no se desarrolla bien intelectualmente” “se sabe que un chico mal alimentado no tiene un desarrollo ni físico ni intelectual que necesita” reproduciendo estilos de vida poco saludables en condiciones cada vez más desfavorables. En cuanto a la relación desnutrición – desarrollo del niño, el profesional mencionado es el terapeuta ocupacional

Según el equipo, en los padres no hay un alto nivel de alarma, acerca de esta patología, hay ausencia de demanda sólo uno o dos casos puntuales. Sí, manifiestan preocupación en los primeros meses del bebé cuando no aumentan de peso: “preocupación por si aumenta o no de peso cuando son chiquititos”, “no hay noción de riesgo, yo le doy lo que puedo darle de comer dicen” luego, no se habla más en las consultas, sí hay preocupación por el sobrepeso.

La franja etárea de 3 a 5 años se reconoce más vulnerable por no estar contemplada dentro de los programas municipales en conjunto con los que no concurren a los controles y los que no acceden a los centros. Sin embargo durante la entrevista se mencionan los 12, 15 y 18 meses como edades donde aparece descenso de peso.

La desnutrición no es vista como un problema prioritario, sino como constituyente de un “paquete” de problemas graves que padecen los barrios marplatenses principalmente: desocupación, inestabilidad laboral, vivienda, calidad del agua, entre otros. Al preguntar

por la instalación del déficit nutricional es referida a las condiciones de vida y, el niño detectado, es el emergente de todo un grupo familiar. La percepción del equipo de salud frente a la complejidad de la realidad social y sus carencias, es que con su trabajo no pueden resolver los problemas de la gente y por lo tanto no ven reflejados cotidianamente los resultados de sus esfuerzos.

Las estrategias de los planes y programas gubernamentales como también los comedores autogestionarios no resuelven el tema de la desnutrición infantil, predomina la idea de que son insuficientes, de que están pensados para casos puntuales, “un niño en riesgo de desnutrición” y no al grupo familiar, son insuficientes para cubrir la mayoría de las variables que inciden en la problemática: carencia de recursos para alimentos frescos, gas para cocinar, utensilios, práctica y vivencia de mesa familiar y otros. Se desconocen los resultados de las evaluaciones de los planes y programas, incluso de estadísticas relacionadas con el problema. Las intervenciones que pueden realizarse son consideradas paliativas y/o momentáneas: entrega de leche, bolsa de alimentos, indicación de hierro, polivitamínicos, charlas de educación en salud. La intervención del trabajador social es reconocida por el equipo en relación con el contexto sociocultural de las familias, con “el afuera” de las paredes del centro de salud.

Del análisis preliminar de las entrevistas puede observarse una ausencia de la mención explícita de los derechos de los niños involucrados aunque, desde la descripción de las problemáticas de las familias estaría implícita una perspectiva de los derechos humanos.

Conclusiones y discusión

¿La desnutrición es un problema? Según la OMS para abordar el problema de la desnutrición no es suficiente un plan con “una buena cobertura técnica” sino que las comunidades estén involucradas en identificar los problemas y movilizar la acción y los recursos para resolverlos.”⁸ La complejidad de la realidad social, las carencias y problemáticas tan graves que el equipo de salud percibe cotidianamente no pueden ser resueltas en el ámbito de los centros aunque identifique el problema y posea algunos de los recursos necesarios, queda claro que excede ampliamente al sistema de atención de salud y a las voluntades y esfuerzos de los integrantes de los equipos. Asimismo se registran contradicciones entre lo que se sabe, se piensa, se cree y lo que puede efectivamente realizarse, las prácticas.

⁸ Organización Mundial de la Salud. Pág web.

Leemos en los Fundamentos filosóficos de la Terapia Ocupacional que proporcionan los cimientos para la teoría y práctica "... La vida Humana es un proceso de adaptación continua. La adaptación es un cambio en la función que promueve la supervivencia y la actualización de sí mismo. Los factores ambientales, psicológicos y biológicos pueden interrumpir el proceso de adaptación en cualquier momento a lo largo del ciclo vital. La disfunción se produce cuando la adaptación es deficiente"⁹(ARD. 1979), creemos al respecto, a la luz de los resultados analizados, que en este tema el problema está en la adaptación que lenta y permanentemente realiza un sector importante de la población para su supervivencia y lucha por el mejor equilibrio posible y, en la adaptación, con naturalización del tema, del resto de la sociedad incluidos en ellos los terapeutas ocupacionales e integrantes de los equipos de salud.

"A pesar de los grandes esfuerzos que se han realizado para mejorar las vidas de los niños y niñas, se sigue olvidando a aquellos que son vulnerables y que sufren exclusión de la educación, atención de la salud y otros servicios fundamentales. Los niños y niñas que carecen de protección son a menudo invisibles." (Estado mundial de la infancia. (UNICEF. 2006)¹⁰ Según estos resultados preliminares los niños de barrios pobres de nuestra ciudad no son invisibles, pero su problemática de desnutrición crónica, su mala alimentación, parece haberse naturalizado hasta hacerse "invisible" tanto para sus grupos familiares como para gran parte de la sociedad.

Referencias bibliográficas:

1. Vega, M.C. y equipo de investigación. Proyecto de investigación Universidad Nacional de Mar del Plata. 2001.
2. O'Donnell. Situación nutricional en la Argentina. 33° Congreso Argentino de Pediatría. Mar del Plata. 2003
3. Morasso, M. C. Oficial de Nutrición y Desarrollo infantil. UNICEF. En "Encuesta Antropométrica de efectores de salud. 2002. Informe Final". Ministerio de Salud. Gobierno de la Provincia de BuenosAires.
4. Richard, D; Stevenson, J. ; Alaire, M. A. Clínicas Pediátricas Norteamericanas. (1475)
5. Bazyk; S. "Localizando las necesidades complejas de los más jóvenes. ¿Quién rechaza la comida? OT. Practice. The American Occupational Therapy Association. January. 2000.
6. Myers, R. "Los doce que sobreviven" OPS. OMS. 1993.
7. Menéndez Eduardo (2002) La parte negada de la cultura Ed. Bellaterra. Barcelona
8. Organización Mundial de la Salud. Pág web.

⁹ Asamblea Representativa de Detroit. H. Hopkins. Capítulo 4 . Sección 1. Willard / Spackman. 1998. "Terapia Ocupacional." Editorial Médica Panamericana. (España). 58.

¹⁰ UNICEF. Estado Mundial de la Infancia. 2006.

9. Asamblea Representativa de Detroit. H. Hopkins. Capítulo 4 . Sección 1. Willard / Spackman. 1998. "Terapia Ocupacional." Editorial Médica Panamericana. (España). 58.
10. UNICEF. Estado Mundial de la Infancia. 2006.

BIBLIOGRAFÍA

- AA.VV.(1992) "La investigación-acción participativa. Inicios y desarrollos". Ed. CEEAL, OEI y Humanitas. Buenos Aires.
- Achilli E. (1987) Notas para una antropología de la vida cotidiana. Revistas paraguaya de Sociología, año 24 n°69 (Mayo-agosto) pag. 81/93.
- Aguirre P. (2002) "Del gramillón al aspartamo. Las transiciones alimentarias en el tiempo de la especie". Mimeo.
- Bazyk; S. (2000) "Localizando las necesidades complejas de los más jóvenes. ¿Quién rechaza la comida? OT. Practice. The American Occupational Therapy Association. January.
- Barg, L. (2003) "Los vínculos familiares. Reflexiones desde la práctica profesional". Ed. Espacio. Buenos Aires.
- Carballeda, A. (2002) "Las intervenciones en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales". Ed. Paidós. Buenos Aires.
- Carmuega, E. (2002) "El cuidado del crecimiento y desarrollo tempranos". En "Proyecto Lobería 1997-2001" Argentina.
- Dirección de Programas Sanitarios. (2004) Programa Materno Infantil. PROMIN. Plan Más Vida. Municipalidad de General Pueyrredon.
- Heller, A. (1977) Sociología de la vida cotidiana. Ed. Península
- Hintze S, (1989) Estrategias alimentarias de sobrevivencia Ed. CEAL.
- Grant, J. (1983), Estudio mundial de la infancia, Siglo XXI, Madrid.
- Guber, R. (2001) "La etnografía. Método, campo y reflexividad". Grupo Editorial Norma. Buenos Aires.
- Linton R. (1942) El estudio del hombre Fondo de Cultura Económica
(1945) Cultura y Personalidad.. Fondo de Cultura Económica
- Menéndez Eduardo (2002) La parte negada de la cultura Ed. Bellaterra. Barcelona
(1981) Poder, estratificación y salud. Ed. De la Casa Chata. Méjico
(1992) Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención. Del teoricismo al movimiento continuo. En Cuadernos Médico Sociales N° 57 CESS. Rosario
- Ministerio de Salud del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. Subsecretaría de Planificación de la Salud. Región Sanitaria VIII. 2002
- Morasso, M. C. Oficial de Nutrición y Desarrollo infantil. UNICEF. En "Encuesta Antropométrica de efectores de salud. 2002. Informe Final". Ministerio de Salud. Gobierno de la Provincia de Buenos Aires.
- Muller, M. "Nutrición en Perinatología". Clínicas Perinatológicas Argentinas. Asociación Argentina de Perinatología. Vol. N° 2. 2002.
- Myers, R. 1993 "Los doce que sobreviven" OPS. OMS.
- O'Donell, A. 2003 Situación nutricional en la Argentina. 33° Congreso Argentino de Pediatría. Mar del Plata.

O'Donnell, A. Porto, A. 2007 .Las carencias alimentarias en el país. Su impacto sobre el desarrollo infantil. Cap. 6 . En Colombo, J. "Pobreza y desarrollo infantil". Paidós. Tramas Sociales. Argentina

Oliveira y Salles V. (1989) Acerca del estudio de los grupos domésticos: un enfoque sociodemográfico. En grupos domésticos y reproducción cotidiana. Méjico

Ortale S. (2002) "Prácticas y representaciones sobre desnutrición de causa primaria en familias pobres urbanas del Gran La Plata" Tesis doctoral Facultad de Ciencias Exactas y Naturales.UNLP

Richard, D; Stevenson, J. ; Alaire, M. A. (1995) Clínicas Pediátricas Norteamericanas. Pag.1475

SIEMPRO (2000) Informe de Situación Social N° 3 La situación de la infancia Análisis de los últimos 10 años. Julio 2000.

Torrado, S. (1983) La familia como unidad de análisis en censos y encuestas de hogares: metodología actual y prospectiva en América Latina. CEUR Buenos Aires.

Universidad Católica del Uruguay Panorama de la Infancia y la Familia en Uruguay. Cap. II. Un marco de análisis para las relaciones entre entorno, familia e Infancia

Vega, M. C. y col.2000) "Desarrollo de los niños de familias pobres en la ciudad de Mar del Plata. Identificación de riesgo". En "La Salud en crisis. Un análisis desde la perspectiva de las Ciencias Sociales". Comp. Domínguez Mon, A. y otros. Editorial Dunken

Vega, M.C. y equipo de investigación. Proyecto de investigación Universidad Nacional de Mar del Plata. 2001.

Vega, M. C. y col. (2003) "Estudio del desarrollo de niños en vulnerabilidad social desde el nacimiento hasta el ingreso escolar". 33° Congreso de Argentino de Pediatría.

Agradecimientos:

A todos los integrantes de los equipos de salud de las Unidades Sanitarias de la Municipalidad de General Pueyrredon que gentilmente colaboraron con este estudio, especialmente los de los barrios Libertad y Alto Camet.

Al Grupo "Huerta" del Barrio Libertad que gentilmente colaboró con la investigación.

A la Subsecretaría de Promoción Social y las trabajadoras sociales de la Municipalidad de General Pueyrredon que brindaron su apoyo e información.

A la Universidad Nacional de Mar del Plata por su apoyo a través de subsidio al Proyecto de investigación

Equipamiento técnico requerido: proyector multimedia

Título del trabajo: **TERAPIA OCUPACIONAL EN UNA UNIDAD DE HEMATO-ONCOLOGÍA.**

Apellido y nombres completos de los autores.:

Navarrete Erna, (1)GajardoJean, (2)Olivares Sandra (3)

(1) Terapeuta Ocupacional. Lic. en Ciencia de la Ocupación. Master© in Medical Science in Occupational Thepapy. Karolinska Institutet Prof. Asistente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

(2) Estudiante de V. año de la Esc. de Terapia Ocupacional. Licenciado en Ciencia de la Ocupación. Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

(3) Estudiante de V. año de la Esc. de Terapia Ocupacional. Licenciado en Ciencia de la Ocupación. Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

Institución a la que pertenece/n: Escuela Terapia Ocupacional, Facultad de Medicina,
Universidad de Chile

Dirección: Independencia 1027. Independencia. Santiago

País: Chile

Teléfono: +56 2 978 6183

Fax: +56 2 978 6286

e-mail : enavarre@med.uchile.cl, esterocu@med.uchile.cl

Título: TERAPIA OCUPACIONAL EN UNA UNIDAD DE HEMATO-ONCOLOGÍA.

Autor/es: Erna Navarrete, Jean Gajardo, Sandra Olivares.

Nombre y dirección del establecimiento donde el trabajo fue realizado :

Unidad de Hematología Oncológica del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Independencia, Santiago, Chile

RESUMEN

Dada las necesidades de los pacientes y las características de la unidad de hemato-oncología (aislamiento microbiológico y control de accesos) el objetivo del programa de Terapia ocupacional fue mejorar la tolerancia de los enfermos frente a su rutina de hospitalización. La primera etapa buscó conocer la experiencia de los pacientes hospitalizados en cuanto a sus actividades. Los datos se obtuvieron mediante entrevistas semiestructuradas y observación participante.

De esta etapa se pudo concluir que los pacientes pasan gran parte del tiempo inactivo, lo que resulta contraproducente tanto para su recuperación física como psicológica. En base a ello, se diseñó una intervención de Terapia Ocupacional (T.O.) sobre 15 pacientes de ambos sexos, con edades entre 16 y 74 años, con diferentes diagnósticos hematooncológicos. Se realizaron actividades de relajación, ejercicios físicos, ergoterapia y reflexiones escritas en un diario de vida, en sesiones de 30 minutos una vez por semana, durante 3 meses en promedio. Finalizada la intervención se aplicó una pauta de evaluación a los pacientes.

Los resultados de la intervención y las evaluaciones demostraron interés y capacidad de los pacientes para ocuparse en actividades nuevas dentro de su rutina. Adicionalmente se logró una mejor tolerancia de la sintomatología física y una sensación de sentido con respecto a su rutina.

Conclusión: Hemato-oncología es un área relativamente nueva para la Terapia Ocupacional. Pese a las restricciones propias del ambiente, la intervención de TO en una unidad de hemato oncología, permite la participación de los enfermos en nuevas ocupaciones, lo que agrega beneficios físicos y sentido a su rutina hospitalaria.

Palabras claves: ocupación, hemato-oncología, rutina, sentido, actividad

INTRODUCCION:

El Cáncer hematológico es una patología compleja que incide en altas tasas de mortalidad e inversión de recursos sanitarios para su tratamiento. Entre los subtipos de cáncer hematológico de mayor relevancia pueden nombrarse: Leucemia Aguda, Linfoma y Mielomas Múltiples.

A nivel Latinoamericano, se estima que el cáncer representa el tercer grupo causal de mortalidad. En Chile, los tumores o neoplasias corresponden al segundo grupo causal de muerte, con un total del 24.2% del total de muertes en el año 2004, siendo superado sólo por las Enfermedades del Sistema Cardiovascular (27.9%). (1) Con respecto a los tipos de cáncer hemato-oncológicos, se describe que en la mujer, por Linfomas existe una tasa de mortalidad de 5.4/100.000 hbs, mientras que por Leucemia es de 3.6 por cada 100.000 habitantes. En varones, la mortalidad por Linfoma asciende a una tasa de 5.38 por 100.000 habitantes, mientras que la Leucemia, posee una tasa de 4.20 por cada 100.000 habitantes.

El diagnóstico de cáncer hemato-oncológico es complicado tanto desde el punto de vista médico como psicológico, lo que no deja de repercutir en el entorno social del enfermo. No hay duda que sufrir un cáncer hematológico causa un gran stress psicológico, tanto al paciente como a sus familiares y personas cercanas a este. (2) Todos se ven enfrentados a una enfermedad amenazante, además de un cambio profundo en el desempeño de las actividades más significativas que el individuo realizaba previamente. Este cambio se ve disminuido debido a factores personales generalmente relacionados con problemáticas físicas como por ejemplo: fatiga excesiva y compromiso del estado general. Así mismo, el proceso de tratamiento irrumpe en los patrones adecuados y satisfactorios de desempeño de la persona, además de impactar severamente en el estado físico, anímico y social del individuo.

Debido al proceso de la enfermedad se hace necesario un tratamiento médico de mediana y alta complejidad en una unidad especializada de hematoncología, (UHO) donde a los pacientes se le preste una atención personalizada con apoyo de equipos de alta tecnología para facilitar su pronta recuperación. En la unidad elegida para el estudio se realizan dos modalidades de intervención, quimioterapia, y trasplante de médula. En los efectos secundarios a la Quimioterapia se pueden observar fiebre, *shock* séptico, mucositis oral y gastrointestinal, fatiga, vómitos, trombocitopenia (alta probabilidad de hemorragias externas e internas). Si bien el periodo de quimioterapia considera

aproximadamente 4 semanas, el tiempo de hospitalización puede variar desde 3 días hasta más allá de las 8 semanas.

En la UHO, donde se realizó el programa de T.O. se rige bajo protocolos de asepsia estrictos tales como aislamiento preventivo y el uso de equipo y acciones obligadas de prevención para todas las personas ajenas a la UHO. Frente a las considerables limitaciones de las actividades de tipo físico, intelectuales y sociales los pacientes se ven enfrentados a una significativa reducción del desempeño en el ámbito físico en general, algunas dificultades en la destreza fina y coordinación, además de dificultades cognitivas y emocionales.

Dada las características de tratamiento que debe enfrentar el paciente por su enfermedad más las características de la UHO (aislamiento microbiológico y control de accesos) se plantea una intervención a través de un programa que involucre todo el desempeño ocupacional y donde el Terapeuta Ocupacional pueda “contener” emocionalmente a los pacientes a través del uso de actividades y de la relación terapéutica, con el fin de hacer una mejor manejo adaptación a este estado de salud amenazante. Es sabido que las terapias de apoyo para el paciente con Leucemia aguda son de máxima importancia para su confort y bienestar, y que permiten un uso más efectivo de los agentes dirigidos al control del proceso de Leucemia. (3)

Penfold (4) señala que el Terapeuta Ocupacional puede desarrollar una intervención centrada en una aproximación holística a pacientes oncológicos haciendo uso de actividades tales como Educación en Conservación de Energía (equilibrio actividad reposo principalmente), técnicas de relajación, manejo de ansiedad, desarrollar interacción constante con otros profesionales, y finalmente señala que el profesional está capacitado para ofrecer un continuo apoyo la familia y al paciente.

Facilitar la participación del ser humano en todas las ocupaciones que le son significativas, en especial en aquellos que se ven enfrentados a enfermedades amenazantes, es uno de los roles fundamentales de la T.O. (4,5) Sin embargo existe escasa literatura que lo demuestre y que señale cómo las personas que deben aislarse en una unidad de tratamiento de hematología vivencian esta experiencia y tampoco hay referencias de cómo este proceso afecta en la rutina diaria. Es así como Navarrete (6) señala que la literatura sobre T.O. y cáncer es mínima y que el foco de los estudios existentes está dirigido a trastornos funcionales, sin embargo los investigadores destacan el quehacer del terapeuta ocupacional principalmente por su visión holística (7). Townsend (8), reafirma que en T.O., las ocupaciones de una persona están

íntimamente ligadas con la capacidad y mantención de la salud, bienestar y calidad de vida. El modelo de ocupación humana Kielhofner (9) también señala como las oportunidades de participación ocupacional inciden en la adaptación y en la salud del individuo. Por lo tanto si la persona tiene una mayor posibilidad de desarrollar ocupaciones y organizarlas, esto ayudaría a la satisfacción de su rutina diaria.

Dada las necesidades de los pacientes y las características de la unidad de hemato-oncología (aislamiento microbiológico y control de accesos) se plantea el desarrollo de un programa T.O. con el objetivo mejorar la tolerancia de los enfermos frente a su rutina de hospitalización a través de actividades propias de la disciplina.

METODO:

El programa de intervención fue realizado en la UHO del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, en el año 2006 dirigido a 15 pacientes de ambos sexos, entre 16 y 74 años, con diferentes diagnósticos hematooncológicos. Tabla 1 muestra los datos demográficos de los pacientes con seudónimos.

En una primera etapa con el fin de conocer la experiencia de los pacientes hospitalizados de su rutina diaria se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas y observación participante (10) además de la utilización del Gráfico de Rutina Diaria, *Check list* de actividades, Cuestionario de Satisfacción con rutina diaria. Cada entrevista se extendió por una hora aproximadamente y permitió una interacción fluida y espontánea tanto por el paciente como por el terapeuta ocupacional, ayudando a la expresión de sus experiencias vividas por el proceso de la enfermedad. De esta etapa se pudo concluir que los pacientes pasan gran parte del tiempo inactivo, lo que resulta contraproducente tanto para su recuperación física como psicológica.

En la segunda fase se desarrolló la intervención de T.O. a través de actividades individuales con sesiones de relajación donde se uso la imaginería (11, 12), ejercicios físicos, (13) ergoterapia (14, 15) reflexiones escritas en un diario de vida, en sesiones desde 30 a 60 minutos una vez por semana, durante 3 meses en promedio.

Finalizada la intervención se aplicó una evaluación final (todas las evaluaciones por segunda vez) a todos los pacientes en donde el foco fue la intervención de terapia ocupacional y sus percepciones acerca de la actividad. Cada entrevista fue transcrita y se realizó una indagación de temas comunes a todos los pacientes y cómo la intervención de terapia ocupacional había influido sobre su rutina dentro de la unidad (10).

HALLAZGOS

La primera entrevista y la observación participante indica el limitado número de actividades y ocupaciones diarias, limitada participación ocupacional, escasa participación en la elección de actividades para organizar su rutina diaria, insatisfacción con rutinas diarias, ansiedad, ánimo deprimido.

Dentro de los significados atribuidos para las actividades puede mencionarse: valorar la posibilidad de desarrollar de actividades físicas de acuerdo a sus condiciones, desarrollar habilidades manuales, instancia para conversación y expresión de emociones, contacto espiritual, posibilidad de contactarse con otros (personal del equipo, familiares), utilización del tiempo, y finalmente los participantes coinciden en que participar en actividades favorece la toma de decisión en la organización de la rutina diaria. Debido a esto, el Terapeuta Ocupacional es clave en percibir e identificar el Significado que el usuario atribuye a las actividades realizadas.

La gran implicancia del cáncer hemato-oncológico determina además que el Terapeuta Ocupacional sea un profesional flexible y demuestre competencia en el momento de desarrollar conocimiento respecto de su quehacer en un área tan compleja como en el área oncológica. En este sentido, esta experiencia en la UHO pretende ser un aporte tanto teórico como motivacional; teórico, en pos de colaborar con conocimientos ya existente sobre la intervención de T.O en el área; y motivacional, visualizando a los Terapeutas Ocupacionales en una escala nacional y también latinoamericana, en pos del desarrollo de conocimiento que posicione al Terapeuta Ocupacional como un profesional idóneo en el tratamiento integral del paciente hemato-oncológico, y que desde la Ocupación, colabore con el equipo oncológico para favorecer en las personas que sufran alteraciones neoplásicas de índole hematológicas, una mayor participación en los contextos significativos y por ende, en su calidad de vida.

CONCLUSIONES:

El programa desarrollado en la UHO nos permite percibir como la intervención de T.O. usa las actividades como una instancia nueva de participación que puede ser usada con libre elección durante la rutina diaria. La selección de la actividad, el tiempo y la, otorga una sensación de mayor dominio en la orquestación de la rutina. Las actividades son valoradas por los pacientes y los resultados de las actividades se expresan en el estado anímico y en una sensación de bienestar al realizarlas. El significado de la actividad

varía desde instancias de actividad física, compañía, desarrollo de habilidades, sensación de creatividad y de utilidad.

El Terapeuta Ocupacional a través de la actividad puede adaptar, modificar el tiempo de intervención, considerar la motivación y la libre participación, manteniendo un vínculo terapéutico constante a través de la comunicación, no sólo con la familia sino también con el equipo tratante de la UHO., el Terapeuta Ocupacional guía y propone, pero sin imponer (principio bioético de Autonomía).

La labor del Terapeuta Ocupacional tiene un impacto significativo sobre la vida de los pacientes en la UHO, y para el Terapeuta Ocupacional desde el punto de vista humano y profesional, pocas cosas resultan más gratificantes que observar cómo usando sus habilidades de adaptación, participando de sus ocupaciones y manteniendo un sentido de valor y dignidad.

TABLA1: Datos demográficos

Nombre	Edad (años)	Estado civil	Actividad previa	Diagnóstico
Fernanda	16	Soltera	Estudiante Educación Media	Leucemia Linfoblástica Aguda
Patricia	47	Casada	Dueña de casa	Leucemia Aguda en estudio
Paola	32	Soltera	Abogado	Linfoma no Hodking
Germán	61	Casado	Obrero	Síndrome mielodisplásico
Gerald	20	Soltero	Estudiante Educación Técnica	Leucemia Linfoblástica Aguda
Yessenia	15	Soltera	Estudiante Educación Media	
José Luis	23	Soltero	Artista	Leucemia Mieloide Aguda
Olga	74	Casada	Dueña de casa	Leucemia Mieloide Aguda
Francisco	34	Casado	Minero	Linfoma no hodking
Margarita	68	Casada	Dueña de casa	Leucemia Linfoblástica
Martín	49	Casado		
Rodrigo	20	Soltero	Estudiante Educación Superior	Leucemia Linfoblástica
Marcelo	53	Casado	Trabajador en industria agrícola	Leucemia
Claudia	36	Casada	Dueña de casa	Linfoma no Hodking
Marcelo G.	62	Casado	Contador	Mielodisplasia en estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. <http://www.minsal.cl>
2. Bertero, C. Eriksson, B. (1997) Explaining different profiles in quality of life experiences in acute and chronic leukaemia. *Cancer Nursing* 20(2), April, pp 100-104.
3. Dietz H, Rehabilitation Oncology. Estados Unidos, Wiley Medical Publication, 1981; 137 – 145.
4. Penfold S. (1996) The Role of the Occupational Therapist in Oncology. *Cancer Treatment Reviews*. 1996; 22: 75 – 81.
5. Cooper J. (2000) Occupational Therapy in Oncology and Palliative Care. Whurr Publications Limited, London.

6. Navarrete E. (2006) Evolución de la Terapia Ocupacional en el Campo de la Oncología. *Revista Gallega de Terapia Ocupacional*. Número 4. Septiembre. <http://www.revistatog.com/num4/ORIGINAL2.htm>
7. Pizzi, MA. (2004). Occupational and physical therapy in hospice: the facilitation of meaning, quality of life and well being. *Topics in Geriatric Rehabilitation* Vol. 20, No. 2, pp. 120–130.
8. Townsend, E. (1998). Using Canada's 1997 guidelines for enabling occupation. *Australian Occupational Therapy Journal*, 45, 1–6.
9. Kielhofner, G. (2002). Model of human occupation: Theory and application (3rd ed.). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
10. Kvale, S., (1996) Interviews: An Introduction to Qualitative Research interviews. Ch 5,6,7,8, CA: Sage Publications.
11. Harding, S. (1996). Relaxation: With or without imagery? *International Journal of Nursing Practice*, 2(3), 160-162.
12. Tusek, D. L., & Cwynar, R. E. (2000). Strategies for implementing a guided imagery program to enhance patient experience. *Advanced Practice in Acute & Critical Care*, 11(1), 68-76.
13. Petersson LM, Berglund G, et al (2000) Group rehabilitation for cancer patients: satisfaction and perceived benefits. *Patient Educ Couns*. Jun;40(3):197-9.
14. Unruh AM, Smith N, (2000) The occupation of gardening in life-threatening illness: a qualitative pilot project. *Can J Occup Ther*. Feb; 67(1):70-7
15. la Cour K. Josephsson S.(2005) Creating connections to life during life-threatening illness: Creative activity experienced by elderly people and occupational therapist *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2005; 12: 98_ 109.

T.O. Erna Navarrete Ms©
 Profesor Asistente
 Esc. Terapia Ocupacional
 Universidad de Chile

TERAPIA OCUPACIONAL, CALIDAD DE VIDA Y VIOLENCIA.

En América Latina, la discusión de la responsabilidad penal de niños y adolescentes ha transitado por tres etapas diferentes:

- Penal indiferenciado: consideraba iguales a los menores de edad y a los adultos.
- Tutelar: son creados los Tribunales de Menores, a partir de la indignación provocada por las condiciones carcelarias y por la promiscuidad entre adultos y menores de edad. Este modelo estuvo vigente en América Latina hasta 1989.
- Responsabilidad penal de los adolescentes (RPA): rompe con los modelos anteriores a partir de la Convención Internacional de los Derechos del Niño- CIDN.

LA CIDN crea un nuevo paradigma de acción, *“que puede ser caracterizada como la etapa de la separación, participación y responsabilidad”*¹. El concepto de separación se refiere a distinguir conflictos sociales de conflictos con las leyes penales. El concepto de participación indica el derecho del niño a formar y emitir una opinión libremente, de acuerdo con su grado de madurez. *“Participación contiene y exige el concepto de responsabilidad, que a partir de determinado momento de madurez se convierte no solo en responsabilidad social sino además y progresivamente en una responsabilidad de tipo específicamente penal”*.²

En Brasil, con la aprobación del “Estatuto da Criança e do Adolescente” (ECA-1990), se da un salto cualitativo rompiendo tanto con el modelo tutelar, como con el modelo penal indiferenciado. Se adopta el modelo de justicia y de garantías, que establece diferencias entre los niños, que sólo pueden recibir medidas de protección, y los adolescentes, **penalmente inimputables, pero penalmente responsables ante la ley.**

El ECA está sustentado en tres principios básicos:

- El principio de la ciudadanía: *“niños y adolescentes deben saber.... que la ciudadanía consiste en el ejercicio social de derechos y deberes, los cuales son limitados, definidos en las leyes del País”*. (Seda, E. miembro de la comisión redactora del ECA)
- El principio del bien común: de tal forma que al defender un grupo no estemos perjudicando otro grupo social.
- El principio de la condición particular de desarrollo: entender al niño y al adolescente como una persona peculiar en desarrollo.

¹ E.G. Mendez, 2006. “Justiça, Adolescente e Ato Infracional: socioeducação e responsabilização” ILANUD (Brasil) 7-23.

² Idem

En esta realidad, surgen instituciones sociales como el *Centro de Orientação ao Adolescente de Campinas* – COMEC- fundado en 1980 y que desarrolla tres programas:

- *Programa de Libertade Assistida (LA)*: ejecutado desde su fundación. Recibe adolescentes en conflicto con la ley penal, oriundos de la *Vara da Infancia e da Juventude*, que deben cumplir la medida socio-educativa de libertad asistida.
- *Programa de Educação para e pelo Trabalho* (desde 1992): recibe adolescentes desfavorecidos económicamente, estudiantes, derivados de escuelas públicas u ONGs. Estos adolescentes serán capacitados y derivados a empresas para trabajar.
- *Programa de Orientação e Apóio Sócio-Familiar* (desde 1980): atiende a las familias de los adolescentes de los dos programas anteriores.

La medida de libertad asistida tiene por objetivo crear condiciones para que el adolescente “*construya un camino de desarrollo personal, de participación productiva en la comunidad, ejerciendo los derechos, deberes de ciudadano, en el presente y en el futuro*”.³ Para esto son realizados diversos proyectos.

El proyecto aquí mostrado surge a partir de un financiamiento obtenido junto a la Fundación Telefónica, para la implantación y ejecución de una radio interna en el COMEC, a ser utilizada como un espacio interno de divulgación y comunicación.

Esta presentación es sobre dicho proyecto, desarrollado con un grupo de 18 adolescentes, realizada a lo largo de dos años y que aún se encuentra en ejecución. El proyecto de implantación y ejecución de una radio interna tiene como objetivo: ampliar el bagaje de vivencias, de comunicación, de relaciones sociales de los adolescentes. Simultáneamente la implementación de la radio pretende capacitar a los adolescentes a presentar y debatir diversos temas, usar la mesa de sonido, manejar el lenguaje de la radio, desarrollar la crítica y producir conocimientos. En la tabla I mostramos las actividades y la estrategia utilizada para alcanzar los resultados esperados. Los resultados se manifiestan en el pequeño índice de reincidencia en el conflicto con la ley penal, retorno y permanencia en la escuela, reestructuración de la vida ocupacional, mayor participación en actividades culturales, creativas, socialmente valoradas. Todos estos aspectos han influenciado en la calificación de estos adolescentes e influenciado positivamente en la calidad de vida de los mismos.

³ M. de L. Trassi Teixeira 2006 “As Histórias de Ana e Ivan: boas esperiências em liberdade assistida” Fundação Abrinq (Brasil), 66-82

TABLA I: DESARROLLO DEL TRABAJO

Etapa	Estrategia	Objetivo	Resultados
Sensibilización con el objeto de implementar una radio interna.	Informática. Correo electrónico. Técnicas de Información y Comunicación (TIC). Conocer la estructura de una radio. Actividades culturales. Responder a las demandas de los adolescentes.	Formación de vínculo. Utilizar TIC. Identificar los equipos necesarios para montar una radio. Participar en actividades socialmente valorizadas. Organizar la vida ocupacional del adolescente.	Aprendizaje de TIC. Planeamiento del montaje de la radio. Elaboración de presupuestos. Creación de e-mail personal. Producción de programas de radio. Desempeño de nuevos roles. Ampliación del repertorio de vivencias/relaciones sociales. Atención a las demandas de los adolescentes. Compra de equipos y software necesarios.
Implantación de la radio interna. Invitar otros grupos a participar de la programación de la radio.	Taller de comunicación con presentación de la propuesta. Grupo abierto por ocho encuentros. Grabación/ elaboración de programas. Entrevistas. Máquina fotográfica digital. Creación de archivos de imágenes y de sonidos. Actividades culturales. Capacitación en video. Intercambio con el Centro Cultural Luis Braille, que atiende deficientes visuales. Responder a las demandas de los adolescentes.	Sensibilizar doce adolescentes a participar del grupo. Ampliar el número de participantes. Hacer programas de radio. Utilizar el software de sonido. Realizar entrevistas. Evaluar el producto final. Crear un archivo de fotos. Conocer el tema deficiencia visual. Desempeñar el rol de guía vidente en actividad cultural.	Participación de diez adolescentes. Todos verbalizaron el deseo de formar parte del grupo. Se mantuvo el número de participantes. Elaboración de viñetas y programas de 3 minutos de duración. Simulación y realización de entrevistas. Criticidad frente al producto final obtenido. Creación de un archivo de fotos. Participación y evaluación de las actividades culturales. Responsabilidad y solidaridad con el deficiente visual.

I. Título del trabajo y subtítulo

Teatro y creatividad: una forma de atravesar los límites.

II. Apellido y nombres completos de los autores.

Claudia Natsumi Yoshida

III. Institución a la que pertenece/n, ciudad, provincia, país, dirección postal, teléfono, e-mail y fax.

Programa Escola da Família, Mairinque, São Paulo, Brazil.

Ordenamiento del texto:

Se considera conveniente ordenar el texto de la siguiente manera:

I. Título:

Teatro y creatividad: una forma de atravesar los límites.

II. Autor/es: **Yoshida, Claudia Natsumi**

III. Nombre y dirección del establecimiento: **Programa Escola da Família**

IV. El resumen del trabajo

El Proyecto Teatro y Creatividad tuvo como objetivo inicial estimular el potencial creativo de los niños y adolescentes en una Escuela Estadual. Fue elegido el teatro por la formación y transformación que proporciona, además del efecto que provoca en el espectador referente al tema. Nos dimos cuenta de la necesidad de esos jóvenes de ser valorizados en la sociedad. Partiendo de esa suposición, y pensando en la actuación de la Terapia Ocupacional como facilitadora de la autonomía del sujeto a través de una actividad, realizamos un teatro valorizando y construyendo a través de las ideas sugeridas por los alumnos una pieza. El proyecto tuvo como finalidad la libre elección de: participantes en el escenario, montaje, sonorización, iluminación, figurín, historia, tema, resultando en las posibilidades de autonomía de esos jóvenes en la organización y realización de una obra de teatro. El tema sugerido fue inspirado en una música de Hip Hop. Se observa que en el transcurso hubo un desarrollo del pensamiento crítico y reflexivo, exploración de la imaginación y creatividad, resultando en la autonomía de grupos y de sujetos. La metodología fue basada en ejercicios teatrales, y en promoción de un espacio facilitador en las discusiones de cuestiones de la producción de la obra y del movimiento Hip Hop. Hubo una buena aceptación y valorización de la comunidad. Actualmente, algunos de esos jóvenes actúan como voluntarios, desarrollando otros proyectos.

V. Desarrollo del Trabajo:

El proyecto Teatro y Creatividad tuvo como objetivo inicial estimular el potencial creativo de niños y adolescentes en una Escuela del Estado en la ciudad de Mairinque en el Interior de la ciudad de San Paulo a través del programa Escuela de la Familia. Fue elegido el taller de teatro por las múltiples acciones que este posibilita en la formación y transformación del sujeto actuante, además de la reacción que puede provocar en el espectador sobre el tema expuesto. Observamos en el transcurso del proyecto la necesidad de esos jóvenes en ser valorizados en su contexto social, pues eran considerados por el Director de la Escuela y por los educadores como depredadores, agresivos, siendo responsabilizados por todos los acontecimientos negativos que ocurrían en la escuela. Partiendo de esa idea, y pensando en la

actuación de la Terapia Ocupacional como facilitadora en la promoción de la autonomía del sujeto a través de una actividad, realizamos un teatro diferente de lo convencional, valorizando y construyendo a través de las ideas dadas por los jóvenes la producción de una pieza teatral y principalmente a la producción de un sentido propio. El proyecto tuvo como finalidad la libre elección de los participantes sobre el escenario, el montaje, la sonoplastía, la iluminación, el vestuario, la historia, el tema, teniendo como resultado las posibilidades de autonomía de esos jóvenes en la organización y realización de una pieza de teatro. El tema propuesto fue inspirado en una música en el estilo Hip Hop traída por los propios jóvenes. Aparte de los adolescentes involucrados, fueron invitados niños y otros jóvenes del barrio para que actúen en la dramatización, siendo que no hubo, en ningún momento un proceso selectivo para la participación. Todas las decisiones eran tomadas a partir de discusiones en grupo sobre la planificación, la organización y la concretización del producto final, siendo un espacio de sustentación y posibilidades de creación, de expresión en relación a los sentimientos y a sus preocupaciones en relación a su vida familiar y cotidiana. A través del deseo de realizar una obra al estilo Hip Hop, provocamos una conversación en relación al movimiento referido al origen y a la intención de este a partir de lo que conocían posibilitando el cambio de informaciones basada en las mismas y así construir la dramatización y también poder expresar sus angustias y rebeldía en relación a las injusticias sociales. La composición de la historia descrita fue siendo discutida a cada paso de la música, haciéndose las complementaciones necesarias. La obra "Sobreviviendo en el infierno" cuenta sobre la vida de un adolescente que muere así ser baleado por un hombre misterioso y no se da cuenta que esta todo el tiempo dialogando con el diablo, cuando descubre es llevado al infierno. Cuando el proyecto estuvo armado, invitamos a una persona del barrio que tenía alguna experiencia sobre dramatización para que les enseñe técnicas teatrales a los jóvenes, sobre todo en relación a la postura frente al público y a la desenvoltura en la expresión corporal durante la actuación, sin interferir en la creatividad de la obra. Pudimos observar que a lo largo de la elaboración, hubo un desenvolvimiento del pensamiento crítico y reflexivo, exploración de la imaginación, de la creatividad de la expresión corporal y verbal, de la auto-estima, de la responsabilidad, de la participación y de la iniciativa, del trabajo en grupo, además de percibir que la ida en el palco no tiene límites, que todo puede transformarse, dependiendo del deseo, de la elección, o sea, teniendo la consciencia de que puede ser protagonista en el palco

de la vida. El método empleado fue basado en ejercicios de precalentamiento, juegos teatrales y principalmente la búsqueda de un espacio que facilitara las discusiones de las cuestiones de la producción de la obra y sobre el movimiento Hip Hop. Fueron presentados para 23 escuelas de la región, habiendo habido aceptación y valorización por parte de las escuelas y de las familias de los participantes siendo que algunas se adhirieron en los trabajos pedagógicos la letra de la música del estilo Hip Hop. Actualmente, algunos de esos jóvenes actúan como voluntarios, desarrollando otros proyectos en la escuela. El teatro, por lo tanto, puede promover un espacio de creación y reflexión de sí mismo en el mundo, posibilitando un sentimiento de pertenencia, volviéndose ciudadanos conscientes de su papel en la sociedad. El proceso de construcción de la obra fue mucho más significativo que el producto final, al contrario de las obras convencionales que se esfuerzan para conseguir la perfección, lo bello, la estética. Este mismo esfuerzo es observado en la escuela, donde la Dirección mantiene el orden y la estética de la estructura del edificio, perdiendo la caracterización de su papel en la educación, manteniendo a los alumnos reprimidos de forma indirecta en su expresión. Esa obra trajo un impacto importante por retratar la realidad y el conflicto vivido por los jóvenes y por tener la oportunidad de expresar de alguna manera la opinión de estos.

Referencias bibliográficas:

- BOAL, Augusto, 1996. **“O arco-íris do desejo: o método Boal de teatro e terapia”** Civilização Brasileira (Rio de Janeiro), p. 220 .
- GALLO, Silvio, 2003. **“Deleuze & a educação”** Autêntica (Belo Horizonte), p. 118.
- Saraceno, B., 1999, **“Libertando identidades: da reabilitação à cidadania possível”**. Te Corá (Rio de Janeiro).
- Novaes, R, Vannuchi, Paulo, 2004. **“ Juventude e Sociedade: trabalho, educação, cultura e participação”**, Editorial Fundação Abramo (São Paulo), p.302
- CAMPOS, G. W. S. et.al, 2006. **“Tratado de Saúde Coletiva”**, Hucitec (Rio de Janeiro)

*Título del trabajo: TRABAJO Y SALUD MENTAL. EL DESGASTE LABORAL (BURNOUT)
EN LOS TRABAJADORES BANCARIOS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES*

Autores: Graciela Zaldúa; M. Marcela Bottinelli, M. Pía Pawlowicz; Mariela Nabergoi

*Institución a la que pertenece/n: Instituto de Investigaciones – Facultad de Psicología -
Universidad de Buenos Aires*

Ciudad: Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Provincia: Buenos Aires

País: Argentina

Dirección postal: Del Progreso 918 (1424) CABA - Argentina

Teléfono: (011) 4923-9386

Fax:

E-mail: mbottine@psi.uba.ar, gzaldua@psi.uba.ar, mnabergoi@yahoo.com.ar

Nº de hojas: 5

Título: TRABAJO Y SALUD MENTAL. EL DESGASTE LABORAL (BURNOUT) EN LOS TRABAJADORES BANCARIOS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Autores: Graciela Zaldúa; M. Marcela Bottinelli, M. Pía Pawlowicz; Mariela Nabergoi

Nombre y dirección del establecimiento donde el trabajo fue realizado: Instituto de Investigaciones – Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires. Dirección: Independencia 3065 - 3º p.(1225) CABA

Resumen del trabajo:

El trabajo presenta los resultados de una indagación acerca del desgaste laboral en trabajadores bancarios de la Ciudad de Buenos Aires. El mismo surge del trabajo de un equipo de investigación UBACyT en el que participan psicólogos y terapeutas ocupacionales en el marco del proyecto P058. “Praxis Psicosocial Comunitaria en Salud” 2004-2007, dirigido por la Prof. Graciela Zaldúa.

En las últimas décadas el trabajo se ha visto modificado por profundos cambios como: innovaciones tecnológicas, transformaciones organizacionales, flexibilización y nuevos patrones de productividad y de gestión de la fuerza de trabajo que transformaron los procesos salud-enfermedad ligados al trabajo. En el caso del colectivo de trabajadores bancarios en Argentina, además, la crisis financiera del 2001 por el colapso de la convertibilidad monetaria, el endeudamiento externo e interno y la fuga de capitales, alcanzó en los escenarios de la banca pública y la privada tensiones extremas, en particular por la no devolución de los depósitos. El llamado “corralito” afectó a miles de ahorristas que acudieron a reclamar indignados, y fueron los trabajadores bancarios, en particular los cajeros, que afrontaron la promesa no cumplida de resguardar sus activos. Se triangularon un cuestionario, el Inventario de Burnout y entrevistas en profundidad aplicados sobre una muestra de N=100 trabajadores bancarios con más de cinco años de antigüedad. Se presentan resultados cuali y cuantitativos.

Nota: este trabajo ha sido parcialmente presentado en las XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Avances, nuevos desarrollos e integración regional. Buenos Aires. 4, 5, y 6 de Agosto de 2005.

Introducción

El contexto de trabajo bancario en los últimos años mostró un ascenso de la privatización de los bancos públicos y su participación decreciente en el sector. Las lógicas impuestas por los avances tecnológicos y las formas de contratación flexible tienden a transformar el trabajo tradicional bancario, expropiando el savoir faire y las marcas identitarias de los trabajadores del sector. El aumento del empleo del sector en los noventa, por la expansión de las entidades financieras, se realiza en base a la precarización de los contratos y la flexibilización de los puestos en términos de polivalencia y multifuncionalidad. La relación entre “lo que soy” y “lo que hago” se transforma en términos de mayor sufrimiento para el trabajador, que pierde el reconocimiento social y subjetivo. La calidad y cantidad del trabajo se modifica, afectando y cuestionando su “saber hacer”.

La crisis del 2001, por el colapso de la convertibilidad monetaria, el endeudamiento externo e interno y la fuga de capitales, alcanzó en los escenarios de la banca pública y la privada tensiones extremas, en particular por la no devolución de los depósitos. El llamado “corralito” afectó a miles de ahorristas que acudieron a reclamar indignados, y fueron los trabajadores bancarios, en particular los cajeros, que, sin ser responsables de la situación, afrontaron la promesa no cumplida de resguardar sus activos con un alto impacto traumático. La pesificación impuesta de los depósitos en moneda extranjera por el Decreto 214/02, fue vivenciada como confiscación, produciendo situaciones de violencia sobre los cajeros que no entregaban los depósitos. En este contexto complejo, las jornadas de trabajo fueron extenuantes, sin límites horarios y sin reconocimiento monetario. Los episodios de crisis psicológicas y afecciones psicosomáticas aumentaron su incidencia y en algunos bancos se contrataron servicios de apoyo y contención psicológica y psiquiátrica. La medicalización del proceso se naturalizó con la oferta de psicofármacos desde estos servicios coyunturales.

El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) de los trabajadores bancarios:

La propuesta, desde la psicodinamia del trabajo, como un espacio de encuentro entre trabajador@s de los bancos públicos y privados e investigadores partió del supuesto de la presencia del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout).

Con respecto al Síndrome de Burnout existe consenso en considerar que surge como una respuesta al estrés laboral crónico y que consiste en una experiencia subjetiva interna que agrupa sentimientos, actitudes y comportamientos que tienen un cariz negativo para el sujeto dado que implica alteraciones, problemas y disfunciones psicofisiológicas con consecuencias nocivas para la persona y para la organización (1). Ambos autores sostienen que se inicia

con la aparición de bajos sentimientos de realización personal en el trabajo y paralelamente altos sentimientos de agotamiento emocional. Las actitudes de despersonalización que siguen a esos sentimientos se consideran una estrategia de afrontamiento desarrollada por los profesionales.

En relación a los trabajadores bancarios, se evidencian como fuentes del desgaste laboral entre otras: el clima organizacional, la inestabilidad, los conflictos con los clientes, la sobrecarga y la responsabilidad ante los fallos.

Aspectos

metodológicos

Desarrollamos investigaciones participativas desde la perspectiva de la Psicología Social Comunitaria y la Epidemiología Crítica con diferentes colectivos de trabajo. Nuestra posición epistemológico-metodológica, busca considerar la complejidad del trabajo y las afectaciones en el modo de vida y subjetividades, tanto en sus aspectos destructivos como en los aspectos protectores. Por otra parte, el acto epidemiológico no se agota en la identificación de variables, en la observación de fenómenos empíricos o en la enumeración de factores de riesgo.

Desde la Epidemiología Crítica nos proponemos: 1) develar los mecanismos alienantes y desubjetivantes que inciden en el bienestar individual y colectivo, 2) propiciar la autonomía, la creatividad y el empoderamiento de los trabajadores. Adquiere centralidad la participación activa de los trabajadores a fin de co-construir un saber acerca del impacto del desgaste laboral y co-construir propuestas propiciadoras del bienestar y de la salud. Los niveles instrumentales están articulados con dispositivos de producción grupal a través de una modalidad de gestión asociada con trabajadores del sector.

El objetivo general del estudio fue identificar la presencia del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) y las modalidades de afrontamiento en trabajadores bancarios de la Ciudad de Buenos Aires. La metodología utilizada trianguló un cuestionario sociodemográfico y laboral, el Inventario de Burnout (MBI) de Maslach, C y Jackson, S. E. (2) y entrevistas en profundidad. El Inventario se ha tomado con una ampliación que indaga causas de malestar laboral y propuestas de solución y se ha aplicado a con diferentes sectores/trabajadores.

La recolección de datos fue realizada entre los meses de mayo y octubre de 2004. La muestra estuvo conformada por N= 100 trabajadores bancarios de la Ciudad de Buenos Aires con más de cinco años de antigüedad de cuatro bancos, entre 25 y 65 años. El 54% de ellos eran varones y el 46% mujeres. Los empleados de la Banca pública constituyeron el 70%. La muestra presentó características consideradas como factores protectores frente al

estrés laboral tales como el de presentar empleos estables -no contratados- (99%) y estar en pareja (75%). Tres cuartas partes de ellos convivían con algunos o todos sus hijos. Los datos fueron procesados manual e informáticamente con asistencia de los softwares SPSS y AtlasTi.

Resultados

1. Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout)

La media general de la muestra resultó ser superior a la media española de población general en la categoría de Cansancio Emocional e inferior en el caso de la Realización Personal (2). El análisis estadístico mostró una diferencia altamente significativa en el Test de Student para la categoría Cansancio Emocional, no así para las otras categorías. No obstante, la división percentilar se desvía presentando parámetros más altos de estrés en nuestra población en dos de las tres categorías del Síndrome de Burnout. El 60% de los trabajadores bancarios se encuentra sobre la media de afectación de estrés en las categorías de cansancio emocional y realización personal, y casi la mitad de la población estudiada (48%) se encuentra afectada por niveles altos de estrés en dichas categorías. Respecto de la Despersonalización, la población se comporta de manera similar que en la población española.

- Toda la población presenta un corrimiento de la media hacia arriba, lo que significa un nivel común de estrés alto en esta población.

- A pesar de que las condiciones de crisis aguda para esta población se suponen algo lejanas, diciembre del 2001, encontramos un nivel de afectación alto en la población bancaria: el 48% respecto del cansancio emocional y la realización personal y el 32% respecto de la despersonalización.

- Esto explicaría además que el factor con la significación más alta sea el Cansancio emocional dado que las situaciones estresoras se mantienen en el tiempo aunque la crisis aguda haya cesado.

2. Causas de malestar y propuestas de solución

Las situaciones productoras de mayor estrés para los trabajadores están vinculadas al trato con clientes: maltrato por parte de éstos y la presión por los tiempos de espera. El fenómeno del “corralito” y la retención que los bancos hicieron de los ahorros de los clientes generaron además de reiteradas marchas y protestas de agrupaciones de ahorristas, el reclamo y agresión de los clientes en general. El impacto en los trabajadores bancarios del “corralito” fue de tipo traumático. Describen por parte de los clientes: actitudes de maltrato, quejas, insatisfacción, prepotencia, etc. Esta situación de “fractura” entre el cliente y el banco, posiciona al trabajador -en particular a

los cajeros- en un escenario no deseado, como mediador entre las demandas del cliente y la no solvencia del empleador. La conflictiva subjetiva y ética se instala y pone en tensión la economía yoica. La responsabilidad frente al puesto de trabajo y su preservación y la culpa por el saber y hacer impuesto como confiscación, demandan de ideologías defensivas. La desubjetivación robotizada opera como coraza y/o pantalla ante los montos internos y externos de tensión difícil de metabolizar psíquicamente. La implementación de mecanismos de disociación son frecuentes y son asociadas a una máscara, que separa e invisibiliza al otro como semejante, ante las circunstancias más adversas del rol laboral. Las situaciones percibidas como de riesgo profesional son los fallos y la obligación de compensarlos. También la relación con las jefaturas y la relación con la organización que tienden a promover la rivalidad y competitividad entre los empleados.

Relaciones de género y trabajo:

El análisis comparativo por sexo indica que las mujeres sufren más estrés laboral relativo que los hombres en todas las categorías. Son más los varones que afirman que les es posible responder satisfactoriamente a la demanda de los clientes con los recursos que tienen (64% vs. 26% de las mujeres). Como en otros estudios se ha descrito, el acceso a los cargos jerárquicos es mayor entre los varones que entre las mujeres mostrando una inequidad presente también en otros sectores empresariales. El 30% de los encuestados tiene un puesto de trabajo jerárquico, de los cuales la mayoría (70% son varones) En cambio, entre los puestos de trabajo no jerárquicos sólo el 42% están ocupados por varones.

Entre las propuestas de resolución de los problemas laborales las diferencias por sexo se observan en que las mujeres plantean aumento del personal (56% vs. 34% en los varones) y “denuncia de las irregularidades” (30% vs. 20% en los varones).

Claramente, el aumento de horas de trabajo y la polivalencia acrecientan las cargas estresantes, con dificultad de tramitarlas con las estrategias defensivas disponibles. La mayoría señala como motivo la sobrecarga laboral y el cúmulo de tareas (40%), ligados a la falta de organización, al poco personal, a la falta de tiempo para concluir el trabajo del día, utilizando muchas veces las palabras “exceso o excesivo (tareas, trabajo, etc). Otros motivos incluyen la capacitación, motivos gremiales o solidarios, por gusto, por costumbre.

Conclusiones y discusión:

En el contexto de la crisis, la ansiedad habitual del trabajo bancario se acrecienta. Los colectivos de trabajadores bancarios afectados tienden a fragilizarse y a evidenciar síntomas de desgaste laboral. Las cargas físicas y psíquicas se acrecientan por el aumento de horas y la polivalencia que exige recursos para innovar constantemente frente a la diversidad de

tareas. En este clima laboral las estrategias defensivas disponibles presentan dificultades para ser tramitadas. El hacer y el reconocimiento de los otros, como retribución simbólica, son puestos en cuestión y afectan la confianza y la realización.

En relación con los datos aportados por el Inventario de Burnout: en Cansancio Emocional como en Realización Personal más del 50% de la población presenta parámetros de afectación alta. La afectación en la realización personal entra en directa relación con los cambios en el perfil requerido de los puestos de trabajo por las políticas neoliberales de contratación, dado que son trabajadores que presentan un promedio de 16 años en el banco y 18 en la actividad bancaria en general. Aun cuando la gran mayoría de los trabajadores estudiados poseen actualmente puestos fijos de trabajo, las expectativas al inicio de la carrera bancaria, como inserción laboral socialmente valorada y con perspectivas de ascenso, beneficios, cobertura social, prestigio, etc. se ven fuertemente trastocadas respecto de los nuevos perfiles de recursos humanos que presentan las instituciones bancarias.

1.- Gil Monte P y Peiró, J.M. 1997. "Desgaste Psíquico en el Trabajo. El Síndrome de Quemarse". Editorial Síntesis, S.A.

2 - Maslach, C. y Jackson, S. E. 1997. "Inventario de Burnout de Maslach: Síndrome del Quemado por Estrés laboral Asistencial". (Madrid) Ed. Paidós.

Otra bibliografía:

- Breilh, J. 2003. "Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad" (Buenos Aires) Lugar Editorial.

- Cornaglia, R. 1997. "El control de constitucionalidad de la Ley de Riesgos del trabajo". (Madrid, Buenos Aires) Editor Joaquín Fernández.

- Dessors D, Guiho Baillo, M.P. 1988. "Organización del Trabajo y Salud. De la Psicopatología la Psicodinámica del trabajo". (Buenos Aires) Lumen Humanitas

- Zaldúa, G.; Lodieu M.T. Tisera, A.; Pawlowicz, M. P. 2000. "Las problemáticas de los trabajadores de la salud". (Buenos Aires) VII Anuario de Investigaciones. Secretaría de Investigaciones. Facultad de Psicología. UBA.

- Zaldúa, G.; Bottinelli, M.M; Gaillard, P.; Lodieu M.T.; Pawlowicz, M. P.; Pérez Chávez, K.; Tisera, A. y Nabergoi, M. 2002. "Salud mental: territorios y narrativas entre la reproducción y la transformación". (Buenos Aires) Anuario de investigaciones X. Facultad de Psicología. UBA.

Título del trabajo: Investigación – acción en salud laboral: una apuesta a la autonomía

Apellido y nombres: Donayo Florencia / D'Angelo Marcela

Institución: Subsecretaría de Niñez, Adolescencia y Familia. Santa Fe. Santa Fe. Argentina.

San José 1735. Te: 0342 – 4572889. marsantafe@hotmail.com –
florenciaddonayo@yahoo.com.ar

INVESTIGACIÓN – ACCIÓN EN SALUD LABORAL: UNA APUESTA A LA AUTONOMÍA. Donayo

Florencia / D'Angelo Marcela. Subsecretaría de la Niñez, Adolescencia y Familia.

Mostrar a la investigación como una herramienta que trasciende los ámbitos académicos y se incorpora en el proceso de intervención es la apuesta que asumimos como integrantes del Equipo de investigación – acción de la Subsecretaría de la Niñez, Adolescencia y Familia de Santa Fe.

Comenzar indagando acerca de la salud laboral de los trabajadores en el área de la infancia tiene por objetivo desnaturalizar el malestar institucional concebido innato en estos espacios y tiempos y desocultar sus condiciones de producción en pos de la salud y de la posibilidad de re-pensar y re-significar las prácticas.

Asumirnos como productores a la hora de investigar en función de la transformación social, a partir de la reflexión crítica permanente, conlleva un proceso de construcción de la propia autonomía en el intento de propiciar la apertura de otros espacios que en igual sentido impliquen al propio colectivo de trabajo.

Palabras claves: intervención profesional, investigación-acción, salud, trabajo, autonomía

INVESTIGACIÓN – ACCIÓN EN SALUD LABORAL: UNA APUESTA A LA AUTONOMÍA.

“La elucidación es necesaria para dar cuenta del sentido de nuestras prácticas, en tanto que en el trabajo de pensar lo que hacemos y saber lo que pensamos se eluden los efectos de la separación entre teoría y práctica, una separación que contribuye a la heteronomía y al empobrecimiento de la significatividad del hacer.” (Heler)

En el año 2004 un grupo de profesionales de la Subsecretaría de la Niñez, Adolescencia y Familia, de la Secretaría de Estado de Promoción Comunitaria de la Provincia de Santa Fe, convocados a partir de la necesidad del encuentro con los pares, para reflexionar, problematizar y debatir las prácticas, llegan a conformar en el año 2005 el equipo de investigación acción de dicha institución.

Ante una realidad social compleja, cambiante y vertiginosa detenerse a indagar y producir conocimiento sobre los efectos de las distintas políticas, programas o proyectos sociales parece casi una utopía. La emergencia de las problemáticas sociales marca la necesidad de una intervención inminente, y en la organización algunos transitan intentando responder a esta demanda y otros se resignan a la imposibilidad de realizar algo que pueda cambiar los acontecimientos.

Producir conocimiento para que se vuelva en práctica renovada no puede ser privativo del ámbito académico. Es necesario instalar la investigación siendo parte del ámbito de intervención uniendo lo que la racionalidad dicotómica separó en dos ámbitos estancos.

Estela Grassi (1), refiere que la investigación deviene en un elemento inescindible, en un requisito de constitución de una práctica profesional, entendiendo por tal, el dominio, la apropiación y la aprehensión del propio quehacer. De ahí, que la práctica profesional implica en primer lugar, la reconstrucción como objeto de la práctica. Y parte del proceso de esta reconstrucción crítica (reconocimiento de su historicidad y de los sentidos que conlleva su definición), es constituirlo como objeto de conocimiento.

A la hora de investigar..... investigación acción

Integramos un equipo(2) que cree, como expresa Bruner , que el investigador debe estar “históricamente posicionado y localmente situado, al igual que cualquier ser humano (observador) de la condición humana”(3), en oposición a la antigua creencia que la investigación científica para reunir los requisitos de legitimidad, validez y verosimilitud, debe

ser realizada por un observador objetivo, autorizado, políticamente neutral, situado por fuera y por encima del texto. Nos situamos en este momento y en este lugar, para desde dentro, como trabajadoras del área de la niñez, adolescencia y familia, hacer crecer a la investigación como un indispensable espacio de trabajo.

Sostenemos que producir conocimientos sin una intencionalidad hacia la transformación no es válido, debería propiciar la creación de estrategias y acciones que atraviesen los diferentes niveles organizacionales, entendiendo que el solo hecho del ingreso de un operador a un campo moviliza inquietudes, ansiedades, resistencias y reflexiones que se constituyen en la base para el cambio.

Tiempo de investigar la salud laboral

En el intento de enriquecer las prácticas a partir de la producción del conocimiento que se genera desde la misma intervención, vemos la necesidad de indagar sobre el malestar institucional, como primer objeto a investigar. Generamos así un proyecto de investigación, al cual estamos abocadas en el presente, que surge al ver en los trabajadores un estado de situación permanente en la queja, desadueñamiento de las acciones, desvalorización del trabajo, desmotivación, anomia, sufrimiento.

Vinculado a esta situación, se encuentran las condiciones de trabajo caracterizadas por la invisibilidad de la tarea, la falta de estructura y de normas, la fragmentación entre las distintas organizaciones, los problemas de comunicación, roles y funciones, la falta de carrera administrativa, los inadecuados espacios físicos, el maltrato emocional, físico y psicológico, la ausencia de reconocimiento a la labor, la escasez de recursos y la precariedad laboral.

Dicho malestar se profundiza si tenemos en cuenta el objeto de trabajo de esta organización: la vulnerabilidad social. Esta vulnerabilidad ha ido cambiando, se ha ido ampliando, agudizando, y la organización del trabajo lejos de acompañar estos cambios para generar respuestas efectivas, sostiene un Taylorismo “aggiornado”, manteniendo en un híbrido los rasgos jerárquicos, autoritarios y controladores con las formas más precarizadas de contrato y los principios de las nuevas formas gerenciales. Una flexibilidad (que en realidad ya pasa a ser un dejar hacer), que se confronta al mismo tiempo con la rigidez preestablecida.

Ante este panorama, nos preguntamos:

¿Cómo pensar en estas condiciones laborales la atención a la infancia?

¿Cómo pensar en estas condiciones de salud de los que “cuidan” la atención de los que son “cuidados”?

Así surge el interrogante central de esta investigación que busca establecer las conexiones entre la organización del trabajo y la salud de los trabajadores, con la finalidad última de repensar y re-significar el trabajo para generar salud y habilitar la apertura al cambio.

Diseñamos entonces una investigación cuanti-cualitativa a fin de estudiar la realidad en su contexto natural, intentando interpretar los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas. De este modo instrumentamos una encuesta realizada a la mayoría de los trabajadores de la Subsecretaría de la Niñez, Adolescencia y Familia – 1° Circunscripción-, conjuntamente con entrevistas abiertas (en un muestreo representativo en torno a género, función y antigüedad) y observación participante de la dinámica en los distintos ámbitos institucionales.

Investigar para la autonomía

El intento de habilitarnos como profesionales en un espacio de producción de conocimientos condujo en primera instancia a pensar sobre nuestra propia situación laboral, nuestros propios condicionamientos e ir al encuentro de nuestras impotencias, sinsabores, frustraciones y desalientos, así como de nuestras posibilidades, deseos, apuestas. Transitar este proceso nos condujo a movernos del lugar de lo ya dado, de lo ya pensado, de la reiteración, del sin sentido y la reproducción. Abrió espacio en la conquista de la autonomía y salud para el equipo, que busca abrir otros espacios de autonomía, en una invitación a asumirnos como sujetos productores con posibilidad de transformación social de las condiciones que oprimen y nos oprimen.

Sostener la tarea, a partir de la tarea misma y de la importancia que consideramos ésta tiene, fue un elemento central para resistir a los intentos de disolución que este equipo tubo, provenientes tanto de nuestros colegas como de nuestras autoridades, naturalizando el malestar como condición innata, inherente al trabajo en estos espacios y tiempos.

La búsqueda de la autonomía “... se trata más bien de una acción conjunta por el logro de decisiones que respondan a las vicisitudes de las prácticas de acuerdo con la articulación de significaciones que conservan valor después de haber sido reflexivamente asumidas en la interacción con otros – y mientras que nuevas reflexiones no demanden su modificación. Una acción conjunta que es una lucha contra la heteronomía y los dispositivos que fortalecen el status quo. Una acción conjunta que requiere el ejercicio de la igualdad y la libertad de todos los involucrados. La autonomía reside en esa lucha cuyo resultado es su parcial y frágil conquista.”

Referencias

- (1) Heler M. 2002. “La autonomía como desafío para las ciencias sociales” en La investigación en trabajo social. Universidad Nacional de Entre Ríos. (Paraná). 111.
- (2) Integran el equipo de investigación tres psicólogas sociales, una psicopedagoga, una docente en nivel inicial y dos terapistas ocupacionales.
- (3) Bruner citado por Díaz R. en Seminario de Metodología de la Investigación Social. Maestría en Trabajo social. Universidad Nacional de Entre Ríos. (Paraná) 2006.
- (4) Grassi, E. 1995. “La implicancia de la Investigación Social en la práctica de trabajo social” Revista Margen. Año 4. N° 9.
- (5) Heler M. 2002. “La autonomía como desafío para las ciencias sociales” en La investigación en trabajo social. Universidad Nacional de Entre Ríos. (Paraná). 113 – 114.

Bibliografía consultada:

- Betancourt, O. 1995. “Trabajo y Salud”. Ed. CEAS. Quito. Ecuador.
- Breilh, J. 1995. “Nuevos conceptos y técnicas de investigación”. Ed. CEAS. Quito. Ecuador.
- Dessors, D. y Guiho – Bailly, M. P. 1998. “Organización del Trabajo y Salud. De la psicopatología a la psicodinámica del trabajo”. Ed. ILUMEN. Bs. As. Argentina.
- Kohen, J. Canteros, G. 2000. “La salud y el trabajo de los judiciales”. Ed. Raymur. Rosario.
- Sauaya, D. 2003. “Salud mental y Trabajo”. Lugar Editorial. Buenos Aires.

BIOÉTICA y DISCAPACIDAD PSIQUIÁTRICA: ASPECTOS CLÍNICOS y JURÍDICOS.

LAURA RUEDA C.¹

MARÍA ANGÉLICA SOTOMAYOR S.²

Resumen:

La bioética como disciplina, emerge desde el estudio sistemático de los comportamientos humanos en el área de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud. El presente trabajo se introduce en el análisis que puede desarrollar la bioética en el área específica de la psiquiatría y sus implicancias jurídicas. En este contexto, es factible examinar problemáticas tales como, confidencialidad de los tratamientos, uso de psicofármacos, investigación en psiquiatría, modos de internación involuntaria, participación de los pacientes en la toma de decisiones que los involucran y muchas otras.

Las personas que desarrollan su quehacer profesional en psiquiatría, están conscientes que constantemente, se debe limitar la libertad de sus pacientes con fines de protección de otras personas, como familiares o vecinos de los enfermos, y de los mismos afectados. Los estados de pérdida de juicio de la realidad y la falta de autocontrol de los impulsos, despiertan en las personas que rodean al enfermo un gran temor. Por su parte, el equipo de salud encargado de la atención en las primeras etapas de la crisis, mantiene una actitud de alerta y prevención de riesgos.

El trabajo que presentamos, busca un nexo interdisciplinario entre la bioética con los aspectos clínicos y jurídicos que se conectan en la atención, protección y rehabilitación de las personas afectadas por enfermedades psiquiátricas. Dada la amplitud del tema, nuestro análisis se centrará en aquellas personas adultas, privadas de razón como consecuencia de un proceso psicopatológico, sujetos de todos sus derechos civiles pero que, por motivo de la enfermedad se encuentran con dificultades para ejercerlos.

Fundamentación:

Nos parece necesario en una primera instancia, expresar los argumentos que sustentan la elección de la aplicación de la bioética en la psiquiatría y el Derecho en lo que tiene relación con ésta. Respecto de lo primero, los pacientes psiquiátricos, como todos los seres humanos, desarrollan capacidades en orden a satisfacer las necesidades básicas que le reportan un bienestar en su vida

¹ BIOETICISTA. Terapeuta Ocupacional, Lic. en Filosofía, Profesor Asistente Facultad de Medicina Universidad de Chile

² ABOGADA. Magíster © en Bioética, Académico, Asesor Jurídico Facultad de Medicina Universidad de Chile

cotidiana³, es lo que se denomina “lineamiento práctico”. Ellos toman decisiones, asumen roles y establece esquemas de actividades concordantes a dichos roles; ello se aprecia como rutinas cotidianas. Existe además, lo que se denomina como “lineamiento conceptual” esto es, aquellos fundamentos que se encuentran o podrían encontrarse impresos detrás de las decisiones humanas; pertenecen también a este aspecto, ya que el ser humano es parte de una situación macrosocial que lo obliga a asumir creencias, valores e ideologías, que sustentan la elección de las decisiones. Estos, constituyen el esquema de usos sociales (morales) que cada persona debe cumplir para ser aceptado como miembro de la comunidad. El no cumplimiento de estos usos, es sancionado por la sociedad y las vías más habituales establecidas, son las reclusiones psiquiátricas o penales, en su caso.

Es necesario establecer los elementos morales que están presentes en una persona con capacidad de participar en una decisión; y, apreciar en forma previa, que una persona está en condiciones de participar socialmente, con acierto. Los elementos morales que aparecen al tratar el tema son: el sentido moral, el buen juicio, la conciencia de cada situación, el aceptar límites, el mantener buenas costumbres. Para apreciar la expresión de los elementos morales, se requiere determinar algunos comportamientos tipo, que emite la persona que conserva su moralidad en forma habitual.

El examen de los contenidos morales, es necesario para el desarrollo de este análisis. Se trata de un interés que se ajusta coherentemente a los propósitos de la bioética, ya que por constituir ésta el nexo en dos planos de la vida humana, es denominada como “la disciplina que combina el conocimiento biológico con el conocimiento de los sistemas de valores humanos”⁴. En esto se funda la idea de recuperar la identidad de personas morales, en el ámbito de las enfermedades mentales.

La bioética procura guiar las acciones en la atención sanitaria, para que éstas no dañen la integridad y dignidad de las personas involucradas. Su aplicación en dimensiones más específicas, como sectores de reclusión psiquiátrica, gira entorno a dilemas como: ¿Participan los pacientes psiquiátricos en las decisiones que los involucran? De no ser así, ¿Es factible hablar de actos bioéticos generados única y exclusivamente desde posiciones directivas?.

Después de varios años de práctica clínica en el área de la psiquiatría, escuchando, observando y compartiendo cotidianamente actividades con personas afectadas por la singular situación de ser enfermo mental, nos llama la atención que individuos con evidentes perturbaciones en los contenidos y curso formal del pensamiento, presenten comportamientos adecuados en situaciones

³ **Max Neef M.** *Desarrollo a Escala Humana*. ed. Nordan - Comunidad 1993 Montevideo, Uruguay pág. 49

⁴ **Potter V.R.** *Humility with Responsibility: A Bioethics for Oncologists. Presidential Address.* *cáncer research* 1975;35: 2297 - 2299.

que surgen espontáneamente en el devenir diario. Ello les permite resolver en forma armónica, hechos de bastante contingencia como resolución de problemas o manejo de acontecimientos de emergencia.

En estas personas se percibe la vigencia de algo común a todos los seres humanos: existe el uso de las mismas palabras, se elaboran juicios, se comunican intenciones, se establecen conversaciones como una necesidad de formar vínculos. Lo anterior, nos lleva a inferir que existe un sentimiento o sensación de humanidad que se conserva, una capacidad que aún persiste, que les permite distinguir lo bueno de lo malo, lo bello de lo feo, lo correcto de lo incorrecto.

ÉTICA y PRÁCTICA PSIQUIÁTRICA:

La capacidad humana, que recogeremos para desarrollar la vinculación entre ética y actividad psíquica, es la conocida bajo el concepto de “sentido común”⁵ según la doctrina de Kant. Éste organiza la propiedad de juzgar que posee cada persona, considerando la afectividad involucrada en las situaciones reales, junto a la base de conceptos teóricos que actúan a modo de principios fundamentales, como son: las normas, reglas o juicios de valor. El hombre, por ser racional, por ser espiritual, debe cumplir determinadas acciones. Para ello, posee razón y esto significa potencia, fuerza, facultad y capacidad.

La noción del “sentido común” en general, puede ser definida como el efecto del juego de las capacidades mentales, en el supuesto que opera bajo la disposición de las facultades para cumplir una tarea específica. Se distinguen tres grandes facultades: - el pensar cuya dirección es el conocer, o **sentido común lógico**; - la voluntad, cuya dirección es el desear hacer o **sentido común moral**; y - el sentir que guía la manifestación del placer o **sentido común estético**.

La persona con discapacidad psíquica, al igual que todo ser social, se encuentra inmerso en las normas culturales establecidas por la comunidad a la cual pertenece, como “buenas costumbres”. Sin embargo, se ve a diario enfrentada a inclinaciones sensibles, también comunes a los otros individuos de la comunidad, como son el egoísmo, la vanidad, el miedo y la inseguridad entre otras. Se suman a este ambiente relacional, las alteraciones psicopatológicas propias de su condición particular, como son los trastornos en el enjuiciamiento de la realidad, la impulsividad, el egocentrismo, el desapego afectivo etc. Alteraciones, que dificultan notablemente la interacción con las otras personas.

Un examen de cada forma específica del “sentido común”, nos muestra una vinculación con los tipos clínicos de desajustes conductuales que origina la enfermedad mental. Ello se puede explicar en detalle, en orden al análisis de cada sentido común específico:

⁵ **Kant I.** Crítica de la Facultad de Juzgar, Buenos Aires; editorial Losada S.A. 1961

A.- La alteración del sentido común lógico o el uso ilegítimo del sentido común lógico (de acuerdo a la doctrina de las facultades kantianas) se aprecia en aquellas personas que manifiestan a través de la expresión verbal , gestual y/o corporal, una percepción alterada del mundo que los rodea.

El juicio de la realidad se elabora a partir de la percepción del mundo externo, pero el ser humano también convive con su mundo interno de fantasías, imaginaciones y ensueños. Un individuo sano (con uso legal de sus facultades), delimita con precisión y claridad las fronteras que separan las realidades interna y externa. Logra aceptar una integración dialéctica entre lo real y lo irreal.

Cuando la irrealidad invade parcial o totalmente la realidad, la lógica del entendimiento habitual se subordina a la interpretación atípica, que puede generar una persona. La falta de integración lógica entre ambas realidades, se muestra en la escisión que se vive en la esquizofrenia.

Nuestro conocimiento del mundo y de nosotros mismos, se expresa a través de las ideas. Ellas se constituyen desde una vivencia de la realidad, para traducirse al final en un juicio de realidad. A partir de éste, se construyen las ideas normales (lógicas).

Si la vivencia de la realidad es “correcta”, el juicio de realidad será adecuado. Si la vivencia de realidad se perturba, el juicio de realidad, será errado, y las ideas que se construyan a partir de ese juicio, serán desviadas de lo usual.

Las personas afectadas por la esquizofrenia, constituyen una gran población de enfermos mentales, que después de sufrir las fases agudas de la patología, van alcanzando lentamente la estabilización, pero sobre la base de un deterioro psicosocial denominado defecto esquizofrénico. Este defecto no constituye un factor tan invalidante como lo advierten familiares y personas dedicadas a su protección. En éste grupo de personas, centraremos mas adelante nuestro análisis.

Para completar la interpretación de los otros cuadros psicopatológicos a la luz de la descripción del sentido común, debemos completar el examen que hemos iniciado, con las expresiones ilegítimas (morbosas) de las otras funciones del sentido común.

B.- La alteración del sentido común moral (o su uso ilegítimo), provoca los desajustes conductuales más evidentes para la comunidad que convive con la persona afectada. Se traduce en la pérdida de los límites sociales, inadecuación del contexto cultural, falta de respeto u oposición activa a los usos sociales, exagerado egocentrismo etc. Estas características, configuran el perfil de la persona definida clínicamente con un trastorno de personalidad. Ello se expresa técnicamente, como un patrón permanente e inflexible de la experiencia interna y de comportamiento, que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura

y ambiente sociocultural. Es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar para el sujeto y su entorno.

La concordancia entre el entendimiento y la razón como una actitud reflexiva para conocer las cosas sujetas a normas y aceptarlas, no está presente al desencajar esta función del sentido común. Según los criterios internacionales para el diagnóstico del trastorno antisocial, la persona con este problema presentaría:

- Fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención.
- Deshonestidad, expresada en la acción de mentir repetidamente, utilizar apodos, estafar a otros para obtener un beneficio personal o placer.
- Impulsividad o incapacidad para planificar el futuro.
- Irritabilidad y agresividad, indicadas por repetidos altercados verbales y físicos.
- Despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás.
- Irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas.
- Falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia a la justificación de haber dañado o maltratado a otro.

Las alteraciones a este nivel de la conciencia moral, resultan por su propia definición permanentes en el tiempo y la atribución como actos de responsabilidad frente al entorno social, corresponde al estudio de la psiquiatría forense y sus implicancias penales.

C.- La alteración de sentido común estético, no provoca grandes conflictos en la convivencia social de los individuos. Tradicionalmente, se acepta la particularidad en asuntos de gustos de cada persona. Se puede percibir una alteración de él, cuando se presenta un desborde de la imaginación que no logra formularse en conceptos o expresiones entendibles para los demás, como es el caso del excentricismo y la bizarrería. Se trata de un sentido común que permanece habitualmente conservado, representando por ello una vía de comunicación, a veces más expedita que el diálogo formal para las personas con alteraciones en la expresión verbal lógica. (por ejemplo: arteterapia, musicoterapia, aromaterapia)

La enfermedad mental, representa un obstáculo importante que dificulta el desarrollo de lo que debe ser la vida humana, porque afecta precisamente, la relación del individuo y el mundo. Sin embargo, las dificultades se van aminorando en la medida que se alejan los periodos de crisis y recibe atención especializada (psicofármacos, psicoterapia, rehabilitación)

Una patología psiquiátrica de larga evolución, que es origen de discapacidad psíquica permanente y que constituye parte del grupo de personas recluidas en los recintos psiquiátricos, es la esquizofrenia (alteración del sentido común lógico, preferentemente).

Las personas esquizofrénicas, en general, presentan dificultad en la comunicación con los demás, no utilizan del modo usual los comportamientos verbales y no verbales. Su mímica es pobre y sus gestos pueden parecer lentificados, mecánicos y estereotipados. En algunos casos, la expresión corporal es discordante con la emoción o relato verbal. Las categorías definidas internacionalmente, clasifican los síntomas en positivos y negativos. Los primeros, que se presentan en brotes agudos de la enfermedad, corresponden a las alteraciones del contenido y la forma de estructurar las ideas, alteraciones del lenguaje y la comunicación y la desorganización comportamental. Estos síntomas remiten en porcentaje importante con el tratamiento de psicofármacos⁶. Los síntomas negativos, dados principalmente en etapas crónicas, son de intensidad variable y se relacionan directamente con el defecto esquizofrénico que provoca un considerable deterioro psicosocial; corresponden al aplanamiento afectivo, abulia, desgano. Existen antecedentes que el aplanamiento afectivo, provoca una disminución en la expresión de emociones y lenguaje corporal, lo que genera un déficit en el desarrollo de habilidades comunicativas y, como consecuencia de lo mismo, en las habilidades sociales. Sin duda, esto interfiere en las relaciones interpersonales que puedan establecer las personas esquizofrénicas, afectando en forma primaria las relaciones con su familia o personas cercanas. Además, es importante señalar el efecto que esto provoca en los demás, quienes perciben al esquizofrénico como desinteresado, retraído, callado.

Las manifestaciones anteriormente descritas, varían en intensidad a medida que se compensan psicopatológicamente; así las personas van recuperando su participación social y al mismo tiempo el ejercicio de sus derechos civiles. En este proceso, debe participar el equipo interdisciplinario de salud que se desempeña en el área.

ETICA y PRÁCTICA JURÍDICA EN RELACIÓN CON LA DISCAPACIDAD PSIQUIÁTRICA:

⁶ *Los tratamientos psiquiátricos han sido beneficiados notablemente con el avance tecnológico a nivel de la farmacología. Las conductas agresivas e insociables de han logrado modificar con el uso de elementos químicos, ello ha significado el reintegro a la vida social, evitándose las reclusiones hospitalarias por largo tiempo. Sin embargo, el uso de los psicofármacos constituye un frecuente dilema bioético para los profesionales de la atención psiquiátrica, pues todos presentan efectos secundarios, lo que requiere de un cuidadoso control de sus límites terapéuticos para no caer en casos de yatrogénesis.*

Cf. López Azpitarte E. *Ética y Vida: desafíos actuales.* cap. 16 "Los psicofármacos". ediciones Paulinas. págs. 295 - 308.

En esta parte del análisis, abordaremos los elementos constitutivos del marco jurídico relativo a los distintos estados de incapacidad de las personas. Continuaremos, con un acercamiento a los aspectos jurídicos que se relacionan con el sujeto portador de una enfermedad mental, en este caso esquizofrenia compensada y finalmente, propondremos la integración de estos elementos en la atención y reeducación social del enfermo psiquiátrico.

Así, las diversas situaciones que afectan a los pacientes psiquiátricos, plantean desafíos para el Derecho, que la ciencia jurídica suele enfrentar sin mucha precisión. Desde luego, no se trata tampoco de una mirada pura y simple, ya que al efecto, se apoya en la ciencia médica. Es ésta la que determina, a veces también sin mucha precisión, los ámbitos de la sanidad y la enfermedad. Sin embargo, los efectos de tal determinación son conclusivos e importantes. No existen estadios intermedios para el Derecho y el paciente psiquiátrico está o no privado de su capacidad de ejercicio jurídico. Esto implica que estando todos los seres humanos en posesión de la denominada “capacidad de goce”, que implica que somos titulares de derechos, de propiedad de posesión, de aquellos propios de la personalidad, entre otros, el ejercicio pleno de éstos derechos, que es lo que se denomina “capacidad de ejercicio”, corresponde sólo a las personas plenamente capaces, estándole privado a los incapaces.

Respecto de los mentalmente sanos, estado que se presume en el Derecho, los distintos estadios de la vida plantean diversos grados de capacidad de ejercicio; y es así como, el infante o niño es incapaz, el menor adulto (mayor de 14 años) puede celebrar algunos contratos, de trabajo por ejemplo y puede contraer matrimonio con la autorización de sus padres o guardadores. Existe así la incapacidad relativa de las personas sujetas a guarda o curaduría, que termina una vez alcanzada la mayoría de edad (en Chile a los 18 años), consolidándose la capacidad plena. La Bioética ha venido a suavizar este enfoque de la capacidad jurídica de los menores de edad, considerando por ej. el asentimiento del niño a participar en una investigación, a la que otorgan su consentimiento los padres o guardadores legales. También da plena validez a la negativa del menor a dicha participación, situación ésta en que no procede el consentimiento de los padres.

Tratándose de adultos, el Derecho no contempla la figura de la incapacidad relativa civil, existiendo sólo la capacidad y la incapacidad de ejercicio plenas, supliéndose ésta a través de lo que se denomina “curaduría general”. Las razones que motivan la incapacidad son prodigalidad o demencia, que ponen a la persona en entredicho o imposibilidad de administrar sus bienes adecuadamente. También pueden ser objeto de curaduría general, los sordomudos que no pueden darse a entender por escrito. Sin embargo, en la práctica estos criterios se aminoran, por cuanto existe la amplia gama de los actos y contratos cotidianos, de montos menores, cuya celebración no requiere solemnidades especiales, como los contratos consensuales, que los pacientes pueden celebrar sin problemas por ejemplo, el contrato de transporte, (al usar locomoción colectiva), de compraventa de especies de menor valor, entre otros.

Siendo la capacidad la regla general, en materia civil la incapacidad debe ser declarada por el juez, lo que se realiza en un procedimiento judicial de interdicción. En la materia que nos ocupa, y en total desconocimiento de los avances de la ciencia médica en el ámbito de la Psiquiatría, nuestra legislación alude al “demente”, el que por encontrarse en “estado habitual de demencia” aún cuando tenga “intervalos lúcidos”, es privado de la administración de sus bienes. Acogida la solicitud, el interdicto pasa a ser un incapaz frente al Derecho y debe necesariamente, actuar asistido por su guardador o curador. En estos casos, se entrega al curador o guardador no sólo la administración de los bienes, sino también el cuidado y protección personal del interdicto⁷.

En materia penal, la capacidad equivale a la imputabilidad y la incapacidad se traduce en inimputabilidad. En la ley penal chilena, tal condición se reconoce al “loco o demente”, al que se exime de responsabilidad. La mayoría de edad para efectos de imputabilidad penal se alcanza a los 18 años, existiendo una etapa previa entre los 16 y los 18, en que el Juez de Menores se pronuncia con el apoyo de expertos, declarando si el menor ha actuado criminalmente con o sin discernimiento. En el primer caso, el menor será considerado como mayor de 18 años, esto es como penalmente imputable⁸.

Existen situaciones de incapacidad legal presunta, respecto de los reclusos en establecimientos para enfermos mentales, medida establecida como protección de los derechos de éstos, que pueden estar en riesgo o pueden ser amagados, sea por la privación de libertad que implica la internación en tales establecimientos, o efectivamente, por estados de privación de razón. Es así como, la legislación sanitaria asigna a los Directores de establecimientos especializados en atención psiquiátrica, la obligación de desempeñarse como curadores provisorios de los bienes de los enfermos hospitalizados en ellos, en los casos en que tales pacientes no tengan curador o no estén sometidos a patria potestad o potestad marital. Tal carga que se impone a los directores, rige o surte sus efectos mientras los pacientes permanezcan internados y no se les designe curador⁹.

Tanto respecto de aquel declarado “loco” o “demente” en materia penal, como respecto del interdicto civil, debe regir el nombramiento de guardador. Lo más frecuente será que el primero esté recluso en un establecimiento de atención psiquiátrica, en cuyo caso regirá la norma a que nos referimos con anterioridad, en el sentido que la responsabilidad como guardador recae en el director del establecimiento.

En nuestra cultura judeocristiana, la sociedad en diferentes épocas ha considerado a los enfermos mentales graves como “castigo de Dios”, “figuras demoníacas” o “encarnaciones del demonio”, dándoles el trato consiguiente, de

⁷ Código Civil. República de Chile. Art. 456

⁸ Código Penal . República de Chile. Art. 10

⁹ Código Sanitario. República de Chile. Art. 133

crueledad y reclusión de por vida. En una segunda etapa, el enfermo mental se “domestica” y se mejora el trato a su respecto. Es la época del avance de las ciencias del comportamiento, que buscan las causas del estado patológico y consideran la posibilidad de reeducación. La etapa en que nos encontramos, presenta la reivindicación de los derechos de las personas, reconociendo y declarando los derechos humanos, en las diversas y específicas situaciones en que el ser humano se encuentra. Surgen los catálogos de derechos de los consumidores, de los pacientes, de los enfermos mentales, de los impedidos, entre otros. En este mismo sentido, diversas Declaraciones Internacionales han venido a establecer estadios intermedios entre capacidad e incapacidad civil, considerando la denominación “impedido” y reconociendo derechos, cautelas y reservas respecto de éstos; y, además obligaciones de la sociedad en relación con tales personas.

El término “impedido”, designa “a toda persona incapacitada de subvenir por sí misma, en su totalidad o en parte, a las necesidades de una vida individual o social normal a consecuencia de una deficiencia congénita o no, de sus facultades físicas o mentales”¹⁰.

La Ley chilena sobre discapacidad, de reciente data “se considera persona con discapacidad a toda aquella que como consecuencia de una o más deficiencias físicas, psíquicas o sensoriales, congénitas o adquiridas, previsiblemente de carácter permanente y con independencia de la causa que las hubiera originado, vea obstaculizada, en a lo menos un tercio, su capacidad educativa, laboral o de integración social”¹¹.

Se reconoce al impedido el derecho al goce de los mismos derechos civiles y políticos que los demás seres humanos. En el evento que, debido a la gravedad del impedimento no pueda ejercer efectivamente sus derechos, o si se hiciese necesario limitar o suprimir tales derechos, el procedimiento a emplear debe considerar salvaguardas jurídicas que protejan al impedido de abusos. En todo caso, el procedimiento debe basarse en una evaluación social por expertos calificados; debe considerar revisiones periódicas y posibilidades de apelación a autoridades superiores.

Nos hemos referido aquí a los pacientes psiquiátricos adultos y que se encuentren en grados avanzados de enfermedad, que permita estimarlos por el Derecho como “privados de razón”. Así aludíamos, más arriba a la escasa minuciosidad con que el Derecho mira al paciente psiquiátrico, ya que no discrimina respecto de los procesos psicopatológicos de las enfermedades mentales, ni respecto a la conservación de las diversas formas de sentido a que se aludió precedentemente. Estimamos ese es el gran espacio que se abre a la Bioética, la consideración de la autonomía moral, con base en el respeto a la

¹⁰ Declaración de los Derechos de los Impedidos, Asamblea General Naciones Unidas. 1975

¹¹ Ley N° 19.284 “Establece Normas para la Plena Integración Social de las Personas con Discapacidad”, Diario Oficial de la República de Chile 14 de Enero 1994

dignidad humana. Bajo esta mirada, hechos jurídicamente aceptables, pueden no serlo éticamente, por ej. disponer el destino de bienes del pupilo - paciente, sin recibir el asentimiento de éste, disponer el cambio del lugar de residencia, u otras situaciones que lo afecten.

El enfoque del mejor interés del incapaz, debiera orientar a las personas a cargo de éste. Jurídicamente, está consagrado en el Código Civil Chileno respecto del menor; e implícitamente, respecto de las personas sujetas a guardadores, quienes al decir de la ley deben dar a los incapaces la protección debida, en interés de éstos¹². Dicha visión permite considerar también la opinión del sujeto, en la medida que se concilie con su mejor interés.

Desde la Bioética, una ética de la fragilidad nos parece pertinente, ya que implica el deber moral de proteger a los más débiles. Precisamente, en esto consiste la historia de los derechos humanos, surgidos como reacción al abuso frente a los más débiles. La protección de tales derechos, representa un claro avance ético de la humanidad.

La fragilidad del impedido, puede ser violentada por actos de comisión o de omisión. En el primer caso, podría estar por ejemplo, el sometimiento del incapaz mental a investigaciones que no supongan un beneficio real y directo para su salud o bien que no consideren su rechazo. Ello a menos que, cumpliéndose las restantes condiciones de resguardo que se establecen para personas sanas, el experimento tenga por objeto, (mediante una mejora significativa del conocimiento científico del estado de la persona, de su enfermedad o de su trastorno), contribuir a lograr en un determinado plazo, resultados que permitan obtener un beneficio para la persona afectada o para otras personas de la misma categoría de edad o que padezcan la misma enfermedad, el mismo trastorno o las mismas características. Lo anterior siempre y cuando, el experimento solo presente para la persona un riesgo o inconveniente mínimo¹³.

Finalmente, otra forma de violencia esta vez por omisión, se produce frente al abandono del impedido por la sociedad, comunidad, equipo sanitario, o familia, quienes tienen como imperativo ético y jurídico, la obligación de brindarles protección.

Las medidas de protección, están establecidas en el mejor interés del impedido y no pueden significar en modo alguno, formas de conculcar los derechos que a éstos competen. Habrán situaciones en que respecto de determinados estadios de enfermedades psiquiátricas, sea indispensable aplicar medidas de contención u otras, que impliquen limitación de la libertad, por ej. internación obligatoria en establecimientos psiquiátricos, si así fuere, éstas

¹² Op. Cit 7. Arts. 338 y siguientes.

¹³ Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con Respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina. Consejo de Europa 1997

debieran circunscribirse al tiempo indispensable para adoptar las medidas médicas que este requiere, protegiendo también y en subsidio, a la comunidad.

En este sentido y conforme a lo ya expresado, podemos concluir que:

- El Derecho, sólo toca las situaciones en que están en riesgo los derechos de las personas, momento en el cual la norma jurídica o ley establece salvaguardas. En lo no reglado, está el amplio espacio de libertad, sea respecto del paciente, como de la familia u organización social que la reemplaza.
- La psiquiatría, en especial cuando sus acciones están destinada a la mantención o recuperación de la capacidad autogestora de las personas; enfrenta la necesidad imperiosa de definir conceptos y normas, que regulen éticamente las relaciones entre los miembros del equipo de salud y las personas afectadas por la discapacidad psíquica.
- En la base de toda norma que pueda establecerse, está el respeto de la dignidad humana, lo que implica que cualquiera sea la naturaleza o gravedad de los trastornos o deficiencias que el impedido (en este caso mental) sufra, tiene los mismos derechos fundamentales que sus conciudadanos de su edad. Ello implica también, el derecho a disfrutar de una vida decorosa, lo más normal y plena posible. Ese es nuestro desafío

BIBLIOGRAFÍA GENERAL:

- American Psychiatric Association, **Model Law on Civil Commitment of the Mentally ill**. En APA Issues in Forensic Psychiatry. Washington DC; Am.Psy.Press. 1984
- Benzi, I., **El Sentido Común y la Comunicabilidad Universal en Kant**, Universidad de Chile-Serie Ensayo. 2da, de. Septiembre 1981.
- Benzi, I., **Razón y Libertad, Capacidades humanas de Cumplir lo Humano**, Universidad de Chile -Publicaciones Especiales N° 41 Serie Ensayos 1987
- Capponi Ricardo. **Psicopatología y Semiología Psiquiátrica**. Editorial Universitaria. Santiago de Chile. 1987.
- Consejo de Europa. Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con Respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina, 1997
- Franca - Tarragó, O., **Ética para Psicólogos: Introducción a la Psicoética**, Bilbao; editorial Descleé de Brouwer, S.A. 1996
- Gafo, J., **10 Palabras de Bioética**, Estella (Navarra): Verbo Divino, 1993.
- Gracia, D., **Fundamentos de Bioética**, Madrid; Eudema, S.A. Ediciones de la Universidad Complutense, 1989

- Gracia, D., **Introducción a la Bioética: Siete Ensayos**, Bogotá; editorial El Búho. 1991
- Hooft, P.F. **Bioética y Derechos Humanos**. Ediciones Depalma, Buenos Aires. 1999.
- Kant, E., **Crítica de la Facultad de Juzgar**, Buenos Aires; Editorial Losada S.A. 1961
- Lolas, F. - Marín, U., Reestructuración de la Atención Psiquiátrica: Aspectos Éticos y Jurídicos, Caracas; Anales de la Conferencia Regional para la reestructuración de la atención psiquiátrica. Programa de salud del Adulto de la Organización Pan Americana de la Salud, Washington D.C. Abril 1991.
- Max-Neef, M., **Desarrollo a Escala Humana**, Barcelona: Icaria Editorial, 1994.
- Pacheco, M., **Los Derechos Humanos. Documentos Básicos**, Santiago de Chile: Editorial Jurídica de Chile. 1987
- República de Chile. **Código Civil**, *Editorial Jurídica Conosur. 2001*
- República de Chile. **Código Penal**, *Editorial Jurídica Conosur. 1992*
- República de Chile. **Código Sanitario**, *Editorial Jurídica Conosur. 2001*
- República de Chile. Ley N° 19.284, Diario Oficial 14 Enero 1994
- Rosenbaum, M., **Ética y Valores en Psicoterapia**, México; Fondo de Cultura Económica. 1985
- Rueda, L. **Conciencia Moral en las personas con discapacidad de causa psíquica**. Programa Regional de Bioética OPS/OMS 1999

Las disfunciones neurológicas de la edad adulta y de la vejez y la CIF

Ms. Ciomara Maria Pérez Nunes

*Professora de la Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG – Brasil
E-mail: ciomara_nunes@uol.com.br*

Resumen

Introducción: *La formación profesional del Terapeuta Ocupacional relacionada con las disfunciones neurológicas de la edad adulta e vejez es desarrollada por una enseñanza orientada con amplitud e profundidad.*

Metodología: *El aprendizaje es dado por el raciocinio clínico en el proceso cognitivo donde los terapeutas ocupacionales procesan análisis y síntesis en las decisiones del diagnóstico ocupacional e de la elección de abordajes y procesos de intervención en la búsqueda de una solución de los problemas clínicos y ocupacionales. Para decidir el Terapeuta Ocupacional debe utilizar el método hipotético deductivo relacionado a los objetivos que pretende y la efectividad esperada frente a las alternativas disponibles en las evidencias científicas en el raciocinio clínico.*

Resultados: *Las informaciones son evaluadas relacionado precisión, relevancia y aplicabilidad en la clínica. Se inicia con el decisivo proceso de evaluación utilizando medidas objetivas y estandarizadas y culmina en la elección de los procedimientos. A partir del análisis de los resultados de las evaluaciones funcionales los casos clínicos son el recurso didáctico que propicia, al mismo tiempo, la adquisición de conocimiento y la formación profesional.*

Conclusión: *Nuestro objetivo es presentar la intervención clínica de la Terapia Ocupacional en las disfunciones neurológicas de la edad adulta y vejez a partir de los componentes de la salud organizados por la Clasificación Internacional de Funcionalidad, Discapacidad y Salud – CIF, de Organización Mundial de la Salud – OMS.*

Palabras claves: *disfunciones neurológicas; CIF; raciocinio clínico.*

Presentación

Las disfunciones neurológicas de la edad adulta y vejez se mantienen en los primeros lugares de morbilidad y de mortalidad en el Brasil y e en el mundo, a pesar de los avances del conocimiento etiológico, de la difusión de informaciones, de las políticas de promoción de la salud y prevención de enfermedad, de la evolución en las técnicas de intervención y de control clínico, medicinal y quirúrgico, e de los procedimientos para la recuperación y la rehabilitación. La Terapia Ocupacional actúa directamente en todas las dimensiones de la atención a la salud dirigida a las funciones y a las disfunciones neurológicas a través de la formación profesional desarrollada por la enseñanza orientada en amplitud y con profundidad. Para tomar una decisión el Terapeuta Ocupacional debe utilizar el método hipotético deductivo relacionado a los objetos pretendidos y a la efectividad esperada de acuerdo con las alternativas disponibles dada por las evidencias científicas.

Las informaciones utilizadas para tomar una decisión clínica, que pueden obtenerse de la metodología de la práctica que se basa en las evidencias – PBE, son evaluadas tomando en

cuenta su precisión, notabilidad y aplicabilidad en la clínica. Se Inicia con el proceso decisivo de evaluación utilizando para ello medidas objetivas y estandarizadas y que culmina con la elección de los procedimientos de intervención inmediatos y de largo plazo, del cuidado de la persona debido a las intervenciones socio-ambientales y en las anticipaciones del proceso de reinserción comunitaria. A partir del análisis de los resultados de las evaluaciones funcionales en diferentes disfunciones neurológicas y etapas de evolución, los casos clínicos son el recurso didáctico que propicia, al mismo tiempo, la adquisición de conocimientos y la formación profesional.

El objetivo de este trabajo es presentar a la intervención clínica de la Terapia Ocupacional en las disfunciones neurológicas de la edad adulta y vejez tomando en cuenta los componentes de la salud organizados por la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud – CIF, de la Organización Mundial de la Salud – OMS como es dado en las clases prácticas de la Terapia Ocupacional de la Universidad Federal de Minas Gerais – UFMG.

Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud – CIF

Después de cinco años de la publicación por la CIF las discusiones sobre los modelos de intervención de la Terapia Ocupacional y la clasificación aumentaron. Para la Terapia Ocupacional comienzan a aparecer registros de insuficiencia en la CIF relacionados al significado de la experiencia subjetiva y de la autonomía en las pequeñas realizaciones cotidianas, además de cierta restricción de la CIF con relación a la captura de la participación variada en diferentes papeles socio-familiares.

El análisis de la integración entre los conceptos y terminologías de la CIF y de tres de los modelos de Terapia Ocupacional: Model of Human Occupation – MoHO; Occupational Performance Model (Australia) - OPM(A) Canadian Model of Occupational Performance – CMOP, muestra un paralelismo conceptual significativo con la clasificación de la OMS. Las pocas excepciones entre los conceptos de los modelos de la Terapia Ocupacional y de la CIF son: ‘sensación de espacio’ del OPM(A), ‘habitación’ o percepción de proximidad a la experiencia del ambiente del MoHO y el concepto de ‘descanso’ o ‘reposo’ que suscito diferentes interpretaciones entre los modelos. El estudio concluye que los terapeutas ocupacionales tienen contribuciones importantes para los equipos multidisciplinares con la adopción de la CIF porque, adicionan elementos y dimensiones detalladas al modelo global de la OMS del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud. Es de consenso, no obstante, el avance del concepto de salud de la CIF, ahora tan próximo de la perspectiva conceptual y de los modelos de la Terapia Ocupacional – el concepto de salud de la CIF es hoy la concepción de la salud que direcciona la Terapia Ocupacional a lo largo de su historia. Esta proximidad conceptual requiere atención en la

utilización de la nomenclatura correcta y apropiada, cuanto se adopta uno de los modelos teóricos de la Terapia Ocupacional, o cuando se utiliza la CIF como referencia.

Este trabajo es parte del primer dominio de la CIF, en el que las funciones del cuerpo pueden ser atacadas por afecciones neurológicas, para contextualizar el funcionamiento y la discapacidad en las actividades y en la participación, considerando el ambiente y incluyendo las estructuras del cuerpo. La nomenclatura utilizada es exclusivamente de la CIF y son recomendables la lectura y la familiaridad con la clasificación para un mejor aprovechamiento de las informaciones desarrolladas en este capítulo.

1. Funciones mentales globales y específicas

1.1 Funciones mentales globales

Entre las funciones mentales globales, las funciones de la conciencia como la obnubilación mental, estupor y coma acompañan los acometimientos súbitos como el Traumatismo Cráneo Encefálico – TCE y, en casos graves, el Accidente Vascular Cerebral –AVC, este último con un diagnóstico con mayores índices de morbilidad y de mortalidad. La incapacidad de interacción con el ambiente decurrente de las disfunciones de conciencia y orientación afectan todas las actividades y la participación. Las evidencias en la literatura muestran que la rehabilitación cognitiva en las disfunciones después del TCE y AVC es substancial y incluye estrategias diferentes en la organización y los detalles, así como énfasis distintas, algunas veces en direcciones específicas de una u otra disfunción cognitiva, otras veces globales, para discapacidades de memoria, atención e comunicación. El análisis comparativo de los procedimientos de intervención apuntan a un beneficio diferente y efectivo favorable a las estrategias de entrenamiento de las actividades descompuestas en etapas secuenciales y jerárquicas para alcanzar la funcionalidad a través de la participación.

1.2 Funciones mentales específicas – memoria

Entre las funciones mentales específicas, la memoria es una función comúnmente afectada cuando ocurren acontecimientos neurológicos, ya sea por un corto periodo, y también se pueden asociar deficiencias de atención, funciones de cálculo, de la experiencia personal con el tiempo a las funciones cognitivas superiores. Las evidencias de la literatura científica son diferentes e difusas con relación a las estrategias de los programas de memoria después del AVC con mejores

resultados para los programas de sollicitación de memoria simple que es aplicada a los problemas cotidianos. Envuelven una práctica repetitiva de las actividades con una exigencia de la memoria y disminución progresiva de los recursos adaptables apuntando una mejora significativa en el desempeño específico de las actividades entrenadas, no obstante, con pocas evidencias sobre la memoria del control funcional y generalización en el uso de las adquisiciones en la participación.

1.3 Funciones mentales específicas – lenguaje

Las funciones mentales específicas incluyen también el lenguaje donde las disfasias e afasias, tanto motoras o de expresión del lenguaje, así como las sensitivas o de recepción del lenguaje, presentan gran impacto de participación en las interacciones interpersonales y fácilmente provocan el aislamiento de la vida comunitaria, social y cívica por discriminación social y por ser confundidas con limitaciones cognitivas o demenciales, particularmente en las afasias de recepción del lenguaje. Las evidencias científicas mostraron que el entrenamiento de los símbolos lingüísticos concretos puede promover la adquisición del lenguaje, ser mantenidos y generalizados en casos de anomia cuando la intervención es consistente y la continuidad orientada. Los resultados de las evidencias en las investigaciones realizadas muestran la adquisición y la manutención bien realizada de palabras entrenadas, sin embargo, sin ninguna generalización de las palabras no entrenadas. La generalización debe ser programada dentro de la asociación de actividades concretas del cotidiano en un procedimiento continuo, en vez de la desistencia o lamentación de los profesionales con relación a la ineficacia de las intervenciones de corto plazo.

2. Funciones sensoriales de la visión, de la audición e del aparato vestibular

2.1 Funciones vestibulares

Las funciones sensoriales de la visión y de la audición requieren entrenamientos especializados de profesionales de la salud, inclusive de terapeutas ocupacionales, y ambientes adaptados que raramente ocurren en centros de rehabilitación y ambulatorios generales de atención a las personas con disfunciones neurológicas y, por lo tanto, no serán abordados en este capítulo. Por otro lado, las funciones vestibulares que envuelven el sentido de las posiciones, del equilibrio y del movimiento acompañan a las ataxias y a otras disfunciones cerebelares, también aparecen como alteraciones de la sensibilidad cinético-postural y propioceptivo como discapacidades asociadas. En Esclerosis Múltiple – EM, en la enfermedad de Parkinson – DP y en el TCE son comunes las discapacidades de andar y de mantener el sentido de movimiento, así como en el síndrome de la negligencia que acompaña a los AVCs principalmente para ultrapasar la línea media corporal en múltiples actividades y

en la movilidad. Las consecuencias son el riesgo grave de caídas y deficiencia para mantener la alineación postural, movilidad y principalmente, desplazamiento y alcance de objetos.

2.2 Funciones sensoriales – dolor

Las alteraciones de las funciones sensoriales relacionadas con la temperatura y otros estímulos nociceptivos son deficiencias comunes en la mayoría de las disfunciones neurológicas y deben ser incorporadas todas las posibilidades de estimulación directa en todas las etapas de la intervención, además del abordaje adaptable de la utilización de la visión como estrategia compensatoria para el funcionamiento en la participación con menor posibilidad de riesgo de accidentes perforo-cortantes y quemaduras.

3. Funciones de los sistemas cardiovascular e respiratorio – fatiga

Las alteraciones cardíacas, vasculares e de presión sanguínea son las causas mas frecuentes de acometimientos neurológicos por AVC y merecen atención especial durante el proceso de intervención de la Terapia Ocupacional. Las funciones respiratorias implican la capacidad de tolerancia a los ejercicios que es determinada tanto por la capacidad aeróbica así como por la resistencia física general y a la fatiga, este síntoma que produce incapacidad en enfermedades degenerativas como a EM, DP y la Esclerosis Lateral Amiotrófica - ELA.

Las evidencias no tan substantivas apuntaban para la necesidad de diseños metodológicos mas eficaces y estudios de largo plazo con alternativas variadas de orientación, intervención educativa y acompañamiento de las técnicas de conservación de energía, hasta la presentación del abordaje de auto-eficiencia - Self-Efficacy demostrando que SEPECSA – auto-eficiencia en la ejecución y evaluación de las estrategias de conservación de energía es confiable y válida para EM.

4. Funciones neuromusculoesqueléticas y las relacionadas con el movimiento

Las funciones neuromusculoesqueléticas ciertamente son las mas enfatizadas durante la formación del terapeuta ocupacional, talvez por ser también las discapacidades mas visibles y, aparentemente, el de mayor impacto en el funcionamiento, datos no confirmados en las

evidencias que registran equilibrio de todas las discapacidades entre las disfunciones neurológicas y confirman la prevalencia de los diagnósticos del AVC entre los acometimientos.

4.1 Funciones relacionadas con la movilidad de las articulaciones – ortesis

Las discapacidades en la movilidad de las articulaciones, como la movilidad carpo-metacarpiano y metacarpo-falangiano, de hecho, acompañan la inmensa mayoría de los atendimientos de la Terapia Ocupacional, generalmente como consecuencia del desuso por paresias, parálisis, alteraciones del ton muscular o dolor. Los recursos de la tecnología asistida y las ortesis, junto con los procedimientos del FNP y la quinesioterapia son algunas de las opciones de las modalidades de intervención siendo que, sea en fases finales de recuperación del control motor como consecuencia de los AVCs, ellos permanecen como un desafío en la manutención de las funciones relacionadas a la movilidad de las articulaciones y de las amplitudes de los movimientos en las actividades y participación dificultadas por alteraciones del ton muscular y de la discapacidad del control pleno de los movimientos voluntarios. La eficacia en la utilización de las ortesis no pudo ser comprobada principalmente por la asociación de procedimientos, sin embargo, hubo una mejora en la funcionalidad, permaneciendo poca dificultad para vestirse y alimentarse, en ambas actividades que recurren a la manipulación bimanual.

4.2 Funciones relacionadas al control de los movimientos voluntarios

La deficiencia en el control voluntario de los movimientos es caracterizada por la presencia de los movimientos globales, no selectivos o movimientos en masa, acompañada de alteraciones en las funciones del ton y de las sensaciones con impacto en las actividades de la movilidad y del miembro superior en alcance y prensión que alcanzan participación total. El control de los movimientos voluntarios es sinónimo de capacidad de control selectivo de los movimientos, de la recuperación y desenvolvimiento de habilidades. No obstante que todas las técnicas de intervención se propongan los mismos objetivos, ya sea que basadas en preceptos y

informaciones diferentes como la evolución neurológica, son adecuadas para el desenvolvimiento de la destreza y de habilidades en las actividades, desempeño y participación y, por lo tanto, deben ser consideradas en el proceso de decisión de la intervención, no obstante las evidencias aún sean escasas.

Consideraciones Finales

Las disfunciones neurológicas de la edad adulta y de la vejez ocupan un lugar preponderante en la formación del terapeuta ocupacional, generalmente es un contenido que se desarrolla lentamente a lo largo de las estructuras curriculares, tanto por la complejidad como por la amplitud, y principalmente por la dificultad de los académicos para la asociación de las diferentes técnicas y tecnologías de evaluación y de intervención debido a la necesidad eminente del raciocinio clínico y de la práctica basada en la evidencia. La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud – CIF orienta la organización de muchas facetas del conocimiento y facilita el aprendizaje.

Referencia Bibliográfica

*NUNES, Ciomara M.P. A Terapia Ocupacional e as disfunções neurológicas da idade adulta e velhice: CIF em casos clínicos. In: DRUMMOND, Adriana F. & REZENDE, Márcia B. **Intervenção Clínica em Terapia Ocupacional**. Belo Horizonte (MG), Editora UFMG, in prelo. 2007.*

**.Rehabilitación de personas con Trastornos Adictivos.
Lic. Liliana Paganizzi, T.O.
Proyecto Atuel. Asoc. Civil. Correa 2520 CP 1429 CBA. 011 45424380
Paganizzi com.ar. Fax 011 47028739**

Notas sobre la .Rehabilitación de personas con Trastornos Adictivos.
Lic. Liliana Paganizzi.

Este trabajo procura aportar una forma de pensar la participación de la Terapia Ocupacional en el tratamiento de las personas con trastornos adictivos en dispositivos ambulatorios realizados por voluntad del concurrente.

Las estrategias de trabajo se encuadran en conceptos actuales de la Rehabilitación psicosocial, se propone la Instrumentación del CIF (Clasificador Internacional de estados de salud y discapacidad) y se reconoce como escenario clínico el campo de tratamiento de los impulsos.

Planteamos la rehabilitación de las personas con trastornos adictivos cuando el consumo de la sustancias produce limitaciones en el desempeño de las áreas principales de la vida.

La evaluación y seguimiento de las mismas nos permite ampliar los criterios de éxito del tratamiento más allá del binomio consumo –abstinencia que con razón corresponde al punto de vista médico y por cierto no alcanza a representar los posibles logros alcanzados en Rehabilitación

Bibliografía.

Clasificación Internacional del Funcionamiento, la discapacidad y la salud. OMS Ginebra Suiza. 2001, disponible en www.who.ch/icidadh. (2002).

David Puchol Esparza. La adicción a las drogas : Claves biológicas, psicológicas y sociológicas.

Disponible en Internet en www.interpsiquis.com. (2005)

-Temas en Salud Mental en la Comunidad. La Rehabilitación en Egri_Salud Mental con base en comunidad. . Serie Paltex. Cuaderno técnico nro. 19. OPS. OMS. Washington 1992.

Rehabilitación – Trastornos adictivos- CIF. Clasificador internacional de Funciones.

Introducción.

Este trabajo procura aportar una forma de pensar la participación de la Terapia Ocupacional en el tratamiento de las personas con trastornos adictivos en dispositivos ambulatorios realizados por voluntad del concurrente.

Las estrategias de trabajo se encuadran en conceptos actuales de la Rehabilitación psicosocial, se propone la Instrumentación del CIF Clasificador Internacional de estados de salud y discapacidad y reconoce como escenarios clínico el campo de tratamiento de los impulsos.

1. Generalidades de los trastornos adictivos

Se trata aquí a los Trastornos Adictivos como un fenómeno de naturaleza multicausal, interactiva, compleja y multidimensional.

La Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE (1992) define la Adicción como “Un patrón de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognitivas, en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el más alto valor.”

El escenario clínico trata de las personas que padecen de escaso control de los impulsos., conductas de riesgo (actuaciones fuera de límites sociales/ marginales a ley) rápido deslizamiento de la palabra a la acción. Escasas herramientas para anticipar y/o planificar.

2. Notas sobre la evolución del concepto de Rehabilitación.

La Rehabilitación inaugura en la Argentina en la década de los '50 se centra en el mejoramiento de la funcionalidad del lisiado, funcionalidad que se ve afectada por alguna enfermedad neuromotora de carácter crónico.

A partir de los años '80 la OMS redefine la Rehabilitación y la plantea como una estrategia de salud “...uso combinado de medidas médicas, educativas y sociales que procuran la mayor participación posible de la persona minusválida” (CDDM, 1997).

Por los años '90 y a consecuencia de los movimientos de desinstitucionalización de los asilos psiquiátricos iniciados por los años 70 en Europa comienza a desarrollarse en la campo de la salud mental el concepto de **Rehabilitación** ahora **Psicosocial**. La **Rehabilitación Psicosocial** se redefine así misma como una estrategia de salud que trata sobre la recuperación de los derechos de las personas que padecen alguna discapacidad. Se recupera el carácter **transitorio** de la discapacidad. Las consecuencias de una enfermedad sobre la capacidad de realizar actividades puede ser móvil, fluctuante y esta es una diferencia crucial entre la rehabilitación de trastornos neuro motores y los trastornos de

origen psicosocial .Al hablar de Rehabilitación en el campo de las Adicciones nos referimos hoy día a la estrategia de salud que hace un uso combinado de medidas médicas, educativas y sociales que colaboren en la reducción de las consecuencias que provoca el consumo abusivo de sustancias.

3. ¿El sujeto de la rehabilitación: lisiado, discapacitado o minusválido u otro?

Los conceptos de discapacidad, minusvalía y aún el de deficiencia son utilizados de aun hoy de manera indistinta. “Legos” y “doctos” nos encontramos atravesados por una representación social de la Discapacidad en la que el logo de la silla de ruedas ha dejado de ser un signo para “ser” la discapacidad misma. Persiste aún la rehabilitación de los años 50: del lisiado que a causa de una enfermedad neuromotora tiene un problema, no puede ni podrá caminar. La consecuencia de la enfermedad es definitiva.

Desde 1980 la OMS propone la reconsideración de conceptos claves en Rehabilitación a través del Clasificador Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalía (CDDM), de uso actual en nuestro país. (**Discapacidad** a la restricción que padece un sujeto para realizar actividades acordes a su edad y sexo en un determinado contexto cultural social. **Deficiencia** señala la pérdida o ausencia de una estructura (física, psíquica o sensorial). **Minusvalía** situaciones de desventaja que un sujeto padece según el contexto cultural social en el que vive

Recientemente la OMS (Organización Mundial de la Salud) promueve un nuevo clasificador denominado Clasificador Internacional del Funcionamiento (CIF) que pretende valorar positivamente (y no por su carencia) estos conceptos fundamentales. La palabra clave es **limitación** y se valoran las **estructuras**, la **actividad**, la **participación** y los **factores contextuales** .Estos componentes son evaluados según su severidad: una limitación desde leve hasta severa .

Así pensamos en la Rehabilitación de una persona con Trastornos Adictivos cuando el nivel de consumo se torna prioritario provocando limitaciones en distintas áreas de su vida

4. ¿Qué evaluar? ¿Para qué?

Las limitaciones en el desempeño de distintas áreas de la vida de una persona con trastornos adictivos dan cuenta de la intensidad de su alianza con una sustancia.

Proponemos el estudio y utilización del CIF Clasificador Internacional de Funciones como herramienta de evaluación y seguimiento de las limitaciones en Componente Actividad y Participación cuyos dominios abarcan distintos aspectos de la vida. (1 .Aprendizaje y

aplicación de los conocimientos; 2. Tareas y demandas generales: llevar a cabo tareas sencillas o complejas, organizar rutinas 3. Comunicación; 4 Movilidad; 5. Cuidado personal; 6. Vida doméstica; 7. Interacciones Personales; 8.Áreas principales de la vida: educación, empleo y 9. Vida Comunitaria, cívica y social: participación en actividades sociales y cívicas.

En síntesis.

Planteamos la rehabilitación de las personas con trastornos adictivos cuando el consumo de sustancias produce limitaciones en el desempeño de las áreas principales de la vida.

La evaluación y seguimiento de las mismas nos permite ampliar los criterios de éxito del tratamiento más allá del binomio consumo –abstinencia que con razón corresponde al punto de vista médico y por cierto no alcanza a representar los posibles logros alcanzados en Rehabilitación.

Bibliografía

-Yamilet Corona Carnero; Leonides Díaz Fernández; Ricardo Núñez Sevajanes
Caracterización de la población con riesgo de adicción en la comunidad.

Disponible en Internet en www.interpsiquis.com. (Octubre 2006)

-David Puchol Esparza. La adicción a las drogas: Claves biológicas, psicológicas y sociológicas. Disponible en Internet en www.interpsiquis.com. (2005)

-Mejores Prácticas. Alcoholismo y Toxicomanía. Tratamiento y Rehabilitación. Cáp. 1. Eficacia de Modalidades de tratamientos específicos. Ministerio de Salud de Canadá.1999. Disponible en Internet en www.csc-csc.gc.ca. (2005)

-Toxicomanías y Adolescencia. Realidades y consecuencias. Comp. Gutiérrez Baró. Aneira Riba. Cáp. Toxicomanía: conceptualización. Bandera Rosell. L Habana 1999.

-Temas en Salud Mental en la Comunidad. La Rehabilitación en Salud Mental con base en comunidad. Egri. Serie Paltex. Cuaderno técnico nro. 19. OPS. OMS. Washington 1992.

-Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Colección Rehabilitación. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 3era. Edición 1997. Madrid.

-Clasificación Internacional del Funcionamiento, la discapacidad y la salud. OMS Ginebra Suiza. 2001, disponible en www.who.ch/icidh. (2002)

EDUCACIÓN EN CASA DESPUÉS DE UNA ARTROPLASTÍA TOTAL DE CADERA. (ATC)

Erna Navarrete, Daniela Espinoza, Carola Jimenez, Violeta Ordenes
Esc. Terapia Ocupacional,
Universidad de CHILE



RESUMEN:

Este estudio muestra como un Programa de Intervención de Terapia Ocupacional dirigido a un grupo de adultos entre 50 y 80 años que han sido sometidos a una ATC logra un desempeño seguro en las actividades básicas de la vida diaria (avd) a través de sesiones educativas, instrucciones y manejo de ayudas técnicas. Los resultados demuestran la importancia de la educación y el refuerzo en el domicilio a través de una cartilla informativa.

INTRODUCCION:

La ATC es la cirugía que reemplaza la articulación de una cadera dañada, lo que permite cada vez más la posibilidad de volver a retomar a muchas personas sus actividades diarias. Sin embargo el período post quirúrgico requiere de muchos cambios presentándose un nuevo desafío ocupacional en la vida de las personas, por lo que surge la necesidad de hacer cambios adaptativos que permitan la recuperación del dominio relativo del ambiente, evitando la pérdida de independencia. El Terapeuta Ocupacional facilita los procesos de cambios, evaluando las características individuales como las del ambiente, de manera de fortalecer capacidades que permita satisfacer necesidades, entrenar nuevas estrategias, rutinas y manejos de ayudas técnicas.

METODO:

El programa de intervención de T.O fue dirigido a 8 familias, basado en la psicoeducación al paciente y a su cuidador acerca de la cirugía y riesgos asociados, educación sobre prevención de caídas, evaluación de riesgo domiciliario con la prescripción de ayudas técnicas mediante la entrega de material informativo.

La intervención de T.O. consistió en 12 sesiones en las que se desarrollaron

las siguientes actividades:

- Entrevistas semiestructuradas
- Aplicación de Pauta de Evaluación para pacientes con ATC.
- Actividades educativas
- Indicación de adaptaciones al ambiente y ayudas técnicas

RESULTADOS:

Después de las 12 sesiones de Terapia Ocupacional, los sujetos (paciente y cuidador) reconocieron los movimientos restringidos por la artroplastia de cadera y las actividades básicas que implicaban movimientos no permitidos. También identificaron la utilidad de ayudas técnicas para superar ciertos obstáculos. Sin embargo, en cuanto a puntos de riesgo en el hogar, sólo reconocieron su existencia un 62 % de los entrevistados, mostrándose asequibles a la realización de cambios ambientales.



Conclusiones:

La intervención de Terapia Ocupacional en pacientes con artroplastia de cadera, aporta en la enseñanza de estrategias que permitan la seguridad en el desarrollo de las actividades básicas después de la cirugía, otorgando a través de material educativo información para la prevención de riesgos y conocimiento de Ayudas técnicas para un dominio satisfactorio del medio ambiente.

TITULO: PARTICIPACIÓN DE CUIDADORES EN LA CONFECCIÓN DE EQUIPAMIENTOS EN PVC PARA PACIENTES CON DISFUNCIONES NEUROMOTORAS

AUTOR: Grace Claudia Gasparini¹

INSTITUCION: Universidad Católica Don Bosco (UCDB) Campo Grande – MS – Brasil e Instituto del PVC- San Pablo -SP – Brasil

gracegasparini@hotmail.com

Teléfono/Fax: 55 (67) 3384-6688/ 3312-3640

¹ Terapeuta Ocupacional y Profesora del Curso de Terapia Ocupacional de la Universidad Católica Don Bosco.

TITULO: “Participación de Cuidadores en la Confección de Equipamientos en PVC para Pacientes con Disfunciones Neuromotoras”

AUTOR: Grace Claudia Gasparini

INSTITUCION: Universidad Católica Don Bosco – UCDB

RESUMEN

La mayor dificultad de los cuidadores de niños con disfunciones neuromotoras está relacionada con las incapacidades y las limitaciones que éstos niños tendrán al alcanzar sus marcos motores, afectando directamente la calidad de vida de la familia. En el proceso de rehabilitación, equipamientos adaptados son esenciales para auxiliar en el tratamiento, no apenas en la prevención de deformidades sino también como un medio facilitador de actividades funcionales. El coste del tratamiento sumado a la necesidad de adquisición de equipamientos hace, a veces, inviable el programa de rehabilitación. De esta forma, este estudio focalizó englobar al cuidador en el proceso de confección de equipamientos en PVC, por ser éste un material de fácil manoseo, coste accesible y baja tecnología. Para tal fin, fueron seleccionados 12 niños en atendidos en la Clínica Escuela UCDB y confeccionados, por los cuidadores, 21 equipamientos de tipos variados que fueron indicados, de acuerdo con las necesidades de cada uno, por un terapeuta ocupacional. Los resultados mostraron que la participación de los cuidadores en la confección de los equipamientos propició una mayor comprensión de las posturas correctas y el beneficio de éstas en la mejora de la funcionalidad, así como la satisfacción personal por producir los equipamientos para sus hijos, fortaleciendo, de esta forma, la relación entre ellos. Siendo así, fue posible concluir que los equipamientos confeccionados en PVC, por ser de bajo coste y fácil manoseo, favorecieron que los portadores de disfunciones neuromotoras, de familias de baja renta, pudiesen ser beneficiados para mejorar su calidad de vida.

INTRODUCCIÓN

Los niños portadores de disfunciones neuromotoras poseen padrones anormales en las funciones motoras, sea en movimiento, sea en las posturas adoptadas. La incapacidad motora perjudica la posibilidad de que el niño desarrolle funciones, aumentando gradualmente la dificultad de adquisición de una aptitud, así como el tiempo necesario para realizarla y así su dependencia.⁴

La queja principal de las familias de estos niños se refiere a sus incapacidades y a las desventajas que éstos tendrán para alcanzar sus marcos motores, afectando directamente la calidad de vida tanto del niño portador de disturbios neuromotores, como de la familia o de su cuidador.³

Por lo tanto, en el tratamiento se debe enfatizar la inhibición de padrones posturales y movimientos anormales para la facilitación del mayor número posible de padrones normales básicos y naturales.¹ En cada situación del día a día, las orientaciones domiciliarias deberán demostrar la manera correcta de manosear y facilitar las actividades a través de las mejores posiciones, inhibiendo padrones de movimientos anormales.

El gran desafío para los profesionales que trabajan con los niños patológicos está en mantener la estabilidad del paciente, formando una base de soporte esencial. Es importante colocar al niño en posiciones que promuevan una adaptación automática de la postura y que inhiba sus padrones anormales de movimiento, para hacer que esta realice un movimiento espontáneo adecuado.

Cabe al cuidador la parte activa del programa de rehabilitación por medio del ajuste continuo de los procedimientos adoptados con el niño en su contexto, o sea, la comprensión de las posturas y la forma adecuada del manoseo, las cuales podrán evitar desgastes al nivel de esfuerzo físico.

La dificultad de encontrar equipamientos adaptados de bajo coste para el mantenimiento de las posturas sentada y de pie, y para la independencia en la higiene, alimentación y locomoción de pacientes con disfunciones neuromotoras, motivó esta investigación sobre un material que pudiese atender las demandas de una clientela carente y que necesita esos recursos. Aunque en los días actuales existan en el mercado algunos equipamientos que atienden las necesidades de los usuarios, éstos están restringidos a una pequeña parcela de esa clientela debido a su alto coste.

El PVC, por ser un material de fácil manoseo, no necesita ningún tipo de maquinaria pesada para su utilización y, en vista de esto, los cuidadores de los niños con disfunciones neuromotoras podrán confeccionarlos, pero necesitan ser orientados por el profesional especializado y responsable del programa de tratamiento de estos niños, sobre su prescripción, medidas antropométricas y modificaciones que se hagan necesarias.

El PVC, siendo una tecnología accesible por sus características ya citadas, se hace altamente viable por posibilitar la confección de diversos tipos de equipamientos

adaptados para pacientes con disfunciones neuromotoras, tales como: silla para inodoro, andador y mesa regulable, silla para postura sentada en 90 grados con mesa acoplada, silla rolo con mesa acoplada, banco con apoyo (“moto”) para auxiliar en la independencia del baño, silla para baño de respaldo inclinado, estabilizador para la postura en pie entre otros.

Estos equipamientos están confeccionados con caños de fontanería y conexiones en soldadura, permitiendo aumentar su tamaño conforme al crecimiento del niño o proporcionar pequeñas modificaciones que puedan atender las necesidades individuales de cada usuario.

Ellos son innovadores en el área de la rehabilitación física/neurológica y vienen a contribuir en la complementación de esos servicios, proporcionando una mejor posición dentro de padrones motores más normalizados a los pacientes que presenten algún tipo de disfunción neuromotora, principalmente aquellos de bajo nivel socioeconómico. Dentro de estos aspectos, se pretende conseguir la prevención de posibles deformidades, así como facilitar el desempeño funcional en sus actividades diarias, permitiendo, de esta forma, la inclusión del niño en su contexto social.

La Universidad Católica Don Bosco en colaboración con el Instituto del PVC patrocinaron el Proyecto Piloto Mobiliario Adaptado en PVC siendo beneficiados 12 niños con disturbios neuromotores atendidos en la Clínica Escuela UCDB. Fueron confeccionados 21 equipamientos de tipos variados e indicados, de acuerdo con las necesidades de cada uno. Las indicaciones sobre el tipo de equipamiento y las medidas antropométricas del niño fueron realizadas por la terapeuta ocupacional idealizadora del proyecto. Todos los equipamientos fueron confeccionados por los padres y/o los cuidadores y supervisados por los académicos del curso de terapia ocupacional de la UCDB. Tras el término de la confección, los equipamientos fueron donados a los niños para uso domiciliar.

La experiencia inicial con este proyecto mostró resultados bastante satisfactorios, ya que fue posible favorecer, a través de una mejor posición, la realización de actividades funcionales en un contexto de vida diaria, sea en casa sea en la escuela.

Se concluye que la creación del mobiliario adaptado en PVC proporcionará condiciones favorables de postura para esa clientela, principalmente aquella de bajo poder adquisitivo.

REFERENCIAS:

1. BOBATH, K.; BOBATH, B. 1989. “Desenvolvimento motor nos diferentes tipos de paralisia cerebral” Editora Manole (São Paulo)
2. OSTENJO, S.; CARLBERG, E.B.; VOLLESTAD, N.K. 2005. The use and impact of assistive devices and other environmental modifications on everyday activities and care in young children with cerebral palsy. “Neurorehabil Neural Repair” (Ontario) **XIX**. 232-7.
3. OZU, M.H.U.; GALVÃO, M.C.S. 2005. Fisioterapia na paralisia cerebral. In: MOURA, E.W.; SILVA, P.A.C. “Fisioterapia: aspectos clínicos e práticos da reabilitação” Artes Médicas (São Paulo) 27-46.
4. PEIXOTO, E.S.; MAZZITELLI, C. 2004 Avaliação dos principais déficits e proposta de tratamento da aquisição motora rolar na paralisia cerebral. Revista Neurociências, **12**, 1: 46-53.

PROGRAMA DE ESTIMULACION SENSORIAL Y MOTORA.
EVALUACION Y TRATAMIENTO DE PACIENTES EN ESTADO
VEGETATIVO Y ESTADO DE MINIMA CONCIENCIA.

Autores: Lic. Melania Ron; Lic. Juliana Abalo, Lic. Verónica Cremonte

Institución: Fundación para la Lucha de Enfermedades Neurológicas Infantiles FLENI.

Sede Escobar. Ruta 9 Km 52.5B1625XAF Bs. As. Argentina. E-mail mron fleni.org.ar

Resumen

Introducción y objetivos: Presentar el programa de estimulación sensorial y motora (PES y M) , desarrollado para la atención de pacientes en estado vegetativo (EV) y estado de mínima conciencia (EMC). Una de las herramientas básicas para la implementación de este programa es contar con una batería objetiva y estandarizada de evaluaciones. Este abordaje esta basado en una mirada centrada en el paciente y la familia.**Métodos:** Pacientes en EV o ECM de 1-6 meses de evolución. Han recibido 4 hs de tratamiento diario, con una modalidad de abordaje interdisciplinario (T.O, TF, fonoaudiología y enfermería) .El PES y M tiene como objetivos optimizar la recuperación del estado de alerta, a través de la estimulación sistemática de todas la modalidades sensoriales, prevenir la deprivación sensorial, preservar el cuadro motor y capacitar a la familia . Las evaluaciones utilizadas son: Coma Recovery Scale- revised (Johnson), Disability Rating Scale (DRS) y Glasgow Outcome Scale Extended (GOS-E), las cuales permiten realizar de forma objetiva el diagnostico clínico del paciente y su evolución. **Resultados:** En el PES y M han participado 58 pacientes desde el 2001 al 2006, 31 fueron secuela de Traumatismo Encéfalo Craneal (TEC), 23 pacientes con TEC han emergido del EV y MC, 8 persisten en EV o EMC. De los pacientes que emergieron, al seguimiento luego de los dos años el 25% retomaron alguna actividad laboral, según la GOS-E obtuvieron un nivel de Buena Recuperación Baja.

Conclusiones: Pensar en programas específicos de tto con evaluaciones estandarizadas que faciliten el diagnostico clínico de esta población de paciente es necesario para efectivizar los programas de rehabilitación, orientar a la familia en relación al pronostico y evolución de estos pacientes priorizando la calidad de vida de los mismos y sus familiares

Introducción:

En los últimos años ha ido aumentando de forma significativa el número de pacientes en los centros de rehabilitación, que permanecen en EV y EMC como secuela de traumatismo de cráneo.

Uno de los aspectos relevantes a tener en cuenta en la atención de estos pacientes es poder determinar el nivel de funcionamiento con respecto a su conexión con el medio, para eso hacemos referencia de las definiciones:

- *Coma*, se define como un estado en el cual el paciente no responde a ningún tipo de estímulo, permanece con los ojos cerrados y no presenta ciclos sueño-vigilia.
- En el Estado Vegetativo (EV) permanece conservada la capacidad de alternar entre la vigilia y el sueño, pero no existe conciencia de sí mismo, ni del entorno.
- El estado de Mínima Conciencia (EMC), cuya reciente definición clínica involucra un mínimo estado de conciencia de uno mismo o del entorno en forma no consistente, debe presentar al menos un comportamiento que manifieste presencia de conciencia. Este ocurre inconsistentemente pero puede ser reproducido o sostenido por un tiempo largo para ser diferenciado de un comportamiento reflejo.

Diferentes trabajos de investigación sostienen la importancia de contar con un adecuado programa de estimulación, teniendo en cuenta diferentes factores tales como una estimulación estructurada, así como la participación activa de la familia en el proceso de rehabilitación.

Desarrollo

Para la atención de esta población de pacientes hemos desarrollamos el *Programa de Estimulación Sensorial y Motora (PES yM)*. Este programa tiene como objetivos optimizar la recuperación del estado de alerta, a través de la estimulación sistemática en todas la modalidades sensoriales (visual, auditiva, propioceptiva, táctil, olfatoria, gustativo y oro facial de forma graduada), prevenir la deprivación sensorial, preservar el cuadro motor, realizar cuidados posicionales, capacitar a la familia en el cuidado y estimulación del paciente.

Durante el periodo 2001 al 2006 en FLENI han participado en el *Programa de Estimulación Sensorial y Motora (PES yM)* , 58 pacientes, 31 de los cuales fueron secuela de Traumatismo Encéfalo Craneal (TEC).

Los pacientes que son admitidos en este programa deben presentar las siguientes características:

-pacientes con secuela de TEC cuyo nivel de respuesta en la escala Rancho los Amigos es del I al IV.

- menos de tres meses de evolución desde la injuria cerebral.

- mayores de 18 años.

-paciente clínicamente estable.

Los pacientes reciben 4 hs. de tratamiento diario a cargo del equipo de profesionales, respetando los periodos de descanso.

El abordaje se realiza en forma interdisciplinaria, participando en un mismo ámbito de trabajo, un terapeuta físico, una fonoaudióloga, un terapeuta ocupacional y un enfermero; siendo uno el mínimo de pacientes y tres el máximo. También contamos con profesionales en psicología y psiquiatría quienes están a cargo de las clínicas psicoeducacionales. El equipo médico esta conformado por un neurólogo, un fisiatra y un neurorehabilitador, que abordan específicamente el tema de la estimulación farmacológica que se va realizando en forma paralela al programa de estimulación sensorial y motora.

Una de las herramientas más importantes del PES y M es la batería de evaluaciones que utilizamos, las cuales nos permiten diferenciar el nivel de respuestas a estímulos y su nivel de conexión con el medio.

Las herramientas mas utilizadas para evaluar estado de conciencia en pacientes con TEC son Glasgow Coma Scale (GCS) y Rancho Los Amigos (LFCS). Otras escalas se han desarrollado con el objetivo de evaluar, en detalle, los comportamientos y respuestas de estos pacientes para poder determinar el estado en que se encuentran y así orientar el programa de rehabilitación.

Con este fin utilizamos la Coma Recovery Scale- Revised donde se evalúa el nivel de respuesta auditiva, visual, motora, comunicación, actividad oral y conexión con el entorno (vigilia), la cual se administra de forma semanal. La evaluación se filma para poder ser observada en otra instancia y así poder valorar de forma objetiva la respuesta del paciente, esta herramienta nos ha permitido ir comparando los cambios mínimos y fluctuantes realizados por esta población de pacientes.

De forma mensual se administra la Disability Rating Scale (DRS) Rappaport: esta escala incluye los ítems de la Glasgow Coma Scale invertidos (apertura ocular, respuesta motora y respuesta verbal), patrones cognitivos sobre autocuidado, nivel global de dependencia y capacidad de reinserción laboral. Resulta no ser sensible a cambios mínimos pero nos permite realizar un seguimiento durante todo el proceso de rehabilitación del paciente. Y la Glasgow Outcome Scale Extended (GOS-E) que nos permite evaluar el estado de conciencia, independencia dentro y fuera del hogar y fuera, retorno al trabajo, actividades

sociales y de esparcimiento, relaciones familiares y amistades así como el retorno a la cotidianidad.

Resultados: De los 31 paciente con secuela de TEC que participaron en el PES y M, 23 han emergido del EV y MC, 8 persisten en EV o EMC.

De los pacientes que emergieron, al seguimiento luego de los dos años del alta de la internación, según la GOS-E el 25% obtuvo un nivel de Buena Recuperación Baja, retomaron una actividad laboral. El 52% presentan un nivel de severa discapacidad alta requieren de supervisión en el hogar. Esto nos llevó a desarrollar una escala que nos permita medir el nivel de supervisión requerido por estos pacientes. Y el 23 % presento un nivel de discapacidad moderada baja, puede permanecer solo en el hogar pero no lograron retomar actividades productivas.

El 70% de los pacientes que persisten en EV y EMC retornaron al hogar con una modalidad de internación domiciliaria, en estos casos se trabajo en el entrenamiento de familiares y cuidadores, las escalas de evaluación utilizadas no mostraron cambios significativos en relación al nivel de conexión con el medio ambiente, permitiéndonos objetivizar el nivel de respuesta de los mismos y así poder orientar a la familia en relación al outcome funcional.

Conclusiones: Pensar en programas específicos de tratamiento con evaluaciones estandarizadas que faciliten el diagnostico clínico de esta población de paciente es necesario para efectivizar los programas de rehabilitación, orientar a la familia en relación al pronostico y evolución, priorizando la calidad de vida de los pacientes y sus familiares.

Palabras Claves:

Programa de Estimulación Sensorial y Motora

Estado Vegetativo

Estado de Mínima conciencia

Outcome funcional

Bibliografía:

- 1- Giacino JT et al. The minimally conscious state: definition and diagnostic criteria. *Neurology*, 2002 Feb 12;58(3):349-53
- 2- Jennet B, Plum F. Persistent vegetative state after brain damage: a syndrome looking for a name. *Lancet*, 1972; i: 734-7.
- 3- Giacino JT, Kezmarsky MA, DeLuca J, Cicerone KD. Monitoring rate of recovery to predict outcome in minimally responsive patients. *Arch Phys Med Rehabil.*, 1991 Oct;72(11):897-901.
- 4- Stephen Mccauley, Julia Hannay and Paul Swank. Use of the Disability Rating Scale recovery curve as a predictor of psychosocial outcome following closed-head injury. *Journal of the international Neuropsychological Society* , 2001 7;457-467.
- 5- Saenz, De Pobes, Bove, Tases, Noguera, Soriano. Terapia Ocupacional en el estado vegetativo y de mínima conciencia: estimulación sensorial. *MAPFRE Medicina*, 2004 vol. 15, N° 2
- 6- Lombardi F, Taricco M, De Tanti A, Telaro E, Libertati A. Estimulación sensorial para individuos con lesión cerebral en coma o estado vegetativo. En: *La Cochrane Library plus en español*. 2002.
- 7- nathan Zasler, Jeffrey Kreutzer, Donald Taylor. Coma Stimulation and recovery. *Neurorehabilitation* 1991,3 33-40
- 8-Jennett. The Vegetative State. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2002;73:355-356
- 9- Giacino, Trott. Rehabilitative management of patients with Disorders of consciousness. *Head Trauma Rehabilitation* 2004, Vol 19, 262-273.
- 10- Jhon White, Di Pasquale. Assessment of command following in minimally conscious brain injured patients. *Arch Phys Med rehabilitation*. 1999; Vol 80 .
- 11- Wood, Wnkowski, Miller. Evaluating sensory as a method to improve awareness in patients with altered status of consciousness: a pilot study. *Brain Injury* 1992: vol 6 N° 411-418-
- 12- Rader, Ellis. The Sensory Stimulation Assessment Measure (SSAM) : a tool for early evaluation of severely brain- injured patients. *Brain Injury* 1994 vol, 8 N°309-321.
- 13- Giacino. The vegetative and minimally conscious status: consensus- based criteria for establishing diagnosis and prognosis. *Neurorehabilitation* 2004

- 14-Bekinschtein, Tiberti, Nikilson, Tamashiro, Ron, Leiguarda, Manes. Assessing level of consciousness and cognitive from vegetative state to full recovery. *Neuropsychological rehabilitation*; 2005.
- 15- Hosack, Rocchio. Serving families of persons with sever brain injury in an era of managed care. *Head Trauma Rehabilitation*; 1995.
- 16- Giacino , Kathleen, Whyte The JFK coma Recovery Scale- Revised: Measurement characteristics an diagnostic Utility. *Arch Phys med Rehabil*; 2004, Vol 85
- 17- Ashley, Clark. Long-term follow-up of post-acute traumatic brain injury rehabilitation: a statistical analysis to test for stability and predictability of outcome. *Brain Injury* 1997;11(9):677-690
- 18- Wilson, Pettigrew, Tesdale. Structured Interviews for the Glasgow Outcome Scale and the Extended Glasgow Outcome Scale: Guidelines for their use. *Journal of Neurotrauma*.1998

I. **Programa de Reinserción Social de pacientes con Daño Cerebral Adquirido en un Hospital Público**

II. Stefanolo, Marcela; De Cillis, Verónica

III. Hospital de Rehabilitación “Manuel Rocca” C.A.B.A.

IV. Resumen del trabajo:

El objetivo de este trabajo es compartir una experiencia que desde hace 5 años venimos implementando en un Hospital Público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires especializado rehabilitación de personas con discapacidades motoras.

Los sentimientos de incapacidad de las personas adultas con daños cerebral adquirido (DCA), la sensación de pérdida de control y de oportunidades que poseen, y perciben, nos llevó a poner énfasis en intervenciones orientadas hacia la integración al medio natural. Para ello, se propuso incorporar a sus terapias “tradicionales” un programa de abordaje en el “mundo real”.

La modalidad de dicho Programa consistió en utilizar los recursos de la comunidad: supermercado, transporte público, confitería, negocios etc. a fin de obtener el perfil funcional para la puesta en marcha de recursos que puedan compensar las incapacidades y permitan la plena integración al medio. La inclusión de esta modalidad nos permitió obtener mayor información sobre su desempeño ocupacional, delinear nuestros objetivos, planificar el tratamiento, prepararlos mejor para el alta hospitalaria y por sobre toda las cosas, contribuir a que el paciente desarrolle actitudes saludables, un mayor nivel de independencia y alcance una óptima reinserción social.

V. Desarrollo del trabajo:

1- Introducción:

Este trabajo pretende compartir una experiencia que desde hace 5 años venimos implementando en un Hospital Público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires especializado rehabilitación de personas con discapacidades motoras.

Estudios actuales aseguran que las personas DCA esta aumentando principalmente por el actual estilo de vida y los avances del sistema sanitario que hacen capaz de mantener vivas a personas en situaciones que hace unos pocos años atrás eran impensables (1).

Esto implica un mayor incremento de pacientes que padezcan secuelas que pueden ser múltiples e incluso graves, abarcando trastornos de carácter físico, psíquico sensorial, y emocional.

Para los afectados con DCA iniciar a tiempo una rehabilitación multidisciplinar aumenta las posibilidades de recuperación de la lesión cerebral. Dada la complejidad de alteraciones que presentan estos pacientes, requieren de un equipo rehabilitador conformado por médicos, enfermeros, terapeutas ocupacionales (TO), terapeutas físicos/kinesiólogos, fonoaudiólogos, psicopedagogos, psicólogos, asistentes sociales. Su propósito es que la persona con DCA logre recuperar sus funciones, potenciar sus capacidades, adaptarse a sus limitaciones e integrarse socialmente, es decir alcanzar la máxima autonomía posible (1).

Pese a que el hospital ofrece un tratamiento integral, y aún con el mejor de los pronósticos, los problemas continúa una vez dada el alta médica por carencias en la adaptación del paciente con su entorno (social, familiar, laboral).

El paciente durante su período de internación se siente entre pares; algunos más, otros menos pero todos con dificultades similares, pueden desplazarse cómodamente por el Hospital, conocen al personal y son ínfimas las dificultades que se le presentan en este medio. Basándonos en nuestra experiencia, observamos que estos pacientes presentan dificultades para enfrentarse a la sociedad, las mismas van desde mostrarse con su discapacidad hasta dificultades de tipo ambientales; para ellos, el mundo exterior es todo un desafío, que muchas veces se vive con temor, inseguridad y prejuicios.

Es de conocimiento que las intervenciones tradicionales de TO que trabajan en instituciones son de adaptación y readaptación, es decir , intervenciones que apuntan a ayudar al individuo a superar, ajustarse o compensar un problema de salud, una incapacidad o una limitación funcional. Las intervenciones apuntan a lograr la mayor autonomía posible. (2).

El propósito de este trabajo es compartir la experiencia de incorporar a nuestras terapias “tradicionales” un programa que enfatice la integración de la persona con DCA en forma saludable a la comunidad.

2- Material y Método

El Hospital Manuel Rocca es un Hospital monovalente que cuenta con 80 camas de las cuales el 75% están ocupadas con pacientes con DCA, entre las causas más frecuentes figuran: traumatismo craneoencefálico (TEC) y accidente cerebrovascular (ACV); y en el servicio de Hospital de Día (HD) el 90 % de la población atendida sufre DCA.

La modalidad del Programa consiste en utilizar los recursos de la comunidad: supermercado, transporte público, confitería, cyber y realizar las evaluaciones y entrenamiento correspondiente.

El equipo de profesionales esta integrado por : Kinesiólogos y TO.

La frecuencia es quincenal.

Criterio de selección de pacientes: internados y de HD, que se encuentren bajo tratamiento en terapia ocupacional, con un nivel II de independencia personal según la Evaluación del Nivel de Autoatención (ENA) (3) (4); en todos los casos se debe contar con la autorización del Jefe de Departamento.

Criterio de exclusión: pacientes dependientes, aquellos que ya fueron dados de alta por la Institución y pacientes judiciales.

Las salidas terapéuticas son planificadas paciente-equipo: se elige el destino, fecha, se dan pautas sobre la modalidad y definen objetivos individuales a cumplir.

Durante la salida se realiza un registro y evaluación del desempeño individual y de las relaciones interpersonales

a- objetivos generales del programa

Favorecer la reinserción social del paciente internado.

Preparar al paciente para la mejor aceptación del alta.

Entrenar al paciente para afrontar posibles barreras arquitectónicas.

Acompañar al paciente en el enfrentamiento con el mundo “no discapacitado”.

Contribuir a mejorar la autoestima del paciente, reconocimiento de logros por parte del paciente, pares y familia.

Contribuir en recuperar el rol del paciente en su familia como en la comunidad.

b- Guía para evaluación y entrenamiento:

Desempeño funcional del paciente fuera del hospital para reforzar o reprogramar actividades específicas en cada área como así también evaluar los déficit de los componentes del desempeño (manejo de silla, orientación, comunicación, manejo del dinero, resolución de problemas, etc.)

Evaluar si el paciente puede trasladar los logros adquiridos dentro de la institución al mundo exterior.

Detección de barreras arquitectónicas (calles rotas, accesos para discapacitados cerrados etc.) por parte de los pacientes y *profesionales* y su desempeño frente a las mismas.

Entrenar al paciente en el manejo de adaptaciones y tecnología moderna (uso de cajeros, sillas de ruedas eléctricas, sistemas automáticos de información, etc.)

3- Resultados:

Resultados preliminares indicaron que esta modalidad permitió detectar la falta de conciencia de limitaciones que no se ponen de manifiesto en el ambiente estructurado del hospital.

Se registró la transferencia del aprendizaje a otros contextos y en aquellos casos que no lo lograron nos permitió replantear y delinear nuevas estrategias en el tratamiento “tradicional”.

Contribuyó a preparar mejor al paciente y familia frente al alta institucional, dejando de ser un tema tan conflictivo.

La incorporación de esta modalidad de trabajo fue aceptada por todos los pacientes intervinientes, quienes se sintieron motivados para repetir la experiencia.

Como inconvenientes surgidos, podemos aludir a que no se pudo cumplir con la frecuencia con la que fue ideado originalmente debido a requerimientos administrativos (solicitudes de autorización, suspensión de otras actividades, etc.), a ello se sumaron las condiciones climáticas y la cantidad de personal que se requiere contar en cada salida a fin de minimizar los riesgos.

Inicialmente el programa fue ideado solamente para pacientes internados pero dado el impacto favorable que generó su implementación, fueron incorporados también los pacientes de HD.

4- Conclusión

Si bien aún no hemos implementado un método estandarizado de evaluación, podemos considerar importante la implementación de este programa debido a que colabora eficazmente con el proceso de rehabilitación: mejorando la actitud del paciente hacia su tratamiento, promoviendo la posibilidad de elegir, tomar decisiones y resolver situaciones nuevas, además contribuye a mejorar su organización en el quehacer cotidiano y puesta a prueba de sus capacidades cognitivas-sensitivo-motoras y emocionales..

Consideramos de relevancia formar un equipo especializado en reinserción comunitaria que diseñe evaluaciones específicas y fichas de seguimiento, la cuales permitirán volcar los resultados de la eficacia del programa y brindar de esta manera a la comunidad personas capacitadas para vivir saludablemente en ella.

También sugerimos promover desde cada lugar de trabajo la incorporación de modalidades “extra muros”, si pretendemos brindarle al paciente una verdadera reinserción social, buscando contar con políticas sanitarias específicas de recursos sanitarios y de reinserción social que compartan y respalden esta idea. Asignatura pendiente no solo en nuestro país sino en otros que figuran como del primer mundo (1).

VI. Bibliografía

- 1- CONSUMER. ES.EROSKI. Daño cerebral adquirido. Los afectados reclaman programas específicos de rehabilitación y reinserción social que les ayuden a recuperar capacidades. http://www.consumer.es/accesible/es/salud/problemas_de_salud/2006/02/23/149646.php
- 2- M. Pellegrini. Marzo 2006. Terapia Ocupacional en la Rehabilitación basada en la Comunidad –RBC. http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Rehabilitacion_comunidad_terapia_ocupacional_Pellegrini.shtml
- 3- V. De Cillis, V.; M. Stefanolo., 1997. Modalidad de Abordaje de la Autoatención: Programa de entrenamiento en la Independencia Personal (PEIP) Parte I. Materia Prima; **3**, 1:21-24.
- 4- M. Stefanolo; V. De Cillis.,1997. Modalidad de Abordaje de la Autoatención: Programa de entrenamiento en la Independencia Personal (PEIP) Parte II. Materia Prima, **4**, 2:21-24.

EQUIPAMIENTO TÉCNICO:

Computadora-cañon

LA FORMACIÓN DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL DESDE LA PERSPECTIVA DE LA EDUCACIÓN INTERPROFESIONAL

Silva, Carla Cilene Baptista
Araújo, Pola Maria Poli

Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) – Campus Baixada Santista – Brasil



La educación interprofesional es una propuesta en la que dos o más profesiones aprenden juntas sobre el trabajo conjunto y sobre las especificidades de cada una. Es un estilo de educación que da prioridad al trabajo en grupo, a lo interdisciplinario y al compromiso con la totalidad de las acciones que se debe alcanzar a través del amplio reconocimiento y del respeto a las especificidades de cada profesión. Es en este contexto que se encuadra la propuesta pedagógica del curso de Terapia Ocupacional de la Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) – Baixada Santista, que se inició en el mes de marzo de 2006, juntamente con los siguientes cursos: Fisioterapia, Nutrición, Psicología y Educación Física.

La propuesta pedagógica para estos cursos tienen como principios norteadores:

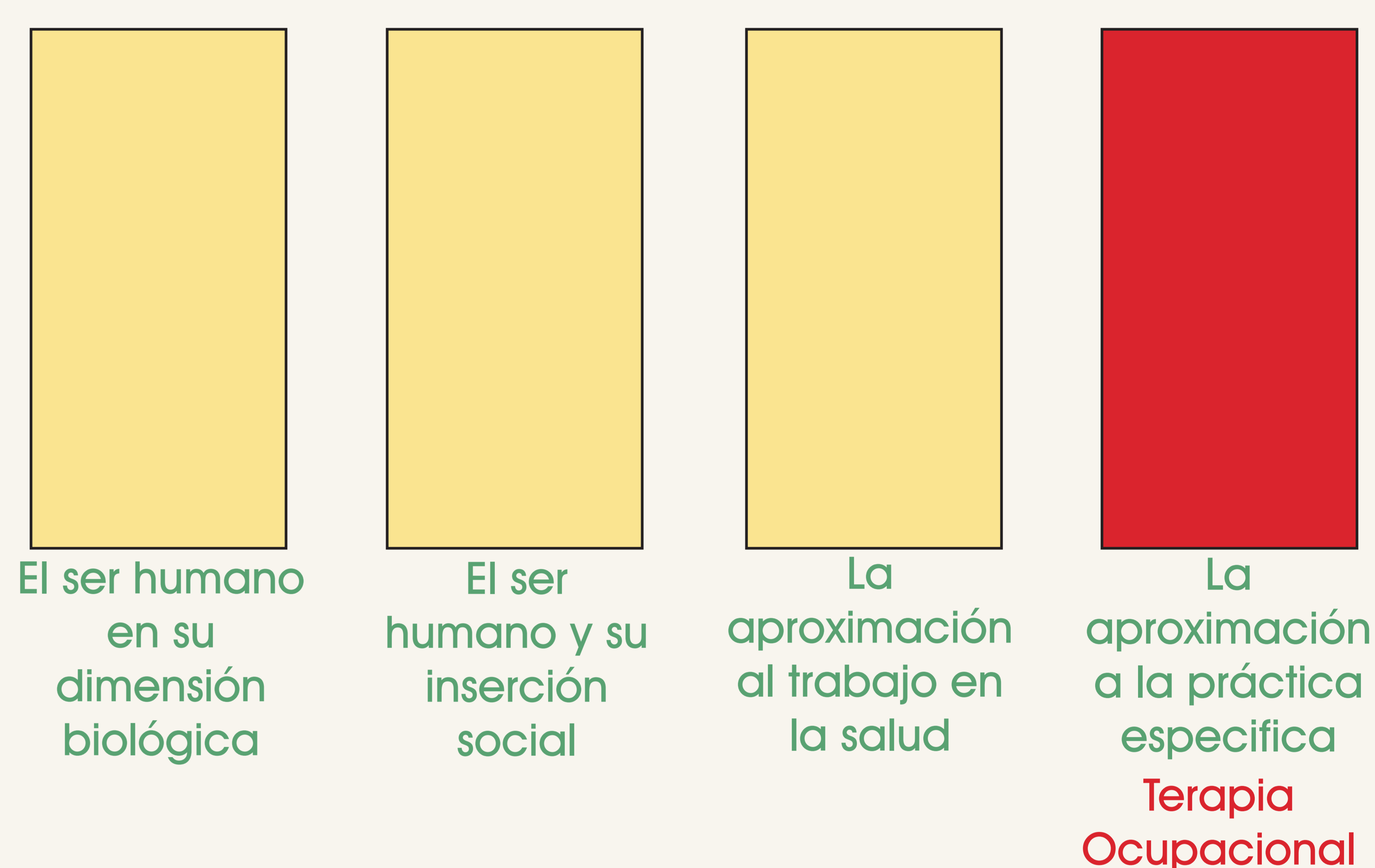
- Formación del profesional de salud para el trabajo en equipo interprofesional, con énfasis en la totalidad del cuidado en salud;
- Integración entre los contenidos disciplinarios, interdisciplinarios;
- Adopción de metodologías problematizadoras, fundadas en la práctica.



Clases prácticas en el Laboratorio de Recursos Terapéuticos

Para el desarrollo de esta propuesta, se elaboró la estructura curricular de estos cursos considerando cuatro ejes: [1] el ser humano en su dimensión biológica; [2] el ser humano y su inserción social; [3] la aproximación al trabajo en la salud y [4] la aproximación a la práctica específica, que se refiere a los contenidos específicos de cada curso.

ESTRUCTURA CURRICULAR LOS CUATRO EJES QUE COMPONEN EL CURRÍCULO



Los tres primeros ejes componen, al mismo tiempo, el núcleo de conocimientos necesarios para todos los profesionales de la área de salud y un núcleo de profundización desde las necesidades de cada curso. Desde el inicio del curso, se han desarrollado los contenidos de estos ejes de manera interdisciplinaria e interprofesional. Todos los años, los alumnos tienen un momento de aprendizaje conjunta entre los cinco cursos: 80% en el primer año, 40% en el segundo año, 20% en el tercer año y reuniones semanales (É POSSÍVEL TROCAR SEMANAIS POR PONTUAIS) en el cuarto año. La constitución intencional de los grupos, mezclando alumnos de los cinco cursos, permite la discusión del interprofesionalismo, momentos en que las profesiones aprenden juntas acerca del trabajo en conjunto y de las especificidades de cada una.

Desde esta perspectiva, el curso de Terapia Ocupacional de la UNIFESP esta planeado en conceptos de modulos, buscando integrar los contenidos disciplinarios en ejes y modulos interdisciplinarios. Se da prioridad a la adopción de metodologías problematizadoras para la enseñanza, el estímulo a una postura activa del alumno en la construcción del conocimiento, pretende la formación técnica, científica y humana de excelencia del profesional para el trabajo en grupo interdisciplinario con énfasis en la totalidad del



TERAPIA ACUÁTICA UNA MIRADA DESDE TERAPIA OCUPACIONAL.

Abadía Verónica Laura.

Resumen

La rehabilitación acuática en la actualidad representa la evolución de tratamientos clásicos porque combina el uso del agua y la fisiología de la inmersión con los avances en el conocimiento de las patologías.

A partir de los principios físicos de la terapia acuática procedemos mediante la aplicación de una técnica específica con el fin de mejorar la función.

Los principios físicos de la terapia acuática son: La presión hidrostática: la presión del fluido se ejerce por igual en toda la superficie de un cuerpo inmerso en reposo en una profundidad dada, lo cual proporciona una fuente de estímulos sensoriales inagotable, estimulando la propiocepción, favorece la resolución de un edema en una parte dañada del cuerpo; mejora el equilibrio y la coordinación; facilita el retorno circulatorio.

La flotabilidad, es la fuerza experimentada hacia arriba que actúa en dirección opuesta a la gravedad. Permite realizar movimientos pasivos, asistir al movimiento reduciendo el estrés sobre las articulaciones. Resistir el movimiento para mejorar la fuerza.

La termodinámica del agua es de utilidad terapéutica por su capacidad para retener el calor y transferir la energía calórica.

La inmersión prolongada en agua termoindiferente (32° 36°) genera relajación postural, disminuye la rigidez muscular y el dolor. Mejora la circulación.

La cohesión y la viscosidad dificultan los movimientos en cualquier dirección, obteniendo la resistencia deseada.

La terapia acuática tendrá efectos fisiológicos, que afectan a todos los sistemas del organismo y efectos terapéuticos.

Por lo tanto, los beneficios de este abordaje nos permite plantear una recuperación funcional en el medio acuático con eficacia

terapéutica para gran variedad de patologías neurológicas, traumatológicas, reumatológicas y otras.

TERAPIA ACUÁTICA UNA MIRADA DESDE TERAPIA OCUPACIONAL.

Abadía Verónica Laura.

La rehabilitación acuática en la actualidad representa la evolución de tratamientos clásicos, combina el uso del agua y la fisiología de la inmersión, con el conocimiento de las patologías, su evolución y el impacto de ellas en cada organismo.

La hidroterapia consiste en el tratamiento de todo el cuerpo o partes de él con aguas a temperaturas variadas.

Utilizará entonces el agua como factor terapéutico no solo a través de sus efectos mecánicos y térmicos si no también aprovechando sus efectos minerales.

Lowman introduce la hidrocinesiterapia como termino y como método, utiliza el movimiento (pasivos, activos, asistidos y globales) dentro del agua basado en la presión hidrostática y la hidrodinámica.

La terapia acuática se genera entonces a partir de la actividad en el agua, el movimiento y el paciente. Cuya característica es la capacidad de ser adaptada a cada necesidad y su incidencia positiva en el tratamiento de patologías agudas y crónicas de distinto origen.

Los principios físicos de la terapia acuática son: La presión hidrostática: la presión del fluido se ejerce por igual en toda la superficie de un cuerpo inmerso en reposo en una profundidad dada. Lo cual proporciona una fuente de estímulos sensoriales inagotable, estimulando la propiocepción, esta envoltura permanente mejora la percepción de la postura y la posición de los miembros. Favorece la resolución de un edema en una parte dañada del cuerpo. Mejora el equilibrio y la coordinación, el paciente pierde el miedo al movimiento y es sostenido y asistido permanentemente. Facilita el retorno circulatorio.

La flotabilidad es la fuerza experimentada hacia arriba que actúa en dirección opuesta a la gravedad. Permite realizar movimientos pasivos y asistir al movimiento reduciendo el estrés sobre las articulaciones. Resistir el movimiento para mejorar la fuerza. La flotación puede utilizarse para graduar el ejercicio, primero para ayudar a los movimientos, luego como apoyo y por último como resistencia.

La termodinámica del agua es de utilidad terapéutica por su capacidad para retener el calor y transferir la energía calórica. La inmersión prolongada en agua termoindiferente (32° 36°) genera relajación postural, disminuye la rigidez muscular y el dolor. A medida que el dolor disminuye la persona es capaz de moverse con mayor comodidad y de incrementar la amplitud del movimiento particular. También el calor dilata los vasos superficiales e incrementa el riego sanguíneo de la piel, mejorando el estado trófico cutáneo.

La cohesión y la viscosidad dificultan los movimientos en cualquier dirección, obteniendo la resistencia deseada.

Esta actividad le proporciona al paciente la confianza y la seguridad necesaria para realizar sus ejercicios, lo cual mejora su autoestima y genera un espacio de experiencias gratificantes.

A partir de los principios físicos de la terapia acuática procedemos mediante la aplicación de una técnica específica con el fin de mejorar la función.

Los objetivos generales y específicos de cada caso fundamentarán la técnica escogida, entre las cuales podemos mencionar: técnicas de relajación, movilización y estiramiento, emplea los movimientos pasivos, asistidos, activos, tracciones, elongaciones y masaje subacuático para activar o inhibir el tono, incrementar la estimulación cinestésica y propioceptiva, etc. La hidrocinesiterapia utilizada por ej. en el tratamiento de la debilidad muscular, descompensaciones musculares, algias de la columna vertebral. La natación terapéutica para el abordaje de lesiones o enfermedades a partir de estilos de nado y sus

combinaciones. El método Bad Ragaz y el Halliwick en pacientes neurológicos.

La terapia acuática tendrá efectos fisiológicos, que afectan a todos los sistemas del organismo y efectos terapéuticos. Deberá realizarse un análisis de la actividad atendiendo las recomendaciones y las precauciones necesarias para cada caso, considerando las indicaciones y contraindicaciones, de la misma.

Esta terapia podrá ser una alternativa complementaria a tratamientos convencionales o bien pueden estar programados para un momento del mismo, destinados a reforzar y complementar otro tipo de abordajes.

Nos brinda la posibilidad de un abordaje integral, bio, psico, social y espiritual.

Los beneficios del abordaje en el medio acuático nos permite orientar la actividad en un sentido preventivo, o plantear una recuperación funcional con eficacia terapéutica para gran variedad de patologías neurológicas, traumatológicas, reumatológicas y otras.

El éxito de la terapia acuática dependerá entonces de la formación del terapeuta y la destreza del mismo a la hora de adecuar técnicas hidoterápicas a la necesidad de cada paciente.

Duffield, M.H. 1985. "Ejercicios en el agua". Ed. Jims. (España).

Liemohn, W. 2005. "Prescripción de ejercicio". Ed. Paidotribo. (España).

Jiménez J. 1998. "Columna vertebral y medio acuático". Ed. Gymnos. (España).

Autora: Abadía Verónica Laura

Título: “Terapia Acuática, una mirada desde Terapia Ocupacional.

Domicilio: Daprotis 5432. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina.

Teléfono: 0223471581. Celular: 0223155216018.

Domicilio laboral: Córdoba 1950. Mar del Plata. Buenos Aires.
Argentina.

Teléfono: 02234921142 int. 612.

Requerimiento técnico: proyector multimedia.

*TERAPIA OCUPACIONAL Y CALIDAD DE VIDA DEL ENFERMO RENAL CRONICO:
EVALUANDO EL IMPACTO DE UN PROGRAMA*

MILTON CARLOS MARIOTTI E JOSÉ GASTÃO R. DE CARVALHO

*Universidade Federal do Paraná
Setor de Ciências da Saúde
Rua Padre Camargo 280, 3º andar
Alto da Glória – Curitiba – Paraná – Brasil
teléfono- 055 41 33607271, e-mail mariotti@ufpr.br fax: 055 41 33607273*

RESUMEN

TERAPIA OCUPACIONAL Y CALIDAD DE VIDA DEL ENFERMO RENAL CRONICO: EVALUANDO EL IMPACTO DE UN PROGRAMA. Milton Carlos Mariotti, José Gastão R. De Carvalho. Universidad Federal del Paraná.

Introducción: El portador de insuficiencia renal renal crónica (IRC) tuvo aumento de sobrevida con los tratamientos sustitutivos. Actualmente la atención ha sido centrada en la calidad de vida. Pueden alejarse del trabajo y llevarse a una jubilación por invalidez, causando aislamiento social y sentimiento de inutilidad. La Terapia Ocupacional auxilia en la recuperación de la capacidad funcional y ocupacional. Posee experiencia clínica en las enfermedades crónicas y calidad de vida. Publicaciones de investigaciones sobre el tema no fueron encontradas. Objetivo: Evaluar el impacto de la intervención de Terapia Ocupacional en la calidad de vida. Material y Método: Ensayo clínico, utilizando grupo Experimental (n.20) y grupo control (n 40). El instrumento utilizado fue el cuestionario genérico de Calidad de Vida Short-Form 36 (SF36) traducido y adaptado para el portugués). Los testes fueron aplicados inicialmente y cuatro meses después del inicio de la intervención. Los pacientes firmaron un termo de consentimiento libre y aclarado. La comparación de los resultados de la evaluación de calidad de vida inicial y final se dio por la aplicación del test no paramétrico de Wilcoxon e Mann-Whitney. Resultados y Conclusiones: Valores de $p < 0,05$ indicaron una significativa estadística demostrando la efectividad de la intervención. Referências Bibliográficas: CLARK, F & LARSON E.A. 2002. "Desarrollo de uma disciplina acadêmica: la ciência de la ocupación" in NEISTADT M.E. & CREPEAU, E.B. Willard & Spackman Terapia Ocupacional., Guanabara Koogan, (Rio de Janeiro) 1.; LAZARETTI, C.T. 2002. "Transplante Renal: Trajetória e Reconstrução de Identidade Social". Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal do Paraná. (Curitiba). 1.1-222.

Palabras Claves : Insuficiencia Renal Crónica, Hemodiálisis, Calidad de Vida y Terapia Ocupacional.

-Introducción:

Hemodiálisis es el tipo de tratamiento de diálisis más frecuentemente prescrito para los portadores de Insuficiencia Renal Crónica (IRC). La sangre es transportada hasta un filtro (riñón artificial – máquina), donde es purificado y continuamente circulado del filtro para el cuerpo. Ese proceso envuelve la circulación de la sangre por un circuito fuera del cuerpo por medio de un acceso vascular (3).

La prescripción del tratamiento es hecha por un nefrólogo y los procedimientos propiamente dichos son administrados básicamente por enfermera o técnico en clínica de pacientes ambulatoriales, conocidas como centros de diálisis o unidades de diálisis.

Los pacientes en diálisis deben estar vigilantes con la asepsia de los locales de acceso y catéteres y con sus dietas, la ingestión de líquidos y el uso de medicamentos (6).

Felizmente, los tratamientos sustitutivos de la función renal cambiaron la sombría perspectiva que, hasta cuatro décadas atrás, era una sentencia de muerte próxima, la Insuficiencia Renal Crónica (IRC). Para que eso ocurriera, fue necesario un intenso trabajo centrado en el objetivo de prolongar la vida de los portadores de IRC. Actualmente, ya se consiguió un aumento en el tiempo de sobrevida para los pacientes (7).

Una otra meta fue adicionada a la anterior: calidad de vida (CV). Eso significa que no se ha más buscado apenas un prolongamiento de la sobrevida, pero que este periodo sea también vivido con calidad (1).

La IRC y su terapia se constituyen en importantes estresores para los pacientes que vivencian, pudiendo tener un gran impacto sobre la CV (10).

La evaluación de la calidad de vida fue adicionada en los ensayos clínicos apuntada como la tercera dimensión a ser evaluada, además de la eficacia (modificación de la enfermedad por el efecto de la droga) y de la seguridad (reacción adversa a las drogas). La necesidad de evaluar las condiciones de vida de los pacientes que tenían su sobrevida aumentada con los tratamientos propuestos, ya que muchas veces en la búsqueda de acrecentar “años a la vida” era dejado de lado la necesidad de acrecentar “vida a los años”.

La rutina del tratamiento, que en la mayoría de los casos es prolongado, es también un hecho limitante, pues el sujeto además de depender de una máquina para sobrevivir, tiene que pasar 4 horas, tres veces por semana, en el proceso de diálisis. Hay también

consecuencias propias de los cuadros, que causan debilidad y falta de energía. Los cuadros de depresión frecuentemente surgen en estos pacientes que se sienten sin perspectivas.

La Terapia Ocupacional, puede contribuir para que el individuo recupere su capacidad de realizar pequeñas cosas inicialmente. Gradualmente se pueden transformar en proyectos mayores llevando al individuo a recuperar la auto confianza y la autoestima muchas veces perdida, en el proceso de identificación como enfermo inválido e inactivo.

Algunos autores (5,9) dicen que “todos los seres humanos deberían tener ocupaciones, físicas y mentales, ocupaciones que les gusten. ...Las enfermedades de la mente, del cuerpo y del espíritu pueden ser sanadas por medio de la ocupación”.

Actualmente, la ciencia de la ocupación humana, estimula los terapeutas ocupacionales a dar más valor al impacto de ellas en la vida de los pacientes. Al apreciar la complejidad de la ocupación y el papel central que desempeña en la vida de las personas, los terapeutas ocupacionales pueden implementar su trabajo con los pacientes. (5)

Atención especial ha sido dada para la calidad de vida experimentada por los pacientes tratados por hemodiálisis, diálisis peritoneal y transplante renal. Se han afirmado aún que los indicadores objetivos de calidad de vida de acuerdo con la forma de tratamiento apuntan los menores índices de calidad de vida para los pacientes en hemodiálisis (2,10).

Para los autores de la Terapia Ocupacional, la calidad de vida en las enfermedades crónicas ha sido un punto de interés y de búsquedas, siendo que el modelo teórico que más se acerca en el presente estudio es el modelo de rehabilitación (8).

Los pacientes con problemas renales pueden demostrar una significativa reducción de tolerancia a la actividad que es peor en los días que reciben hemodiálisis. Un programa estructurado de Terapia Ocupacional puede aumentar la resistencia intensificando gradualmente el tiempo de tratamiento, el número de repeticiones y de dificultades en la tarea. También son apropiadas las instrucciones para simplificación del trabajo y de la conservación de energía para aumentar el nivel funcional a pesar de la baja tolerancia.

La evaluación de Terapia Ocupacional debe tener las actividades de la vida diaria, recreativas y de ocio y los intereses vocacionales y no vocacionales(11).

La Terapia Ocupacional ha tenido importante papel en los equipos de salud, en la contribución para la mejoría de esta calidad de vida de los pacientes portadores de enfermedades crónicas, trabaja con las capacidades residuales de los pacientes, puede por medio de un programa destinado a los portadores de IRC, ofrecer importantes contribuciones.

Para que este proceso sea bien sucedido, es necesario tanto para los pacientes como para los terapeutas, la comprensión de que una persona, no puede volver a ser como era antes de tener desarrollado una enfermedad crónica. La vida de esta persona fue permanentemente modificada.

Esta otra forma de vivir, de comprender la enfermedad y la vida, puede auxiliar al paciente a la retomada de sus actividades ocupacionales, mismo que sea de otra manera y esta retomada puede promover la mejoría de su calidad de vida.

-Objetivo:

Evaluar el impacto de la intervención de un Programa de Terapia Ocupacional en la calidad de vida del portador de insuficiencia renal crónica en hemodiálisis.

-Material y Método:

Se refiere a un ensayo clínico. La muestra constituyó de un grupo experimental compuesto por 20 pacientes y un grupo control compuesto por 40 pacientes.

Los criterios de inclusión fueron: pacientes portadores de insuficiencia renal crónica en hemodiálisis, adultos, de la Clínica de Enfermedades Renales de la Fundación Pró-(Renal de Curitiba PR); que aceptaron por medio de aclaración y posterior firma del termo de Consentimiento libre y aclarado en participar de la pesquisa. Los criterios de exclusión fueron: Pacientes con problemas clínicos acentuados, en actividad profesional o que no aceptaron en participar de la pesquisa;

El Instrumento para la colecta de datos utilizados fue el Cuestionario Genérico SF 36, traducido y adaptado culturalmente para la población brasilera, que evalúa dos grandes ejes: Aspectos físicos y Salud Mental. Fue elaborado de forma a contener cuestiones de ocho dominios: Capacidad Funcional, Aspecto físico, Dolor, Estado General de Salud, Vitalidad, Aspecto social, aspecto emocional y Salud Mental (4).

En este trabajo la opción fue de que é cuestionario fuera aplicado por el entrevistador.

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Pesquisas con Seres Humanos de la Universidad Federal del Paraná y los pacientes firmaron un termo de consentimiento libre y aclarado.

La comparación de los resultados de la evaluación de calidad de vida inicial y final se dio por la aplicación del test no paramétrico de Wilcoxon. Ya la comparación entre los grupos se dio por la aplicación del test no paramétrico de Mann-Whitney.

-Resultados y Conclusiones:

La comparación entre los escores iniciales y finales del Cuestionario SF 36 demostró un aumento estadísticamente significativo (valor de $p < 0,05$) en algunos de los dominios. Eso significa que hubo mejora de los pacientes desde el momento inicial hasta el momento final, o sea, hubo mejora de los pacientes en estos dominios, después de la intervención de la Terapia Ocupacional en los siguientes dominios: Dolor, Aspectos Emocionales y Salud Mental. En otros dominios: Aspectos físicos, Estado general de salud y Vitalidad, mismo que tenga habido un aumento de los escores del momento inicial para el momento final, la diferencia no fue estadísticamente significativa, o sea, los valores de p fueron $> 0,05$. Este ocurrido puede estar relacionado con el hecho de que estos aspectos sean más difíciles de ser modificados por la intervención de la Terapia Ocupacional, una vez que están más directamente relacionados con la progresión de la enfermedad. También, pueden ser constatados después de un periodo mayor de la intervención, aumentos que pueden ser estadísticamente significativos. Estas hipótesis son objetos de la continuidad de la investigación.

-Referencias Bibliográficas:

- 1 ALMEIDA, A.M.de, 2003. *A Importância da saúde mental na qualidade de vida e sobrevivência do portador de insuficiência renal crônica*. J.Bras.Nefrol.; 25(4):209-14
- 2 ARREDONDO, A et al.1998. *Costo –efectividad de intervenciones para insuficiência renal crônica terminal*. Revista de Saúde Pública da Un. de São Paulo.; vol.32 n.6 : 556-65.
- 3 CARVALHO, J.G.R. de; MULINARI, R.A.; PACHALY, M.A. et al., 1992. “Manual do Renal Crônico”. Imprensa Universitária da UFPR, (Curitiba).
- 4 CICONELLI, R.M.1997. “Tradução para o Português e validação do Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida “Medical Outcomes Study 36-Item short-form Health Survey (SF36)””; Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina para obtenção do Título de Doutor em Medicina. (São Paulo) 1.1-143.
- 5 CLARK, F & LARSON E.A. 2002. “Desarrollo de uma disciplina acadêmica: la ciência de la ocupación” in NEISTADT M.E. & CREPEAU, E.B. Willard & Spackman Terapia Ocupacional., Guanabara Koogan, (Rio de Janeiro) 1.
- 6 LAZARETTI, C.T. 2002. “Transplante Renal: Trajetória e Reconstrução de Identidade Social”. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal do Paraná. (Curitiba). 1.1-222.
- 7 ROMÃO JUNIOR, J.E et al. 2003. “ Censo SBN 2002: informações epidemiológicas das unidades de diálise no Brasil”. J.Bras.Nefrol.; 25(4): 188-99.
- 8 SEIDEL, A.C. 2002. “Estrutura de Referência Reabilitativa” in NEISTADT M.E. & CREPEAU, E.B. Willard & Spackman Terapia Ocupacional. Guanabara Koogan. (Rio de Janeiro) 1.
- 9 SUMSION, T., 2003. “ Prática Baseada no Cliente na Terapia Ocupacional: Guia para Implementação”; Rocca Editora (São Paulo, Brasil), 1, 1–207.
- 10 SESSO, R. et al. 1987. *Qualidade de vida dos pacientes com insuficiência renal crônica terminal*. J. Bras.Nefrol.Vol.9,Nº 02.
- 11 TORRANCE, M., 2002. “Terapia Ocupacional em pacientes agudos”. In NEISTADT M.E. & CREPEAU, E.B. Willard & Spackman - Terapia Ocupacional. Guanabara Koogan (Rio de Janeiro). 1.

Tratamiento de las luxofracturas de IFP. Metodo de Shanck

Lic. De Falco Rosanna

Las pequeñas articulaciones de la mano, caracterizadas por su movilidad y estabilidad, están sujetas a fuerzas externas que pueden dañar el sistema de soporte capsuloligamentario. Desafortunadamente las lesiones en estas articulaciones generalmente son tratadas como una lesión banal. El resultado de un tratamiento inadecuado puede ocasionar una inestabilidad articular tal que restrinja seriamente la función de la mano.

Las luxofracturas de la articulación IFP son potencialmente las lesiones más incapacitantes para la articulación y las de más difícil manejo.

Conceptos anatómicos de la articulación IFP:

El movimiento de la articulación IFP se realiza en el plano de flexo-extensión. Aunque la configuración del condilo de la falange proximal y la base de la falange media aparentan ser simétricos, existe una leve incongruencia entre estos que permiten un leve movimiento de rotación y translación.

La cápsula articular es considerada por tener los cuatro mayores retenes ligamentarios: los ligamentos colaterales radial y cubital, la placa palmar y la capsula dorsal con el tendón extensor central.

Dorsalmente la cápsula es delgada y esta representada por una línea sinovial.

Lateralmente, la cápsula conforma los ligamentos colaterales y el ligamento colateral accesorio.

Del lado palmar se inserta el ligamento palmar. Este envuelve el lado palmar de la articulación, actuando como superficie de deslizamiento con el condilo de la falange proximal por un lado y con la vaina del tendón flexor por el otro.

La porción próximo-lateral del ligamento palmar se inserta en la falange proximal para limitar y prevenir la hiperextensión de la articulación.

La estabilidad de la articulación IFP es un interjuego multifacético de estructuras que soportan y cruzan la articulación.

La estructura más importante de estabilización articular es el sistema de ligamentos colaterales y el ligamento palmar.

Cuando la articulación se flexiona, aumenta la tensión en los ligamentos colaterales, mientras que en extensión aumenta la tensión en el ligamento palmar.

La estabilidad articular se completa por tendones que cruzan la articulación.

El último componente de estabilidad articular es provisto por la anatomía ósea. La estructura articular bicondilar es altamente resistente al estrés.

La lesión en esta configuración anatómica, como ocurre en las fracturas intraarticulares, resultará en inestabilidad articular.

No existe una clasificación estándar para las fracturas de IFP, por lo cual se utiliza una clasificación descriptiva

Las lesiones por impactación son producidas por una fuerza longitudinal aplicada sobre la art. hiperextendida o levemente flexionada.. La falange media es dirigida sobre la cabeza de la falange proximal, provocando una importante conminución e impactación de la base de la falange media. Los efectos estabilizadores de la concavidad de la base de la falange

media y el límite de movilidad producido por el volar plate se pierden si más del 50% de la falange media es dañado.

La fuerza dorsal del mecanismo extensor a través de su tendón central, la inclinación del remanente dorsal de la superficie articular y la inserción del tendón superficial en la parte central de la falange media se combinan para crear una fuerza torcional que causa la subluxación dorsal de la base de la falange media

Las fracturas axiales incluyen la lesión de los márgenes dorsales y palmares y la depresión de la superficie articular central. Se presenta una gran conminución que hace imposible la reconstrucción quirúrgica de las superficies articulares.

Existen diferentes tipos de tratamientos para estas lesiones, con los objetivos de lograr estabilidad articular, ausencia de dolor y movilidad.

Las técnicas de tratamiento abierto incluyen reducción abierta con fijación interna, reconstrucción de tejidos blandos y artroplastía del ligamento palmar.

Los métodos de tratamientos cerrados son una variada serie de ferulajes, fijaciones externas y tracción.

Estos tratamientos presentan complicaciones potenciales que incluyen contracturas, pérdida de arco de movimiento, disminución funcional y artrosis postraumática.

No existe un consenso sobre cual es el tratamiento de elección.

En el año 1986, el Dr. Schenck publicó un método de tratamiento para las luxofracturas inestables de la articulación IFP en donde se combinan el uso de tracción con movilización temprana.

Este método se basa en dos conceptos básicos: la ligamentotaxis a través de la tracción logra la reducción de los fragmentos articulares y el realineamiento de la superficie articular.

El movimiento temprano promueve la cicatrización articular y restaura la función

La férula de Schenck consta de una ortesis larga lateral (cubital o radial según el dedo a tratar), realizada en termoplástico de baja temperatura o yeso, que mantiene la muñeca en dorsiflexión de 40 grados, las metacarpofalángicas en flexión de 60 grados dejando libre la articulación IFP.

De esta base se fijará un aro de tracción que puede ser confeccionado en alambre de acero inoxidable o tubo de aluminio. Este aro de tracción deberá ser colocado de forma tal que su centro sea el eje de rotación de la articulación IFP. La dirección del mismo deberá ser oblicua, respetando la rotación normal de flexión digital

El cirujano deberá colocar un alambre de Kirschner perpendicular a la falange media, distal al foco de fractura, de donde se fijará un cabestrillo confeccionado en alambre que permita distribuir de forma longitudinal la fuerza de tracción.

En este cabestrillo se fijará un elástico de tracción que se unirá a un sostén sobre el aro. Este sostén deberá poder deslizarse alrededor del aro, para lograr los diferentes grados de movilización articular.

La fuerza de tracción utilizada deberá ser monitoreada con intensificador de imágenes para lograr la reducción deseada.

Es importante que esta fuerza de tracción no supere la tolerancia de presión de la superficie de la falange proximal (50 grs por centímetro cuadrado), ya que en el momento en que la articulación se encuentra en flexión, la zona de piel que tolerará la fuerza de tracción será la zona correspondiente a la falange proximal. Es imprescindible el modelado exacto de la

valva, ya que la presión sufrida por la piel en el uso de esta férula es muy alta, por lo tanto se requiere la máxima superficie posible.

Sobre el aro de tracción se colocarán topes de deslizamiento en los ángulos de extensión y flexión deseados.

Se le indicará al paciente el cambio de posición de la articulación de la máxima extensión a la máxima flexión requerida. Este cambio se realizara cada hora durante el día, y durante la noche se posicionara en flexión intermedia.

Esta ortesis será mantenida durante cuatro a seis semanas en forma constante, según el control radiográfico.

Cumplido ese tiempo, se retira el equipamiento y se comienza con movilizaciones activas graduales a fin de aumentar la amplitud articular y la fuerza. Si persistiese alguna contractura en flexión, se colocará una ortesis dinámica de tres puntos digital.

Condiciones para la utilización del método:

Las condiciones necesarias para la utilización de este método serán: por parte del paciente, una clara comprensión del método y un compromiso con el tratamiento, ya que el mismo presenta incomodidad durante el tiempo de uso de la ortesis y puede existir dolor, especialmente en los primeros días de uso.

Por parte del equipo de profesionales, será necesaria la experiencia del Terapeuta en la confección y regulación de ortesis, ya que la misma es compleja de realizar y regular.

Tambien es fundamental un seguimiento permanente del paciente para poder monitorear constantemente su evolución.

Complicaciones:

Las complicaciones que pueden presentarse durante el uso de esta ortesis, serán fundamentalmente la necrosis de piel en la zona de la falange proximal, la cual se previene con un adecuado ajuste de la fuerza de tracción, y las posibles infecciones de la clavija percutánea.

Conclusiones:

Las luxofracturas de la articulación IFP son, probablemente, las lesiones más incapacitantes que puede sufrir esta articulación. La combinación de tracción más movilización temprana permite una adecuada reducción de los fragmentos articulares, el realineamiento de la articulación y asegura una restauración de la función, logrando así los objetivos esperados para el tratamiento de este tipo de lesiones.

Uso de Apormofina subcutánea continua para la recuperación de la conciencia luego de un traumatismo de cráneo severo (TEC). Mariana Bonetto¹, Ben-Zion Krimchansky², Ross Zafonte³, Ramón C. Leiguarda¹; Esteban Fridman¹

¹Departamento de Neurorehabilitación , Institute de Investigación -FLENI, Buenos Aires, Argentina

²,Loewenstein Rehabilitation Hospital, Raanana, Israel.

³Physical Medicine and Rehabilitation Department, University of Pittsburg, Pittsburgh, Pennsylvania, US

Resumen:

Uso de Apormofina subcutánea continua para la recuperación de la conciencia luego de un traumatismo de cráneo severo (TEC).

Diseño: Abierto multicentrico con pacientes con TEC cerrado severo que evolucionaron en Estado Vegetativo Persistente (EVP) o Estado de Mínima Conciencia (EMC) por 1- 4 meses después de la lesión.

La Apomorfina fue suministrada vía subcutánea de forma continua mediante una bomba externa por un tiempo de 12 Hs correspondiendo al ciclo diurno. La dosis podía ser progresivamente aumentada de 2 a 8 mg/h.

Apomorfina es un fuerte agonista dopaminérgico con favorable efecto farmacológico cuando es administrado de este modo. Las evaluaciones funcionales utilizadas son: Coma Near Coma (CNCS), Disability Rating Scale (DRS) y Glasgow Outcome Scale Extended (GOS-E).

Resultados: Cuatro pacientes fueron incluidos en el protocolo. Ninguno de ellos requirió la discontinuación del protocolo por reacciones adversas. Existió una mejora significativa en las escalas evaluadas al principio y fin del protocolo. Además, la mejoría fue significativa en escalas de déficit luego de dos semanas.

Conclusión: Estos datos preliminares sugieren que la administración continua y subcutánea de Apomorfina fue factible, segura y efectiva en estos primeros cuatro pacientes para acelerar el proceso de recuperación de la conciencia después de un TEC cerrado severo. Los datos obtenidos en este primer estudio abierto serán el comienzo de un estudio doble ciego, placebo-controlado y multicentrico.

Introducción

Los avances en el manejo agudo de los pacientes traumatizados han producido un aumento en el número de sobrevivientes. Los sobrevivientes, luego de un estado de coma prolongado, habitualmente evolucionan con cuadros prolongados y severos de trastornos de conciencia conocidos como Estado Vegetativo Persistente (EVP) o Estado de mínima conciencia (EMC). Ambos cuadros están caracterizados por la recuperación de la vigilia, aunque con falta o mínima capacidad para interactuar con el medio respectivamente.

Ha sido demostrado en pacientes con trastornos de conciencia severo que la mejoría en las evaluaciones mediante el uso de escalas funcionales es inversamente proporcional a la duración del estado coma. Se estima que solo el 7% de los pacientes presentarán una buena recuperación, mientras que el 17% progresa a una discapacidad moderada.

Los estudios anatomopatológicos en pacientes en PVS o MCS han reportado lesiones talámicas, principalmente en el núcleo intralaminar del mismo. Debido a que este núcleo interviene en el control del circuito dopaminérgico a través de la vía dopaminérgica mesotalámica, se sugiere una probable disfunción del sistema dopaminérgico en estos pacientes. Varios agonistas dopaminérgicos dentro de los que se encuentran la Levodopa, bromocriptina, y amantadina han sido utilizados para intentar estimular a los pacientes en PVS y MCS. Sin embargo, ninguno de ellos es un agente ideal. La levodopa, que tiene que ser administrada por vía enteral tiene una gran interferencia en su absorción cuando es asociada con proteínas. Esto causa una limitación en su eficacia en esta población de pacientes que se encuentran gastrostomizados y con aportes alimenticios constantes. La bromocriptina y la amantadina tienen una potencia relativa muy baja comparada con la levodopa. Contrariamente, la Apomorfina (Apo) es un potente agonista dopaminérgico que actúa tanto en receptores D1 como D2, y es rápidamente absorbida cuando es administrada por vía subcutánea (SC). La Apo alcanza un alto nivel plasmático luego de 15 minutos de iniciar la administración y debido a su alta solubilidad en lípidos, la Apo SC se distribuye rápidamente en el SNC.

Objetivo

Investigar la seguridad de la infusión de Apomorfina continua (Sc) en la recuperación y evaluar abiertamente la mejoría funcional en pacientes en EV y en EMC luego de un TEC severo cerrado.

Diseño

El estudio es abierto, multicéntrico, dirigido a pacientes con TEC cerrado severo que evolucionaron en EV o ECM entre 1- 4 meses posteriores a la lesión. Cuatro pacientes fueron reclutados hasta la fecha (**Tabla 1**).

La Apo es suministrada vía subcutánea de forma continua mediante una bomba externa (**Fig. 1**) por un tiempo de 12 Hs diurnas, correspondiendo al ciclo diurno del ciclo sueño-vigilia. La dosis puede ser progresivamente aumentada de 2 a 8 mg/h.

Las evaluaciones funcionales utilizadas son: Coma Near Coma (CNCS), Disability Rating Scale (DRS) y Glasgow Outcome Scale Extended (GOS-E).

Resultados

1- Seguridad de Apomorfina subcutánea

Nuestra población no ha presentado efectos secundarios que haya sido necesario la suspensión del tratamiento. Cuando la infusión fue menor a 4 mg/h durante 12 horas no se observaron reacciones (**Tabla 2**); solo el paciente 1 presentó con la dosis máxima de Apo (8 mg/h) diskinesias y confusión, que desaparecieron al bajar la dosis a 6 mg/h. Nódulos en la zona de aplicación aparecieron esporádicamente en el paciente 2 y el paciente 4 experimentó somnolencia con dosis mayor a 6 mg/h.

2- Eficacia observada de la Apomorfina

El análisis de los datos del grupo revelaron que dos de tres escalas de resultados mejoraron en este estudio, dejando diferencia significativa entre la evaluaciones previas al inicio de Apomorfina y las evaluaciones al finalizar el protocolo. El valor medio y el error estándar previo al inicio de Apo en la escala CNCS fue 32.5 ± 4 y 0 ± 0 al día 360 (t-Value 5.648, $p = < .05$) (**Fig. 2**). El valor medio y el error estándar previo al inicio de Apo en la escala DRS previo al inicio fue 24.2 ± 1.3 , y 6.6 ± 1.6 al día 360 (t-Value 5.641 $p = < .05$) (**Fig. 3**). En el caso de GOS-E, El valor y error estándar previo al inicio fue 2 ± 0 y $3.3 \pm .3$ al día 360 (ns) (**Fig. 4**).

Es importante remarcar la evolución individual en la escala CNCS durante las primeras dos semanas de todos los sujetos (**Fig. 5**). Todos ellos han mostrado una rápida respuesta a la droga. El análisis estadístico grupal en la escala del CNC demostró una reducción significativa en los resultados desde el inicio de la Apo, en la primera semana y luego de dos semanas (valor medio y error estándar previo del CNCS inicial fue de 32.5 ± 4 , al día 7 fue de 19.2 ± 6.4 (t-Value 3.282 $p = < .05$) y 13 ± 5 al día 14 (t-Value 3.236 $p = < .05$]).

Observaciones clínicas

A pocas horas del inicio de la aplicación de Apo, el paciente 01 movió sus miembros ante el comando y respondió con SI y NO ante preguntas por primera vez desde el momento del accidente. Al día 4 lograba nominar correctamente objetos asociándolos con su función y estaba completamente orientado en tiempo y espacio. Al día 18 la bomba inadvertidamente dejó de funcionar por dos horas, su familia observó que el paciente disminuía su nivel de conciencia y estado motor y alertaron al equipo. Cuando se continuó con el funcionamiento del a bomba, el paciente recuperó su conciencia y estado motor previo a los 15 minutos. Al día 84, el día programado para la finalización de la infusión de Apomorfina , el paciente experimentó déficit en su estado funcional. Por lo tanto se decidió continuar con la aplicación hasta el día 180 pero en dosis menores (2 a 4 mg/h por 12 horas al día).

Paciente 02 mostró adelantos durante las dos primeras semanas de la administración de la droga y lo mantuvo hasta el episodio de hemorragia. Al día 09 comenzó a seguir comandos simples. El paciente 03 mostró cambios clínicos durante las dos primera semanas. Si embargo , su estado cognitivo fue el responsable de la mejora tardía en las escalas de discapacidad. Paciente 04 fue el que demostró mayor compromiso en la escalas de CNC y DRS. Al día 5 respondió al commando de flexionar su pierna.

Conclusión

Estos datos preliminares sugieren que la administración continua y subcutánea de Apomorfina fue factible, segura y efectiva en estos primeros cuatro pacientes para acelerar el proceso de recuperación de la conciencia después de un TEC cerrado severo. La mejoría fue significativa ya en las primeras dos semanas del tratamiento. Los datos obtenidos en este primer estudio abierto serán el comienzo de un estudio doble ciego, placebo-controlado y multicentrico.

Tabla 1

PACIENTE	EDAD	GENERO	ETIOLOGÍA	DIAG	RMF	EVOLUCIÓN
1	25 AÑOS	HOMBRE	ACCI DE TRANSITO	EMC	DAD II	104 DIAS
2	41 AÑOS	MUJER	ACCI DE TRANSITO	EVP	DAD II Y III	70 DIAS
3	30 AÑOS	MUJER	ACCI DE TRANSITO	EVP	DAD II	46 DIAS
4	19 AÑOS	HOMBRE	ACCI DE TRANSITO	EVP	DAD II Y III	57 DIAS

Tabla 2

Paciente	2 mg/h	4 mg/h	6 mg/h	8 mg/h
1	No	No	No	Diskinesias- confusión
2	No	No (*)	-	-
3	No	No (**)	Agitación	-
4	No			

(*) hemorragia Intracranial no relacionada con la droga estudiada.

(**) convulsión simple generalizada no relacionada con la droga estudiada.

Referencias

The Multi-Society Task Force Report on Persistent Vegetative State. Medical aspects of the persistent vegetative state. I. N Engl J Med 1994; 330:1499-1508.

Colosimo C, Merello M, Albanese A. Clinical usefulness of apomorphine in movement disorders. Clin Neuropharmacol 1994; 3: 243-259.

Haig AJ, Ruess JM. Recovery from vegetative state of six months' duration associated with Sinemet (levodopa/carbidopa). Arch Phys Med Rehabil 1990; 71:1081-1083.

Meythaler JM, Brunner RC, Johnson A, Novack TA. Amantadine to improve neurorecovery in traumatic brain injury-associated diffuse axonal injury: a pilot double-blind randomized trial. J Head Trauma Rehabil. 2002;17:300-13.

Figura 1

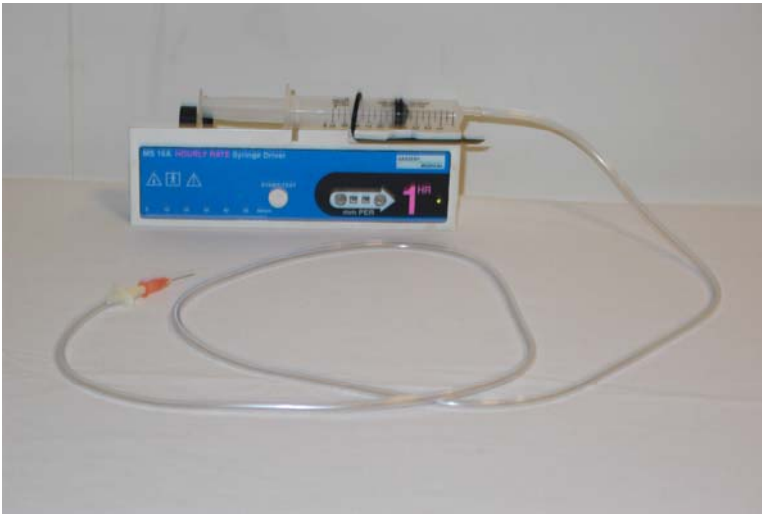


Figura 2

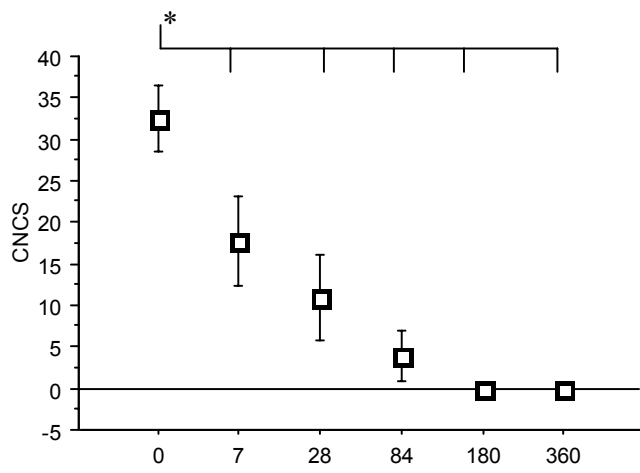


Figura 3

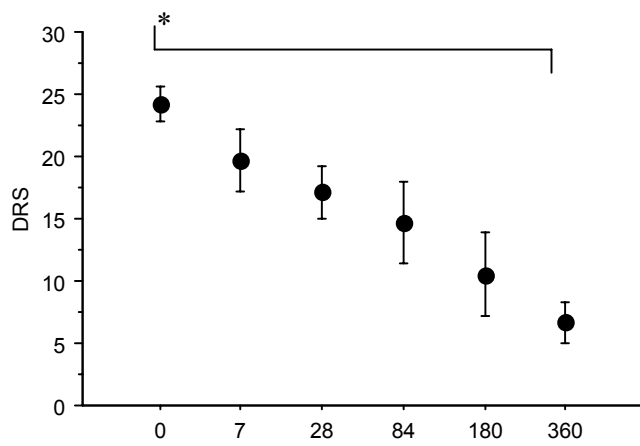


Figura 4

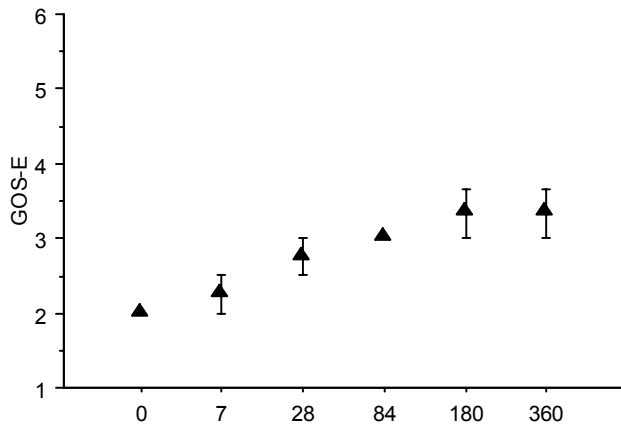
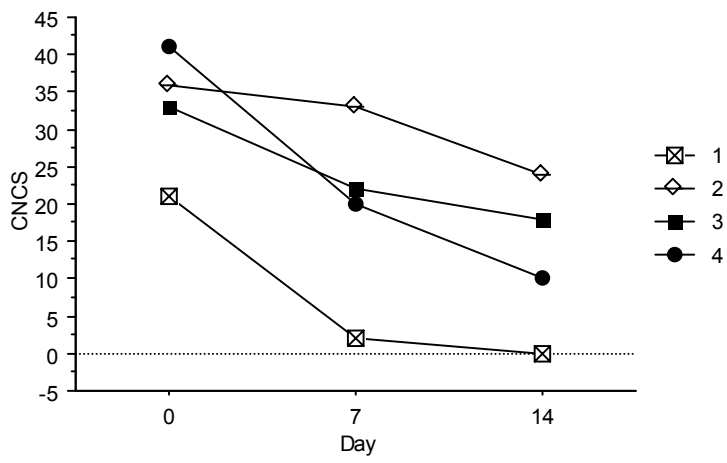


Figura 5



ANÁLISIS DE LA OFERTA DE PROGRAMAS DE PROFESIONALIZACIÓN PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN CAMPINAS – SP, BRASIL

Prof^a Dr^a Rosé Colom Toldrá y Prof^a Maria José Comparini Nogueira de Sá

Faculdade de Terapia Ocupacional da Pontifícia Universidade Católica de Campinas –PUC-Campinas. Av. John Boyd Dunlop, s/nº Jardim Ipaussurama – Campinas CEP – 13059-900

Debido a la falta de informaciones sobre los programas y proyectos de capacitación y formación profesional desarrollados en el municipio se realizó una investigación con el objetivo de conocer las experiencias desarrolladas. Se hizo un estudio de diferentes instituciones tanto de aquellas que realizan programas específicos para personas con discapacidad como también de aquellas que reciben esta población en sus programas. Se trató de localizar y de conocer las ofertas de profesionalización y los programas desarrollados por las instituciones públicas y filantrópicas. A parte de los estudios teóricos, se hizo también una investigación que constó de identificación, contactos, visitas y entrevista a las instituciones del municipio que desarrollan programas de profesionalización para personas con discapacidad o que incluyan a ellos, de las 13 contactadas tenemos: 2 instituciones que desarrollan proyectos de profesionalización específicos y 11 que los incluyen. Se observa en general una falta de inversiones y de plazas en los servicios. La territorialización de estos servicios indica que la mayoría están localizados en áreas más favorecidas o más centrales de la ciudad, lo que refuerza la desigualdad social. Se verifica que el sistema de comunicación institucional es deficiente y no facilita la relación entre las instituciones y la sociedad. En consecuencia se nota una red social muy incipiente y frágil, lo que desfavorece la eficacia de los servicios existentes y no responde a las necesidades de la demanda. Hay la perspectiva de cambio visto que la elaboración de nuevas políticas públicas pueden llevar a la reestructuración de algunas instituciones.

Palabras llave: profesionalización, personas con discapacidad, servicio.

ANÁLISIS DE LA OFERTA DE PROGRAMAS DE PROFESIONALIZACIÓN PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN CAMPINAS – SP, BRASIL

Prof^a Dr^a Rosé Colom Toldrá e Prof^a Maria José Comparini Nogueira de Sá
Faculdade de Terapia Ocupacional da Pontifícia Universidade Católica de Campinas

INTRODUCCIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo conocer las experiencias de profesionalización dirigidas a las personas con discapacidad física en el Municipio de Campinas, realizadas por instituciones públicas y filantrópicas. Este surgió en virtud de la falta de informaciones sobre programas y proyectos de capacitación y formación profesional realizados en el municipio. Se destaca que el acceso a la información es un derecho y debería ser asegurado gratuitamente como otros servicios públicos.

Se sabe que Brasil posee una enorme población de personas con deficiencia; segundo el Instituto Brasileiro de Geografía e Estatística (1) 24,6 millones de personas se declaran con discapacidad, correspondiendo a 14,5% de la población general. De esta población, conforme Pastore (2) apenas 2% de las personas con discapacidad trabajan en el mercado formal, en cuanto que en los países más avanzados el índice es de 30% a 45%.

Analizando otros datos encontrados en la literatura puede decir que Brasil posee un modelo de asistencia basado en el Sistema Único de Salud, que preconiza como principios la universalidad, integralidad y equidad (3) y una base constitucional y un conjunto de principios legales que aseguran a los portadores de discapacidad una vida digna, pero, en la práctica ella aún se encuentra muy frágil (4).

Así, identificar instituciones que trabajan con la inclusión profesional de personas con discapacidad es fundamental, dato que los indicadores nacionales apuntan.

METODOLOGÍA

Para el desarrollo del estudio se realizó un mapeamiento de las instituciones de profesionalización del Municipio de Campinas, a través de consultas en webs públicas, guías telefónicas y servicios de información. Por medio de contacto telefónico con las instituciones mapeadas ocurrió la identificación de las instituciones de profesionalización para personas

con deficiencia y aquellas que las incluyan. Por fin, fueron seleccionadas las instituciones elegibles para la investigación y se hicieron visitas y entrevistas con el responsable de la institución, para la obtención de informaciones sobre las instituciones, las características de los usuarios y los proyectos desarrollados.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Con respecto a las características institucionales fueron identificadas 13 instituciones que realizan actividades de profesionalización, siendo que 2 son específicas para personas con deficiencia y 11 las incluyen en sus programas.

Como resultado de la visita y entrevista fueron encontradas: 7 instituciones gubernamentales (OG), 6 organizaciones no gubernamentales (ONG). Se puede observar un mayor número de instituciones gubernamentales en relación a las de la sociedad civil organizada, pero, su presencia es expresiva en el campo de la profesionalización en Campinas.

Cuanto al tiempo de existencia, la mayoría de las instituciones funcionan hace más de 10 años. Las gubernamentales ligadas a la Secretaría Municipal de Cidadanía, Trabajo, Asistencia y Inclusión Social, en número de 6, son más antiguas y pasan por una reestructuración desde 2005, acompañando las recientes reformas de la política de Asistencia Social brasileña, con la valorización de políticas de trabajo y renta, para la población económicamente menos favorecida. Esto tiene provocado una revisión de las antiguas propuestas de formación profesional que sufrieron por la falta de inversiones por mucho tiempo, para una intervención planeada dirigida a la inserción en el mercado de trabajo en algunas instituciones y generación de renta en otras. Hay apenas una institución gubernamental más reciente, que surgió con la propuesta actualizada y definida para el ingreso en el mercado de trabajo.

Las 6 ONG presentan propuestas dirigidas a la capacitación y preparación general para el ingreso en el mercado de trabajo.

En relación a las características de los usuarios de estas instituciones se observa una presencia de jóvenes en la mayoría de ellas, aunque en aquellas del ámbito de la asistencia social se haya encontrado un número expresivo de adultos, muchos de los cuales sin empleo y sin formación profesional. La escolaridad exigida para los usuarios varía desde analfabetos hasta formación de nivel medio.

En relación a los programas y proyectos de profesionalización desarrollados por las instituciones observase diferentes modalidades ofertadas, como demuestra la tabla I. De los programas y proyectos en el ámbito de la asistencia social se destacan los del área de estética (peluquería, manicure, depilación, maquillaje) y artesanía, que atraen a la población femenina. Los primeros son ofrecidos por todos los Centros, pues poseen una sala específica montada con los respectivos equipamientos y la mayoría de estos cuentan con monitores contratados para la área de estética. Estos programas exigen poca escolaridad y objetivan principalmente a la generación de renta más que a la inserción en el mercado de trabajo.

De las instituciones estudiadas solamente las específicas para las personas con discapacidad presentan propuestas que incluyen proyectos con la familia y la comunidad, teniendo en vista la necesidad de involucrar todos los segmentos sociales, para una mayor conscientización de las posibilidades de esta población.

Tabla I. Programas y Proyectos desarrollados por las Instituciones.

Nombre de la Institución	Programas y Proyectos
SORRI - ONG	Proyecto Capacitación, Empleo, Arte y Ciudadanía y Comunidad Abierta
CIAD - ONG	Inclusión Digital, Grupo con Familia; Asesoramiento a las Empresas; Ocio y Humanización y Banco de Currículums
Centro "Casa de Ação Comunitária" - OG	Artesanía, Ebanistería y Estética.
Centro "Humberto Mascoli" - OG	Estética y Gestión
Centro "José Francisco Homem de Melo" OG	Estética, Culinaria, Electricista, Alfabetización, Artesanía y Costura.
Centro "Dr. João de Souza Coelho" - OG	Estética, Artesanía, Gestión y Informática
Centro Social "Presidente Kennedy" - ONG	Salud, Construcción Civil, Alimentación, Comunicación y Gestión de Servicios
Centro "Tancredo Neves" - OG	Informática, Culinaria, Administración Gestión, Costura, Estética, Artesanía, Prestación de Servicios
CRAS - Espaço Esperanza - OG	Estética y Artesanía.
Assoc. de Assistência Social "São João Vianney" - ONG	Iniciación Profesional para Jóvenes, Mecánica, Informática, Prácticas de Administrativo
Assoc. Projeto Quero-Quero - ONG	Servicios Operacionales en Hostelería
C.E.Profis.Camp. "Pref. Antônio da Costa Santos" - OG	Gestión, Hospitalidad, Informática y Desarrollo Social.
Círculo de Amigos do Menor Patrulheiro de Campinas - ONG	Seguridad – Auxiliar Administrativo

Todas las instituciones proporcionan contenidos en su programación relacionados a la ciudadanía, abordando temas como: derechos y deberes, higiene, cuidados con la salud, como buscar empleo, elaboración del currículum, entre otros, objetivando contribuir para una mejor cualidad de vida de estas personas

En general en las OG, vinculadas a la asistencia social, las instalaciones físicas, materiales y de recursos humanos están perjudicados por la ausencia de inversiones, que dependen para su calificación del desarrollo de la actual política. La OG más reciente presenta una infraestructura y propuesta de profesionalización apropiada a las demandas actuales.

En lo que se refiere a la profesionalización de personas con discapacidad se observó: una pequeña participación de estas en la mayoría de las instituciones, con excepción de las específicas; destacando-se apenas una OG que presenta un número más expresivo y una ONG que buscó aparcería con instituciones de rehabilitación, dada la baja procura de personas con discapacidad.

En el aspecto de la abrangencia territorial 5 instituciones reciben usuarios de fuera de Campinas, siendo estos de municipios que componen la Región Metropolitana de Campinas (RMC); aunque, solo dos fueran concebidas para tener una abrangencia regional. La distribución espacial de las instituciones en el municipio de Campinas muestra que hay una mayor concentración en las regiones más desarrolladas o más próximas del centro. Si consideramos los dos ejes viários que dividen el municipio en dos regiones con características de desarrollo bastante diversas, observaremos la confirmación de la desigualdad existente entre las regiones más adensadas y más pobres de la ciudad, que poseen apenas 2 instituciones y el acúmulo de la mayoría (11 instituciones) en regiones más desarrolladas. Verifícase que cada institución engloba varios barrios dificultando el acceso de la población, en virtud de la carencia de transporte público entre los barrios en el municipio.

En la comunicación con la sociedad observase que de las OG, los Centros no poseen formas institucionales de divulgación. En general ocurre a través de los propios usuarios de los programas (boca-a-boca) y carteles manuales en los mismos locales o en servicios municipales. Se nota una informalidad en el proceso de comunicación. La OG más reciente utiliza várias formas de divulgación como: web, folletos, periódico, rádio, TV, comunicación con empresas y instituciones municipales. Las ONG's específicas y las demás también presentan variadas formas de comunicación. Entretanto, estes procesos comunicacionales no garantizan el conocimiento de las propuestas de profesionalización de las instituciones en la sociedad y no efectivizan la comunicación entre ellas, no se configurando portanto una red de

apoyo social a la profesionalización. Segundo Dowbor (5) la información adecuada y accesible constitui un poderoso racionalizador económico y permite que las dimensiones económica, social y ambiental se crucen. Así la información bien trabajada y los procesos comunicacionales evaluados pueden funcionar fluidamente por las redes sociales, pero en este estudio no se observó tales respuestas.

CONSIDERACIONES FINALES

Se puede notar por los datos del estudio que la inclusión de personas con discapacidad en los programas para la inserción laboral en el mercado de trabajo aún es precaria en el municipio.

Se sabe que el acceso al mercado de trabajo es una de las formas más eficaces de proporcionar condiciones de inclusión a una persona con discapacidad. Así es importante conocer la realidad de las personas con discapacidad a nivel local en lo que se refiere a la profesionalización y al territorio, en el sentido de identificar los recursos que puedan favorecer la inclusión social.

No obstante el estudio apuntó que hay pocas instituciones y aun mal distribuidas en el territorio de modo a reproducir la desigualdad social, cuando por la legislación de las actuales políticas deberían estar distribuidas en los espacios-territorio entendidos como “un lócus que contiene un perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político y social que se encuentre en permanente construcción”(6).

De las 13 instituciones visitadas 2 realizan actividades de profesionalización para las personas con discapacidad, las demás tuvieron alguna experiencia de inclusión. De modo general se averiguó una baja participación de esta población en las instituciones, frente a las demandas que poseen de formación y preparación para el mercado de trabajo.

Esto sugiere la urgencia en la elaboración y implementación de acciones relacionadas a la profesionalización de personas con discapacidad en edad económicamente activa en el municipio.

A través de los resultados obtenidos se puede decir que no existen acciones en red en lo que se refiere a la profesionalización de la persona con discapacidad, sobretodo por la ausencia de un sistema de información integrado.

Es necesario, por lo tanto, ampliar las vías de informaciones para la persona con discapacidad a través de un esfuerzo de las instituciones sociales y la conscientización de la sociedad.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. IBGE [En línea] <<http://www.ibge.gov.br>> [Consulta en: 20 marzo 2006]
- 2- J. Pastore, 2000, “Oportunidades de trabalho para portadores de deficiência”, Ltr, (São Paulo), página 245.
- 3- BRASIL, Ministério da Saúde. Coordenação de Atenção a Grupos Especiais. Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência no Sistema Único de Saúde. Brasília. Secretaria de Assistência à Saúde, 1993.
- 4- M. C. Almeida.; G. W. S. Campos, 2002, “Políticas e Modelos Assistenciais em Saúde e Reabilitação de Pessoas Portadoras de Deficiência no Brasil: Análise e proposições desenvolvidas nas últimas duas décadas”, Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v.11, n.3, p.118-126.
- 5- L. Dowbor, 2004, “Sistema local de informação e cidadania”, In: A. Jr. Lassange; J. Mello, et al (org). Tecnologia Social: uma estratégia para o desenvolvimento. Fundação Banco do Brasil, (Rio de Janeiro), página 135-153.
- 6- C. V. S. Unglert, 1995, Territorialização em sistemas de saúde”, In: E. V. Mendes Distrito Sanitário, Ed. Hucitec Abrasso, (SP – Rio de Janeiro), página 221-235.

- I. Educación en Seguridad Industrial a través de metodologías lúdicas, una experiencia desde Terapia Ocupacional”.

- II. Acosta Andrade Cecilia
Briceño Ayala Leonardo
Monsalve Robayo Angélica María

- III. Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario
Centro de Asesoría y Consultoría en Salud Ocupacional
Bogotá
Cundinamarca
Colombia
Calle 14 No 6- 25
3474570 ext 229
2821522/ 2827276
ceacosta@urosario.edu.co
lbriceno@urosario.edu.co
anmonsal@urosario.edu.co
Fax: 3474570 extensión 286

I. EDUCACIÓN EN SEGURIDAD INDUSTRIAL A TRAVÉS DE METODOLOGÍAS LÚDICAS, UNA EXPERIENCIA DESDE TERAPIA OCUPACIONAL.

II. Acosta Andrade Cecilia
Briceño Ayala Leonardo
Monsalve Robayo Angélica María

III. RESUMEN

La Universidad del Rosario, cuenta con una unidad de servicio especializada denominada **Centro de Asesoría y Consultoría en Salud Ocupacional**, encargado de la **consolidación progresiva de saberes y prácticas relacionados con el campo de la salud de los trabajadores**, que otorga valor a la generación del conocimiento y a la identificación de su utilidad en escenarios laborales.

Uno de sus frentes de acción son **las Administradoras de Riesgos profesionales (ARP) del país**, entidades encargadas de velar por la protección de la población trabajadora. Liberty seguros, es una de estas entidades con la cual se desarrollan actividades desde hace tres años, en alianza estratégica de atención a sus empresas afiliadas.

En el año 2006, se realiza en una empresa del sector petrolero afiliada a esta ARP, un programa de capacitación liderado y diseñado por dos Terapeutas Ocupacionales y un Medico.

Este programa retoma la teoría de Max Neef, planteando la **importancia del OCIO dentro de las necesidades y satisfactores del ser humano como elemento integrador**, que permite el desarrollo de roles, en los diferentes estadios de la vida.

Teniendo el gran reto de la educación a través de diversas metodologías, en conjunto con la ARP y la Organización, el programa se basa en el juego y el entretenimiento, donde el trabajador además de **aprender** los requerimientos técnicos exigidos para la prevención de posibles accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, tuviese la oportunidad de tener en su jornada laboral, un **espacio de ocio** permitiéndole estimular el interés por su trabajo.

El programa se desarrollo durante seis meses, con la participación de aproximadamente 419 funcionarios, con un rango de edad entre 30 y 60 años. En un 97% población masculina, nivel educativo medio y medio bajo y nivel socio económico medio.

Logros: Capacitación masiva, interés de los trabajadores, efectividad del juego para el aprendizaje en población adulta y en la utilización de tiempos de capacitación.

IV. DESARROLLO DEL TRABAJO

- Introducción

El ser humano se concentra y sustenta en la satisfacción de las necesidades fundamentales.

La mayor parte de estas necesidades según la teoría del economista Manfred Max Neef (1986) (1) son comunes a toda la especie humana, a todas las culturas, épocas y grupos, categorizadas de la siguiente manera: necesidad de permanencia o subsistencia, de protección, de afecto o amor, de entendimiento, de participación, de ocio, de creación, de identidad y de libertad.

Estas necesidades se complementan paralelamente con la necesidad de ser, tener, hacer y estar.

Entre los postulados básicos del desarrollo a escala humana es necesario destacar aquellos que plantean que el desarrollo tiene que ver con las personas y, no sólo con los objetos, y por lo tanto el propósito esencial de todo estilo de desarrollo será el de procurar la adecuada satisfacción de dichas necesidades.

El trabajo que la Universidad del Rosario desarrolla con los trabajadores se enfoca en la satisfacción de las necesidades de entendimiento y ocio.

Los satisfactores que desde la teoría de Max Neef se buscaron en el desarrollo de las anteriores necesidades fueron:

Necesidad	Ser	Tener	Hacer	Estar
Ocio	Curiosidad Receptividad Despreocupación Humor Tranquilidad	Juego Espectáculos Fiestas Calma	Divagar Abstraerse Evocar Relajarse Divertirse Jugar	Privacidad Espacios de encuentro Tiempo libre Ambientes
Entendimiento	Conciencia Crítica Receptividad Curiosidad Asombro Disciplina Intuición Racionalidad	Maestros Métodos Políticas educativas y comunicativas	Investigar Estudiar Experimentar Educar Analizar Meditar Interpretar	Ámbitos de interacción formativa

Se define ocio como el conjunto de ocupaciones a las que el individuo puede entregarse con pleno consentimiento, ya sea para descansar o para convertirse, o para desarrollar su formación desinteresada, su voluntaria participación social o su libre capacidad creadora.(2)

El entendimiento se traduce en el aprendizaje que adquiere la persona considerando determinantes intrínsecos y del ambiente que influyen en la estructuración de un mundo externo acorde a las habilidades y posibilidades de participación. (3)

El juego como proceso ocupacional se presenta en todas las etapas del ciclo vital como comportamientos caracterizados por la diversión que implican repetición de experiencias, exploración, experimentación e imitación. (4) Una de las estrategias utilizadas para hacer tangible este proceso es la dinámica, definida como la reunión de personas en torno a un tema en la cual se interactúa identificando logros comunes.

- **Objetivos**

- Desarrollar destrezas sensorio-motoras
- Estimular habilidades cognitivas como la atención, concentración, memoria, recordación, abstracción, cálculo y razonamiento.
- Reforzar la capacidad de toma de decisiones.
- Fomentar el uso de habilidades sociales y comunicativas.
- Generar espacios de diversión.
- Fortalecer la tolerancia en las relaciones con pares.
- Facilitar procesos de aprendizaje lúdico

- **Materiales**

Los juegos y dinámicas se desarrollaron haciendo uso de los siguientes recursos:

Máquinas	Grabadora
Equipos	Vídeo beam
Herramientas	Bisturí, Segueta, Pito
Materiales	Fotografías reales, Cartón, Papel, Música, Pingpones, Agua, Grabadora, Polipropileno, Juegos (rana, basketball, bolos, golf, beisball), Billetes didácticos, Cauchoespuma, Pegante

- **Metodología**

La metodología utilizada tuvo como principios básicos la participación y dominio de destrezas físicas y sociales para la comprensión y uso de aprendizajes significativos que pudieran ser transferidos en el rol laboral.

Por tanto se utilizaron principios conceptuales de Sara Smilansky (5) para la ejecución de dinámicas lúdicas basadas en el juego funcional que incluye habilidades verbales simples, del

juego constructivo orientado a la realidad, del juego dramático en donde se imita el lenguaje y los gestos reales de otros en una situación imaginaria, los juegos de reglas y el juego de roles que favorecen los estilos de comunicación, cooperación, competencia, diversión, coordinación, observación y agilidad mental.

Por otro lado se implementaron diferentes juegos de mesa que en un contexto físico denominado aula bus se ejecutaron utilizando conceptos básicos del juego como los propuestos por Piaget (5) quien enuncia la importancia de los juegos prácticos, simbólicos, de reglas y de construcción a fin de generar diversión y complejidad cognitiva en el desempeño de las actividades.

- Resultados y Conclusiones

Los resultados se presentan a través de una tabla que explica el número de temporadas en los que se implementó el programa de capacitación, el periodo en que se llevó a cabo, el número de trabajadores capacitados y los temas generales abordados durante el desarrollo del programa.

Temporada	Periodo de capacitación	Número de trabajadores capacitados	Tema de Capacitación
1	Abril 25- Mayo 06/2006	477	Capacitación sobre situaciones que pueden causar lesiones al colaborador en su sitio de trabajo
2	Mayo 09- Mayo 19/2006	381	
3	Junio 06-Junio 17/2006	520	Capacitación sobre operaciones de alto riesgo dentro del proceso laboral, que pueden causar lesiones al trabajador.
4	Julio 13- Julio 22/2006	398	
5	Agosto 08- Agosto 19/2006	352	Capacitación acerca de procedimientos adecuados que no pueden faltar en la

6	Septiembre 06- Septiembre 18/2006	391	ejecución de las labores para prevenir accidentes de trabajo
---	--------------------------------------	-----	--

Finalmente se evidenciaron logros tales como el interés de los trabajadores por vincularse en actividades diferentes a las propuestas regularmente para procesos de capacitación, efectividad del juego para el aprendizaje en población adulta y en la utilización de tiempos de capacitación que garantizaron la asimilación de conceptos y aplicación de contenidos desarrollados a partir de las temáticas.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) MAX-NEEF, M, ELIZALDE, A, HOPENHAYN, M. Desarrollo a Escala Humana, una opción para le futuro. CEPAUR. Fundación Dag Hammarskjold. 1997
- (2) JONES, Derek, B.A. Sociology and occupational therapy: an integrated approach. Churchill Livingstone. 1998
- (3) CHARLES, Christiansen. Occupational therapy: overcoming human performance deficits. Thorofare NJ : Slock, 1991
- (4) PUNWAR, Alice J. Occupational therapy: principles and practice. Lippincot Williams & Wilkins. 2000
- (5) HOPKINS, H, SMITH, H. Terapia Ocupacional. Editorial Panamericana. Octava Edición. 2001

VII. AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a la Universidad del Rosario, nuestra alma mater en la formación como Terapeutas Ocupacionales y actualmente escenario laboral en el cual bajo el lema “ir adelante en el tiempo” aporta a nuestro desarrollo personal y profesional.

A la Administradora de Riesgos Profesionales Liberty Seguros, por creer y confiar en la Universidad del Rosario a través del Centro de Asesoría y Consultoría en Salud Ocupacional, otorgándonos la posibilidad de brindar una mejor condición de vida a los trabajadores de nuestro país.

CECILIA ACOSTA ANDRADE

Terapeuta Ocupacional

LEONARDO BRICEÑO

Médico

ANGÉLICA MONSALVE ROBAYO

Terapeuta Ocupacional

EL TERAPISTA OCUPACIONAL COMO MAESTRO DE GRUPO EN EDUCACIÓN ESPECIAL.

Campisi María Alejandra, Fernández Sandra, Nuñez Claudia.

Escuela Especial Asociación Manuel Belgrano – DIPREGEP N° 661.

Mar del Plata. Provincia de Buenos Aires. Argentina.

Dirección postal: Saavedra 2980

Teléfono/ fax: 0223 – 472-0031 interno 31

EL TERAPISTA OCUPACIONAL COMO MAESTRO DE GRUPO EN EDUCACIÓN ESPECIAL.

Campisi M. Alejandra, Fernández Sandra, Núñez Claudia.

El distrito de General Pueyrredón es uno de los distritos que cuenta con la mayor cantidad de servicios educativos especiales de la provincia de Buenos Aires, cubriendo todas las necesidades educativas especiales (NEE).

NEE son aquellas experimentadas por personas que requieren ayudas o recursos que no están disponibles habitualmente en el contexto educativo.

A su vez, en los últimos años, a partir de los cambios en el concepto de discapacidad y en especial de retraso mental, deviene un cambio en la estructura curricular de la rama. Surge lo que actualmente se conoce como el cambio de paradigma.

En este contexto, la figura del terapeuta ocupacional (TO) manifiesta un quehacer particular, un enfoque que le es propio, por lo que se hace necesario una nueva valorización del rol profesional.

Es por esto que el objetivo del presente trabajo es reflejar, a partir del análisis de la práctica diaria en una escuela especial, los aspectos más significativos del rol del TO a cargo de los módulos del área laboral.

Este rol se destaca por presentar diferentes dimensiones:

- Trabajar dentro de una dinámica institucional particular, como lo es la escuela de educación especial y todo lo que ello implica.
- Educar a niños y adolescentes con NEE, así como la orientar y acompañar a las familias durante el proceso de formación laboral. Dicho proceso consiste en promover una educación tecnológica direccionalizada tanto en sus aspectos conceptuales como instrumentales, necesarios para el desarrollo de competencias y habilidades que le permitan al alumno acceder a la formación profesional y a la futura integración laboral. Para que la educación tecnológica fomente saberes instrumentales debe valerse de la actividad polivalente, y es la actividad el principal instrumento de valoración del TO.
- Integrar equipos transdisciplinarios, el TO por su formación puede aportar al equipo una visión particular acerca del alumno, del proceso de aprendizaje, de los apoyos y adaptaciones curriculares necesarias.

Si la educación tecnológica promueve la utilización de la actividad como recurso formativo y el TO es el profesional que desarrolla su quehacer basado en la actividad y esto es lo que lo diferencia, en gran medida, del resto de los profesionales de la educación, por qué no pensar que es un profesional que responde eficientemente al perfil del docente del área laboral.

Palabras claves: educación especial – trayectos pre profesionales – rol del terapeuta ocupacional - docencia

EL TERAPISTA OCUPACIONAL COMO MAESTRO DE GRUPO EN EDUCACIÓN ESPECIAL.

Campisi María Alejandra, Fernández Sandra, Núñez Claudia.

En educación especial, desde hace algunos años, se refleja la necesidad de un cambio en la concepción del alumno con discapacidad mental. Se ha pasado del modelo centrado en aspectos médicos y psicométricos al centrado en aspectos educativos y curriculares, que brindan una respuesta educativa constructiva.

Uno de los cambios conceptuales, es el de retardo mental, se llegó así a una definición más funcional en la que el centro de la escena es la persona y los contextos (familiar, educativo y social) con los cuales se encuentra en permanente interjuego y comunicación.

Esta nueva concepción intenta operacionalizar la multidimensionalidad del retardo mental, a su vez, permite diagnosticar, clasificar y planificar los apoyos necesarios. La nueva definición de retardo mental reconocida por la comunidad científica, es la que propone la Asociación Americana de Retardo Mental (AAMR)¹:

“El retraso mental hace referencia a **limitaciones sustanciales en el desenvolvimiento corriente**. Se caracteriza por un **funcionamiento intelectual inferior a la media** que tiene lugar **junto a limitaciones asociadas en dos o más de las siguientes áreas de habilidades adaptativas posibles**: comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autogobierno, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio y trabajo. El retraso mental **se manifiesta antes de los dieciocho años.**”(AAMR)

No existe alumno especial sino alumno con necesidades educativas especiales (NEE), en este contexto se identifican no sólo sus limitaciones, sino sus capacidades en las habilidades adaptativas, desde aquí se focaliza la función de la escuela.

La educación especial no solo centra su atención en el área pedagógica, sino también en la educación tecnológica. La misma se encuentra organizada en Trayectos Pre Profesionales (TPP) que se desarrollan en una serie de módulos: módulo de iniciación, módulos de capacidades básicas y de capacidades básicas orientadas a las familias de profesiones.

En la escuela especial, el Terapeuta Ocupacional (TO) puede desempeñar dos roles: maestro de TPP y Terapeuta Ocupacional propiamente dicho.

Como docente, la figura del TO manifiesta un quehacer particular y un enfoque que le es propio, por ello el objetivo del presente trabajo es analizar, a partir de la reflexión sobre práctica diaria en una escuela especial, los aspectos más significativos del rol del TO como

¹ Circular Técnica General Nº 5 /03. Dirección de Educación Especial. Dirección General de Cultura y Educación. Provincia de Buenos Aires, Argentina.

maestro de TPP y contribuir a la valorización de este rol profesional, que requiere de una formación específica.

La Circular Técnica General N° 3/03, delimita los roles de maestro de TPP y de cada miembro del equipo transdisciplinario, con el fin de, a partir de un trabajo conjunto, brindar a los alumnos con NEE, una educación integradora que promueva las condiciones de empleabilidad para la futura inserción laboral.

Son cuatro los contextos educativos en que se desempeña el rol docente:

Contexto del alumno:

- Orienta el proceso de formación laboral de los alumnos.
- Participa en la admisión, seguimiento, promoción por los módulos, egreso y derivación.
- Evalúa para establecer las NEE de cada alumno, y a partir de los resultados obtenidos diseña las estrategias y modos de intervención adecuados para favorecer el proceso de aprendizaje en los TPP, selecciona los apoyos y ayudas acordes a las NEE de cada alumno, elabora adaptaciones curriculares institucionales, áulicas e individuales.
- Participa en la elaboración de los diferentes proyectos institucionales y de los planes individuales.
- Genera acciones de integración laboral.

Contexto educativo:

- Analiza y toma decisiones relacionadas con los diferentes contextos, junto al equipo transdisciplinario.

Contexto familiar:

- Informa y orienta acerca del proceso de enseñanza y aprendizaje integrando a las familias a la dinámica escolar.
- Orienta acerca de las posibilidades laborales del alumno (cursos en centros de formación profesional, pasantías, entre otras).

Contexto socio-comunitario:

- Difunde la tarea escolar, en relación a lo laboral, favoreciendo la integración de los alumnos con NNE.

Los TPP implican, desde el módulo de iniciación, el acercamiento del alumno al desempeño de variadas actividades y técnicas operativas.

A medida que el alumno avanza por el TPP se requieren de hábitos más específicos y maduros, las actividades se complejizan y orientan hacia una familia de profesiones.

Este conjunto de habilidades y actividades que el alumno desempeña a lo largo de los TPP no son otras que las AVD, trabajo / escuela (actividades escolares académicas, pre laborales y laborales) y juego. Entendidas como “las tareas que capacitan para el desempeño de roles”²

El TO, a lo largo de su formación logra un entrenamiento especial en la evaluación de actividades, análisis del desempeño ocupacional de las personas y diseño de apoyos que enriquecen la enseñanza y facilitan el proceso de aprendizaje de alumnos con NEE, con el propósito de favorecer la capacidad creadora, las competencias y habilidades y la formación de actitudes y valores. Estas situaciones son planteadas como actividades que posibilitan a los alumnos el alcance de las capacidades propuestas a partir de un aprender haciendo, en situación real de trabajo.

El TO gradúa las actividades de manera tal de lograr un equilibrio entre las capacidades de los alumnos y el desafío que propone la tarea, de este modo intenta evitar la frustración y el sentimiento de no competencia y promueve el aprendizaje y la satisfacción por los resultados del esfuerzo, siendo esto una fuente invaluable de motivación para realizar nuevas tareas con más alto nivel de desafío. De este modo los alumnos aprenden actividades cada más complejas y específicas.

Para ejemplificar se presenta una experiencia de trabajo en el grupo de adaptación laboral.

El grupo se caracteriza por la heterogeneidad en cuanto a las capacidades de los alumnos, quienes requieren de diferentes grados de supervisión del docente.

El T.O. docente de grupo orienta el proceso de enseñanza utilizando diversas estrategias: demostración de las técnicas, refuerzo verbal, el aprendizaje por descubrimiento, ensayo, reconocimiento de errores, corrección y práctica.

Uno de los proyectos es la elaboración de escarapelas (prendedores de porcelana fría) el que incluye una serie de pasos a cumplir desde la preparación de los materiales y del lugar de trabajo hasta la terminación del producto para la venta.

Los pasos son graduados según las capacidades de cada alumno, y a su vez se brindan asistencias y apoyos necesarios.

En esta instancia el alumno no sólo aprende una técnica, sino que se le ofrece la oportunidad de apropiarse de algunos aspectos de la cultura del trabajo; tal es caso de los hábitos laborales, que incluyen aceptar la supervisión del maestro y/o de un par en el desempeño del trabajo, asumir responsabilidades, desempeñarse con gestos profesionales, respetar las normas de seguridad e higiene, valorar y respetar su producción y la de los demás.

² Hopkins H. y Smith H. 1998. “WILLARD/SPACKMAN. Terapia Ocupacional”. Editorial Médica Panamericana. (España) p.192

En la escuela especial, el TO se integra a una institución que no solo requiere de conocimientos especializados, sino también de la adaptación a una dinámica diaria particular, que no siempre es fácil. Que incluye desde las reuniones de padres, las entrevistas con las familias hasta la participación en los actos escolares, con todo lo que ello implica (las palabras alusivas, decoración, organizar los abanderados entre otros).

Si la educación tecnológica promueve la utilización de la actividad como recurso formativo y el TO es el profesional que desarrolla su quehacer basado en la actividad y esto es lo que lo diferencia, en gran medida, del resto de los profesionales de la educación, por qué no pensar que es un profesional que responde eficientemente al perfil del docente del área laboral.

Bibliografía.

- 📖 Anexo 1 – 6249. Trayecto Pre Profesional para alumnos con necesidades educativas especiales. Expediente N° 5801 – 3.279.530 /03. Buenos Aires.
- 📖 Circular Técnica General N° 5 /03. Dirección de Educación Especial. Dirección General de Cultura y Educación. Provincia de Buenos Aires, Argentina.
- 📖 Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Navarra. Terapia Ocupacional en Educación. Pamplona, España. Enero 2006.
- 📖 Disposición N° 15 / 03. Anexo 1: Fundamentación, roles de los integrantes del equipo transdisciplinario en el marco del nuevo paradigma de la educación especial. Anexo 2: Roles de los integrantes del equipo transdisciplinario. Poder ejecutivo, Provincia de Buenos Aires.
- 📖 Hopkins H. y Smith H. 1998. “WILLARD/SPACKMAN. Terapia Ocupacional”. Editorial Médica Panamericana. (España)
- 📖 Ministerio de Educación. Programa Nacional de Gestión Curricular y Capacitación – Proyecto Diseño y Desarrollo Curricular Regímenes Especiales – Educación especial. Documento: Capacitación Laboral. Primer Encuentro Federal de Educación especial y Escuela Inclusiva. Buenos Aires, noviembre – 2000.
- 📖 Romero Ayuso D. 2003. “Terapia Ocupacional. Teoría y técnicas” Editorial MASSON (España)

Ergonomía de Trabajo en Laderas

Informe Final

Evaluación de Condiciones de Trabajo

Presentación:

El advenimiento de nuevas técnicas de cultivo de paltas en ladera de cerro con el sistema de camellones ha determinado un nivel de exigencias diferente para un grupo de trabajadores, los cuales se enfrentan en la actualidad a condiciones físicas del terreno que han motivado la preocupación por tratarse de riesgos en que las variables estado físico, resistencia al esfuerzo y ambiente térmico son de primera importancia. Se orienta entonces el presente trabajo hacia la determinación de esas condiciones, basándose en el objetivo de conocer qué niveles de rendimiento fisiológico trae aparejada la faena en cerros del predio, cuáles son los grados de exigencia física inherentes al trabajo, y aspectos relacionados como nutrición, hidratación, índices de masa y grasa corporal, entre otros.

En nuestro país no existe mucha experiencia al respecto. Quizás si el conocimiento más cercano sean los trabajos de Apud et al., resumidos en su "*Ergonomía en el Combate de Incendios Forestales*" (2002), que de alguna manera abarca el trabajo en terrenos difíciles, laderas, y bajo condiciones ambientales de mucho calor. A partir de la extrapolación de este trabajo es que nos atrevemos a sugerir algunas de las medidas incluidas en la sección "Sugerencias".

En resumen, se plantea el presente trabajo basados en la hipótesis de que un paso indispensable para mejorar la seguridad en ese terreno lo constituye el control sobre las variables de desempeño físico de sus trabajadores.

Antecedentes

El Trabajo

Descripción:

La empresa posee una superficie de 48Has de terreno de cultivo en laderas de cerro, las cuales se encuentran dedicadas al desarrollo de palta Hass. Los cultivos se desarrollan en su totalidad en base al sistema de "camellones", que consisten en solevantamientos verticales en sentido de la pendiente del terreno en el cual se ubican 555 plantas por Ha. La plantación posee un sistema de riego tecnificado por goteo, el cual provee el agua necesaria. El área de paltos no se encuentra aún en producción.

En este momento las tareas realizadas en ladera de cerro consisten en revisión de riego, y aplicación de abonos y herbicidas.

Terreno:

El área donde se encuentra el predio corresponde a la ladera occidental en una cierta proporción a cerro de baja altura, con pendientes que van desde 30 a 60%. El área de cultivo se ha organizado en base a cuarteles, los cuales tienen sistemas de riego y supervisión independientes.

El clima:

En el área están presentes las estaciones del año, y es en verano en que se efectúan la mayor parte de los trabajos (de Noviembre a Marzo). Corresponden a la estación días de sol con temperaturas máximas de 34°C, ocasionalmente con presencia de vientos que mejoran la sensación térmica. En general, las precipitaciones se concentran entre los meses de marzo y septiembre de cada año, lo que determina que en verano el terreno permanezca seco y costoso, lo que incide negativamente en el desempeño de los trabajadores, incrementando el riesgo de caídas.

Los Trabajadores

Grupos de trabajo:

En la actualidad las labores de riego concentran la mayor parte de las actividades en cerro, y para ello la empresa ha dispuesto de dos grupos de 8 trabajadores cada uno, los cuales recorren a diario las diversas áreas de cultivo. Además, normalmente existe otro pequeño grupo de personas que se dedican a las otras labores, tales como aplicación de abonos.

Características:

En general se trata de personas jóvenes, que efectúan trabajo de temporada por uno o dos meses; existen también trabajadores permanentes.

La empresa ha contratado a dos empresas contratistas para el desarrollo de estas y otras tareas, por lo que un número determinado de trabajadores habituales no pertenece a la Agrícola.

Formación para el trabajo:

No existen en este momento programas de capacitación específica para las labores que se ejecutan. Los conocimientos necesarios para el trabajo son entregados en forma verbal y en terreno por los propios supervisores o jefes de cuadrilla.

En forma periódica los trabajadores reciben capacitación en prevención de riesgos.

Turnos, rotaciones y pausas:

La revisión de riego se efectúa diariamente en jornadas que van desde las 8:30h hasta las 17:00h, con una hora de colación al mediodía. A pesar de que no existen pausas programadas, estas se dan con 10 minutos en el paso entre los 13 cuarteles que componen el predio. No se pesquisarón planes de rotación de funciones.

Carga de trabajo:

Durante una jornada normal, ambos grupos deben cubrir las 48Has de terreno cultivado, lo que arroja 6,4Has por hora efectiva de trabajo, 0,4Ha o 222 plantas por trabajador/hora.

Equipo para el trabajo:

La empresa adquirió en Octubre pasado 10 pares de zapatos de seguridad marca Verlan, sin protección de punta, los cuales son usados en faenas de cerro con muy buen resultado. No se dispone en este momento de otros implementos que podrían ser necesarios para el desarrollo seguro de las faenas, como gorros con visera redonda, camisetas de manga larga, pantalones de género liviano, guantes, y lentes de seguridad.

Hidratación y alimentación:

La empresa dispone de bidones de para agua potable de 40 o 50lts., uno de los cuales se ubica en una caseta en el cerro, lugar en que se deja cuando se llena de agua fresca. Los trabajadores suben con botellas de agua de 1 o 1,5lts. en la mañana, y normalmente no recargan la provisión debido a que el bidón no siempre se encuentra al alcance de la mano.

En cuanto a la alimentación, cada trabajador debe traer el alimento de su hogar a diario, el que consumen al mediodía. Este consiste generalmente en cazuela, tallarines, arroz, con algún tipo de carne o pollo y algo de ensalada. Rara vez la fruta está incluida en la dieta.

A pesar de que la empresa ha dispuesto de 5 comedores portátiles, ninguno de ellos está en uso en este momento por hallarse fuera de los sitios donde pueden ser requeridos.

Evaluación Ergonómica

Objetivos del Trabajo de Evaluación:

1. evaluar las características ergonómicas de desempeño de las labores realizadas en ladera de cerro.
2. conocer las características antropométricas y determinar variables fisiológicas de los trabajadores.
3. determinar esquemas organizativos con respecto al desarrollo de faenas en laderas.

4. formular criterios de selección y evaluación de personal de acuerdo a requerimientos ergonómicos de desempeño.

Resultados

Antropometría y medición de composición corporal.

Como parte del proceso de evaluación ergonómica se propone efectuar mediciones de parámetros físicos y de composición corporal, con la finalidad de asociar sus resultados a los rendimientos que luego se medirán. Esta consistió en determinación de estatura, peso, edad, y espesor de pliegues corporales. La evaluación se aplicó a 14 trabajadores, y los resultados se aprecian en la siguiente tabla:

Tabla 1: Resultados de evaluación de Composición Corporal y Antropometría.

	X	Min	máx
Edad	26,1	16	48
Peso	67,9	50	108,5
Estatura	1,68	1,59	1,75
%MG	19,00	10,54	29,34
Kg MG	13,62	5,56	30,69
Kg MLG	54,30	42,77	77,8
IMC	23,99	18,65	35,40

%MG: porcentaje de masa grasa

%MLG : masa libre de grasa

IMC : indice masa corporal

Todos los trabajadores evaluados pertenecían al grupo de "revisadores de riego" y asistieron a la sesión en la misma jornada.

En el análisis de estos datos, podemos apuntar que se trata de un grupo de hombres jóvenes en su mayoría, con peso y estatura dentro de rangos normales. En cuanto al Índice de Masa Grasa, este fluctúa entre la obesidad (29,34%) y la delgadez (10,54%). Sin embargo el promedio se sitúa algo por sobre lo esperado en faenas de cerro, entre 10 y 15%. El Índice de Masa Corporal, en tanto, fluctúa entre la normalidad y la obesidad mórbida en varones; sin embargo su promedio se ubica en rango normal.

Metodología utilizada:

Para la determinación de la composición corporal, se usó un calliper Holtain (recomendado por el Programa Biológico Internacional), con el cual se midieron pliegues de acuerdo a la técnica de Durning-Wormersley (1974). Los pliegues considerados son:

- bicipital
- tricpital

- subescapular
- suprailíaco

En relación a peso y estatura, se usó una balanza clínica con alturómetro, proporcionada por el policlínico Achs.

Carga Cardiovascular

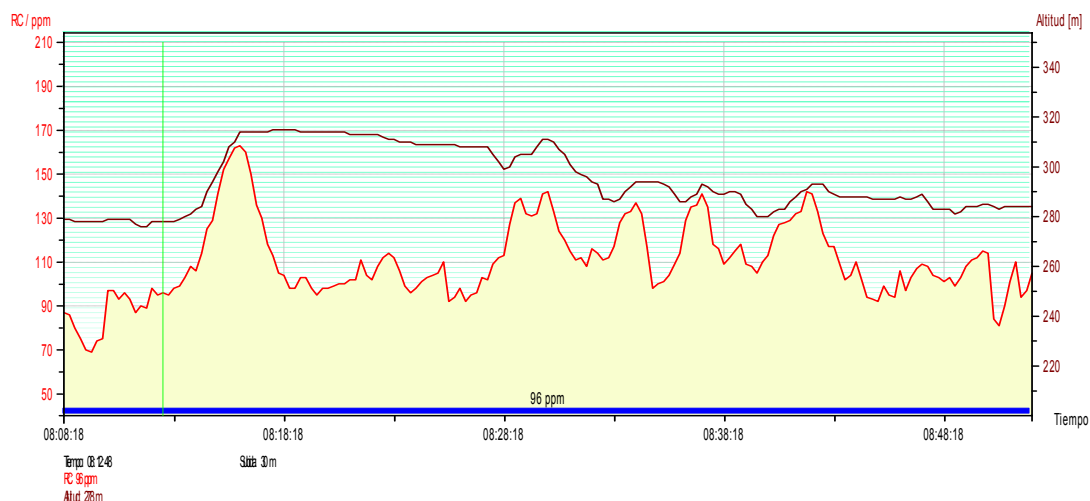
A pesar de que el método de mayor confiabilidad para medir el nivel de gasto de energía de una tarea es la determinación del Consumo de Oxígeno, existen algunos métodos indirectos que pueden arrojar alguna información de utilidad a la hora de conocer la carga física de un trabajo. Entre estos aparece la medición de la Carga Cardiovascular, la que tiene la ventaja de no ser invasiva y ofrecer un parámetro objetivo del grado de demanda energética, dependiendo de las condiciones propias de la labor.

Para conocer este valor individual, se adquirió un equipo monitor cardíaco Polar S710, el cual registra durante la jornada la frecuencia cardíaca, la altitud y la temperatura ambiental. Con estos datos, recogidos cada 15 segundos, se elabora un gráfico, el que muestra los desplazamientos del trabajador en su trabajo y la respuesta cardíaca al esfuerzo que le demanda.

Se tomaron muestras en terreno de alrededor de 4 horas de labor en 3 trabajadores, los que fueron escogidos de acuerdo a sus resultados en la etapa anterior, y que a nuestro juicio pueden representar la población en cuestión.

En esta etapa es necesario consignar qué es lo que oficialmente se entiende como trabajo pesado, de acuerdo a la Comisión Ergonómica Nacional: "Trabajo pesado es todo aquel que en el promedio de una jornada normal supere el 40% de carga cardiovascular o el 40% de la capacidad aeróbica del trabajador". Esta normativa refleja el momento en que una labor comienza a producir fatiga física, al verse sobrepasados los límites de reposición fisiológica, y que por lo tanto genera un cierto grado de desgaste en el individuo. Nosotros utilizaremos este límite como un valor referencial, sobre todo al calcular los tiempos de recuperación y descanso o pausas durante la jornada.

Fig. 1: Gráfico de FC y Altitud durante trabajo en laderas.



En la Fig.1 se aprecia la curva de frecuencia cardiaca en rojo y la de altitud en negro.

Caso 1

Juan López Alvear,

18 años, 1,64m de altura, 51k de peso

IMG : 10,82

IMC : 19,11

FC	Base		71
(ppm)	Máx		150
	Promedio		100

Altitud	Base		389
(mns)	Máx		461
	promedio		431

T°	Promedio		34°
(°C)			

Carga Cardiovascular:

$$CC = \frac{FC \text{ trabajo} - FC \text{ reposo}}{FC \text{ máx} - FC \text{ reposo}} \times 100 \quad (FC \text{ máx} = 220 - \text{edad})$$

$$CC = \frac{100 - 71}{202 - 71} \times 100$$

$$CC = 22,1\%$$

Comentario

Con respecto a los datos obtenidos, es posible apuntar de que se trata de un trabajador joven con excelentes índices de masa grasa y corporal y la labor que efectúa le representa un %CC adecuado.

En cuanto a las curvas de FC obtenidas, es notable el aumento del ritmo cardiaco al subir por laderas. Por ejemplo, al enfrentar un ascenso de 19m de altitud (aprox. 30m lineales), en 1,5min, su FC subió 51 ppm, considerando una temperatura de 34° C.

(ver curva de Juan López en Anexo 1)

Caso 2

Rodrigo Rodríguez R.,

23 años, 1,75m de altura, 109k de peso

IMG : 28,28

IMC : 35,42

FC	Base		67
(ppm)	Máx		163
	promedio		96

Altitud	Base		260
(mns)	Máx		315
	promedio		296

T°	Promedio		27°
(°C)			

Carga Cardiovascular:

$$CC = \frac{FC \text{ trabajo} - FC \text{ reposo}}{FC \text{ máx} - FC \text{ reposo}} \times 100$$

$$(FC \text{ máx} = 220 - \text{edad})$$

$$CC = \frac{96 - 67}{197 - 67} \times 100$$

$$CC = 22,3\%$$

Comentario

En el caso de este trabajador, cuyos índices corporales lo sitúan en el rango de la obesidad, el porcentaje de carga de su sistema cardiaco no representa riesgo al menos en este aspecto, si bien presenta con frecuencia FC cercanas al 70% de su máximo tolerable y estar trabajando con una temperatura bastante menor.

En cuanto a las curvas de FC obtenidas, es notable el aumento del ritmo cardiaco al subir por laderas. Por ejemplo, al enfrentar un ascenso de 36m de altitud (aprox. 58m lineales), en 3m15s, su FC subió 65 ppm, considerando una temperatura de 27° C.

(ver curva de Rodrigo Rodríguez en Anexo 2)

Caso 3

Richard Aguirre Ubeda,

17 años, 1,64m de altura, 68k de peso

IMG : 18,6

IMC : 25,6

FC	Base		57
(ppm)	Máx		177
	Promedio		96

Altitud	Base		230
(mnsn)	Máx		418
	Promedio		365

T°	Promedio		30°
(°C)			

Carga Cardiovascular:

$$CC = \frac{FC \text{ trabajo} - FC \text{ reposo}}{FC \text{ máx} - FC \text{ reposo}} \times 100$$

$$(FC \text{ máx} = 220 - \text{edad})$$

$$CC = \frac{96 - 57}{203 - 57} \times 100$$

$$CC = 26,7\%$$

Comentario

Este trabajador cuenta con índices apropiados de masa, y con un nivel de rendimiento físico superior, que le permite enfrentar un ascenso de 29m de altitud (aprox. 46m lineales), en 1,5min, con un aumento de FC de 88 ppm, considerando una temperatura de 30° C. Sin embargo, al igual que en los casos anteriores, alcanza niveles de FC de 80% con alguna frecuencia en los momentos de esfuerzo.

(ver curva de Richard Aguirre en Anexo 3)

Conclusiones

Al generar las conclusiones del estudio es importante mencionar que dicha información se refiere sólo a una muestra del grupo total de trabajadores que participa de esa faena, muestra que creímos representa tanto al tipo de trabajador de ladera como a las características del trabajo mismo.

Desde el punto de vista de los parámetros fisiológicos del trabajo, encontramos que en general no es posible calificar la carga cardiovascular como alta, debido a que los promedios de FC de la jornada no superan el 30%, lo que la sitúa en un rango de normalidad. No queda clara con los métodos utilizados, la relación entre rendimientos individuales y CC, por lo que en los tres casos se asume igual rendimiento en cuanto a plantas por hora.

Sin embargo es evidente, eso sí, en el análisis de las curvas, la gran cantidad de veces en que las FC alcanzan los 70 u 80% de sus valores máximos tolerables, casi siempre relacionadas con la ascensión por laderas de 50% o más de pendiente. Si este hecho no se refleja directamente en el cálculo de la carga cardiovascular puede deberse al entrenamiento de los trabajadores, que necesariamente baja la FC basal o de reposo, y amortigua el impacto del ejercicio fuerte en el ritmo cardíaco. En todo caso, y basados en Christensen (1957), podemos decir que los rangos de FC observados fluctúan entre "moderada carga" a "muy alta carga".

Con respecto al ambiente térmico, se pueden notar grandes diferencias entre el calor en un día nublado (como en las mañanas), y el de uno soleado. Si bien en esta oportunidad no se contó con equipos de medición de ambientes térmicos, con termómetros de bulbo seco y húmedo, la información promedio entregada por el equipo Polar puede ser de gran validez. Durante una tarde de verano, sin viento y trabajando en una ladera poniente, se alcanzó un registro de 37° C. Es sabida la relación que existe entre gasto energético y calor ambiental, la que se ve aumentada por variables como mala hidratación, uso de ropa de trabajo no adecuada, y exposición a ejercicio físico intenso, como ya se ha mencionado. En estas circunstancias es posible encontrar en los trabajadores temperaturas centrales de 38 a 39° C, debido a la gran dificultad en disipar calor que conlleva la faena.

En cuanto a las variables asociadas a nutrición y balance energético, en general se pudo apreciar que existe cierta preocupación en los trabajadores por alimentarse

lo mejor que pueden, dando énfasis en su dieta a proteínas e hidratos de carbono por sobre frutas y verduras. Todos llevan alimentos para su colación, consistentes las más de las veces en cazuela, arroz o tallarines, con algún agregado de carne o pollo. La comida principal del día es la onces, que también reemplaza la cena. En general fue posible apreciar que la mayoría de los trabajadores evaluados se mantiene en un buen nivel de nutrición, salvo unos pocos que se notan enflaquecidos u obesos. Para hacer una analogía con los brigadistas forestales, quienes comparten algunos elementos del trabajo con los trabajadores de ladera, podemos decir que el nivel de consumo de calorías por día recomendado es de 3.500Kcal. En nuestro caso el consumo diario debe ser algo inferior, debido a que en esta no se emplean herramientas de mano, como el rozón o el pulasky.

Los aspectos relativos a la hidratación durante la jornada son de gran importancia, como ya lo hemos apuntado. De acuerdo a la información recibida, los trabajadores no consumen más de 1 a 1,5l de agua pura al día, que ellos mismos portan usualmente. Esto se traduce en deshidratación al término de la jornada, la que suplen bebiendo grandes cantidades de agua al volver del cerro, esto sin contar la importante pérdida de electrolitos. En esto tiene gran influencia también el uso de ropa de trabajo inadecuada, como ya se mencionó, debido al aislamiento térmico que puede generar y a que entorpece la disipación del sudor. Con respecto al equipamiento disponible para efectuar el trabajo, es claro que no se han provisto los elementos mínimos indispensables, tales como calzado de seguridad y ropa de protección para la radiación solar, lo cual evidentemente atenta contra la condición segura de las faenas.

Desde el punto de vista organizacional, existen algunos aspectos que deben ser considerados:

1. los trabajadores de ladera son de temporada, por lo que la empresa no establece relaciones a largo plazo con ellos. Esto afecta negativamente la incorporación y mantención de personal calificado, a la vez que no se invierte en trabajadores de temporada cuando se trata de dotarlos de implementos de seguridad.
2. no existe un esquema formal de pausas durante el trabajo, y las que se aplican carecen de criterios de recuperación y desgaste para que constituyan un real y efectivo descanso.
3. los planes de capacitación apuntan a temas generales de seguridad y no consideran aspectos propios del trabajo en laderas.

En resumen, el análisis de la información obtenida en terreno contiene elementos propios de un trabajo pesado, fundamentalmente debido a su alta carga cardiovascular, al ambiente térmico, y a la falta de esquemas organizacionales de mitigación del impacto que las faenas tienen sobre los trabajadores.

Sugerencias

Habiendo calificado el trabajo en laderas como una actividad que contiene elementos que la clasifican dentro de los trabajos pesados, es de primordial importancia sugerir algunas medidas de ergonomía correctiva, las cuales apuntan a la situación actual de trabajo, pero sobre todo a la proyección que las faenas tendrán en un futuro cercano.

Podemos sugerir la implementación de contenedores con agua fresca en lugares estratégicamente elegidos, de manera que faciliten su uso. De acuerdo al conocimiento disponible, cada trabajador no debiera consumir menos de 3lts. de agua durante su jornada de trabajo. En el caso de que esto no fuera posible, podría evaluarse la implementación de cantimploras aisladas como las usadas por los brigadistas forestales de control de incendios, que mantienen el agua a una temperatura agradable y estimulan la hidratación frecuente.

Respecto de la nutrición, la demanda energética estimada para el tipo de labor debe acercarse a las 3.500 Kcal/día, por lo que se sugiere la administración de suplementos energéticos (dulces, chocolates, galletas dulces) por la mañana y la tarde. Este suplemento ayuda a minimizar eventuales bajas en la concentración de azúcar en la sangre y la subsiguiente fatiga.

Es muy importante otorgar a todos los trabajadores los elementos de protección mínima necesarios para el desempeño en el cerro. Al menos deben contar con calzado que facilite la marcha en el terreno, y que provea de protección en caso de emergencias.

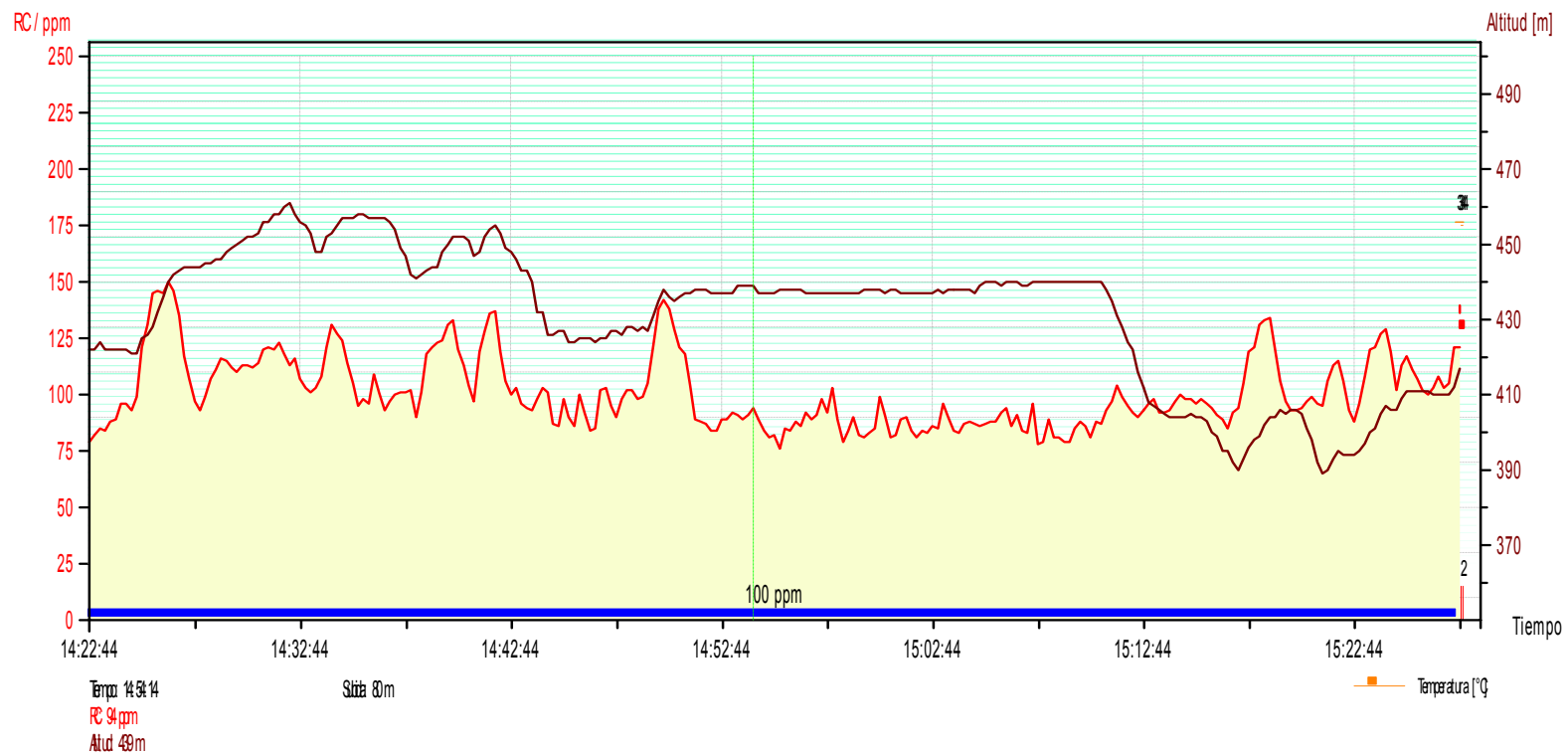
Por otra parte, el nivel de exposición al sol y la cantidad de energía radiante hacen aconsejable cualquier medida de barrera que propicie la empresa. Podemos sugerir la implementación de poleras de algodón de manga larga de colores claros, gorros de género redondos que cubran toda la cara, orejas y parte del cuello, antiparras con filtro UV de seguridad, pantalones amplios de mezclilla, y zapatos con refuerzo en talón, suela y sin punta de seguridad.

Otro aspecto importante de considerar es la administración de pausas durante el trabajo, las cuales no debieran ser inferiores a 10min cada 1 hora de marcha en el cerro, al menos. Con esto no se consigue el retorno de la FC a niveles basales, pero si permite reponer agua y fuerzas. Este esquema básico debe ser implementado sobre todo en las tardes.

En cuanto a la capacitación a los trabajadores, las técnicas básicas de marcha en cerro, modos de autoseguridad y prevención de riesgos en laderas constituyen áreas que generarán beneficios. Esto junto a la implementación de aparataje de seguridad en las áreas de mayor pendiente, tales como pasamanos, argollas de fijación, uso de arneses, y tallado de escalones, contribuirán a mejorar la seguridad en el cerro.

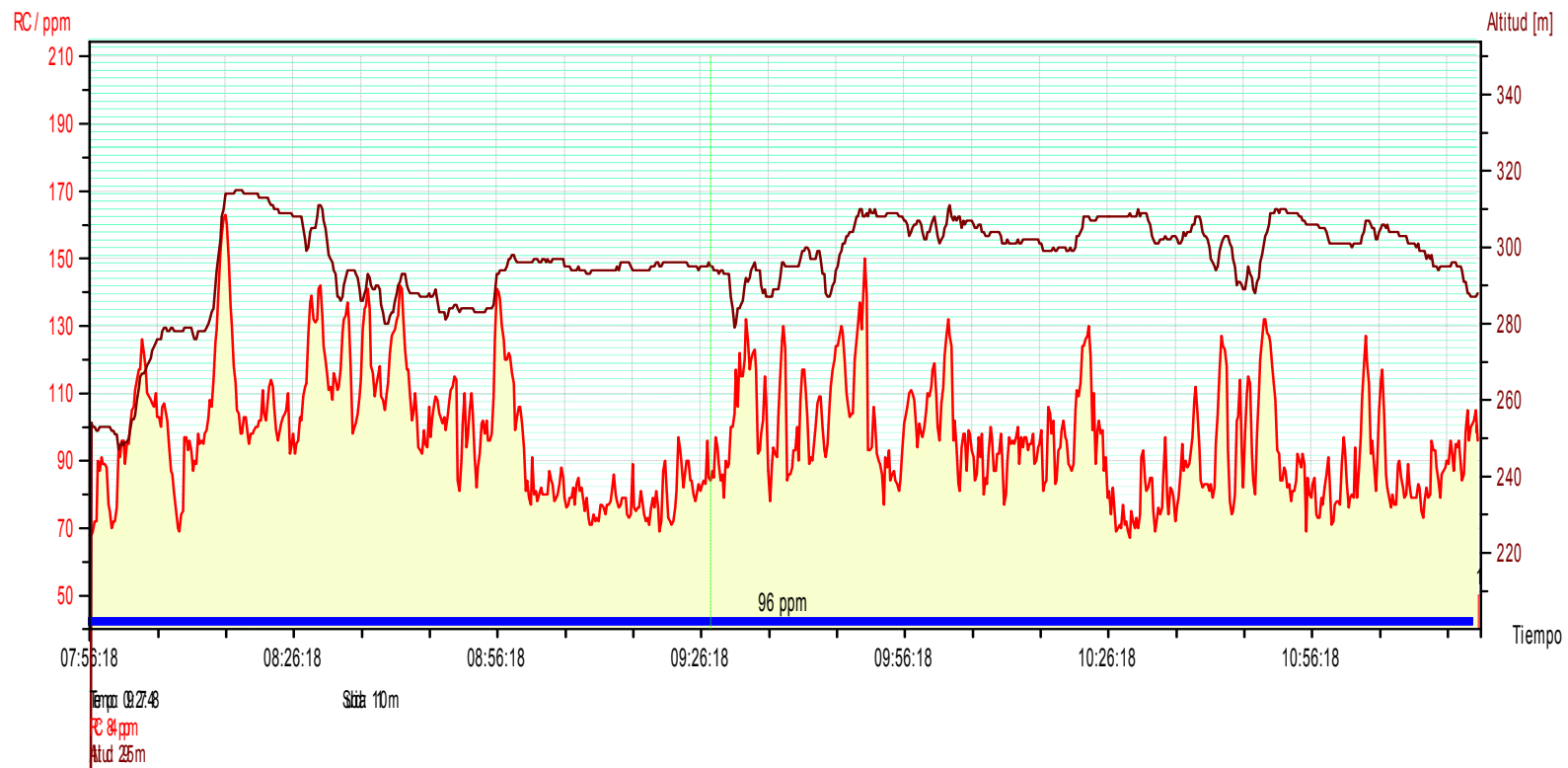
Melipilla, Mayo de 2004

Daniel Zavala B., T.O.
Dip. en Ergonomía



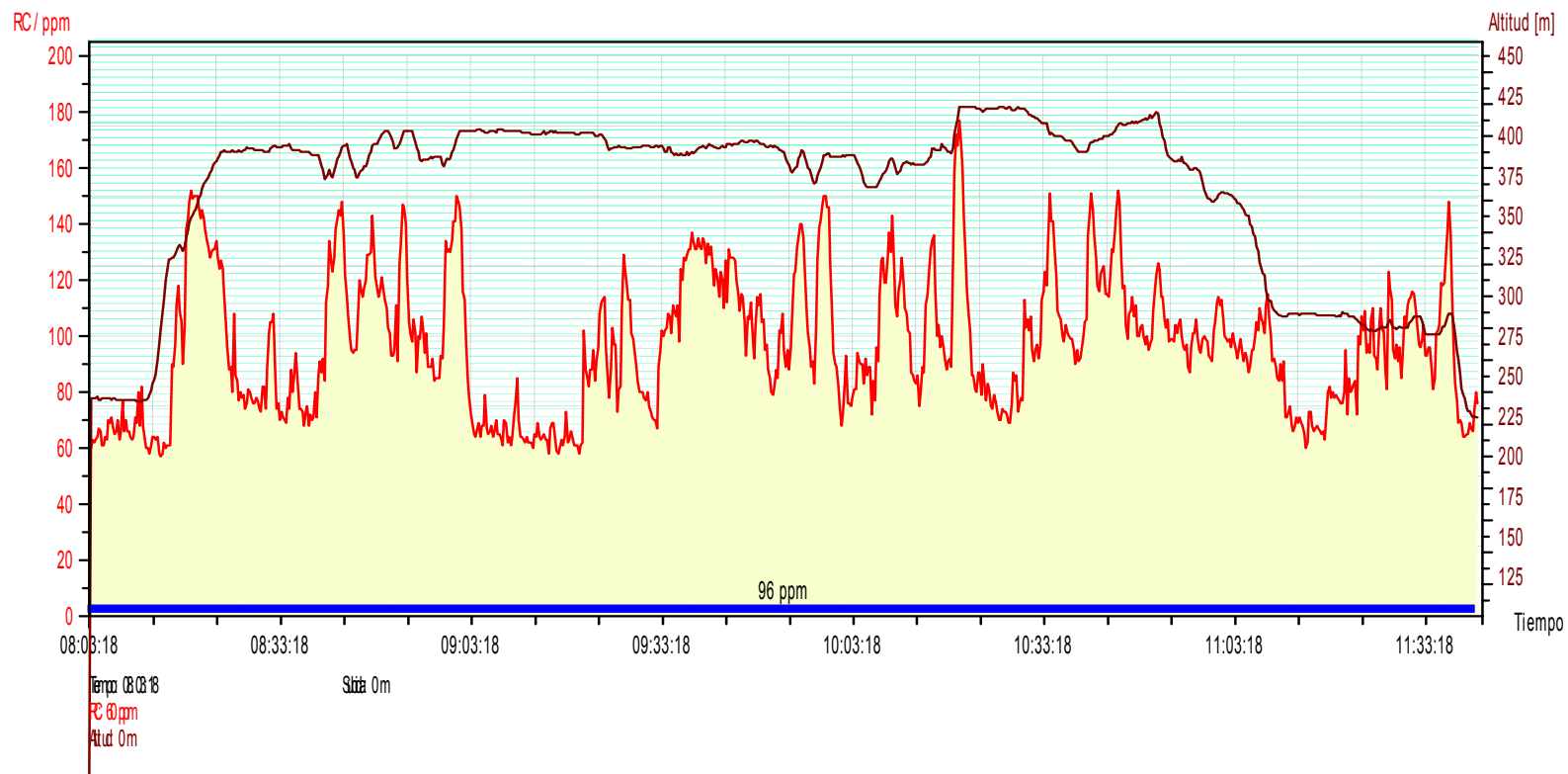
Persona	Juan	Fecha	18/03/2004	Ritmo cardíaco promedio	100 ppm		
Ejercicio	18/03/2004 14:22	Hora	14:22:44	Ritmo cardíaco máx.	150 ppm		
Deporte	Carreras	Duración	1:05:10.5	Subida	125		
Nota	López			Selección	14:22:44 - 15:27:44 (1:05:00.0)		

Anexo 1 : Curva de FC y altitud Juan López



Persona	Rodrigo Rodríguez R.	Fecha	24/02/2004	Ritmo cardíaco promedio	96 ppm		
Ejercicio	24/02/2004 07:56	Hora	07:56:18	Ritmo cardíaco máx.	163 ppm		
Deporte	Carreras	Duración	3:24:42.6	Subida	230		
Nota	R.Rodriguez			Selección	07:56:18 - 11:20:48 (3:24:30.0)		

Anexo 2 : Curva de FC y altitud R. Rodríguez



Persona	Richard	Fecha	21/02/2004	Ritmo cardíaco promedio	96 ppm		
Ejercicio	21/02/2004 08:03	Hora	08:03:18	Ritmo cardíaco máx.	177 ppm		
Deporte	Carreras	Duración	3:38:19.8	Subida	410		
Nota				Selección	08:03:18 - 11:41:33 (3:38:15.0)		

Anexo 3 : Curva de FC y altitud Richard Aguirre

PRESENTACIÓN:

Texto:

I. Título:

“Inclusión social de niños y niñas con discapacidad en Colombia”

II. Autor/es:

Fernández Moreno Carmen Aleida

III. Nombre y dirección del establecimiento

Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Cundinamarca. Kra 30 No 45 Facultad de Medicina. TEL (1) 316 5000. Ext./ Fax.15092. cafernandez@unal.edu.co

IV. El resumen del trabajo:

Reflexión sobre el tema de inclusión social, la génesis del término y principales desarrollos para los académicos. Aborda la inclusión de los niños y niñas en Colombia desde la perspectiva de derechos (educación, salud...). Enfatiza en dimensiones filosófico/morales, jurídicas y políticas de los derechos para las personas con discapacidad analizados respecto a realidades y limitaciones en Colombia. La presentación tiene como objetivo contribuir a la reflexión de los terapeutas ocupacionales como garantes de derechos y facilitadores de inclusión de las personas con discapacidades, especialmente de los niños y niñas.

V. Desarrollo del Trabajo:

- Introducción:

Hasta hace poco tiempo el uso del término de *integración* primaba para indicar la participación de las personas con discapacidad en diferentes ámbitos de su vida y su cotidianidad, aunque estaba especialmente referido a la integración escolar y a la integración laboral. Pero diversos análisis y estudios sobre los procesos y los resultados de la integración

dejaron ver que las acciones y los programas no cumplían las expectativas (1, 2, 5 y 11) y que era necesario un nuevo término que de alguna manera renovara el sentido de justicia y diera a las personas en situación de discapacidad, especialmente a los niños y niñas, oportunidades para participar en un mundo más equitativo, donde se reconocieran y se potencializaran sus diferencias en todos los ámbitos. El término incorporado fue el de *inclusión*.

- Desarrollo

La inclusión debe verse como concepto en un sentido amplio dirigido a las personas, familias o comunidades. Díaz habla de la inclusión en expresiones de: “una actitud, una forma de sentir, una forma de valorar, más que de creencias” (3), esto lo configura como un término que involucra el ámbito social, y por ello la inclusión no es un problema de acciones puntuales. En algunos contextos, afirman Díaz y Fernández, se habla hoy de inclusión como una nueva alternativa orientada hacia la innovación, que reconoce y atiende la diferencia y la complejidad de la discapacidad (4).

Oliver cita a De Joung, quien afirma: “mediante el fin de la discriminación y la inclusión de sus derechos en la sociedad, la lucha por una vida independiente y por los derechos civiles en los Estados Unidos comenzó a tener efecto que se extendió por todo el mundo” (7). Como lo afirma Paipilla, a partir de los movimientos sociales se ha logrado generar una conciencia de adscripciones diversas (bien fuera por tener alguna discapacidad o una orientación sexual diferente por ejemplo), con comportamientos y formas de organización cultural distinta (8). Fue mediante estos movimientos sociales, como se llamó la atención en primer lugar sobre grupos excluidos y en segundo se propuso ampliar el abanico de reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad, pero esta es una “lucha” constante que esta lejos de terminar, por esto el tema de derechos humanos de las personas con discapacidad incorporan la dimensión política que los legitiman y la ética que los respaldan.

Pero aún estamos lejos de lograr la inclusión, pues como lo destaca Touraine: “En Francia el reconocimiento de los discapacitados, no sólo en cuanto a la ayuda que se les debe brindar sino sobre todo de sus propias posibilidades, fue tardío y todavía sigue siendo extremadamente parcial” (10). Esta afirmación se puede extrapolar al caso Colombiano, donde a partir de la Constitución de 1991, se han logrado avances en el terreno de la

educación y en el de salud, particularmente en la capital del país, pero aún son grandes los esfuerzos a realizar para lograr una mayor cobertura y calidad de los mismos.

Al hablar de educación y salud en Colombia, estamos vinculando al tema de la inclusión el de los *derechos humanos*. Pero no se puede olvidar como lo destaca Güendel que “el reconocimiento – de los derechos- no es suficiente, se requiere incorporar mecanismos jurídicos que garanticen la protección, la exigibilidad y la vigilancia de esos derechos, de modo que promuevan un sujeto activo” (5), por ello aquí se destaca la dimensión jurídica de los derechos, así la Ley 115, Ley general de educación, garantiza el acceso a la educación a toda la población colombiana sin distinción de “raza, credo, religión o condición de discapacidad”, por su parte la Ley 100, estaría garantizando igualmente el acceso a la población con discapacidad a los servicios de salud.

¿Pero se trata exclusivamente de asegurar el “acceso” a la educación o a la salud?. No, aquí es donde la sociedad civil y en ella los profesionales como los terapeutas ocupacionales, se configuran en garantes de los derechos de las personas con discapacidad, y buscan asegurar el *acceso* pero también la *permanencia y la calidad* a la educación y a la salud, donde niños y niñas en Colombia y otros países encuentren formas de participación en la sociedad acordes a sus capacidades, potencialidades y diferencias.

Tradicionalmente los Terapeutas Ocupacionales hemos conformado equipos de atención a la discapacidad, en instituciones tanto de salud como educativas y otras mas, ahora bien como garantes de derechos debemos asumir roles de asesores y de acompañantes frente al tema de los derechos humanos tanto para las personas con discapacidad, sus familias, organizaciones y comunidades de base. Igualmente debemos orientar a las instituciones gubernamentales en los planes y programas de atención a la discapacidad a nivel local, municipal, distrital, departamental, regional o nacional según corresponda (al nivel de actuación de cada profesional), que sin perder las conquistas previas en derechos como la salud y la educación se amplíen e interrelacionen con los derechos sociales, políticos y ecológicos entre otros muchos.

- Conclusiones:

1. Las respuestas de inclusión social, requieren de unas propuestas políticas democráticas del reconocimiento en el marco de los derechos humanos, donde todos los sujetos son protagonistas, lo que implica:

- movilización social
- empoderamiento de los individuos y de sus grupos
- autonomía y autodeterminación de los sujetos

En síntesis configurarse como *sujetos de derechos*.

2. Los profesionales como los terapeutas ocupacionales, tenemos el deber ético de aportar como miembros de la sociedad civil soluciones en distintas áreas para asegurar el acceso de todos a los servicios y al disfrute de los derechos de las personas que atendemos particularmente a los niños y niñas en condiciones de discapacidad, involucrando a sus familias y sus comunidades de origen.

3. La inclusión social significa incorporarse en un contexto educativo o laboral, porque la participación en estos escenarios depende del interés del sujeto. Pero también implica estar saludable, sentirse bien y hacer parte de... estar incluido es poder “ser feliz”

VI. Referencias bibliográficas:

(1) Arnaiz, P. Hacia una educación eficaz para todos: la educación inclusiva. Murcia, España, [citado 2002]. Disponible en <http://www.pasoapaso.com.ve/GEMAS/gemas-160.htm>

(2) Avaria A. Discapacidad: Exclusión/ Inclusión. Revista de la Maestría de Antropología y Desarrollo [citado 2001 Septiembre]. Disponible en <http://www.rehue.csociales.uchile.cl>

(3) Díaz O.C., 2005. Equidad, Inclusión y Discapacidad. Segundo Foro Distrital de Discapacidad [CD -ROM].

(4) Díaz O.C. y Fernández A., 2005. “Problematización sobre las concepciones vigentes en la educación de las personas en situación de discapacidad”. En: Discapacidad e Inclusión Social: Reflexiones desde la Universidad Nacional de Colombia. (Bogotá) I.301-317

(5) Güendel, L., 1999. Política Pública y la ciudadanía desde el enfoque de los derechos humanos: la búsqueda de una nueva utopía. Disponible en: <http://www.iigc.org/documentos/>

- (6) Naicker, S.M. y García Pastor, C., 1998. De la retórica a la realidad: La educación inclusiva en Sudáfrica. En: *Relieve* Vol. 4 N° 1. Revista electrónica de investigación y evaluación educativa.
- (7) Oliver, M., 1998 ¿Una sociología de la discapacidad o una sociología discapacitada?. En: *Discapacidad y Sociedad*. Ed. Morata. (Madrid). I. 34-59
- (8) Paipilla O., 2005. “Movimientos Sociales de las personas con discapacidad”. En: *Discapacidad e Inclusión Social: Reflexiones desde la Universidad Nacional de Colombia*. (Bogotá) I.121-137
- (9) Parra C., 2004. Ed. “Derechos Humanos y Discapacidad”. Ed. Universidad del Rosario. (Bogotá) I. 21-41; 233-271.
- (10) Touraine, A., 2006. “Podremos vivir juntos” (2ª ed. 3ª reimpresión).: Fondo de Cultura Económica. (México) III. 165-203
- (11) Verdugo, M. A. (2004). De la segregación a la inclusión escolar. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO). Universidad de Salamanca. España. [citado 2004]. Disponible en http://www.down21.org/revista/art_prof/A_verdugo

***La autonomía en la alimentación en personas con déficit visual
abre puertas hacia la participación social.***

De: Lic TO Magdalena Martínez del Pezzo Bredereke

Institución: Fundación Tiflos. Calle 22 N° 29. La Plata. Pcia de Bs As. Argentina

Teléfono/ Fax: 482-0931

Mail: tiflos@tiflos.org.ar

Mediante la práctica clínica en la atención de personas con déficit visual, hemos podido observar que existen distintas variables que influyen a la hora de abordar un individuo que, debido a diferentes razones se ha visto privado de poder desempeñar funciones que le permitan manejarse naturalmente en los distintos contextos cotidianos. Una de ellas es la limitación para desempeñarse en actividades de alimentación, lo cual puede repercutir negativamente a la hora de desarrollar actividades sociales.

Nuestra cultura está fuertemente marcada por rituales y costumbres relacionadas con la participación social que tienen como eje o razón de encuentro ocupaciones altamente significativas como son reunirse a tomar el té, almuerzos de trabajo, cenas entre amigos, agasajos y festejos diversos donde suele estar presente algo para degustar. Todo esto va a estar fuertemente marcado por la cultura que caracteriza a cada grupo humano y sociedad.

La cultura puede ser definida como *“las distintas creencias y percepciones, valores y normas, costumbres y comportamientos que comparten los grupos o sociedades y que son transmitidos de una generación a la siguiente mediante la educación formal o informal”*¹ Por esto, aquellas personas ciegas que dejan de desempeñar este tipo de actividades quedan rezagadas, aisladas y con escaso sentido de pertenencia e inclusión a la cultura y al grupo humano que lo rodea.

Definiendo el término ocupación desde la mirada de la Terapia Ocupacional como *“una actividad caracterizada por tener significado y propósito únicos en la vida del sujeto, por ubicarse en un lugar central en su experiencia vital, aportándole identidad y sentimiento de competencia;”*² podemos ver que el abanico de posibilidades para que una actividad sea considerada ocupación se amplía. Y, por lo tanto, encontramos ocupaciones tales como una charla con amigos, un asado en familia, tomar mate con la vecina, entre otras. Donde la actividad de conversar pasa a un primer plano dejando de ser, como en la rescindida terminología uniforme una mera AVD (Socialización) o parte de los componentes psicológicos (Destrezas Interpersonales) sino que adquiere valor mucho más allá como *“una actividad en que la gente se ocupa, incluidas las AVDB, AVDI, educación, trabajo, juego, esparcimiento y participación social”*³

El ser humano es un ser ocupacional, por ello, la ocupación es el medio para desarrollar y expresar la identidad de cada persona.

¹ Hasselkus, B & Rosa, S (1997). “Meaning and Occupation”, en: Christiansen, C & Baum, C. (1997). Occupational Therapy, enabling functional and well being. 2º edition. Ed Slack. Pp. USA. Pp 363-377.

² “Concepto y clasificación de las actividades de la vida diaria” en Moruro Miralles, P y Romero Ayuso, D. M. (2006): Actividades de la vida diaria. Ed. Masson. Barcelona, España. Pág 6-9.

³ Definición de Ocupación desde el Marco de Trabajo en: Rosa Matilla Mora (2005) “Marco de Trabajo para la práctica de la terapia ocupacional. Ámbito y competencia.” Adaptación al español del artículo Occupational Therapy Practice Framework. The American Journal of Occupational Therapy. 2002. 56, 6: 609-639

La identidad ocupacional es individual y única de cada ser humano, y es moldeada mediante las experiencias personales que conforman la historia ocupacional. Esta identidad es el marco para la motivación, los seres humanos expresamos nuestra identidad a través de ocupaciones que dan significado a nuestra vida. (Christiansen, C. 1999). Wilcock, OTR plantea cuatro elementos necesarios para la conformación de una identidad ocupacional que son: participar en ocupaciones, tener control sobre la elección de aquellas ocupaciones, modificar el ambiente, tener conexiones sociales y tener un ritmo ocupacional

Para continuar con esta línea de pensamiento es necesario analizar, desde Terapia Ocupacional, la diferencia entre el término “independencia” y “autonomía”, visto a este primero como la capacidad del ser humano para manejarse en las distintas situaciones cotidianas sin otro apoyo externo que sus propias habilidades. Por autonomía entendemos, en cambio, la posibilidad del hombre de ser “funcional” en su ambiente teniendo en cuenta tanto sus fortalezas como debilidades, para llevar adelante una vida equilibrada, integrada a su entorno, aprovechando las ventajas para sopesar las limitaciones. Autonomía refiere la necesidad de un otro, que acompañe el desarrollo cotidiano. Por lo tanto, la idea en el tratamiento es que la persona acepte la ayuda en aquellos momentos (pasos de la actividad) que así lo requiera y pueda desempeñarse independientemente en aquellas otras situaciones que su potencial lo permita. Un ejemplo de este concepto puede ser el desempeñar actividades de alimentación donde la persona pueda pedir y aceptar ayuda en momentos donde es necesaria la asistencia de terceros. Para ello la existencia de la famosa, desde tiflología⁴, técnica del reloj donde se necesita de un “guía vidente” que oriente en el manejo del alimento en el plato. Y por el otro, pueda cortarse la comida sin ayuda de terceros manejando con destreza las técnicas y estrategias que suplan su déficit visual.

Desde nuestra disciplina la alimentación es considerada como una AVD básica dado que se encuentra “orientada hacia el cuidado del propio cuerpo (...) es decir, un tipo de actividad sobre la que se sustenta algo fundamental, esencial...”⁵ Para Mosey (1986) “las actividades de la vida diaria son aquellas actividades que uno debe empeñarse o llevar a cabo para participar con comodidad en otras facetas de la vida.”⁶ Por otro lado, es posible, como hemos visto anteriormente, considerar la ocupación de alimentarse, como punto de unión o pretexto para desarrollar otra actividad u ocupación considerada, a partir de la aparición del Marco de Trabajo como un área ocupacional, a saber *la participación social*.

Entendemos por participación social “todas aquellas actividades asociadas con la organización de patrones de comportamiento que son característicos y esperados en una interacción individual o colectiva dentro de un sistema social dado.”⁷ Estas actividades se desempeñan dentro de tres ámbitos como son la comunidad, la familia, compañero o amigo. La interacción con estos ambientes son determinantes para el desempeño de roles ya que presionan y generan expectativas que son requeridas cumplir para mantener un comportamiento funcional. El desempeño del rol de amigo requiere de compartir momentos, de contarse experiencias, de apoyarse, de buscar pretextos para verse, para estar presente. El desempeñar el rol de trabajador requiere cumplir con otro tipo de exigencias y expectativas que, al igual que el de amigo deben cumplirse. Lo mismo sucede con el rol de padre, hijo o esposo. En el desempeño de todos estos roles se espera participación en ocupaciones que muchas veces, la persona ciega o disminuida no es capaz de afrontar.

⁴ Disciplina que estudia lo referente al disminuido visual y ambliope.

⁵ y ⁶ “Concepto y clasificación de las actividades de la vida diaria” en Moruro Miralles, P y Romero Ayuso, D. M. (2006): Actividades de la vida diaria. Ed. Masson. Barcelona, España. Pág 6-9.

⁷ Rosa Matilla Mora (2005) Marco de Trabajo para la práctica de la terapia ocupacional. Ámbito y competencia. Adaptación al español del artículo Occupational Therapy Parctice Framework. The American Journal of Occupational Therapy. 2002. 56, 6: 609-639.

Trabajando en un centro de rehabilitación para personas adultas con déficit visual es moneda corriente ver cómo las personas con esta problemática abandonan este tipo de actividades sociales alejándose de sus grupos de pertenencia. Se escuchan comentarios como “hace tiempo que en casa no uso los cubiertos y como todo con la mano”, “soy como un animal que tiene que tocar toda la comida”, “no quiero pasar vergüenza así que en el casamiento no comí”, “ya no me junto con mis amigos porque ellos van a comer afuera y no quiero que me vean”, “yo como con cuchara”, “a mí me cortan la comida y me sirven el agua como los nenes”. Ya que, para la persona con déficit visual, una actividad tan sencilla como servirse un vaso de agua, tomar mate o cortar la comida puede significar un abismo muy difícil de sortear. Por esto es común observar al momento de trabajar este tipo de actividad de la vida diaria básica (AVDB) que la persona manifieste resistencia e inseguridad. Por esto, así como en el área de Orientación y Movilidad (O y M)⁸ la dificultad central es la aceptación en el uso del bastón blanco, por el significado que acarrea; en AVD la actividad de comer tiene similar connotación.

La actitud que suele tomar el rehabilitando al momento crítico de trabajar esta AVDB es manifestar rechazo en la adquisición de técnicas y estrategias compensatorias para la alimentación ya que refiere ser su única preocupación satisfacer una necesidad básica con lo cual no importa cómo lo haga, basta que coma. O, todo lo contrario, que la persona se sobre exija buscando constante aprobación en su desempeño en relación a los buenos modales corrigiendo errores insignificantes. En ambos casos la persona debería tomar esta situación lo más natural posible, teniendo en cuenta evitar situaciones de riesgo de accidentes o que le jueguen una mala pasada. Para esto se requiere que el terapeuta ocupacional cuente con destrezas para regular la complejidad en la tarea buscando el desafío justo para el rehabilitando acorde a su potencial y motivación intrínseca.

Por lo tanto, para el desempeño de ocupaciones de participación social son requeridas en las personas con déficit visual, además de habilidades de comunicación e interacción específicamente, habilidades de desempeño relacionadas con el buen comer como ya hemos visto; manteniendo altas las habilidades de procesamiento siempre atentas a las características y demandas del ambiente.

Sin embargo se debe tener en cuenta las características que en general presentan las personas ciegas o con baja visión que llegan al centro de rehabilitación de *“inseguridad, temor, angustia, vergüenza, baja autoestima, pobre autoimagen; (...) de ser capaz de decidir su propia vida ha pasado a que otros decidan por él (...) físicamente se ve rígido, de movimientos torpes, falta de coordinación y dependiente de los demás, (...) (incapaz) de reconocer sus capacidades y limitaciones.”*⁹ Características que trae la persona casi inherentes al momento de ingreso y que, en ocasiones se mantienen constantes durante el proceso de rehabilitación. Por lo tanto esta pobre causalidad personal que lo llevó al aislamiento, se ve reflejada en su escaso desempeño en actividades sociales de alimentación, fuertemente marcadas por nuestra cultura y costumbres.

Mediante un tratamiento con Terapia Ocupacional centrado en el paciente, en el proceso de rehabilitación básica¹⁰, las personas con déficit visual pueden llegar a recuperar su identidad ocupacional, su estilo de vida, ya que se centra en la ocupación valorada, con propósito y significativa para la persona, dando una mirada holística que incluye a la persona y su entorno social y físico.

⁸ Área que trabaja la movilidad en la comunidad y el hogar incluido el uso del bastón. Requiere de capacitación específica como instructor.

⁹ “Manual Técnico de Servicios de Rehabilitación Integral para personas ciegas o con baja visión en América latina.” Unión Latinoamericana de ciegos.

¹⁰ En tiflogía, la rehabilitación es dividida en rehabilitación visual cuando existe potencial rehabilitatorio que consta en aprendizaje y entrenamiento en el uso del resto visual o apoyo de ayudas ópticas. Y rehabilitación básica que consta en el trabajo de TO en AVD, de instructora en orientación y movilidad (O y M), psicología y el área de comunicación.

Para finalizar y redondear el concepto podemos decir que, a la hora de trabajar en rehabilitación con personas con déficit visual es necesario considerar, a la actividad de alimentarse no sólo como un mero camino hacia la satisfacción de necesidades llamadas básicas. Sino, mucho más allá, como una ocupación donde la persona puede adquirir el nivel de autonomía necesario y recuperar su entorno, su rutina, sus actividades placenteras que tienen que ver con lo grupal, con compartir, con crecer humana y socialmente brindando un sentido de satisfacción y realización personal a través de una buena calidad de vida.

Bibliografía:

- Rosa Matilla Mora (2005) Marco de Trabajo para la práctica de la terapia ocupacional. Ámbito y competencia. Adaptación al español del artículo Occupational Therapy Parctice Framework. The American Journal of Occupational Therapy. 2002. **56**, 6: 609-639.
- Crepeau, E., Cohn, E. & Schell, B., (2005): “Willard & Spackman, Terapia Ocupacional”. 10º edición. Ed. Médica Panamericana. Madrid, España.
- “Manual Técnico de Servicios de Rehabilitación Integral para personas ciegas o con baja visión en América latina.” Unión Latinoamericana de ciegos.
- Moruro Miralles, P y Romero Ayuso, D. M. (2006): “Actividades de la vida diaria”. Ed. Masson. Barcelona, España.

LA EVOLUCIÓN DE LA ACTUACIÓN DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN LA REHABILITACIÓN PROFESIONAL EN EL BRASIL

HIROCHI, T. L.¹; TORQUETTI, A.²; SILVA, H. L.²

¹ Profesor del departamento de la terapia ocupacional de la escuela de la Educación Física, de Fisioterapia y de Terapia Ocupacional de la Universidad Federal de Minas Gerais – UFMG

² Graduanda de la Terapia Ocupacional de la UFMG.

Resumen: La Terapia Ocupacional actuando en la rehabilitación profesional interviene en el sentido del ruptura del aislamiento social y de la inactividad, favoreciendo el logro de actividades productivas, poniendo la vida de la persona en movimiento, en la dirección del aumento de su autoestima, la retomada de su autonomía y la mejora de la calidad de vida, teniendo como objetivo primordial la integración o reintegración efectiva de la persona portadora de deficiencia en la sociedad.

El alicerse primordial para la actuación en esta área está en la constitución Federativa del Brasil, en su Artículo 203 – La asistencia social será prestada a quien de ella necesitar, independiente de la contribución a la seguridade social y tiene por objetivos: la promoción de la integración al mercado de trabajo; la habilitación y rehabilitación de las personas portadoras de deficiencia y la promoción de su integración en la vida de la comunidad.

Hoy el mundo del trabajo tiene una grande reserva de mano de obra de trabajadores, decorriente de las políticas socio-econômicas, en diversas modalidades de trabajo como el empleo fijo en empresas y en el comercio; la prestación de servicios como profesional autonomo o asociado de una cooperativa, hacen parte de las herramientas utilizadas como aliadas en la actualidad para obtener la inserción social de la persona portadora de deficiencia.

El funcionamiento del therapist ocupacional consiste de evaluaciones, intervenciones de carácter educativo, entrenamiento y acompañamiento de la persona en el desempeño de sus funciones, adaptaciones de instrumentos y adecuación del ambiente y de las acciones políticas junto a la sociedad.

Introducción: Incorpora los deseos vivos básicos del humano está de ser capaz y poder vivir al coste de su fuerza apropiada de trábalo (1). Es del trabajo, de su cotidianidad, que el hombre se convierte para ser social, distinguiendo de todos los seres no humanos de las formas.

El número de los veteranos incapacitados en la Segunda Guerra Mundial vino catalizar el movimiento del rehabilitación en el mundo apoyado, principalmente, para la organización mundial de Saúde (OMS), que financió la formación del técnico especializada en los algunos continentes. De

esto, algún brasileño que las entidades habían puesto pequeño en ejecución causó los programas de rehabilitación para el trabajo, pacientes crónicos, deficientes de un accidente sensorios y físicos, donde habían estado prácticos introducidos especializados en la rehabilitación en el Brasil. Entre las nuevas profesiones era la Terapia Ocupacional (2). En el Brasil en 1943, Portaria nº 83, promulgado para el Ministerio del Trabajo, de la Industria y del Comercio, garantizó exclusivamente que los servicios de la re-educación y del reajuste para el trabajo a los beneficiarios de la asistencia social causaron a un accidente y a pensionistas para la invalidez, excluyendo excesivamente inhabilitado no atado directamente con el Providence. En la década de 50 la representación de servicios de e de rehabilitación profesional, por lo tanto, la recuperación de asegurados incapacitados, fue justificado en la necesidad de la reducción de gastos con aposentaduras (2).

La Ley Orgánica de la Asistencia Social, en 1968, estableció la derecha del universal al reajuste profesional a los beneficiarios. De esta forma, los programas de los reabilitacionais habían introducido, entre otros las cosas, teniendo como objetivo la inscripción del individuo en la fuerza de el trabajo activo y la reducción de los gastos con pensiones y de los retiros, es decir, el trabajador adaptado se volverían para contribuir hacia el estado, no dependiendo de la ventaja y la ayuda médica de las instituciones responsables, así como prevendría los costos que podrían para sobrepasar la prescripción destinada con este fin. Así, rehabilitado se ve como individuo productivo y útil a la sociedad para la independencia económica del readquirir en su autocuidado (2).

En la actual época la fundación para el funcionamiento en esta área se apoya adentro Constitución Federativa del Brasil, en su Artículo 203 – La asistencia social será prestada a quien de ella necesitar, independiente de la contribución a la seguridad social y tiene por objetivos: la promoción de la integración al mercado de trabajo; la habilitación y rehabilitación de las personas portadoras de deficiencia y la promoción de su integración en la vida de la comunidad. Por otra parte, el nº 8.213 de la ley de 1991 regula a Rehabilitación Profesional en el artículo 89, ese dice que la calificación y el profesional y el rehabilitación social tendrán que proporcionar total al beneficiario incapacitado parcial o para el trabajo, y a la gente que lleva de la deficiencia, mitad para la educación y de la adaptación profesional y social indicada para participar del mercado del trabajo y del contexto en donde vive. En el artículo 93 esta misma ley establece el sistema de la reserva del trabajo para la gente con deficiencia, determinándose uno reserva del 2% el 5% de posiciones del trabajo para la gente que lleva cualificada beneficiario rehabilitada de la deficiencia y/o, en empresas con más de 100 usados. El cumplimiento de esta ley no causa el uso de la multa a las empresas. El hecho de la fila de la gente con deficiencia en el mercado del trabajo agrega para constituir la necesidad básica, garantizada para el nº 7.853 de la ley de 1989 y el nº 3.298 del decreto de 1999, en él cual si delega a la energía pública la responsabilidad de asegurar al o deficiente ejercicio completo de sus derechos fundamentales, también las derechas a la educación, a

la salud y al trabajo. La Ley 8.080, de 19 de septiembre de 1990, instituye el Único Sistema de Saúde (SUS) e, en resultado, el n° 4.229 del Decreto, de 13 de mayo de 2002, el uso de las marcas en el Programa Nacional de Derechos Humanos, que se gira garantía de la derecha al trabajo, a la salud y al providence ayuda social de e, tan bien como que la atención integral a la salud del trabajador, con sus especificidades, debe ser objeto de todos los servicios médicos, consonante con los principios del SUS, de la equidad, lo completo la universalidad de e, decide, en su artículo 1° a instituir, el alcance del SUS, la Red Nacional de la Atención Integral a la Salud del Trabajador - RENAST, ser convertido de la forma articulada incorpora el Departamento de la Salud, las Secretarías de la Salud de los Estados, el Distrito Federal y de las ciudades y, de esto, de el Portaria n° 1679 de 19 de septiembre de 2002, que hace uso en el estruturação del RENAST, se determina que el profisional del participante de esta red debe estar de nivel superior, con la formación en la salud del trabajador, a saber: doctores de los generalistas, doctor del trabajo, especialistas de los doctores, sanitaristas, ingeniero, enfermera, psicólogo, social, ayudante del fonoaudiólogo, fisioterapeuta, sociólogo, ecologista, biólogo, therapist ocupacional, abogado. El n° 5.961 del decreto de 2006, en el artículo 1, se determina, entre otros las cosas, la ayuda, rehabilitación o el reajuste funcional al público civil federal del servidor causó un accidente en el servicio, portador o con la suspicacia de la enfermedad relacionada con el servicio. Debido a la dificultad del reinserção de la rehabilitación en el mercado del trabajo, fue implantado en el Brasil, en 2001, el programa REHABILITA, que viene substituir los Centros implantados del Profisional que Rehabilitación en la década de 70, y los searchs el envolvment de la comunidad en la reintegración de rehabilitada.

Pelea: La rehabilitación profisional, cuando de la institución en el Brasil, fue vuelto hacia la recuperación solamente del trabajador con el enlace del trabajo y la intención de tomar el cuidado de la orientación para hacer para volver al trabajador para la industria y/o el comercio en razón de necesidad de la mano de la ejecución especializada. En el actual tiempo tiene magnificar de los objetivos de la atención a la salud del trabajador y de la persona con deficiencia. Las intervenciones objectify efectivo inscripción del individuo en una actividad productiva, pautando el proceso terapéutico en la singularidad del ciudadano, buscando con él, la ejecución de las actividades y de las funciones dirigidas al conocimiento de sí mismo, el reconocimiento de limitaciones y el descubrimiento de capacidades, más allá de favorecer el uno mismo-mantenimiento y la automóvil-realización. Las diversas etapas de la intervención terapéutica ocupacional deben contener evaluaciones de la capacidad funcional de los individuos, de las filas del trabajo y de las relaciones establecidas en el ambiente del trabajo. Los programas de la intervención también consisten en orientaçoões promocionales de la salud, las intervenciones educativas, preparación y entrenamiento para el trabajo, fila en el mercado del trabajo y el acompañamiento del individuo en el

funcionamiento de su función, adaptaciones de los instrumentos e ambiente del trabajo y la política de las acciones al lado de la sociedad (3). La intervención terapéutica, searches de las capacidades restantes del individuo, de entrenar y de estimular al funcionamiento de tareas y al papel del trabajador. La intervención debe considerar, alambique, la orientación las familiares, los patrones y los empleados de las empresas blanca.

Conclusión: La terapia ocupacional es una profesión que tiene como objetivo a potencializar y/o restablecer el funcionamiento ocupacional de los individuos en las actividades que componen su diario. Los puntos teórico-prácticos del cuerpo que la intervención debe permitir al individuo planear y poner proyectos en ejecución de la vida con actividad productiva. Valle a estar parado hacia fuera que la rehabilitación profisional es no sólo la fila de la persona con deficiencia en el mercado del trabajo, pero la integración individual-individual, y la individual-sociedad, por medio del trabajo.

Cuando el funcionamiento del therapist ocupacional en el profesional que rehabilita se discute, en el alcance de la inserción en el mercado del trabajo de la persona con deficiencia, se presenta importancia de este tema para el hecho de estos individuos para representar un paquete significativo de la población. Las estimaciones internacionales mencionan un cociente a él del 2.5% 9.5% de gente con deficiencia, en países como Brasil. Las ventajas de la inserción o del reinserção de la persona que lleva de la deficiencia en el mercado del trabajo incluyen a individual apropiado y a sociedad. Beneficiarán al individuo con actividades dirigidas al conocimiento de sí mismo, al reconocimiento de limitaciones y al descubrimiento de capacidades; promoción de la automóvil-estima, conocimiento de las derechas y deberes; potencialização de la capacidad funcional, mantenimiento de la salud. Beneficiarán a la sociedad en la medida donde gana más una fuerza de trabajo y está preparada para llegar a ser inclusivo de hecho.

De esta manera, los intervines ocupacionales de la terapia en la dirección de la interrupción del aislamiento social y la inactividad, promoviendo la recuperación de las habían sido abandonado debido a la deficiencia, con la intención de eso pueden estar agradable, significativo e igualmente productivo, colocando la vida de la persona en el movimiento, la ruta al aumento de la automóvil-estima y vuelta a tomar de su autonomía.

Referencias Bibliográficas

1. MOURA, L.C.M., 1992. "A deficiência nossa de cada dia" Iglu Editorial (São Paulo).
2. SOARES, L. B. T., 1991. "Terapia ocupacional: lógica do capital ou do trabalho? Retrospectiva histórica da profissão no Estado brasileiro de 1950 a 1980" Editorial Hucitec (São Paulo).

3. PEDRETTI, L. W.; EARLY, M. B., 2005. "Terapia Ocupacional: capacidades prácticas para disfunções físicas" 5. ed. Editorial Roca (São Paulo).
4. EL BRASIL. Constitution (1988). Constitución de la República Federativa del Brasil: promulgado en 5 de octubre de 1988.
5. EL BRASIL. Decreto el nº 3.298 de 20 de diciembre de 1999. Nº 7.853 de 24 de octubre de 1989 regula la ley, uso de las marcas en la Política Nacional para la Integración de la Persona que Lleva de la Deficiencia, consolida las Normas de la Protección, y los otros pasos.
6. EL BRASIL. Decreto el nº 4.229, de 13 de mayo de 2002. Hace el uso en el Programa Nacional de los Derechos Humanos - PNDH, instituido para el nº 1.904 del Decreto, de 13 de mayo de 1996, y los otros pasos.
7. EL BRASIL. Decreto 5.961, de 14 de junio de 2006. Instituye el Sistema Integrado de la Medicina del Trabajo de Servidor Público Federal (SISOSP).
8. EL BRASIL. nº 8.080 de la ley, de 19 de septiembre de 1990. Hace uso en las condiciones para la promoción, protección y recuperación de la salud, la organización y el funcionamiento de los servicios correspondientes y de los otros pasos.
9. EL BRASIL. Ley 8213, de 24 del julio de 1991. Consolida la legislación que hace uso en los Planes de Ventajas y el Gasto de la Asistencia Social y en la organización de la Seguridad Social y de los otros pasos.
10. EL BRASIL. Llevaría el nº 1679/GM, de 19 de septiembre de 2002. Hace uso en el estruturação de la Red Nacional de la Atención Integral a la Salud del Trabajador en el SUS y los otros pasos.

LA EQUOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN

¹OLIVEIRA, C. M.; ²QUEIROZ, J. F.; ³SILVA, M. F.; ⁴VIEIRA, M. V.

1- Profesor del departamento de la terapia ocupacional de la Universidad Federal de Pernambuco - UFPE, persona que orienta de la investigación, ama en psicología clínica

2-Académica del departamento de la terapia ocupacional de la Universidad Federal de Pernambuco – UFPE.

3-Académica del departamento de la terapia ocupacional de la Universidad Federal de Pernambuco – UFPE.

4-Académica del departamento de la terapia ocupacional de la Universidad Federal de Pernambuco – UFPE.

RESUMEN

El objetivo del estudio es presentar una revisión bibliográfica sobre la equoterapia como medio de tratamiento para niños con Síndrome de Dawn, que presentan retraso en el desarrollo psicossocial y sensorio-motor. El equoterapia es un método terapéutico y educativo, compuesto para un equipo interdisciplinar, en las cuales el terapeuta ocupacional puede ser inserido. Este profesional utiliza los recursos específicos de este método, el caballo y su ambiente para estimular la funcionalidad y independencias en las tareas habituales, con el desarrollo de los componentes de desempeño. Una de las características clínicas principales del niño con Síndrome de Dawn es el hipotonía muscular generalizada que provoca desequilibrio y descoordinación motora. En este caso, el equoterapia, especialmente por causa del movimiento tridimensional del caballo, favorece la mejora de los tonos musculares, la suficiencia de la posición y de la fuerza muscular, y por lo tanto mejora el equilibrio y la coordinación. Los estímulos propioceptivos y otros sensoriales también están presentes en esta terapia. Los componentes de desempeño citados participan de las actividades cotidianas del niño, y por lo tanto, puede tornar-se más independiente, lo que favorece su inclusión social. Así los beneficios innumerables con esta práctica terapéutica se perciben.

INTRODUCCIÓN

El uso del caballo como medio de terapia data de 400 A.C. cuando Hipócrates fue se utilizó el caballo "para regenerar la salud" de sus pacientes y, desde 1969, la NARHA (Asociación Americana del Hipoterapia para Deficientes) viene divulgando el método en la América. En Brasil, en 1989, cuando fue creada el ANDE-BRASIL (Asociación Nacional de Equoterapia), el tratamiento tomó mayor impulso. El caballo se utiliza como recurso terapéutico para el desarrollo biopsicossocial de personas con necesidades especiales, entre ellas los niños con Síndrome de Dawn. Este síndrome no es reciente en la historia de la humanidad. Antes era visto como síndrome caracterizado para un alto grado de retraso mental y sus portadores como gente casi incapaz de aprender algo y entender el mundo al rededor, el síndrome de dawn presenta un carácter excluyente y sin perspectivas de tratamiento. Hoy teniendo-se un poco más de conocimiento de esta disfunción genética, ya si sabe que el niño con tal síndrome tiene capacidad de convertir innumerables adquisiciones cognitivas y psicomotoras, que mayores propitantes él independencia. Eso se facilita para las terapias al multidisciplinaria y que incluyen un número más grande posible de estímulos sensoriales como tato, propiocepción, audición y visión. La práctica de equoterapia exige la participación de todo el cuerpo, de todos los músculos y de todos los empalmes. El movimiento rítmico, preciso y tridimensional, del caballo, que al caminar si disloca para el frente/al revés, para los lados y la tapa/el punto bajo, puede ser comparado con la acción de la pélve humana en el caminar, permitiendo a todo instante entradas sensoriales en forma de propiocepción profunda, estimulación vestibular, olfativa, visual y auditivo. La técnica tiene como objetivo proporcionar al niño desarrollo de sus potencialidades, respetando sus límites y teniendo como objetivo su integración en la sociedad que proporciona las ventajas físicas, psicológicas, educativas y sociales. Los padres tienen cada vez más acceso a los servicios de apoyo para ayudar a sus niños a alcanzar el máximo de su potencial. En el equoterapia son regalos profesionales de algunas áreas como fisioterapeuta, psicólogo, el instructor del montar a caballo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, pedagogo, educador físico y veterinario. El papel del terapeuta ocupacional en el equoterapia es estimular, por medio de los recursos de este método, el desarrollo de las capacidades funcionales que favorecen una mayor participación e independencia de los clientes en las actividades diarias.

MÉTODO

La investigación está sobre una revisión de la literatura basada en fuentes bibliográficas y documentos electrónicos. Para la elaboración del cartel han sido considerados: los artículos científicos, libros especializados en Síndrome de Dawn y equoterapia y fuentes del Internet. El análisis de libros sobre el síndrome de dawn fue de extrema importancia para la evaluación de las implicaciones genéticas traídas por el síndrome, tanto como sus consecuencias limitantes a los niños con necesidades especiales y también a las formas posibles de tratamiento. Otra visión extraída de los libros fue el aspecto social y familiar con propuesta de integración de estos niños en el contexto social, teniendo para esto la ayuda de algunas áreas especializadas. El libro de equoterapia proveyó las bases y fundamentos de esta actividad, e de esta forma, las posibilidades de uso en el caso del Síndrome de Dawn. La investigación de las fuentes electrónicas también trajo la adquisición de datos actualizado sobre síndrome y el equoterapia.

RESULTADOS

Los estudios hechos con la revisión de la literatura que demuestran que "el equoterapia tiene como objetivo ayudar en la adquisición y en el desarrollo de las funciones psicomotoras, el exigiendo del caballero planeamiento y creación de estrategias, desenvolviendo y/o potencializando las habilidades motoras y las actividades conceptuales" motoras diversas. Los movimientos tridimensionales del caballo si baseam en la forma de caminar en pasos, aunque el trote y el galope también que se utilizarán. Es siguiendo estos movimientos que el niño con Síndrome de Dawn trabajará su equilibrio, el ajuste tónico, la alineación corporal, la conciencia corporal, la coordinación motora y la fuerza muscular y con esto accionar el sistema nervioso, alcanzando objetivos neuromotores. La terapia con el caballo contribuirá en la estimulación de los sistemas vestibular, somatossensorial (táctil y propioceptivo), visual y auditivo en el paciente. Tal estímulo actuará de forma positiva en el sistema visual, por lo tanto el caballero comenzará a ver el mundo de forma más amplia y en un nivel igual o superior a los niveles normales. El ritmo del paso del caballo favorece la organización del sistema propioceptivo y del sistema auditivo, pues este ritmo se modifica con el movimiento. Más allá de las ventajas citadas arriba, el dominio de la frecuencia de la dislocación del caballo puede traer autoconfianza y seguridad al caballero y la necesidad de una alineación postural favorece la impulsión de la musculatura y del equilibrio corporal. Los factores arriba descritos son formas importantes de estímulo que contribuirán de modo que el niño en pela pueda tener sus capacidades potencializadas y mantenga un ritmo de desarrollo similar as de los otros niños. Todos estos aspectos del tratamiento todavía se atan con un factor especial, la motivación, pues la terapia con el caballo produce una relación de afectividad entre los pacientes y los animales, haciendo con que haga mayor interés para el tratamiento. Esta relación también favorece una interacción, puesto que el ambiente del tratamiento promueve el contacto armonioso con los animales, el equipo profesional y otros pacientes.

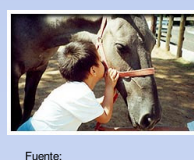
CONCLUSIÓN

Con los datos exhibidos se puede ser verificar que el equoterapia es un tratamiento eficiente para trabajar los aspectos motores y psico-sociales. Con la interacción con el caballo el niño con "síndrome de dawn" puede cambiar la afectividad y crear una relación de responsabilidad y de interés para el tratamiento terapéutico. La práctica de la equoterapia posibilita una independencia más grande para estos niños, una vez que favorece la mejoría de los tonos y de la fuerza muscular y también de la suficiencia postural, con esto desarrolla el equilibrio y la coordinación. Esta independencia si generaliza para el cotidiano del niño, proporciona una mayor inclusión social. Las conclusiones conseguidas con la revisión bibliográfica, fueran hechas con asociaciones entre las estimulaciones más ajustados para los niños con Síndrome de Dawn y los simulatons unidos por el equoterapia, extraído de libros, de artículos y materiales electrónicos analizados. Por lo tanto presenta un mayor carácter expositivo y reflexivo eso básicamente concluyente.

REFERENCIAS

- ANDE-BRASIL: Associação Nacional de Equoterapia. Brasília. 2007. <<http://www.equoterapia.org.br/equoterapia.php>>[Consulta : 11 de marzo 2007]
- B. Lefèvre, 1981. " Mongolismo: estudo psicológico e terapêutica multiprofissional da Síndrome de Dawn" Editorial Iuper (São paulo) 1. 16 – 93.
- J. Queiroz, 2005. "Terapia ocupacional na equoterapia", Curso básico de equoterapia. (Recife).
- M. Medeiros, E. Dias, 2002. "Equoterapia: bases e fundamentos" Revinter (Rio de Janeiro).
- M. Robacher, R. Ferrari. A Influência da Equoterapia na Força dos Músculos. 2007 Centro de equitação e equoterapia Horse Place. Campo Magno. < <http://www.horseplace.com.br/artigos/artigo2.htm>>[Consulta: 11 de marzo 2007]
- Revista Saúde e Vida On Line .L. Cicco 2007 <<http://www.saudevidonline.com.br/>>[Consulta: 5 de junho 2007]

Figuras de niños en el equoterapia - tratamiento y afectividad



Fuente:
www.melhores.com.br/2004/apaerio.htm

Fuente:
www.infomedgrp1.famerp.br/default.asp?id=19

Fuente:
www.fazendavesuvio.com.br/Equoterapia.htm

Titulo: . Sexualidad y Vida afectiva en Discapacidad Mental. **De eso si se habla!!!**

Autor: Lic. en T.O Roberta Marcela Ramos.

Introducción:

Desde la concepción que la sexualidad es un aspecto inherente al ser humano Nacemos como seres sexuados nuestra sexualidad se va construyendo, inmerso en el proceso global de socialización y conforme a estímulos que recibimos desde la familia y a través de la misma la sociedad y la cultura. No debe considerarse a la sexualidad como equivalente a genitalidad. La genitalidad es un aspecto de sexualidad y no todo. La sexualidad es mucho más amplia; tiene que ver con lo esencialmente humano y no con la patología; tiene que ver con la comunicación con los vínculos, con los afectos.

Los derechos sexuales son parte sustancial de los derechos humanos, olvidados desafortunadamente y desconocidos en muchas ocasiones por las familias, educadores y profesionales que abordan, a personas con discapacidad mental.

Lo dicho, implica reconocer en primer lugar, que el discapacitado, por encima de las modalidades imperfectibles con que lo haya dotado la naturaleza, **es persona**, concepto que trasciende al de educando, al de individuo, al de ciudadano, al de hijo, porque es la suma de todos ellos....

Desarrollo:

Para iniciar una actividad educativa o un programa de educación sexual en cualquier institución, que trabaja con jóvenes con necesidades especiales, es necesario planificar de acuerdo a los objetivos , que surgen a partir de las demandas de la población y las características institucionales. Este es un trabajo de los Equipo Interdisciplinarios, el de formar a los educadores por excelencia, es decir **padres y docentes**, para llegar a hablar en un mismo idioma y acordar pautas educativas.

El presente proyecto pretende generar a partir de un enfoque interdisciplinario, un abordaje a la temática de la sexualidad y discapacidad en instituciones abocadas a la atención de jóvenes y adultos con discapacidad mental. Que enfrentan en forma cotidiana situaciones problemáticas inherentes al tema (masturbación, relaciones sexuales, homosexualidad, embarazos accidentales, etc.), los cuáles quedan sin resolver ya sea por desinformación, tabúes institucionales y / o familiares, etc.

Objetivo general:

- Introducir el concepto de la sexualidad como una temática a abordar en los contextos de referencia de las personas con discapacidad mental, garantizando así el respeto a su condición de seres sexuados.

Objetivos específicos:

- Capacitar al personal de instituciones y a las familias de discapacitados mentales, en lo referente al tema discapacidad y sexualidad
- Propiciar un espacio de reflexión y discusión con el fin de detectar y modificar prejuicios, tabúes y mitos.
- Generar en cada institución un abordaje particular conforme a su perfil.
- Brindar a la persona con discapacidad un espacio de formación y escucha, sobre temas inherentes a la educación sexual y la sexualidad, que se corresponda con su real necesidad, inquietud y requerimiento.
- La modalidad de trabajo más conveniente es la de talleres teórico-prácticos con el doble objetivo de informar-formar, abriendo un espacio para la libre circulación de la palabra, intentando desmitificar el tema.

♦ Taller de Jóvenes y adultos con discapacidad :

El Taller para personas con discapacidad mental de perseguir como objetivo :

- **Permitir una adecuada percepción de su propia vida como su condición de persona diferente y su derecho a acceder a un rol más protagónico, desde una perspectiva más participativa y basada en la autonomía.**

El tema de la sexualidad, debe ser introducido en forma paulatina, entendiendo siempre que sexualidad tiene que ver con los vínculos, la comunicación y los afectos.

En cada etapa del desarrollo humano se cumplen diferentes "tareas" que tienen que ver con la sexualidad, cómo vincularse, el reconocimiento del cuerpo, el pudor, la privacidad, el autocuidado, la imagen corporal.

Es por ello que los aspectos a trabajar en los diferentes encuentros deben contemplar la maduración Física y la Imagen Corporal, Las relaciones Sociales, la socialización del rol sexual, y el proyecto de vida.

Se considera importante plantear el tiempo de extensión total del proyecto a partir del análisis de la población y que la frecuencia de los encuentros sea de una vez por semana no más de 1 1/2 hora, para permitir un trabajo continuo que asegure que cada tema haya sido agotado y no arrastre dudas para inicio del tema siguiente.

Por otra parte la información transmitida debe ir de lo general (de acceso y comprensión de todos) a responder dudas individuales en contextos privados. Solo se debería informar lo que se desea saber, se trata de responder y aclarar, no de generar más dudas y confusión. Es importante recordar que educamos con la palabra y también con el silencio; con la osadía y con la vergüenza.

Es deseable que todo lo que se dice sobre sexualidad tenga un marco donde lo afectivo este presente.

◆ **Taller de Familia :**

El tema de la sexualidad se introduce en la dinámica familiar de diferentes maneras, sin embargo, apuntamos a generar en los padres una apertura siendo objetivos del

Taller para padres:

- **Lograr el reconocimiento familiar hacia la persona con discapacidad mental como sujeto "adulto" social con una vida propia.**
- Acompañar y sostener a las familias a despejar obstáculos de diversos orígenes en referencia al tema.

Al concluir cada encuentro es conveniente la utilización de la encuesta, como instrumento de evaluación y recolección de datos, para que partir de este medio cada familia valore el desarrollo del encuentro y aporte sugerencias para el próximo.

◆ **Taller con Personal Institucional:**

Es conveniente que participen todos los miembros de la institución . La importancia de la concurrencia general radica en que la actitud ante las diferentes situaciones, debe ser parecida en todo el personal , para **evitar los dobles mensajes ente igual situación** , en donde se prioriza la socialización de la información y se proyecta y consensua el abordaje de la temática con los jóvenes, y la estrategia de contención y orientación a la familia, desde una visión totalmente interdisciplinaria.

Conclusión:

Es sumamente importante que cada institución plantee un abordaje integral del tema de la sexualidad basado en estos tres pilares

La intención de el presente proyecto es abrir el espacio para la comunicación, generando en las familias y los profesionales una real capacidad de escucha y una respuesta madura y responsable a la demandas de una población cada día con más firmeza exige, y gana espacios de reconocimiento social.

BIBLIOGRAFÍA PRINCIPAL CONSULTADA :

- Amor Pan José Ramón " La masturbación en la pubertad". Fuente Canal 21.
- Baldaro Verde, G."La sexualidad del Deficiente". Editorial Ceac, España.
- Bowlby Jhon. " La perdida Afectiva" Editorial Paidós Año 1976
- Cytring,L,Lourie,R. "El Retardo Mental: Sus causas, Diagnóstico y Prevención. Editorial Paidós.
- Freud, Sigmund. "conferencias de introducción al psicoanálisis (partes I y II) (1915-1916) tomo XV. Editorial Amorrortu
- Freud, Sigmund. "Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis, y otras obras. (1932-1936) tomo XXII. Editorial Amorrortu.
- García, Dora. "El Grupo".Editorial Espacio 2ª Edición.
- OMS."Retraso Mental: respuesta a un reto".Ginebra 1985.
- Pantano, Liliana. "La Discapacidad como problema Social". Editorial Universitaria de Bs. As.
- Primer Congreso Argentino sobre el Adulto con Discapacidad Mental. 2001
- Shorn, Marta. "Discapacidad. Una mirada distinta. Una escucha diferente. Reflexiones psicológicas y psicoanalíticas." (1999). Lugar Editorial.

Título del trabajo: LA FORMACIÓN EN INVESTIGACIÓN EN TERAPIA OCUPACIONAL.
ASPECTOS METODOLÓGICOS EN LA ELABORACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN
Y TESIS

Autores: M. Marcela Bottinelli (UBA-UNSaM), Mariela Nabergoi (UBA-UNSaM), Sergio Remesar
(UNQui), Mario Gómez (UBA), Karina de Vinzenzi (UBA), María Pía Pawlowicz (UBA), Pablo
Salgado (UBA), Alina Trapano (UBA), María Laura González (UBA).

Institución a la que pertenece/n: Universidad de Buenos Aires - Universidad Nacional de San
Martín

Ciudad: Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Provincia: Buenos Aires

País: Argentina

Dirección postal: Del Progreso 918 (1424) CABA - Argentina

Teléfono: (011) 4923-9386

Fax:

E-mail: mbottine@psi.uba.ar, mnabergoi@yahoo.com.ar

Nº de hojas total enviadas (incluido resumen y datos de presentación internet): 7

Título: LA FORMACIÓN EN INVESTIGACIÓN EN TERAPIA OCUPACIONAL. ASPECTOS METODOLÓGICOS EN LA ELABORACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN Y TESIS

Autor/es: nombre/s y apellido/s: M. Marcela Bottinelli (UBA-UNSaM), Mariela Nabergoi (UBA-UNSaM), Sergio Remesar (UNQui), Mario Gómez (UBA), Karina de Vinzenzi (UBA), María Pía Pawlowicz (UBA), Pablo Salgado (UBA), Alina Trapano (UBA), María Laura González (UBA).

Nombre y dirección del establecimiento donde el trabajo fue realizado:

Universidad de Buenos Aires - Universidad Nacional de San Martín

Independencia 3065. Ciudad de Buenos Aires

Resumen del trabajo:

El presente trabajo tiene como objetivo central presentar problemáticas frecuentes y estrategias de trabajo en la enseñanza de metodología de la investigación en terapia ocupacional. El mismo se realiza a partir de la experiencia en la cátedra de Metodología de la Investigación y Estadística (UBA) desde 1999 y en las cátedras de Metodología de la Investigación y Diseño de Trabajo Final (UNSaM) desde el año 2005. Se identifican problemas frecuentes y estrategias utilizadas por los alumnos en los diferentes momentos del proceso de elaboración de proyectos de investigación y tesis en terapia ocupacional, desde la formulación del problema de investigación, la búsqueda de fuentes y datos válidas, la identificación de los diferentes niveles de análisis implicados hasta las herramientas de recolección de datos y estrategias de análisis de los mismos.

Palabras claves (5): educación superior – metodología de la investigación – terapia ocupacional – producción de conocimiento- conocimiento científico

INTRODUCCIÓN

La formación de futuros profesionales, incluye además de la formación teórico-conceptual, el aprendizaje de estrategias de intervención adecuadas para la construcción de conocimiento científico y el trabajo interdisciplinario. La metodología de investigación brinda herramientas básicas de posicionamiento epistemológico, teóricas y técnicas para el pensamiento reflexivo y riguroso que demanda el quehacer profesional. Puesto que la investigación es la forma en la que se incorporan nuevos conocimientos válidos a una disciplina, su desarrollo y progreso están íntimamente asociados a la investigación y por ende dicha área es prioritaria en la formación de futuros profesionales tal como lo señalan los manuales y regulaciones internacionales de Ciencia y Técnica y Educación (UNESCO, Manual Frascati, ISCED).

Las reflexiones educativo- investigativas que aquí presentamos surgen de nuestra tarea docente universitaria en grado y posgrado en TO desde 1998 con el propósito de compartir las estrategias construidas focalizando en las incumbencias profesionales que dan cuenta de cómo generar conocimientos acreditados por medio del diseño e implementación de investigaciones en el ámbito concreto de su formación y la reflexión acerca de cómo dichos conocimientos se plasman en el desempeño de su rol no solo en cuanto a la producción e investigación sino en su formación profesional integral.

DESARROLLO:

La propuesta pedagógica sobre la que trabajamos se construyó teniendo en cuenta los debates en el área, la experiencia anterior en el dictado de la materia en grado y posgrado, y los aspectos contextuales presentados a continuación: a) que los alumnos en lo que se refiere a metodología de investigación cursan una materia o dos en toda su formación y que se espera que en ellas adquieran herramientas tanto de epistemología, como de metodología y estadística esperando contribuyan en diferentes tipos de producción académico profesional (elaboración de trabajos finales, tesinas, publicaciones científicas, investigaciones, etc.); b) que la carrera de Terapia Ocupacional tiene una gran carga horaria destinada a la práctica que permite el acercamiento a los ámbitos de trabajo; c) que la metodología de investigación es una herramienta valiosa que permite articular teoría y práctica promoviendo la búsqueda de herramientas y actividades acordes al abordaje de un problema; d) que el estado del arte de

los desarrollos teóricos de terapia ocupacional presenta características específicas que lo distinguen de otras disciplinas científicas.

Nuestros objetivos generales de trabajo podrían sintetizarse en que los cursantes logren:

-Conocer los fundamentos epistemológicos básicos de la producción del conocimiento científico y sus características centrales en Terapia Ocupacional.

-Desarrollar un pensamiento crítico reflexivo frente a la producción científica individual y en equipos, recuperando, actualizando y problematizando los saberes adquiridos desde una posición ética y comprometida articulando teoría y práctica.

-Apropiarse de conocimientos conceptuales y metodológicos para la formulación e implementación de un diseño de investigación.

La modalidad de trabajo propuesta es teórico-práctica. Los alumnos trabajan durante toda la cursada en pequeños grupos conformados al inicio de la misma con el fin de llevar a cabo un diseño de investigación. Dicho trabajo se realiza en la parte de la clase destinada a taller pero demanda tiempo extra-áulico donde se espera que los alumnos elaboren su diseño. El alumno utiliza los conocimientos ya adquiridos e identifica conocimientos necesarios para la delimitación fundada del recorte de su objeto de estudio, acotada en función de elementos teóricos y empíricos argumentados. Por ende esta materia se articula, nutre y contribuye con todas las materias del plan de estudios. Las estrategias propuestas a los alumnos incluyen la consulta a las bibliotecas específicas y bases de datos, la revisión de los programas de las materias de su plan de estudio y la consulta a profesores de otras materias, reconociendo así no solo la formación profesional sino también la función tutorial y de supervisión. Esto permite adentrarse en la validación conceptual facilitando el acercamiento de los alumnos al rastreo del Estado del Arte, la detección de problemáticas contextualizadas y la identificación de fuentes y bases de datos fiables necesarios para el recorte del tema y modelado del objeto de estudio. Todo lo cual se apoya con material de cátedra que incluye una guía de diferentes bases de datos específicas para Terapia ocupacional, una guía de cómo realizar fichajes básicos y de investigación, y la construcción de estrategias grupales de potenciación de las búsquedas como el compartir redes y mapas bibliográficos, referenciales, institucionales y temáticos.

En función de los contenidos y objetivos propuestos se utilizan distintas herramientas y recursos didácticos como guías de trabajos prácticos y medios audiovisuales, presentación de

investigaciones en el área, discusión en ateneos de presentación, debates y modalidad de seguimiento y corrección por preguntas(1). Respecto de la bibliografía se proporcionan los materiales de cátedra, guías de TP y bibliografía orientada según las decisiones de sus propios diseños. El trabajo con la bibliografía no es textual sino intertextual y dialógico, esto implica que son referenciados y se trabaja desde lo planteado en cada caso pero a partir de los interrogantes y problemáticas que organizan el proceso de aprendizaje.

La elección del sistema de evaluación también ha sido parte de nuestra reflexión teórico didáctica y nuestra perspectiva dialéctico crítica. La misma articula la evaluación individual y grupal, procesual y de productos, al mismo tiempo que la evaluación interactiva (entre docente y alumnos) y la autoevaluación el interior de la cátedra. Esto implica uno de los problemas de las nuevas modalidades de trabajo y contratación docente: la formación de equipos docentes y en nuestro caso con una posición y entrenamiento específico tanto en esta perspectiva respecto de la investigación científica como en una modalidad de trabajo didáctico específica para lograr los objetivos propuestos. Para ello trabajamos con un conjunto de estrategias con fuerte dedicación a la formación del equipo docente y de recursos humanos en el área a través de la incorporación de exalumnos, becarios de investigación y profesionales tanto en el equipo docente como en investigaciones concretas, articulando docencia, extensión e investigación.

Las correcciones en cada instancia de evaluación incorporan las anteriores y las reconsideran (se solicita que guarden las correcciones anteriores de cada entrega realizada y son utilizadas en cada corrección) y se realizan a partir de preguntas (orientadoras, heurísticas, tutoriales) y no de aseveraciones o valoraciones como “rehacer, bien o mal” (2), dándole de esta manera un giro a las concepciones de error (3), de evaluación (4) y de la función docente como andamiaje (5)ⁱ.

Es posible ver a lo largo de la cursada y en las sucesivas correcciones que realizan cómo los alumnos van integrando y resignificando los contenidos no solo de la materia sino del resto de las materias: discuten aspectos teóricos, consultan entre ellos, con la bibliografía y con los docentes la pertinencia de las variables seleccionadas, etc. Es necesario resaltar que los diseños son supervisados por los docentes de metodología y orientados por docentes de otras materias lo que potencia el trabajo profesional. De esta manera incentiva no solo el conocimiento sino el uso activo del pensamiento y la reflexión sobre los procesos mismos

(metacognición) colaborando a través de la identificación de problemas y a la articulación teoría-práctica contextualizada, en funciones específicas del pensamiento científico como: categorizar, conceptualizar, razonar, inferir, argumentar, generalizar y crear.

CONCLUSIONES:

La formación en Metodología de la Investigación es esencial en la formación de terapeutas ocupacionales no sólo por la adquisición de conocimientos y habilidades básicas necesarias para llevar a cabo actividades de investigación, sino para el desarrollo de competencias generales necesarias para un buen desempeño profesional, cualquiera sea su área de inserción. Si bien estas últimas son desarrolladas a lo largo de todo el plan de estudios de la carrera, el aprendizaje de la metodología de la investigación, tiene la potencialidad de afinar estas capacidades y reforzar aspectos que, dentro del propio estado del arte de los desarrollos teóricos de la disciplina, se constituyen como elementos críticos para su futuro desarrollo. Esto se produce por ejemplo, a partir del énfasis propuesto en la reflexión crítica de los supuestos básicos sobre los que descansan tanto nuestro sentido común como las producciones teóricas más elaboradas, en la necesidad de una rigurosa coherencia interna en los trabajos desarrollados, de explicitación escrita formal de todas las proposiciones posiciones y decisiones tomadas por sus autores para su comprensión detallada por parte de otros miembros de la comunidad científica, etc.

La reflexión sobre las prácticas docentes en el área y su lectura a partir de conceptualizaciones desde la psicología educacional, la metodología y la investigación educativa nos permiten realizar propuestas que potencien y colaboren con los objetivos de formación crítica y contextualizada de los futuros profesionales en el área.

REFERENCIAS:

- (1y2) Bottinelli, M. M. (2000) "El trabajo de campo como herramienta de enseñanza y aprendizaje" en: Chardón Ma. Cristina Perspectivas e interrogantes en Psicología Educacional. Ed. EUDEBA- JVE (Bs. As)
- (3)Castorina J. Antonio (1998) "Los problemas de una teoría del aprendizaje: una discusión crítica de la tradición psicogenética" en: Castorina J. Antonio; Coll César et al (comp.) **Piaget en la educación debate en torno a sus aportaciones.** (México)
- (4)Elichiry Nora (2000)"Evaluación: saberes y prácticas docentes" en:Norberto Boggino- Fernando Avendaño, **La escuela por dentro y el aprendizaje escolar.** Ed Hommo Sapiens.(Bs.As) Págs. 75 a 91
- (5) Vigotsky Lev.(1988) "**El desarrollo de los procesos psicológicos superiores**". Grijalbo. (México), Caps. 4 y 6.

Título del trabajo y subtítulo: : **MATERNIDAD Y OCUPACION.**

Apellido y nombres completos de los autores:

Navarrete Salas Erna (1), Muñoz Espinosa Irene(2)

(1) Terapeuta Ocupacional. Lic. en Ciencia de la Ocupación. Master© in Medical Science in Occupational Thepapy. Karolinska Institutet Prof. Asistente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

(2) Terapeuta Ocupacional. Orientadora en Relaciones Humanas y Familia. Lic. en Ciencia de la Ocupación. Magíster © en Educación en Ciencias de la Salud. Universidad de Chile. Prof. Asistente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

Institución a la que pertenece/n,

Escuela de Terapia Ocupacional, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Dirección postal: Independencia 1027.Independencia. Santiago. CHILE

Teléfono:+56 2 978 6183 Fax: +56 2 978 6286

e-mail: enavarre@med.uchile.cl, imunoz@med.uchile.cl

Título: **MATERNIDAD Y OCUPACION.**

Autores: Erna Navarrete , Irene Muñoz

Nombre y dirección del establecimiento: Escuela de Terapia Ocupacional, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

RESUMEN

La condición de madre y su relación con la ocupación, es un tema que ha sido poco explorado por las disciplinas relacionadas con esta ciencia. El objetivo de este estudio cualitativo fue explorar las ocupaciones de mujeres profesionales activas, tanto en su rol de madres como en su vida laboral. Los datos fueron recolectados mediante entrevistas semiestructuradas realizadas a 10 mujeres entre 25 y 40 años, que trabajaban fuera del hogar y que tenían hijos entre 1 y 12 años de edad.

La información fue analizada en base al método comparativo constante y al análisis narrativo. Las entrevistas se centraron en la descripción libre de un “día laboral tipo” de estas mujeres, considerando la forma, función y significado de sus ocupaciones.

Los resultados identifican que la forma ocupacional contempla rutinas estructuradas en torno a la actividad laboral y el cuidado de los hijos, iniciándose muy temprano por la mañana y finalizando a altas horas de la noche. En cuanto a la función de las ocupaciones desempeñadas, éstas les permiten adaptarse a las exigencias demandadas de su rol. Y por último el significado que éstas tienen para ellas se basa en la satisfacción de estas mujeres por el desempeño ocupacional. Todas logran conciliar las ocupaciones del ámbito familiar con las del ámbito laboral, y obtienen un alto grado de satisfacción en cuanto a desarrollo intelectual, social y de trascendencia personal. Reconocen como un problema, la poca disponibilidad de tiempo; todas desearían cambiar su rutina, trabajar menos horas diarias y dedicar más tiempo a su familia. Finalmente aparece una alta valoración de la condición de madre y de trabajadora, con un alto grado de identidad y de desarrollo personal. Pese a las altas exigencias de estas ocupaciones no existe el deseo de abandonarlas. Las mujeres activas en su rol de madres y en su vida laboral, narran una gran satisfacción en cuanto a su desarrollo intelectual, social y de trascendencia personal.

Palabras claves: Madres, mujer, metodología cualitativa, significado, narrativa.

INTRODUCCION:

La maternidad es una ocupación central en la vida de una mujer, con un gran significado personal que deja huella profundamente en cualquier mujer independiente de su espectro económico y sociocultural. El cuidar, criar y permanecer en su casa para proteger a los hijos y a la familia han sido las ocupaciones de una madre por siempre, sin embargo la modernidad ha hecho que la mujer se incorpore al mercado de trabajo y al mundo profesional, lo que ha traído como consecuencia nuevos valores y desafíos acerca de lo que una madre debe hacer, ya no sólo es la madre que nutre si no que también provee económicamente en gran medida al grupo familiar y en especial cuando se adquiere el rol de jefa de hogar.

Actualmente las ocupaciones de las mujeres se han vuelto cada vez más complejas, y con un alto número de actividades durante el día a día, con el fin de cumplir con los roles propios de ser madre y trabajadora. (1). En la mayoría de los casos, las mujeres profesionales que trabajan fuera del hogar, adicionalmente llevan a cabo una serie de tareas del hogar, que incluyen además el cuidado de los hijos, lo que implica que su jornada laboral se duplique, aunque cuenten con ayuda doméstica y de apoyo externo.

Entre los investigadores de las ciencias sociales y de la Ciencia de la Ocupación se ha generado un gran interés por estudiar el desempeño ocupacional de las madres que trabajan, debido a la alta complejidad de las ocupaciones de ellas. Este interés se debe a las múltiples repercusiones que tienen las actividades diarias, no sólo en el funcionamiento familiar y laboral sino también en las condiciones de salud y bienestar de la mujer. Major (2) señala que las mujeres perciben beneficios tanto materiales como psicológicos que redundan en su desarrollo profesional y personal, sin embargo cuando a la mujer se le agregan responsabilidades familiares, estas pueden ser de grandes demandas las que podrían influir en las condiciones de salud y en el nivel de bienestar general, incluyendo la satisfacción marital. (3) En la práctica nos encontramos con un grupo de mujeres con un estilo de vida poco saludable, donde prima mucho la carga de trabajo tanto dentro como fuera del hogar, con grandes exigencias impuestas por el medio, y también con un alto grado de stress.

En el estudio de Zuzanek (4), se describe como la incorporación de las mujeres al mundo laboral, tanto como los conflictos entre los roles de trabajo y familiares son cada vez más reconocidos, por el considerable aumento del estrés y angustia del padre que trabaja, y en particular en madres trabajadoras. En el mismo estudio - una situación referida por

Hochschild (1989) expone que las mujeres están sometidas a altas presiones por los dos trabajos – uno el del mercado laboral y el otro en el hogar descrito, como el “segundo turno”.

En la investigación de Blanco G, Feldman L. (5) refiere que muchas mujeres dan solución, trabajando turnos parciales, a la tensión que genera compartir ambos roles. Sin embargo, al escoger esta opción las mujeres se ven limitadas a lograr un mayor desarrollo profesional. Lo anterior se ha visto mediatizado por una serie de condiciones asociadas, como son la participación de la pareja en las tareas del hogar, el nivel de desarrollo profesional a que aspire la mujer, la edad y el número de hijos.

La naturaleza del trabajo materno y su relación con la ocupación, es un tema poco explorado en la literatura de terapia ocupacional. Los investigadores han señalado la necesidad de desarrollar mayor conocimiento acerca de este importante rol de vida. (6,1).

Llegar a comprender las historias de estas madres profesionales nos daría la oportunidad de identificar y aumentar el conocimiento en cómo la mujer asume diferentes ocupaciones, cómo maneja la complejidad de éstas dentro de un contexto exigente y dentro de marcados patrones culturales.

La narrativa (7) es un evento centrado en historias particulares, ubicadas en un tiempo y lugar particular, estas historias involucran acción, más específicamente, acción humana, y particularmente interacción social. Como herramienta de investigación nos permite explorar las experiencias vividas por mujeres madres con una actividad profesional, usualmente de alta exigencia lo que permitiría generar conocimiento que capte la riqueza del significado de la ocupación del rol de madre y su naturaleza dentro del marco de vida de las personas.(8)

El conocimiento adquirido a través de la narrativa permitiría orientar o dar una mejor intervención de terapia ocupacional dentro del rol materno versus rol trabajadora, en la reorganización del diario vivir y de descubrir el significado de lo cotidiano, de las rutinas esenciales que crean la vida diaria familiar

Frente a estas interrogantes de cómo las mujeres desempeñan ambos roles se llevó a cabo este estudio cualitativo cuyo objetivo fundamental fue explorar las ocupaciones de mujeres profesionales activas, tanto en su rol de madres como en su vida laboral y llegar a comprender la forma, función y significado de las ocupaciones que ellas desempeñan. (9)

METODO

Este estudio de metodología cualitativa se llevó a cabo en un grupo de 10 mujeres entre 25 y 40 años, madres de uno o más hijos entre los 0 y 12 años quienes cumplían con la característica de ser profesionales y que se encontraban trabajando fuera del hogar.

Se contactaron 10 mujeres que reunían los criterios de ser madres con un rango de edad entre 25 y 40 años, escolaridad completa, con trabajo remunerado fuera el hogar, con hijos entre 1 a 10 años de edad. Cada participante firmó un consentimiento informado, en el cual dio su autorización para participar de este estudio.

Recolección de datos y análisis.

Los datos se recolectaron a través de una entrevista semiestructurada, (10) individual con una duración de 60 a 90 minutos, la que permitió abordar el tema de cómo la maternidad influye en el desempeño ocupacional en la mujer. Cada entrevista fue grabada y transcrita. En el análisis de los datos se utilizó el programa Atlas ti.

Para asegurar la confiabilidad, las entrevistas fueron analizadas por el segundo investigador y el primer entrevistador, posterior al análisis de los datos se confirmaron los temas con las participantes. También se contacto una tercera persona experta en metodología cualitativa para validar el proceso y establecer la credibilidad de los hallazgos.

HALLAZGOS

Del análisis de las experiencias de las participantes emergieron tres grandes temas relacionados con la maternidad y el rol profesional. El primer tema fue: Alta valoración de la condición de madre y de trabajadora del que se deriva siguiente subtema El trabajo doméstico no es de interés personal. El segundo tema principal fue Expectativas de cambio de rutina con una clara manifestación de tener más tiempo y la postergación de si mismas por ocupación de ser madre. Y el tercer tema fue Satisfacción por su desarrollo intelectual, social y de trascendencia personal.

Alta valoración de la condición de madre y de trabajadora.

Todas las participantes coinciden en valorar el ser madres como una de las actividades más significativas, siendo rol prioritario en sus vidas. Por lo que en la organización de sus rutinas tienden a priorizar por aquellas actividades que les permiten estar y compartir mayor tiempo con sus hijos.

“ese tiempo para mi es sagrado para estar con mi hija, por eso yo..no me gusta tomar trabajos que necesiten horarios extras”

“en el trabajo uno tiene beneficios profesionales, personales, pero el tiempo que le dedico a mis niñas, es distinto, es lo que va a permanecer en el tiempo, lo que van a recordar de mi, lo que yo voy a recordar de ellas...me es un valor muy importante, que va a perdurar durante la vida.”

Uno de los significados más recurrentes en estas mujeres en la ocupación de ser madres, es la trascendencia personal, es la permanencia en el tiempo, lo que responde a una necesidad innata del ser humano. Son en estas ocupaciones donde reconocen un mayor grado de satisfacción a la hora de priorizar entre las actividades laborales y del cuidado y crianza de los hijos.

Este grupo de mujeres también le asignan una gran valoración al rol de trabajadora, ya que esta actividad permite generar un desarrollo personal y social, el que se traduce en el desempeño de ocupaciones satisfactorias, las cuáles son elegidas por opción y les facilitan el integrarse al modelo de sociedad que espera la incorporación de la mujer al mundo laboral. Además reconocen el ámbito laboral como espacios propios, en el cual pueden ser competentes y realizar otras actividades de creación y recreación.

También es coincidente que las actividades son de altas exigencias pero aún así no existe el deseo de abandonarlas, la mayoría de las mujeres desearía trabajar media jornada, lo que les permitiría por un lado llegar a satisfacer su necesidad de desarrollo personal, y por otro poder dedicar más tiempo para estar con los hijos.

“es como tu desarrollo personal, es lo que tu quieres y tu aspiras como profesional”

“el aporte en que me siento satisfecha con lo que hago estoy feliz. Probablemente si no trabajara, no lo pasaría bien”

“el almuerzo con mis amigas en el trabajo, es una actividad que me gusta muchísimo, porque es un momento como de desahogo de las cosas que nos están pasando, recibir consejos, de reírnos, es un momento agradable...”

El trabajo doméstico no es de interés personal.

Una de las ocupaciones que socio culturalmente son parte de las mujeres, es el trabajo doméstico el cual se debe considerar como parte de la rutina diaria. Se sabe que la división del trabajo familiar es desequilibrada respecto a las mujeres, incluso cuando trabajan fuera de casa. Sin embargo en este grupo estas ocupaciones no son significativas, ya que cuentan con

ayuda doméstica y colaboración de parte de sus parejas en las actividades del cuidado del hogar.

“la nana se hace cargo... no lo podría hacer, no podría ser dueña de casa..”

“la labor doméstica siempre es necesaria, pero es rutina, no te permite, desarrollarte, no ha limpiar mejor, no te permite desarrollarte intelectualmente, ni permite ampliar visiones, no...”

“...en definitiva no me gustan, de hecho creo que mi marido es más dueño de casa que yo”

Expectativas de cambio de rutina.

Notoriamente se observó una mayor tendencia de las mujeres de cambiar su rutina, en relación a trabajar menos horas diarias y poder dedicar más tiempo a su familia, considerando compartir no sólo con sus hijos sino también con sus parejas.

Las expectativas del cambio de rutina, surge por la escasez de tiempo para compartir la diversidad de actividades con los hijos, las que principalmente están centradas en el cuidado, tareas escolares, transporte. Esto dificulta el desarrollo de actividades de esparcimiento, las que se centran principalmente los fines de semana. Estos tiempos son aún menores para compartir actividades con la pareja, los cuáles se centran en temas propios del hogar y de los niños.

“me gustaría trabajar medio día y estar más tiempo con mi hija, poder participar de más cosas”

“concretamente me gustaría trabajar media jornada, trabajar para desarrollarme profesionalmente y tener más tiempo para dedicarle a mis hijos”

“me gustaría tener más tiempo para compartir con mi pareja, en eso, no tenemos muchas opciones, excepto el fin de semana”

Llama la atención que la mayoría de las mujeres centran el cambio para dedicar más tiempo a otros y no dedicar tiempo para el desarrollo de actividades de esparcimiento o autocuidado. Pareciera que la ocupación laboral es por si misma su actividad de esparcimiento y no permiten darse otros tiempos como por ejemplo ir al gimnasio, a un taller o a una reunión de amigas, en forma frecuente.

“yo tengo red de apoyo, lo puedo hacer, pero no lo hago, porque no quiero, no porque no puedo. El día que yo quiero ir a la peluquería voy, porque yo no puedo decir ¡que yo me olvido de mi, que estoy postergada!, voy, si quiero salir con mis amigas voy, pero prefiero estar con mi hija”

“no sé yo creo lo que dedico aquí en el trabajo en la parte profesional, es el tiempo que dedico netamente para mi”

Satisfacción por su desarrollo intelectual, social y de trascendencia personal

Todas logran conciliar las ocupaciones del ámbito familiar con las del ámbito laboral, y obtienen un alto grado de satisfacción en cuanto a desarrollo intelectual, social y de trascendencia personal. El significado que le dan a las ocupaciones de madre y trabajadora, resultan ambas de un gran sentido de su existencia, considerándose importante el no dejar de desempeñarlas a pesar de las exigencias que estas ocupaciones conllevan.

CONCLUSIONES:

Este estudio de metodología cualitativa muestra la evidente importancia que las mujeres dan a las ocupaciones propias de la familia, la organización es primordial para llevar a cabo tareas tales como el manejo de la casa y el cuidado de los niños sobretodo pequeños. Además se suma la importancia que tienen las ocupaciones relacionadas con el trabajo que desempeñan, a pesar de las exigencias y costos personales, éstas les brindan un alto grado de identidad y de desarrollo personal, lo que con lleva al gran significado de sentirse eficientes en el desarrollo de éstas. Este hallazgo concuerda con estudios acerca del tema. (11)

Otro hallazgo, que concuerda con lo estudiado por Zuzanek (4) permite inferir como el nivel de instrucción de este grupo de madres es una ventaja ya que les permitiría acceder a trabajos con flexibilidad de horarios ayudando a conciliar la vida laboral con la familiar. Por lo que las dificultades de compatibilizar sus ocupaciones serían menores en relación a otros grupos de madres con menor instrucción. Adicionalmente este grupo de madres cuentan con redes de apoyo para el cuidado de los niños como ayuda doméstica, jardines infantiles, colegios y apoyo de los propios padres.

Llama la atención, como lo describen algunos estudios relacionados, que en las narrativas de las entrevistadas no surgieron antecedentes de altos niveles de angustia y de estrés por las múltiples ocupaciones que desempeñan. Esto podríamos comprenderlo desde el apoyo que el grupo posee en las labores domésticas y del cuidado de los hijos, así como también desde los altos niveles de satisfacción laboral.

En resumen, podríamos concluir que las madres que trabajan se sienten altamente satisfechas con el desarrollo de ambas ocupaciones, a pesar de las exigencias que éstas conllevan, el nivel de satisfacción claramente se relaciona con la capacidad de poder

desarrollarse en los dos ámbitos, y se ve favorecido por el apoyo con el que cuentan en el cuidado de los hijos y del hogar.

Concluyendo este artículo se sugiere futuras investigaciones de estos complejos temas a través de otros estudios que consideren a los hijos de estas madres, a sus parejas, a otros grupos de madres, y a las mujeres que trabajan en ayuda doméstica. Especialmente en un contexto cultural latinoamericano donde la vida familiar tiene un gran significado en nuestras sociedades.

Desarrollar una mejor comprensión y generar nuevos conocimientos de la complejidad de las ocupaciones del ser humano, y en especial del trabajo maternal en las ocupaciones del diario vivir, es el objetivo de la Ciencia de la Ocupación con el uso de la narrativa, la exploración del significado, es lo que mejor retrata la esencia de lo natural en el diario de las personas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Larson, E. (2000). Mothering: Letting go the past ideal and valuing the real. *Am J Occup Ther.* May-Jun; 54(3):249-251.
2. Major B. (1993). Gender, entitlement, and the distribution of family labour. *J Soc Issues;* 49(3):141-159.
3. Pantoja, C., Anastassiou, I.(1998). “Rol de la mujer del siglo XXI” Chile Unido. <http://www.chileunido.cl/>
4. Zuzanek, J. (1998). “Time use, time pressure, personal stress, mental health, and life satisfaction from a life cycle perspective”. *Journal of Occupational Science,* 5, (1) 26-39.
5. Blanco G, Feldman L., (2000). “Responsabilidades en el hogar y salud de la mujer trabajadora”. *Salud Pública Méx v.42 n.3 Cuernavaca mayo/jun. Salud Pública de México, ISSN 0036-3634 versión impresa.*
6. Francis-Connolly, E. (1998). It never ends: Mothering as a lifetime occupation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy,* 5, 149-155.
7. Mattingly C, Lawlor M. Learning from stories: narrative interviewing in cross-cultural research. *Scand J Occup Ther* 2000; 7: 4–14.
8. Zemke R, Clark F. (1996) Preface. En: Zemke R, Clark F. (editors) *Occupational Science: The evolving discipline.* Philadelphia: F.A. Davis: vii-xviii.
9. Barker, S. Roberts, E. (2006) An exploration of mothers’ perceptions mothering occupations and experiences. *Occupational Therapy in Health Care,* Vol. 20(2).
10. Kvale, S., (1996) *Interviews: An Introduction to Qualitative Research interviews.* Ch 5,6,7,8, CA: Sage Publications.
11. Rodó, A, et al (1993). Los nuevos roles y la construcción de identidad femenina. *Documentos de trabajo, n°144.* Centro de Estudios Sociales y Educación Sur, Santiago.

T.O. Erna Navarrete

T.O. Irene Muñoz

Título

“La modificación de los hábitos y rutinas de las personas afectadas por la catástrofe hídrica de la ciudad de Santa Fe”.

Autores

Mariana Boffelli, Carla Boggio, Daniela Chiapessoni, Mauro Demichelis, Milagros Demiryi, Juan Funes, María del Carmen Heit. Universidad Nacional del Litoral

Escuela Superior de Sanidad – Facultad de Bioquímica y Ciencias. Biológicas- Universidad Nacional del Litoral - Santa Fe (Capital). Santa Fe. Argentina. Ciudad Universitaria. Paraje El Pozo S/N, Tel/Fax: 0342-4575222 / 4575216 int. 111. E-mail: boffelli@fcb.unl.edu.ar (Coordinación Licenciatura en Terapia Ocupacional)

Resumen

La ciudad de Santa Fe vivió la más dramática de las catástrofes hídricas en el año 2003. El río Salado se desbordó afectando directamente a 150.000 habitantes, produciendo pérdidas en vidas, viviendas, instalaciones, producción y daños en salud, educación, fuentes laborales e identidad de personas, familias, barrios y comunidades, que perduran en el tiempo.

Los cambios producidos en las ocupaciones y representaciones de personas, generaron nuevas configuraciones cuya dimensión ocupacional se desconoce.

Las ocupaciones caracterizan y organizan la vida de personas y sociedades, aportando a los estados de salud y función ocupacional. Una de sus expresiones es a través de las rutinas y hábitos cotidianos.

Terapia ocupacional toma la iniciativa de investigar sobre el tema por su actualidad y vacancia. La Universidad acredita el proyecto cuya duración es de tres años.

Los propósitos son:

- Analizar los cambios de rutinas y hábitos con mayor impacto en la vida de las personas
- Caracterizar los procesos de interrupción y adaptación ocupacional
- Construir indicadores de necesidades desde la perspectiva de los afectados
- Detectar los soportes más efectivos para la recuperación ocupacional

Se utiliza metodología cualitativa. La selección de participantes es no probabilística. La recolección de datos se realiza combinando narrativas ocupacionales, entrevistas en profundidad e historias de vida.

Se concluyó el pilotaje, iniciando actualmente la etapa de recolección de datos.

Se está en condiciones de compartir las pautas y categorías construidas en esta etapa así como el estado del arte, los fundamentos teóricos y la evidencia empírica que sustentan esta experiencia.

Palabras claves: catástrofe, rutina, hábitos, terapia ocupacional

Introducción

La catástrofe hídrica producida por el desborde del Río Salado, en la ciudad de Santa Fe (ubicada en el noreste argentino) en el año 2003, marcó la vida de los pobladores; tanto de los afectados directos (150.000 habitantes) como de la ciudad en su conjunto. La vivencia directa y la participación en las tareas de emergencia y reconstrucción que continúan hasta la actualidad, motivaron la decisión de constituir un grupo de investigación de terapia ocupacional.

En Terapia Ocupacional, las experiencias desarrolladas durante y posteriormente al desastre, han permitido detectar vacíos críticos en la formación profesional.

Esta iniciativa es el primer esfuerzo sistematizado en la Argentina, para producir y validar conocimientos que permitan caracterizar el impacto que la catástrofe ha producido en la dimensión ocupacional en la vida de las personas.

Las catástrofes son un tema de actualidad y relevancia a nivel mundial, y una problemática común a la realidad latinoamericana.

La expectativa está focalizada en que los resultados se constituyan en insumos, para la elaboración de políticas, la producción de cambios legislativos, la organización del sistema de salud y educación, entre otros.

Es así que en el marco de los Proyectos de Investigación y Desarrollo (CAID-2005), de la Universidad Nacional del Litoral, se inicia el estudio denominado: “La modificación de los hábitos y rutinas diarias de personas afectadas por la catástrofe hídrica”.

El presente trabajo está en condiciones de compartir las pautas y categorías construidas en esta etapa de desarrollo, así como el estado del arte, los fundamentos teóricos y la evidencia empírica que sustentan esta experiencia.

Desarrollo

I. Antecedentes

La problemática de los desastres y catástrofes viene siendo estudiada de manera creciente desde diferentes disciplinas en los últimos dos decenios. Una expresión de la preocupación sobre el tema en la comunidad internacional, fue la declaración de las Naciones Unidas de los años 1990/1999, como Decenio Internacional para la reducción de desastres. Así también como el establecimiento de la Secretaría Permanente “Estrategia Internacional para la reducción de los desastres”, en el ámbito mundial. Hasta la década del 60, las áreas privilegiadas de investigación en relación a los fenómenos de catástrofes fueron las ciencias físicas y la ingeniería, configurando la visión dominante sobre la problemática que Henitt (1983), caracterizó como enfoque tecnocrático. Las ciencias sociales, hasta ese momento, ocuparon un rol secundario en el análisis del tema. (1) De allí en más, surge una línea de investigación que plantea una visión alternativa al “paradigma estructural” (Smith, 1996). Esta línea procura hacer visible la dimensión social de las situaciones de catástrofes. Visión que ha sido desarrollada por psicólogos comunitarios, sociólogos, antropólogos, geógrafos, entre otras disciplinas, todos con considerable experiencia en países del tercer mundo (2). Se incorpora así la noción de riesgo que integra la visión

fisicalista y el enfoque social. Los modelos holísticos, conceptualmente entienden el riesgo como una construcción dinámica dada por la interacción entre amenazas, vulnerabilidad, pérdidas, daños y estrategias de adaptación. El daño como evidencia empírica materializa el riesgo.

Los aportes de autores como Gilbert White, dentro de la perspectiva de la ecología humana, o de Westgate, Wisner, O'Kee, Hewwitt y otros, desde la perspectiva de la economía política, encontraron un fuerte eco en los años 1990 (3).

En 1992, la creación de la Red de Estudios Sociales en Prevención de Desastres en América Latina buscaba fortalecer las visiones sociales sobre los desastres y establecer un más justo equilibrio entre los aportes necesarios de las ciencias básicas y las ciencias sociales (4).

Por su parte el sector salud, con fuerte gravitación en el tema, ha producido abundantes conocimientos en relación al impacto de las catástrofes en los aspectos psicofísicos de la salud de los damnificados (5). Conocimientos que han avanzado del enfoque clínico con tipificaciones tales como el PTSD (Post Traumatic Stress Disorder, DSM IV), a los enfoques epidemiológico y comunitario, que enfatizan en estrategias de atención primaria de la salud de las víctimas de desastres (6).

Los avances en el conocimiento del tema permiten afirmar la idea de que un solo gran desastre es en realidad un número infinito de pequeños desastres que afectan de manera diferenciada a múltiples individuos, familias, comunidades y zonas. Resultando éste el ámbito más apropiado para describir y captar la dimensión del impacto desde su expresión en daños y pérdidas (7).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), como organismos de indiscutible trayectoria, han realizado aportes de manera

sistemática y permanente desde programas específicos sobre el tema.

Hay algunos antecedentes de estudios en terapia ocupacional, sobre efectos de hechos catastróficos, como el de Rosenfeld, M. S (8). (1987), que examinó la interrupción de las rutinas de la vida cotidiana causados por incendios domésticos y de los procesos de adaptación que emprenden las víctimas para restablecer patrones eficaces de actividad dirigida (9).

Existen también terapeutas ocupacionales norteamericanas, que han iniciado estudios sobre los cambios producidos en la vida de las personas luego de los ataques terroristas producidos el 11 de septiembre del 2001.

Sin embargo no se han encontrado investigaciones en terapia ocupacional a nivel internacional y local sobre las consecuencias de las catástrofes desde la perspectiva ocupacional.

Se identificaron antecedentes de investigaciones en T.O. sobre las rutinas cotidianas de personas con afecciones patológicas. Entre ellos la de Bridle. M. J., Link, B. Y Quessembery, C.M. (1990), que incluyó a adultos con lesión medular en las áreas de organización de rutinas de la vida cotidiana (10) y la de Weeder, T. (1986), que comparó a adultos esquizofrénicos con adultos normales en los patrones temporales de las actividades cotidianas y el significado de esas actividades cotidianas (11). Cabría ver la posibilidad de relación entre este tipo de eventos de vida y las situaciones de catástrofes, en cuanto a su impacto ocupacional.

A las referencias internacionales citadas se puede agregar la investigación realizada en Argentina sobre las consecuencias psicológicas de las explosiones ocurridas en la Fábrica Militar de Río III, Córdoba (12). Los autores advierten sobre la necesidad de actualizar los conocimientos sobre hechos

catastróficos para fortalecer las redes de prevención, mitigación y rehabilitación.

A partir de este estado del arte, se puede afirmar que la dimensión ocupacional del impacto de la catástrofe es aún un tema desconocido y de vacancia. La vigencia del tema se actualiza dramáticamente a la luz de los acontecimientos catastróficos sucedidos en el mundo en los últimos tiempos. En este orden, el aumento significativo de los desastres a nivel mundial, han provocado la revisión de categorías y tipologías de análisis.

Las catástrofes son definidas por la UNESCO como “ una grave perturbación en el funcionamiento de una comunidad o sociedad que causa pérdidas humanas, materiales, económicas y/o medio ambientales”. Por su parte, las Naciones Unidas acuña una de las clasificaciones más utilizadas, que distingue las catástrofes entre naturales y tecnológicas.

En esta tesitura es el planteo de Lozano Ascencio (2001, 1995) quien afirma que existe una construcción social de los desastres. Mientras que Subirats, E. (2005), al analizar la catástrofe provocada por el huracán Katrina, plantea que “lo nuevo y radicalmente amenazador es la representación política y mediática como accidente natural de lo que en realidad es un desastre producido por factores industriales y económicos globales y locales”. Concluyendo que las catástrofes naturales no existen porque no existe la naturaleza independiente de la naturaleza humana. La inundación ha marcado la vida, las ocupaciones y las representaciones de personas y grupos generando nuevas configuraciones aun desconocidas en su dimensión ocupacional.

Las catástrofes son fenómenos complejos, multidimensionales, heterogéneos y cambiantes, que afectan al bienestar de la salud de las personas y comunidades. Las dimensiones biológicas, psicológicas, ocupacionales,

espirituales, económicas, políticas, culturales y ambientales, por mencionar solo algunas, obligan a captar la arquitectura de esta complejidad para avanzar en su comprensión. El aporte de la teoría dinámica de los sistemas constituye una perspectiva válida, así como el estudio de Simon, H sobre las propiedades de los sistemas complejos. En particular: la casi descomponibilidad de los sistemas, la necesidad del traslado de la descripción de estado a la descripción de proceso de la realidad y la relación de la dinámica de alta frecuencia asociada a los subsistemas y la de baja frecuencia con los macrosistemas.

Las ocupaciones caracterizan la vida humana, constituyen fuente de identidad personal y social (Chrisitensen, 1999), y organizan la vida cotidiana aportando a los estados de salud y función ocupacional.

La historia, el sentido de la vida y la identidad, devienen de una construcción dialéctica entre las ocupaciones y los contextos.

La casa en donde vivimos, el trabajo, el estudio, los objetos personales y laborales, el barrio, los vecinos; se revisten de sentidos según las experiencias, oportunidades, metas, sueños y proyectos que cada cual tenga individual y colectivamente.

En pocas horas, la inundación arrasó con todo esto e instaló múltiples escenarios rápidamente cambiantes, marcando la vida, las ocupaciones, las representaciones de personas y grupos.

Las pérdidas en vidas y en bienes; los daños materiales y morales, no solo son cuantificables sino que han generado nuevas configuraciones que aún se desconocen en su impacto ocupacional.

Una de las características de la ocupación como proceso activo es la elección de las ocupaciones, la toma de decisiones que nos capacita para ejercer control y poder en las actividades cotidianas.

El análisis de la inundación en Santa Fe requiere la consideración de las políticas que se vienen implementando en los últimos veinte años en todos los órdenes: económico, laboral, sanitario, educativo, cultural. Porque han sido la naturaleza de esas políticas y la forma de ejercer el poder, las verdaderas causas que provocaron la catástrofe y el posterior desastre.

“La inundación de la ciudad de Santa Fe no puede ser entendida de manera aislada, como un fenómeno de la naturaleza, sino en el contexto de las profundas alteraciones hechas por el hombre en el medio ambiente y la negligencia e irresponsabilidad de los gobiernos locales”.

El modo de irrupción violento y sorpresivo de una catástrofe, produce en segundos transformaciones en todos los órdenes de la vida.

¿Qué sucede cuando los cambios en las ocupaciones se producen no por decisión propia y de un día para otro, la vida de miles de personas se transforma sin haber tenido participación activa en esos cambios y las pérdidas cruzan todos los escenarios de la vida cotidiana?

La privación, la marginación y el desequilibrio ocupacional son algunas de las consecuencias más comunes producidas, compatibles con la teoría preliminar de justicia ocupacional planteada por Townsend, E. & Wilcock, A: (2002).

Desde la Ciencia de la Ocupación resultan pertinentes para la comprensión de este fenómeno, los aportes de Yerxa, E. (1989), sobre el ser ocupacional; de Clark F. (2000), sobre hábitos y rutinas ocupacionales y el tiempo como fuerza importante para la organización ocupacional; y los de Hocking y Levine (1997) sobre las nociones de temporalidad y los procesos ocupacionales.

De igual modo resulta iluminador el paradigma de atribución de poderes en cuanto al valor de las oportunidades de elección

de las personas sobre las ocupaciones significativas, compatible a su vez con la perspectiva de los derechos humanos y los aportes de Kondo, T. (2004) sobre la necesidad de utilizar teorías universales y específicas a la cultura.

II. Problema de investigación

“La modificación de los hábitos y rutinas de las personas afectadas por la catástrofe hídrica de la ciudad de Santa Fe”.

III. Estado de desarrollo del equipo de investigación

El equipo de investigación está formado por 6 Terapeutas Ocupacionales (2 Licenciadas en T.O., 3 Mastrandos), 1 Terapeuta Ocupacional y 1 Psicólogo (Doctorando).

Cada uno de los integrantes tuvo intervención directa durante la catástrofe hídrica y en las etapas posteriores hasta la actualidad, participando en diferentes organismos: Comité de Salud Mental; Comité de Solidaridad, Centros de Evacuados, Asamblea Permanente de Personas Afectadas por la Inundación, Organismos de Derechos Humanos de Santa Fe.

IV. Objetivos

Objetivos generales:

- Contribuir al proceso de reconstrucción post-catástrofe de la vida de las personas, familias y grupos de la comunidad santafesina.
- Aportar al mejoramiento de la calidad de vida de las personas afectadas por la catástrofe hídrica.

Objetivos específicos:

- Identificar y analizar los cambios de rutinas y hábitos que mayor impacto han producido en la vida de las personas.
- Analizar y ponderar las características de los procesos de interrupción y adaptación ocupacional.

- Identificar y construir indicadores de necesidades desde la perspectiva de los afectados y las categorías de análisis de la disciplina.
- Detectar los soportes que resultan más efectivos para la recuperación ocupacional.
- Elaborar una propuesta curricular sobre el tema catástrofe en base al análisis de los planes de estudio de las carreras de la Escuela Superior de Sanidad (Lic. en Terapia Ocupacional, Lic. en Saneamiento Ambiental y Lic. en Administración Hospitalaria).

V. Material y métodos

Se utiliza la metodología cualitativa. El diseño combina los aportes de la etnografía y la fenomenología que permiten tomar la perspectiva de los directos afectados, captando información que no está disponible y que constituye un aporte tanto para la evidencia empírica como para los constructos teóricos.

V. a) Caracterización de la población

La información estadística disponible, “Empadronamiento de inundados 2003” (IPEC) (13), fue realizada en base a 97.655 personas y 27.911 hogares afectados.

Este estudio aunque parcial, aporta datos en relación a la cantidad de afectados por la inundación según edad, sexo, vivienda, nivel y permanencia del agua en las viviendas, condición durante la inundación (evacuado, autoevacuado, permanencia en techos), situación laboral, vecinales y zonas.

V. b) Selección de los participantes

De los criterios no probabilísticas, se utilizaron la combinación de casos típicos, casos extremos e informantes claves, como estrategia para recabar la información de lo que los hace similares y diferentes a la vez. (Bailey, D. 1997) (14).

Las unidades de análisis, están constituidas por cada persona que cumple con la condición de haberse inundado,

haber tenido 18 años o más al momento de la inundación, estar dispuesto a brindar información de sus propias vivencias y manifestar su consentimiento para participar del presente estudio.

Los casos se seleccionaron de manera tal que en su conjunto, expresen la diversidad de las características del fenómeno de estudio, en particular: edades, sexos, condición económico-social, ocupaciones y participación social.

Se seleccionaron ocho barrios más seriamente comprometidos: Sur, Centenario, San Lorenzo, Chalet, Santa Rosa, Villa del Parque, Barranquitas, Roma; acorde a la información estadística.

Se incluyeron también los barrios 29 de Abril y La Tablada, constituidos después de la catástrofe por la particularidad de estar conformados por familias que quedaron sin viviendas.

V. c) Recolección y análisis de datos

Se realiza una pesquisa de tipo naturalista. La información se recaba en los contextos de desempeño de cada participante y según su propia elección. En general, acontece en las viviendas, lugares de trabajo y del barrio.

Los instrumentos utilizados para la recolección son entrevistas en profundidad, historias de vida y narrativas ocupacionales, con una mayor utilización de estas últimas.

Fundamenta esta elección el hecho que la narrativa y el significado que las personas otorgan a las vivencias (Polkinghorne, D. 1996) (15). Los eventos escogidos, las descripciones, el orden, la secuencia, abren la puerta a la comprensión. La casa donde se vive, el trabajo, el estudio, los objetos personales y laborales, el barrio, los vecinos; se revisten de sentido según las experiencias, metas, sueños, proyectos y oportunidades que cada cual tenga individual y colectivamente. La fuerza de la narrativa permite comprender la identidad,

provee dirección y propósito al unir eventos de la vida a través del tiempo.

Se realizó una prueba piloto con 5 narrativas ocupacionales, 2 entrevistas en profundidad y 1 historia de vida. De los 8 participantes, 6 fueron afectados directos por la inundación en Santa Fe y 2 de ellos a su vez, integrantes del equipo de investigación. Los otros 2, son ciudadanos chilenos, uno afectado por el desborde al Canal San Carlos, Comuna La Reina, Santiago de Chile y el otro damnificado por el terremoto de Antofagasta.

El material fue registrado en grabaciones. Su análisis y tematización primero fue realizado individualmente por cada investigador, luego de manera cruzada entre todos los investigadores y por último fue sometido a análisis de pares externos; a modo de fortalecer la validez de los hallazgos.

La definición de los temas y la elaboración de premisas, pautas y categorías compatibles con los fundamentos y constructos teóricos, fueron el foco de trabajo durante la prueba piloto. Este proceso permitió organizar la información analizada alrededor de los siguientes tópicos claves.

- Los cambios producidos en las ocupaciones y el significado que le otorgan las personas (rutinas, hábitos, tipo de ocupaciones, cantidad)
- Las pérdidas relacionadas con las ocupaciones y el significado de las mismas.
- El sentido de control sobre las propias vidas, en particular las decisiones ocupacionales.
- La percepción personal del tiempo y la temporalidad en relación a las vivencias ocupacionales.

En base a este material producido se construyeron las guías para las narrativas, historias de vida y entrevistas en profundidad.

Para la recolección y análisis de datos, se aplica la triangulación utilizando diferentes métodos de recolección y diferentes investigadores.

La elección de los participantes, las condiciones de obtención de los datos, los múltiples investigadores, la examinación de pares externos, los investigadores en calidad de participantes y el registro mecánico de los datos, son algunos de los criterios utilizados para elevar la fiabilidad interna y reducir las amenazas de este estudio.

Se ha iniciado este año, el trabajo de campo que se estima demandará entre un año y un año y medio. Por las características de esta investigación, el proceso de análisis se realiza a la par de la recolección de datos. Se aplicará el análisis de contenido que permita construir categorías de las dimensiones ocupacionales del fenómeno estudiado.

VI. Impacto del Proyecto

VI. a) Resultados significativos en investigación

Por ser el primer Proyecto de investigación de Terapia Ocupacional acreditado por la Universidad Nacional del Litoral, se ha constituido en un espacio para la formación de profesionales y alumnos de grado en los métodos y técnicas de investigación cualitativa de Terapia Ocupacional. Tres estudiantes ya han realizado sus trabajos finales.

Se espera consolidar el grupo de trabajo y ampliar el área de investigación en Terapia Ocupacional, con prácticas de campo para alumnos de grado y realizar aportes curriculares sobre el tema específico, para las carreras de la Universidad Nacional del Litoral.

VI. b) Formación de recursos humanos

El equipo de investigación ha organizado y realizado el Curso: “Desastres, catástrofes y emergencias complejas. Salud mental, vulnerabilidad, riesgo y prevención” (Resol. C.D. N°404/06. UNL), en el que participaron profesionales y

estudiantes de las áreas salud, educación y comunidad, así también como socorristas, voluntarios, integrantes de distintas agrupaciones de inundados y periodistas de radios comunitarias

VI. c) Transferencia

Se ha solicitado del equipo, su aporte como consultor. Esta actuación se viene desarrollando con el Centro de Estudios Municipales y Provinciales. (CEMUPRO- Santa Fe).

Parte de los miembros del equipo de investigación, también han desarrollado durante el año 2005, un Proyecto de Extensión e Interés Social, avalado por la Universidad Nacional del Litoral. A través de éste, se brindó un servicio a la comunidad, en particular a un grupo de instituciones que fueron afectadas por la catástrofe y se dedican a la atención de niños. En este proyecto participaron estudiantes de Terapia Ocupacional y del Profesorado de Educación Física además de profesionales de estas disciplinas y Psicología.

En el marco del proyecto se continuarán ofreciendo servicios y consultorías para instituciones y grupos de la comunidad que se encuentran trabajando en la problemática: organizaciones no gubernamentales y grupos de afectados directos.

El producto de la investigación se ofrecerá a los responsables de políticas y programas de salud y promoción social (organismos oficiales) y a las Asociaciones de Terapistas Ocupacionales (provinciales, nacionales e internacionales) para la elaboración de programas y proyectos que atiendan las necesidades detectadas. La Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales, ya se ha interesado por esta investigación

Se continuará brindando los conocimientos producidos para su utilización en la organización de programas de extensión y servicios a terceros desde la Universidad, donde los alumnos y docentes capacitados en el tema, transfieran los

conocimientos adquiridos. Se implementará en los planes de estudio.

Es propósito del equipo que los resultados se constituyan en insumos básicos para el sistema de salud en general, para las políticas sociales y para las organizaciones de la sociedad civil.

Desde la convicción que este trabajo, permitirá ponderar el rol de la Universidad en la reconstrucción post-catástrofe, elevar la calidad de los futuros profesionales con competencias para la intervención en situaciones de catástrofes y con la esperanza de aportar en algo al bienestar y recuperación ocupacional de las personas y poblaciones que sufren a causa de tales injusticias.

VII. Reflexiones finales

La experiencia desarrollada desde este proyecto, permite compartir los avances hasta aquí expuestos y obliga a la vez, a reflexionar sobre aspectos medulares del tema en cuestión

Las catástrofes devienen y/o derivan en situaciones de violación y/o restricción de una amplia gama de derechos, por acción u omisión.

La privación y restricción de oportunidades, configura a las personas afectadas como excluidos sociales carentes de perspectivas de desarrollo. La noción de derechos sociales conlleva necesariamente el imperativo moral de la inclusión.

La historia de los países latinoamericanos está plagada de ejemplos de situaciones catastróficas: terremotos en Chile, erupciones volcánicas en Colombia, inundaciones en Venezuela, Uruguay, Brasil y Argentina. Las provincias de nuestro país, de norte a sur y de este a oeste, se ven sacudidas por estas experiencias cada vez con mayor asiduidad. Siempre los más afectados son los más pobres. Esto no es producto de la casualidad ni es un fenómeno de la naturaleza. Es producto de las políticas.

Resulta ineludible y urgente que los Terapeutas Ocupacionales, incorporemos a la agenda de debate y tomemos posicionamiento sobre temas centrales como la pobreza, la exclusión, las políticas públicas y los derechos humanos.

La producción de conocimientos y el aporte de soluciones a los problemas actuales, devienen del compromiso que asumamos desde Terapia Ocupacional, con los sectores poblacionales que sufren la exclusión.

Necesitamos nutrirnos tanto de las teorías universales como de las teorías específicas, tal como sostiene Kondo (2004) . Apoyarnos en ensayos de carácter multidisciplinario sobre problemas comunes que impactan en la ocupación. Al respecto, la concepción de Sen, A. (Premio Nobel de Economía, 1998) sobre la pobreza, al caracterizarla como un fenómeno no exclusivamente económico medible por variables de ingreso sino como un tema mucho más complejo que comprende dimensiones relacionadas con la equidad, las políticas sociales, los derechos económicos, sociales y culturales; abre una perspectiva de análisis necesaria a recorrer en el tratamiento de problemas comunes.

Referencias

- 1 Henitt; 1983; Smith 1996 Y White, Luestgate, Wisner, O’Keefe, Hewwitt en Sanahuja Rodriguez, H. 1999. “El daño y la evolución del riesgo en América Central”. Red de estudios Sociales en Prevención de Desastres en América Latina. (Costa Rica).

- 2 Henitt; 1983; Smith 1996 Y White, Luestgate, Wisner, O’Keefe, Hewwitt en Sanahuja Rodriguez, h. 1999. “El daño y la evolución del riesgo en América Central”. Red de estudios Sociales en Prevención de Desastres en América Latina. (Costa Rica).

- 3 Henitt; 1983; Smith 1996 Y White, Luestgate, Wisner, O’Keefe, Hewwitt en Sanahuja Rodriguez, h. 1999. “El daño y la evolución del riesgo en América Central”. Red de estudios Sociales en Prevención de Desastres en América Latina. (Costa Rica).

- 4 La Red. Red de Estudios Sociales en Prevención de desastres en América Latina. Desinventar; sistema de inventarios de Desastres en América Latina. OSSO / ITDG: Cali

- 5 Cohen, R. 199. “Salud Mental para Víctimas de desastres”. Manual para trabajadores. Editorial El Manual Moderno. OPS. (México. D.F).

- 6 Pichot, Pierre, López-Ibor, Aliño, Juan J, Valdes Miyar M.. 1995. “D.S.M. IV Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales”. Cuarta Edición. Editorial Masson, (Barcelona).
- 7 OPS- OMS- 1999. “Asistencia humanística en casos de desastres”. Washington. DC. 2000. “Los desastres naturales y la protección de la salud”. (Washington D.C.)
- 8 Rosenfeld, M.S. 1989. “Occupational disruption and adaptation: A study of house fire victims en American” Journal of Occupational Therapy 4, 89 –96
- 9 Kielhofner, G.; 2002. “Modelo de la Ocupación Humana, teoría y aplicación”. Tercera edición. Investigación. Editorial: Panamericana. (Buenos Aires. Argentina) Cap.27, pág.605
- 10 Kielhofner, G.; 2002. “Modelo de la Ocupación Humana, teoría y aplicación”. Tercera edición. Investigación. Editorial: Panamericana. (Buenos Aires. Argentina). Cap.27, pag.617
- 11 Kielhofner, G.; 2002. “Modelo de la Ocupación Humana, teoría y aplicación”. Tercera edición. Investigación. Editorial: Panamericana. (Buenos Aires. Argentina). Cap.27, pag. 618
- 12 Faher, R; Pecci, M; Gómez Prieto, C; Besoni, A Y Garzarón, M. 1997. “Salud Mental: Consecuencias Psicológicas de las explosiones ocurridas en la Fábrica Militar Río III, Córdoba, Argentina”. En acta Psiquiátrica- Psicológica. Editorial América Latina. (Argentina)
- 13-IPEC. Instituto Provincial de Estadísticas y Censos. 2003
<http://www.santafe.gov.ar/gobernacion/ipec/index.html>
[Consulta: 15 noviembre 2006]

- 14- Bailey, D. 1997. “ Research for the Health Professional. A Practical Guide”. 2º Edición. F.A.Davis Company. (Philadelphia).
- 15- Polkinghorne, D. 1996. “Trasformative narratives: from victim to agentic life plots”. Am. J Occ.Ther.50, 4: 299-305.

Bibliografía

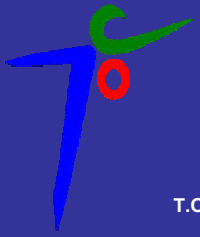
- Centro de Estudios Legales y Sociales.2003.Derechos Humanos en Argentina. Informe 2002-2003. XI, “Medio ambiente y derechos humanos”, 3.2.2 “Los efectos del agua. Situación de los refugiados ambientales en la ciudad de Santa Fe”, CELS-Siglo XXI Editores Argentina. S.A, pp.457. (Bs. As. Argentina.)
- CEPAL-BID.2000. “Un tema del desarrollo: la reducción de la vulnerabilidad frente a los desastres.” Documento 12961. en: <http://desastres.ops.org> (México)
- F. Clark.; 2000. “The concepts of habit and norifine: A preliminary Theoretical synthenis”. Occupational Therapy Journal y Research, 20-1235-1375.
- R. Cohen ; F. Agearn, ; 1980. “Manual de Atención en Salud Mental para víctimas de desastre”. Editorial El Manual moderno. OPS. (México D.F.)
- R. Cohen,; 1999. “Salud Mental para Víctimas de desastres. Manual para trabajadores”. Editorial El Manual Moderno. OPS. (México. D.F.)
- C. Christiansen.; 1999. The 1999. Aleonor Clarke Slagle Lecture. “Defining lives: Occupational as identify: As essay on competence, coherence, and the

creations the meaning”. The America Journal of the occupational Therapy , 53 (6).547_558.

- R. Faher, ; M. Pecci,; C. Gómez Prieto; A. Besoni y M. Garzarón.; 1997. “Salud Mental: Consecuencias Psicológicas de las explosiones ocurridas en la Fábrica Militar Río III, Córdoba, Argentina”.
- Henitt; 1983; Smith 1996 Y White, Luestgate, Wisner, O’Keefe, Hewwitt en Sanahuja Rodriguez, h. 1999. “El daño y la evolución del riesgo en América Central”. Red de estudios Sociales en Prevención de Desastres en América Latina. (Costa Rica).
- Henitt; 1983; Smith 1996 Y White, Luestgate, Wisner, O’Keefe, Hewwitt en Sanahuja Rodriguez, H. 1999. “El daño y la evolución del riesgo en América Central”. Red de estudios Sociales en Prevención de Desastres en América Latina. (Costa Rica.)
- Henitt; 1983; Smith 1996 Y White, Luestgate, Wisner, O’Keefe, Hewwitt en Sanahuja Rodriguez, h. 1999. “El daño y la evolución del riesgo en América Central”. Red de estudios Sociales en Prevención de Desastres en América Latina. (Costa Rica.)
- M. Ken Asaba.; 2005. “I’m not much different. Occupation , identity, and spinal and injury in America”. A dissertation presented to the far, of the graduate sccholl university of Souther California
- G. Kielhofner ; 2002. “Modelo de la Ocupación Humana, teoría y aplicación”. Ttercera edición. Investigación. Editorial Panamericana. (Buenos Aires. Argentina). Cap.27, pág.605
- G. Kielhofner; 2002. “Modelo de la Ocupación Humana, teoría y aplicación”. Tercera edición. Investigación. Editorial: Panamericana. (Buenos Aires. Argentina). Cap.27, pag.617

- G. Kielhofner; 2002. “Modelo de la Ocupación Humana, teoría y aplicación”. Tercera edición. Investigación. Editorial: Panamericana. (Buenos Aires. Argentina). Cap.27, pag.618
- T. Kondo.; 2004. “Cultural tensions in occupational therapy practice: Considerations from a Japanese vantage point”. The American Journal of Occupational Therapy 48 (2), 174_184.
- La Red. Red de Estudios Sociales en Prevención de desastres en América Latina. Desinventar; sistema de inventarios de Desastres en América Latina. OSSO / ITDG: Cali
- E. Larzon, & R. Zemke.; 2003. “Shaping the temporal patterns of our lives. The coordination”. Journal of the occupational Science , 10 (2).80-89.
- R. Levine.; 1997. “A Geography of time”. NEW York: Basic Books.
- C. Losano Ascencio.; 1995. “La construcción social del medio ambiente a partir de los acontecimientos catastróficos que lo destruyen”. En Revista de la Facultad de Ciencias de la Información. UCM. Número extraordinario, pp 47-67. (Madrid).
- OPS- OMS- 1999. “Asistencia humanística en casos de desastres”. (Washington. DC. 2000). “Los desastres naturales y la protección de la salud”. (Washington D.C.)
- Pichot, Pierre, López-Ibor, Aliño, Juan J, Valdes M. Miyar.; 1995. “D.S.M. IV Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales”. Cuarta Edición. Editorial Masson. (Barcelona.)
- D. Polkinghome.; 1996. “Trasformative narratives: from victime to agenetic life plots”. American Journal of Occupational Therapy. Vol. 50(4).p.p.299-305.

- M.S. Rosenfeld.; 1989. “Occupational disruption and adaptation: A study of house fire victims en American”. Journal of Ocupational Therapy 4, 89 –96
- H. Simon.; 1970 “La ciencias de lo artificial”. Cap “La arquitectura de la complejidad” editorial Ate.
- E. Subirats.; 2005. “Las catástrofes naturales no existen”, en Diario Página 12, Mes Septiembre, Contratapa, p.32. (Bs .As. Argentina.).
- E. Towseand.; 1997. “Ocupación: potencial para la transformación social y personal, en: Revista de la Ciencia de la Ocupación.” Abril 1997, V.4, N°1, pp. 18-26 (Australia)
- E. Townsend, & A. Wilcock.; 2002. “Occupational justice”. In Chirstiansen. C. Introduction to occupation (pp.243_273) Upper Saddle River, Nj: Practice _Hall. ISBN# 0_13-013303-5.
- A.A. Wilcock.; 1999. “Reflections on doing, being and becoming”. Australiar Occupational Therapy Journal, 46, 1-11-.
- E. J. Yerxa.; et al.; 1989. “An Introduction to occupational science: A Fundation for occupational al therapy in the 21 century”. Occupational therapy in Heald Care.

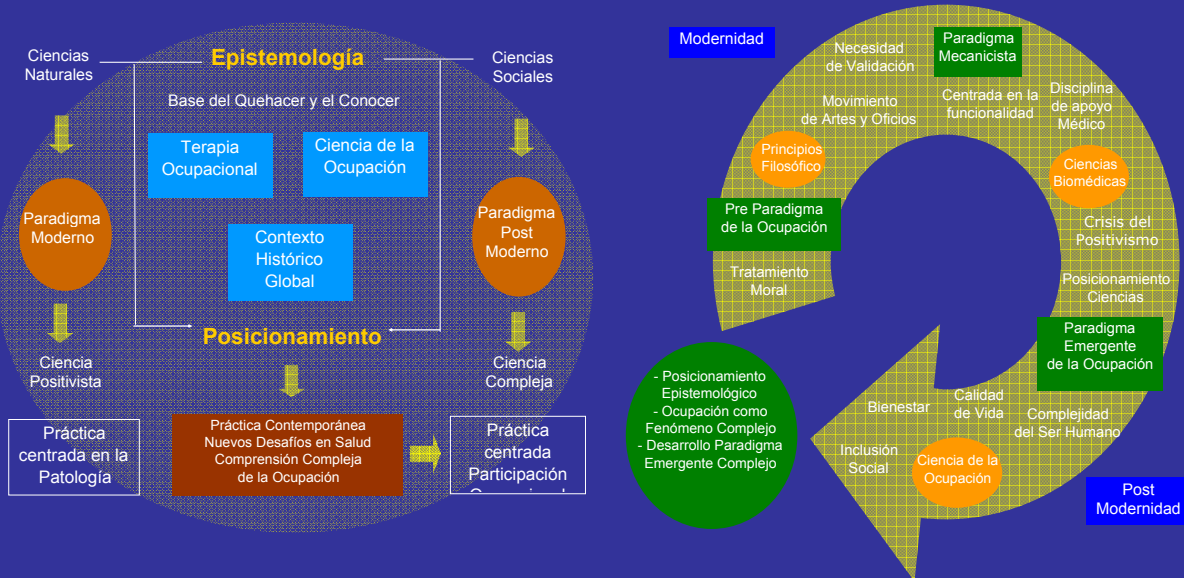


DE LA FILOSOFÍA A LA CIENCIA DE LA OCUPACIÓN: PROPUESTA EPISTEMOLÓGICA PARA LA PRÁCTICA CONTEMPORÁNEA



T.O. Daniela Olivares Aising T.O. (Est.) Diego Vidal Madrid T.O. (Est.) Rodolfo Morrison Ja

Este trabajo corresponde a una reflexión acerca de la implicancia en el quehacer profesional de una práctica construida desde una Epistemología Reduccionista, enfocada en la patología, disfunción y reparación, a diferencia de una práctica construida desde una Epistemología Compleja, enfocada en la persona, la ocupación y la inclusión, que ha permitido el desarrollo de la Ciencia de la Ocupación, lo que ha otorgado identidad y validación científica a nuestra disciplina.



Conclusión

Finalmente, el posicionamiento epistemológico desde el Pradigma de la Complejidad otorga a la disciplina, un enfoque donde considera a la Ocupación como la herramienta fundamental que debe guiar la intervención, entendiendo como ocupación aquel fenómeno que se coconstruye con el usuario en un encuentro terapéutico, en un tiempo y espacio definido, cuyo fin último es el bienestar y la calidad de vida.

Bases Conceptuales

1. Morin, E. "Introducción al Pensamiento Complejo" 2001.
2. Kielhofner, G. "Conceptual Foundations of Occupational Therapy" Third Edition 2004.
3. Bunge, M. "La ciencia, su Método y su Filosofía". 1971.
4. Brunet, I. Morell, An. "Epistemología y Cibemética" 2001.
5. Demicheli, G. "Comunicación en Terapia Familiar Sistémica" 1995.
6. Echeverría, R. "El Buho de Minerva" Tercera Edición. 1997.
7. Crepeau, E. Cohn, E. Schell, B. "Willard & Spackman Terapia Ocupacional" Décima Edición 2005.
8. Wilcock A. "An Occupational Perspective of Health" 1998.

RESUMEN

La investigación corresponde a la Tesis de Maestría en Docencia Universitaria, de la Facultad de Humanidades. Se plantean aspectos relativos a la inclusión educacional de las personas con discapacidad en el ámbito universitario y la función docente, considerando el factible aporte disciplinar de Terapia Ocupacional.

INTRODUCCIÓN

La educación universitaria debe ser equitativa, brindando igualdad de oportunidades de ingreso y permanencia; pertinente, sensible a las demandas sociales y desigualdades del sistema; incluyente, considerando la diversidad; y formativa, contemplando el dominio de conocimientos, competencias, habilidades y valores.

Desde la dimensión "biopsicosocial", la discapacidad se concibe como un fenómeno multidimensional, resultante de la interacción dinámica de la persona con su entorno físico y social.

La Universidad, como factor contextual, constituye el escenario de interacción donde las posibilidades de crecimiento y autorrealización de las personas con discapacidad pueden verse favorecidas o restringidas. En este carácter interactivo son relevantes el tipo de respuestas educativas e intervención docente brindada.

Desde la mirada social y ecológica de la discapacidad, la investigación plantea la necesidad de generar un espacio para la indagación, reflexión, profundización y acrecentamiento del conocimiento actual sobre la situación educativa que viven cotidianamente los alumnos con discapacidad en el contexto universitario, sus necesidades educativas con relación a la intervención docente, así como la identificación de factores que pueden incidir positiva o negativamente en su inclusión educacional.

MÉTODO

Diseño exploratorio-descriptivo, transeccional. Metodología cualitativa. Unidad de análisis: docentes y alumnos de la Universidad Nacional de Mar del Plata, estimados como informantes claves. Muestra intencional, considerando la saturación. Técnicas de recolección y análisis: revisión bibliográfica y documental, entrevista semiestructurada y análisis de contenido.

RESULTADOS

- › Las necesidades educativas especiales tienen un carácter interactivo y relativo, una misma discapacidad no implica iguales necesidades educativas, las mismas dependen de factores personales y contextuales.
- › El abordaje debe ser personalizado y diversificado, considerando las múltiples variables que dependen del contexto y de la interacción docente-alumno.
- › Los alumnos universitarios con discapacidad visual pueden demandar de: grabaciones; empleo de ayudas técnicas y programas informáticos específicos; digitalizaciones; temporalizaciones; entrega de material anticipadamente; descripciones verbales; sistema Audesc; adaptación de materiales y medios (filminas, equipo de laboratorio, etc.); ajustes en evaluaciones; etc.
- › Los alumnos universitarios con discapacidad auditiva pueden requerir de: diferentes sistemas de comunicación alternativos o aumentativos; tomadores de apuntes; intérprete de lengua de señas; adaptación de exámenes; etc.
- › Los alumnos universitarios con discapacidad física deben enfrentar barreras urbanísticas y del transporte, que pueden incidir en el acceso a la información y el rendimiento académico. Esto involucra diferentes tipos de adaptaciones ambientales, de mobiliario y materiales, para el aula, laboratorios, ámbitos de práctica en terreno o clínica, bibliotecas, e infraestructura edilicia en general.
- › La accesibilidad física, comunicacional, instrumental, digital y tecnológica es deficiente en el actual contexto universitario.
- › La función docente universitaria a través de las Secretarías Académicas incluye: formación de posgrado presencial y a distancia; articulación con el sistema educativo previo; políticas de ingreso universitario; elaboración y propuesta de normativas según necesidades; mejorar accesibilidad y material de bibliotecas; adecuados servicios de Orientación Vocacional; etc. En todos estos aspectos debe considerarse la temática de la discapacidad.

CONCLUSIONES

- › Es necesario considerar la discapacidad desde el proceso dialéctico generado en la interacción dinámica de la persona con su entorno físico y social, y como una variable más de la condición humana.
- › En la Universidad el tratamiento de la temática de la discapacidad debe formar parte de la ideología y proyecto político, cultural y educativo institucional. La ideología y filosofía subyacente, tanto a nivel docente como institucional, debe estar guiada por principios claros y compromiso entre lo que se dice, lo que se debe hacer y lo que realmente se hace. La "calidad de vida académica" implica entre muchas otras cuestiones, equidad y equiparación para todos los alumnos sin distinción, desde el ingreso, hasta todo el proceso de enseñanza y aprendizaje consecuente.
- › Mediante ordenanzas y resoluciones de los órganos de gobierno universitarios, es necesario elaborar y efectivizar normativas generales y específicas, para ser adoptadas en las distintas Unidades Académicas, referidas a aspectos esenciales que promuevan la inclusión educacional de las personas con discapacidad.
- › Es necesario idear y planificar medios para que la temática sea contemplada a nivel curricular en las diferentes carreras universitarias, ya sea por medio de seminarios, contenidos y prácticas en las asignaturas, cátedras abiertas, etc. El tema atraviesa la formación profesional y tecnológica de todas las disciplinas universitarias.
- › Desde la intervención docente, es imprescindible comprender que el derecho a la igualdad de oportunidades educacionales, no significa tratar a todas las personas de la misma manera, sino por el contrario, respetar las diferencias para que las mismas no se conviertan en desigualdades sociales. La idea tradicional de homogeneización, con prácticas basadas únicamente en la enseñanza transmisora y frontal, con estrategias de abordajes iguales o similares, con enfoques simplistas y miradas o razonamientos lineales, tiene el efecto de profundizar la situación de inequidad e injusticia social.
- › Esta visión demanda partir de lo que la persona posee y no de lo que falta, entendiendo además que no existen "recetas mágicas", o pasos a seguir que aseguren el "éxito" de la intervención docente. El camino para hallar adecuadas respuestas, deviene esencialmente de la posibilidad de escuchar y dialogar, respetando el sentido y significado otorgado por los protagonistas a las situaciones planteadas.
- › La educación inclusiva implica una nueva forma de concepción curricular. Pensar e idear un currículo inclusivo, flexible, abierto, polivalente, relevante, experiencial, adaptado a la realidad, que involucre al contexto y a la interacción con el mismo, con énfasis en el proceso y la revisión e investigación constante. Este tipo de currículo es compartido y diferenciado, común pero no uniforme, ya que parte del respeto a las diferentes realidades sociales, culturales e individuales.
- › Un currículo inclusivo implica la posibilidad de realizar adaptaciones curriculares, las mismas involucran estrategias de planificación y de actuación docente, enmarcadas en un proceso continuo, progresivo, integral y dinámico, para tratar de responder a las necesidades educativas de cada alumno. Desde el examen de ingreso universitario, hasta todo el proceso posterior de permanencia en el sistema, deben implementarse de ser necesario adecuados ajustes curriculares, permitiendo además el uso de equipo y/o ayudas técnicas que el alumno con discapacidad requiera.
- › En algunas universidades existe la figura del "referente", "coordinador" o "mediador en discapacidad", tarea que puede ser desempeñada por el terapeuta ocupacional. Se detecta al alumno con discapacidad en las planillas de inscripción universitaria (frecuentemente por medio de ítems optativos) o en los cursos de ingreso, a fin de entrevistarlos, valorar requerimientos y elaborar un plan personalizado de respuesta a las necesidades educativas, brindar asesoramiento e información, contemplar el equipo o ayudas técnicas demandadas, planificar articuladamente acciones, etc.
- › En la Universidad es indispensable la creación de comisiones, programas, áreas o servicios estables e interdisciplinarios relativos a la discapacidad. Los terapeutas ocupacionales, dada su formación en la temática, son profesionales idóneos para proponer, planificar, organizar, dirigir y/o coordinar dichos servicios. Las funciones que pueden desempeñarse desde Terapia Ocupacional, abarcan: elaboración, implementación, evaluación y seguimiento de propuestas y acciones; adaptación de materiales, medios, recursos y provisión de ayudas técnicas; asesoramiento y transferencia; estudios de accesibilidad; elaboración de material de divulgación; investigación tendiente a la innovación en la temática; tutorías; interrelación y coordinación de acciones con los niveles educativos previos al ingreso universitario; coordinar programas de voluntariado universitario de apoyo a la inclusión; planificación de programas formativos y de información, de grado y posgrado, presenciales y a distancia relativos a la discapacidad; etc.

Espacio de la alegría- una respuesta al aislamiento social.

Táisa Gomes Ferreira. Centro Universitário de Araraquara. Brazil.

En febrero del 2006 y las actividades se concentran en el Barrio Vale do Sol en alianza con el puesto de salud. La intención en el servicio fue gradual y al principio se objetivó construir una identidad para el territorio y las personas que lo habitan, como un concepto amplio, y no más como cuidados específicos en el cuerpo o para el cuerpo y percibir su deseo de vivir. Así mismo un proyecto de abrigo en un principio para ancianos - El Espacio de la Alegría- con el objetivo de ofrecer espacios, de que pueden convivir y relacionarse fuera de sus rutinas diarias, intercambiar experiencias, ser reconocidas como personas con diferentes experiencias y saber que pueden ser compartidas. Los grupos funcionan todos los miércoles dentro de una sala para intercambiar conocimientos e informaciones sobre servicios y también orientación sobre salud. Espontáneamente personas de diferentes edades y sin deficiencias, lo que obligó a repensar los objetivos iniciales. Como primera meta, la integración de estas personas, se hizo imperativo, para que ellas consigan luchar por sus derechos. La experiencia ha sido exitosa, pues las mismas se desvincularon de la idea de la rehabilitación tradicional, y vienen aprendiendo a superar situaciones comunes a todos los moradores del barrio, detectando sus necesidades y movilizándolos a luchar por sus derechos y ayudarlos a través del ejercicio de la ciudadanía.

Palabras clave: Social; Comunidad; Ciudadanía; Terapia Ocupacional; Derechos.

El "Espacio de la Alegría" es resultado de la alianza entre la Organización de la Salud del Municipio de Araraquara (Sao Paulo, Brasil) - a través del Programa de Salud de la Familia PSF - y el Curso de Terapia Ocupacional del Centro Universitário de Araraquara UNIARA - a través de las disciplinas Práctica Supervisada I

Esta experiencia fue iniciada en febrero del 2006, después de la creación de la alianza, donde el objetivo general establecido era de mejorar y ampliar los servicios de atención básica con auxilio del Centro Universitário. Después del análisis de la situación del sistema de salud municipal, fue opción de la UNIARA promover la creación de barrios más periféricos, donde se concentra la población de menor recursos económicos, y hay un número reducido de servicios que promuevan el bien estar de los moradores (tales, espacios de recreación, etc.).

Las actividades se concentran en el Barrio Vale do Sol en alianza con el Programa de Salud PSF- Vale do Sol que presta atención a otros cinco barrios de la ciudad. El equipo de funcionarios es compuesta por un médico del programa "salud de la mujer", una médica ginecóloga, una enfermera, dos técnicos en enfermería, un cirujano general, dos auxiliares administrativos, un auxiliar de limpieza y siete agentes comunitarios de los moradores del barrio).

La inserción de las alumnas de la UNIARA en el servicio fue en un principio se objetivó construir una identidad para el territorio y las personas que lo habitan, o sea, se busco establecer una relación de entendimiento del universo para conocerse con más propiedad lo que ellas deseaban o necesitaban. A través de las visitas se puede caracterizar el barrio, cuantificar sus equipos y percibir las necesidades de los moradores. La infraestructura ofrecida por el municipio comprende: Un Programa de Salud (PSF), dos casa cuna, una escuela de ensino medio y una red básica de transporte público sin buses adaptados para las personas deficientes e de frecuencia limitado. El servicio de saneamiento básico, servicio de energía eléctrica y telefónica, sin embargo, las personas poseen teléfono, ni todas las calles son asfaltadas y se observa una gran acumulación de basura en los terrenos baldíos. Como en la mayoría de los barrios de favelas, se puede observar un número excesivo de Iglesias (de diferentes tipos) y un gran número de bares (en media un por cada cuatro cuadras) y un gran número de panaderías, farmacias, comercio de ropas y otros. Lo que obliga a las personas a trasladarse para otro centro comercial de la ciudad en busca de servicios especializados.

Al entender salud como un concepto amplio, y no más como cuidados específicos para el cuerpo y después reconocer la situación de las personas del barrio y percibir su deseo de salir del aislamiento, propusimos un proyecto de abrigo (albergue), en un principio para ancianos - El Espacio de la Alegría- con el objetivo de ofrecer expectativas a las personas, de que pueden convivir y relacionarse fuera de sus rutinas diarias, intercambiar experiencias, ser reconocidas como sujetos, portadores de diferentes experiencias y saber que pueden ser compartidas.

Como la mayoría de las personas tienen dificultad para trasladarse y la falta de transporte, ofrece servicio de transporte, hubo el compromiso de los alumnos de transportar esas personas en sus propios vehículos el día de las reuniones de grupo.

El grupo no tiene límite de personas y acontece todos los miércoles. Ha sido exitoso el intercambio de conocimientos e informaciones sobre servicios y también orientación sobre salud. Para la integración de los alumnos, espontáneamente comenzaron a aparecer personas de diferentes edades y sin deficiencias, repensando los objetivos iniciales y a expandir el límite de edad.

Los temas son variados, generalmente envuelven lo cotidiano, deseos. Las actividades ofrecidas tienen completado la socialización y propiciado estrategias de adaptación al medio en que viven, diariamente la satisfacción en el "hacer juntos" y la descubierta de habilidades y capacidades. Existe una constante para el intercambio de experiencias, a través de las conversaciones y enseñanzas de las alumnas (generalmente artesanía). Hay relatos sobre sus historias de vida, sobre lo cotidiano, incrementando los conocimientos y vivencias que se suman al conocimiento individual. También presentan sus experiencias de deficiencias usando las actividades como medio para desahogo de sus problemas personales.

Como primera meta, el fortalecimiento de la identidad de estas personas, se hizo imperativo, para que ellas consigan luchar por sus derechos. Al reconocerse como sujeto portador de conocimientos y no más como objeto con alguna deficiencia, se abren oportunidades para la conquista de lo que desean, de sus sueños.

Actualmente, después de un paseo a un parque de Araraquara, surgió un movimiento para la construcción de una plaza cerca del puesto de salud, demanda que fue acogida por los profesionales. Existe una organización para que la plaza sea construida, así, ya se percibe que el grupo comienza a tomar conciencia de la búsqueda de transformar el espacio en el que viven..



La experiencia ha aumentado en la formación de alumnas, pues las mismas se desvincularon de la idea de la rehabilitación tradicional, y vienen aprendiendo a desarrollar el papel de articuladoras de las situaciones comunes a todos los moradores del barrio, incluyendo personas con cualquier tipo de deficiencias, detectando sus necesidades y movilizándolos para entender cuales son sus derechos y ayudarlos a través del ejercicio de la ciudadanía, a reivindicándolos por medio de políticas públicas adecuadas que faciliten el salir del aislamiento social, promoviendo una auto evaluación del territorio al cual pertenecen y las acciones para la construcción de proyectos individuales y subjetivos haciendo con que esas personas no pierdan la esperanza.

De esta manera, las metas futuras son crear condiciones de conexión entre las personas, luchar por sus derechos para facilitar una mejor calidad de vida, un aumento de la circulación social creando espacios de participación, visión de crecimiento, aumentando su autonomía, auto estima y capacidad para " el hacer".

Bibliografía

BAUM, C.; LAW, M. Community Health: A Responsibility, an Opportunity, and a Fit for Occupational Therapy. The American Journal of Occupational Therapy, n. 1, v. 52, p. 7-10, 1998.
GALHEGOS, S.M. O Cuidado na terapia ocupacional: Cultura, subjetividade e contexto histórico-social. Revista de Terapia Ocupacional do USP, v. 14, n.3, p.104-9, set/dez, 2003.
LILANDIS, R. A.; CROZZO, C. M.; REIS, D. L. H. Redes sociais como mecanismo de supervivência: um estudo de casos em sectores de extrema pobreza. Revista Latinoamericana de Psicologia, n. 1, v. 29, 1997.
WFOT. What is Occupational Therapy? Disponível em http://www.wfet.org/WFOT_information/default.cfm.

Personas con discapacidad: Necesidades de convivencia e posibilidades de atención domiciliar

Simone Ferreira - Universidade de São Paulo - Brazil.

Este estudio se encuentra en desarrollo dentro del programa de Ciencias de la Rehabilitación de la Universidad de São Paulo (Brasil). Esta directamente del laboratorio de investigación en Rehabilitación Basada en la Comunidad, dentro del Departamento de Terapia Ocupacional de la USP. Se enfoca en las condiciones de convivencia con la discapacidad con énfasis en las redes sociales y de soporte de personas con discapacidad; discutir la atención asistencial y de acompañamiento de personas con discapacidad, buscando la participación en la vida social y contribuir para el desarrollo de acciones. Como metodología se propone la realización de cuatro estudios de caso de personas con discapacidad mayores de 18 años, con centros para su desarrollo. Las personas serán escogidas entre moradores de la región de estudio de UBS del Jardim Boa Vista, donde se actúa comunitaria y territorial en rehabilitación y terapia ocupacional. Los estudios de caso están siendo realizados a partir de historias de vida que serán grabadas e posteriormente transcritas. Los aspectos a ser explorados a partir del relato de la trayectoria de vida de las personas serán: percepción de las necesidades; experiencia de la asistencia; red social y de soporte; participación en la vida social y ejercicio de los derechos. Este estudio pretende subsidiar la acción de la terapia ocupacional en modelo de atención en rehabilitación que tiene como ejes de intervención y de comprensión de las necesidades de las personas con discapacidad.

Palabras clave: Necesidades; Terapia Ocupacional; RBC; Participación; Atención Domiciliar

Este trabajo es parte del maestrado en andamiento dentro del programa de Rehabilitación de la Universidad de São Paulo - USP (Brasil). Esta directamente vinculado al laboratorio de investigación en Rehabilitación Basada en la Comunidad, dentro del Departamento de Terapia Ocupacional de la USP.

Sabiéndose que el estudio de las condiciones de convivencia con la discapacidad de personas con incapacidades, de su red social y de soporte, puede subsidiar acciones de atención que contemplan sus necesidades y las reconocen como personas portadoras de derechos y esto puede posibilitar la ampliación de la participación en la vida social de este grupo, el presente estudio pretende subsidiar el desarrollo del proceso de rehabilitación.

Se pretende con este estudio conocer las condiciones de convivencia con la discapacidad con énfasis en las redes sociales y de soporte de personas con discapacidad; discutir la atención domiciliar como modalidad asistencial y de acompañamiento de personas con discapacidad, buscando la participación en la vida social y contribuir para el desarrollo de acciones en Terapia Ocupacional.

Este estudio inscribe en el campo de la investigación cualitativa por pretender conocer las condiciones de vida y de convivencia con la discapacidad de personas con discapacidad no atendidas en los servicios de rehabilitación y discutir posibilidades de desarrollo de atención que visen ampliar las oportunidades de participación en la vida social.

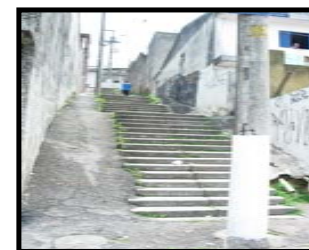
Como metodología del estudio se propone la realización de cuatro estudios de caso de personas con discapacidad mayores de 18 años, con aproximadamente tres encuentros para su desarrollo. Las personas serán escogidas entre moradores de la región de estudio de UBS del Jardim Buena Vista, donde se actúa comunitaria y territorial en rehabilitación y terapia ocupacional.

Hubo la intención de representar a las personas con discapacidad en lo que respecta a la etiología de la discapacidad, secuelas a partir de estudios de los prontuarios de las personas con discapacidad ya identificadas en la UBS.

Los estudios de caso están siendo realizados a partir del levantamiento de historias de vida que serán grabadas e posteriormente transcritas. Los aspectos a ser explorados a partir de la trayectoria de vida de las personas con discapacidad serán: percepción de las necesidades; experiencia de la asistencia; red social y de soporte; participación en la vida social y ejercicio de derechos.

Así, cuando los terapeutas ocupacionales incorporan en su práctica el concepto de cotidiano se cambia la proporción teórico-metodológica de la investigación en terapia ocupacional, que ahora percibe la historia del sujeto, su contexto y su inserción en la vida social (GALHEIGO, 2003).

Al mudar la manera de pensar sobre la propia rehabilitación de los individuos que de ella dependen, además de intentar establecer una comprensión del universo en el cual esas personas están participando, su contexto de vida y sus condiciones de vida, torna imperativo conocer la red social y de soporte de las personas con discapacidad. Llanos y col. (1977) redes sociales y de soporte generalmente son establecidas en contextos de vida que enfrentan situaciones marginales y de pobreza como forma de sobrevivencia. Es necesario protegerse de situaciones adversas, para entonces, instituirse objetivos reales que respondan a las necesidades cotidianas y que pueden resultar en un individuo más participativo y comprometido con relación a la búsqueda de su calidad de vida.



Esta aproximación con la realidad directa de la experiencia de la discapacidad, hace con que el terapeuta ocupacional construya una visión de que es "ser deficiente" y así consiga actuar de manera puntual, focalizando las principales barreras que la persona con discapacidad enfrenta para alcanzar su participación. De esta manera se torna importante conocer la historia de vida de las personas con discapacidades, pues en ella están enunciadas sus experiencias y su óptica, dentro de su contexto de vida.

Bibliografía

BAUM, C.; LAW, M. Community Health: A Responsibility, an Opportunity, and a Fit for Occupational Therapy. The American Journal of Occupational Therapy, n. 1, v. 52, p. 7-10, 1998.
GALHEIGO, S.M. O Cotidiano na terapia ocupacional: Cultura, subjetividade e contexto histórico-social. Revista de Terapia Ocupacional da USP, v. 14, n.3, p.104-9, set/dez, 2003.
LLANOS, R. A.; OROZCO, C. M.; RÍOS, O. L. H. Redes sociales como mecanismo de supervivencia: un estudio de casos en sectores de extrema pobreza. Revista Latinoamericana de WFOOT. What is Occupational Therapy? Disponível em http://www.wfof.org.au/WFOOT_information/default.cfm.

LA FORMACIÓN DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL DESDE LA PERSPECTIVA DE LA EDUCACIÓN INTERPROFESIONAL

Silva, Carla Cilene Baptista
Araújo, Pola Maria Poli

Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) – Campus Baixada Santista – Brasil



La educación interprofesional es una propuesta en la que dos o más profesiones aprenden juntas sobre el trabajo conjunto y sobre las especificidades de cada una. Es un estilo de educación que da prioridad al trabajo en grupo, a lo interdisciplinario y al compromiso con la totalidad de las acciones que se debe alcanzar a través del amplio reconocimiento y del respeto a las especificidades de cada profesión. Es en este contexto que se encuadra la propuesta pedagógica del curso de Terapia Ocupacional de la Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) – Baixada Santista, que se inició en el mes de marzo de 2006, juntamente con los siguientes cursos: Fisioterapia, Nutrición, Psicología y Educación Física.

La propuesta pedagógica para estos cursos tienen como principios norteadores:

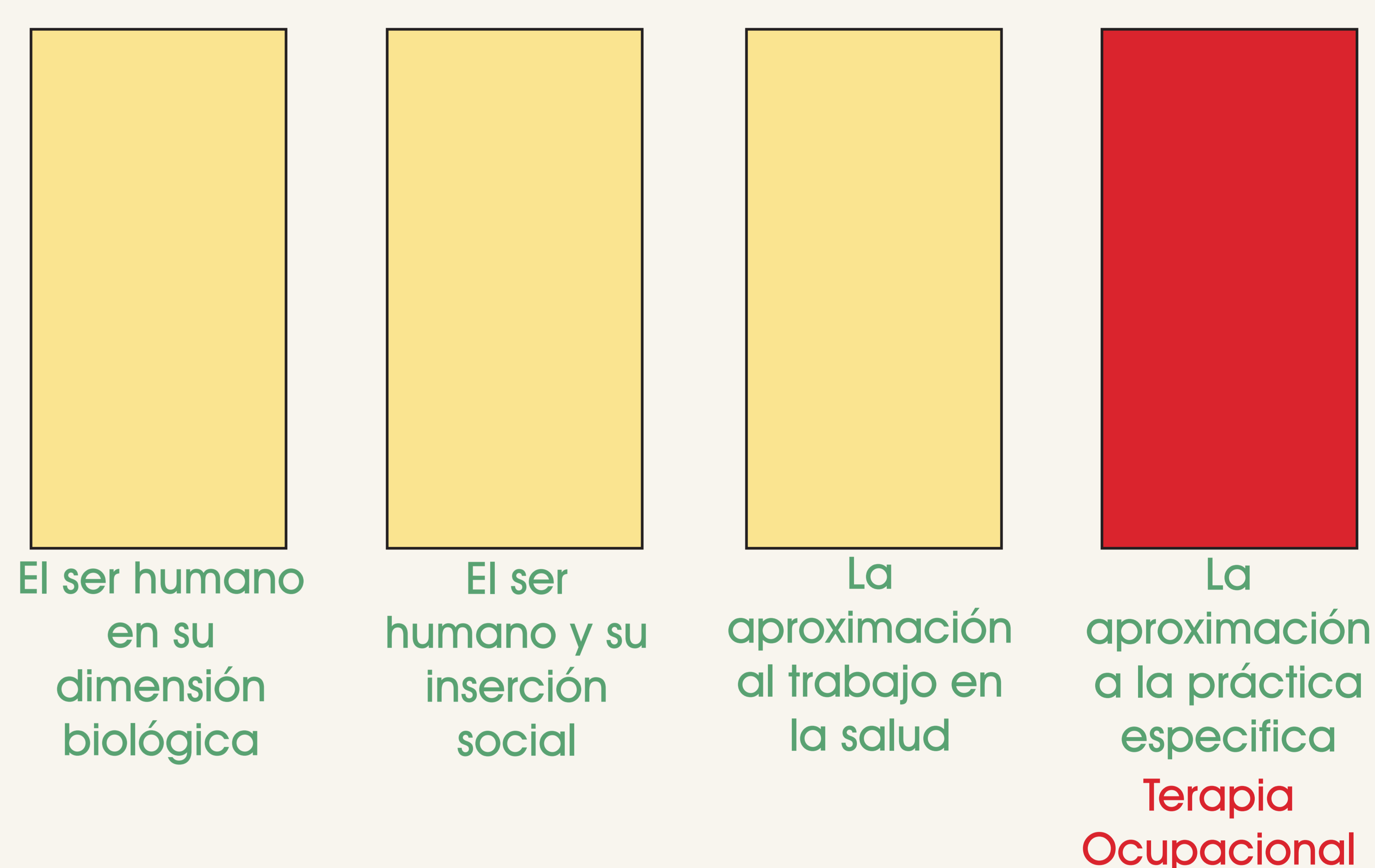
- Formación del profesional de salud para el trabajo en equipo interprofesional, con énfasis en la totalidad del cuidado en salud;
- Integración entre los contenidos disciplinarios, interdisciplinarios;
- Adopción de metodologías problematizadoras, fundadas en la práctica.



Clases prácticas en el Laboratorio de Recursos Terapéuticos

Para el desarrollo de esta propuesta, se elaboró la estructura curricular de estos cursos considerando cuatro ejes: [1] el ser humano en su dimensión biológica; [2] el ser humano y su inserción social; [3] la aproximación al trabajo en la salud y [4] la aproximación a la práctica específica, que se refiere a los contenidos específicos de cada curso.

ESTRUCTURA CURRICULAR LOS CUATRO EJES QUE COMPONEN EL CURRÍCULO



Los tres primeros ejes componen, al mismo tiempo, el núcleo de conocimientos necesarios para todos los profesionales de la área de salud y un núcleo de profundización desde las necesidades de cada curso. Desde el inicio del curso, se han desarrollado los contenidos de estos ejes de manera interdisciplinaria e interprofesional. Todos los años, los alumnos tienen un momento de aprendizaje conjunta entre los cinco cursos: 80% en el primer año, 40% en el segundo año, 20% en el tercer año y reuniones semanales (É POSSÍVEL TROCAR SEMANAIS POR PONTUAIS) en el cuarto año. La constitución intencional de los grupos, mezclando alumnos de los cinco cursos, permite la discusión del interprofesionalismo, momentos en que las profesiones aprenden juntas acerca del trabajo en conjunto y de las especificidades de cada una.

Desde esta perspectiva, el curso de Terapia Ocupacional de la UNIFESP esta planeado en conceptos de modulos, buscando integrar los contenidos disciplinarios en ejes y modulos interdisciplinarios. Se da prioridad a la adopción de metodologías problematizadoras para la enseñanza, el estímulo a una postura activa del alumno en la construcción del conocimiento, pretende la formación técnica, científica y humana de excelencia del profesional para el trabajo en grupo interdisciplinario con énfasis en la totalidad del



TERAPIA ACUATICA UNA MIRADA DESDE TERAPIA OCUPACIONAL.

Abadía Verónica Laura.

Resumen

La rehabilitación acuática en la actualidad representa la evolución de tratamientos clásicos porque combina el uso del agua y la fisiología de la inmersión con los avances en el conocimiento de las patologías.

A partir de los principios físicos de la terapia acuática procedemos mediante la aplicación de una técnica específica con el fin de mejorar la función.

Los principios físicos de la terapia acuática son: La presión hidrostática: la presión del fluido se ejerce por igual en toda la superficie de un cuerpo inmerso en reposo en una profundidad dada, lo cual proporciona una fuente de estímulos sensoriales inagotable, estimulando la propiocepción, favorece la resolución de un edema en una parte dañada del cuerpo; mejora el equilibrio y la coordinación; facilita el retorno circulatorio.

La flotabilidad, es la fuerza experimentada hacia arriba que actúa en dirección opuesta a la gravedad. Permite realizar movimientos pasivos, asistir al movimiento reduciendo el estrés sobre las articulaciones. Resistir el movimiento para mejorar la fuerza.

La termodinámica del agua es de utilidad terapéutica por su capacidad para retener el calor y transferir la energía calórica.

La inmersión prolongada en agua termoindiferente (32° 36°) genera relajación postural, disminuye la rigidez muscular y el dolor. Mejora la circulación.

La cohesión y la viscosidad dificultan los movimientos en cualquier dirección, obteniendo la resistencia deseada.

La terapia acuática tendrá efectos fisiológicos, que afectan a todos los sistemas del organismo y efectos terapéuticos.

Por lo tanto, los beneficios de este abordaje nos permite plantear una recuperación funcional en el medio acuático con eficacia

terapéutica para gran variedad de patologías neurológicas, traumatológicas, reumatológicas y otras.

TERAPIA ACUÁTICA UNA MIRADA DESDE TERAPIA OCUPACIONAL.

Abadía Verónica Laura.

La rehabilitación acuática en la actualidad representa la evolución de tratamientos clásicos, combina el uso del agua y la fisiología de la inmersión, con el conocimiento de las patologías, su evolución y el impacto de ellas en cada organismo.

La hidroterapia consiste en el tratamiento de todo el cuerpo o partes de él con aguas a temperaturas variadas.

Utilizará entonces el agua como factor terapéutico no solo a través de sus efectos mecánicos y térmicos si no también aprovechando sus efectos minerales.

Lowman introduce la hidrocinesiterapia como termino y como método, utiliza el movimiento (pasivos, activos, asistidos y globales) dentro del agua basado en la presión hidrostática y la hidrodinámica.

La terapia acuática se genera entonces a partir de la actividad en el agua, el movimiento y el paciente. Cuya característica es la capacidad de ser adaptada a cada necesidad y su incidencia positiva en el tratamiento de patologías agudas y crónicas de distinto origen.

Los principios físicos de la terapia acuática son: La presión hidrostática: la presión del fluido se ejerce por igual en toda la superficie de un cuerpo inmerso en reposo en una profundidad dada. Lo cual proporciona una fuente de estímulos sensoriales inagotable, estimulando la propiocepción, esta envoltura permanente mejora la percepción de la postura y la posición de los miembros. Favorece la resolución de un edema en una parte dañada del cuerpo. Mejora el equilibrio y la coordinación, el paciente pierde el miedo al movimiento y es sostenido y asistido permanentemente. Facilita el retorno circulatorio.

La flotabilidad es la fuerza experimentada hacia arriba que actúa en dirección opuesta a la gravedad. Permite realizar movimientos pasivos y asistir al movimiento reduciendo el estrés sobre las articulaciones. Resistir el movimiento para mejorar la fuerza. La flotación puede utilizarse para graduar el ejercicio, primero para ayudar a los movimientos, luego como apoyo y por último como resistencia.

La termodinámica del agua es de utilidad terapéutica por su capacidad para retener el calor y transferir la energía calórica. La inmersión prolongada en agua termoindiferente (32° 36°) genera relajación postural, disminuye la rigidez muscular y el dolor. A medida que el dolor disminuye la persona es capaz de moverse con mayor comodidad y de incrementar la amplitud del movimiento particular. También el calor dilata los vasos superficiales e incrementa el riego sanguíneo de la piel, mejorando el estado trófico cutáneo.

La cohesión y la viscosidad dificultan los movimientos en cualquier dirección, obteniendo la resistencia deseada.

Esta actividad le proporciona al paciente la confianza y la seguridad necesaria para realizar sus ejercicios, lo cual mejora su autoestima y genera un espacio de experiencias gratificantes.

A partir de los principios físicos de la terapia acuática procedemos mediante la aplicación de una técnica específica con el fin de mejorar la función.

Los objetivos generales y específicos de cada caso fundamentarán la técnica escogida, entre las cuales podemos mencionar: técnicas de relajación, movilización y estiramiento, emplea los movimientos pasivos, asistidos, activos, tracciones, elongaciones y masaje subacuático para activar o inhibir el tono, incrementar la estimulación cinestésica y propioceptiva, etc. La hidrocinesiterapia utilizada por ej. en el tratamiento de la debilidad muscular, descompensaciones musculares, algias de la columna vertebral. La natación terapéutica para el abordaje de lesiones o enfermedades a partir de estilos de nado y sus

combinaciones. El método Bad Ragaz y el Halliwick en pacientes neurológicos.

La terapia acuática tendrá efectos fisiológicos, que afectan a todos los sistemas del organismo y efectos terapéuticos. Deberá realizarse un análisis de la actividad atendiendo las recomendaciones y las precauciones necesarias para cada caso, considerando las indicaciones y contraindicaciones, de la misma.

Esta terapia podrá ser una alternativa complementaria a tratamientos convencionales o bien pueden estar programados para un momento del mismo, destinados a reforzar y complementar otro tipo de abordajes.

Nos brinda la posibilidad de un abordaje integral, bio, psico, social y espiritual.

Los beneficios del abordaje en el medio acuático nos permite orientar la actividad en un sentido preventivo, o plantear una recuperación funcional con eficacia terapéutica para gran variedad de patologías neurológicas, traumatológicas, reumatológicas y otras.

El éxito de la terapia acuática dependerá entonces de la formación del terapeuta y la destreza del mismo a la hora de adecuar técnicas hidoterápicas a la necesidad de cada paciente.

Duffield, M.H. 1985. "Ejercicios en el agua". Ed. Jims. (España).

Liemohn, W. 2005. "Prescripción de ejercicio". Ed. Paidotribo. (España).

Jiménez J. 1998. "Columna vertebral y medio acuático". Ed. Gymnos. (España).

Autora: Abadía Verónica Laura

Título: “Terapia Acuática, una mirada desde Terapia Ocupacional.

Domicilio: Daprotis 5432. Mar del Plata. Buenos Aires. Argentina.

Teléfono: 0223471581. Celular: 0223155216018.

Domicilio laboral: Córdoba 1950. Mar del Plata. Buenos Aires.
Argentina.

Teléfono: 02234921142 int. 612.

Requerimiento técnico: proyector multimedia.

*TERAPIA OCUPACIONAL Y CALIDAD DE VIDA DEL ENFERMO RENAL CRONICO:
EVALUANDO EL IMPACTO DE UN PROGRAMA*

MILTON CARLOS MARIOTTI E JOSÉ GASTÃO R. DE CARVALHO

*Universidade Federal do Paraná
Setor de Ciências da Saúde
Rua Padre Camargo 280, 3º andar
Alto da Glória – Curitiba – Paraná – Brasil
teléfono- 055 41 33607271, e-mail mariotti@ufpr.br fax: 055 41 33607273*

RESUMEN

TERAPIA OCUPACIONAL Y CALIDAD DE VIDA DEL ENFERMO RENAL CRONICO: EVALUANDO EL IMPACTO DE UN PROGRAMA. Milton Carlos Mariotti, José Gastão R. De Carvalho. Universidad Federal del Paraná.

Introducción: El portador de insuficiencia renal renal crónica (IRC) tuvo aumento de sobrevida con los tratamientos sustitutivos. Actualmente la atención ha sido centrada en la calidad de vida. Pueden alejarse del trabajo y llevarse a una jubilación por invalidez, causando aislamiento social y sentimiento de inutilidad. La Terapia Ocupacional auxilia en la recuperación de la capacidad funcional y ocupacional. Posee experiencia clínica en las enfermedades crónicas y calidad de vida. Publicaciones de investigaciones sobre el tema no fueron encontradas. Objetivo: Evaluar el impacto de la intervención de Terapia Ocupacional en la calidad de vida. Material y Método: Ensayo clínico, utilizando grupo Experimental (n.20) y grupo control (n 40). El instrumento utilizado fue el cuestionario genérico de Calidad de Vida Short-Form 36 (SF36) traducido y adaptado para el portugués). Los testes fueron aplicados inicialmente y cuatro meses después del inicio de la intervención. Los pacientes firmaron un termo de consentimiento libre y aclarado. La comparación de los resultados de la evaluación de calidad de vida inicial y final se dio por la aplicación del test no paramétrico de Wilcoxon e Mann-Whitney. Resultados y Conclusiones: Valores de $p < 0,05$ indicaron una significativa estadística demostrando la efectividad de la intervención. Referências Bibliográficas: CLARK, F & LARSON E.A. 2002. "Desarrollo de uma disciplina acadêmica: la ciência de la ocupación" in NEISTADT M.E. & CREPEAU, E.B. Willard & Spackman Terapia Ocupacional., Guanabara Koogan, (Rio de Janeiro) 1.; LAZARETTI, C.T. 2002. "Transplante Renal: Trajetória e Reconstrução de Identidade Social". Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal do Paraná. (Curitiba). 1.1-222.

Palabras Claves : Insuficiencia Renal Crónica, Hemodiálisis, Calidad de Vida y Terapia Ocupacional.

-Introducción:

Hemodiálisis es el tipo de tratamiento de diálisis más frecuentemente prescrito para los portadores de Insuficiencia Renal Crónica (IRC). La sangre es transportada hasta un filtro (riñón artificial – máquina), donde es purificado y continuamente circulado del filtro para el cuerpo. Ese proceso envuelve la circulación de la sangre por un circuito fuera del cuerpo por medio de un acceso vascular (3).

La prescripción del tratamiento es hecha por un nefrólogo y los procedimientos propiamente dichos son administrados básicamente por enfermera o técnico en clínica de pacientes ambulatoriales, conocidas como centros de diálisis o unidades de diálisis.

Los pacientes en diálisis deben estar vigilantes con la asepsia de los locales de acceso y catéteres y con sus dietas, la ingestión de líquidos y el uso de medicamentos (6).

Felizmente, los tratamientos sustitutivos de la función renal cambiaron la sombría perspectiva que, hasta cuatro décadas atrás, era una sentencia de muerte próxima, la Insuficiencia Renal Crónica (IRC). Para que eso ocurriera, fue necesario un intenso trabajo centrado en el objetivo de prolongar la vida de los portadores de IRC. Actualmente, ya se consiguió un aumento en el tiempo de sobrevida para los pacientes (7).

Una otra meta fue adicionada a la anterior: calidad de vida (CV). Eso significa que no se ha más buscado apenas un prolongamiento de la sobrevida, pero que este periodo sea también vivido con calidad (1).

La IRC y su terapia se constituyen en importantes estresores para los pacientes que vivencian, pudiendo tener un gran impacto sobre la CV (10).

La evaluación de la calidad de vida fue adicionada en los ensayos clínicos apuntada como la tercera dimensión a ser evaluada, además de la eficacia (modificación de la enfermedad por el efecto de la droga) y de la seguridad (reacción adversa a las drogas). La necesidad de evaluar las condiciones de vida de los pacientes que tenían su sobrevida aumentada con los tratamientos propuestos, ya que muchas veces en la búsqueda de acrecentar “años a la vida” era dejado de lado la necesidad de acrecentar “vida a los años”.

La rutina del tratamiento, que en la mayoría de los casos es prolongado, es también un hecho limitante, pues el sujeto además de depender de una máquina para sobrevivir, tiene que pasar 4 horas, tres veces por semana, en el proceso de diálisis. Hay también

consecuencias propias de los cuadros, que causan debilidad y falta de energía. Los cuadros de depresión frecuentemente surgen en estos pacientes que se sienten sin perspectivas.

La Terapia Ocupacional, puede contribuir para que el individuo recupere su capacidad de realizar pequeñas cosas inicialmente. Gradualmente se pueden transformar en proyectos mayores llevando al individuo a recuperar la auto confianza y la autoestima muchas veces perdida, en el proceso de identificación como enfermo inválido e inactivo.

Algunos autores (5,9) dicen que “todos los seres humanos deberían tener ocupaciones, físicas y mentales, ocupaciones que les gusten. ...Las enfermedades de la mente, del cuerpo y del espíritu pueden ser sanadas por medio de la ocupación”.

Actualmente, la ciencia de la ocupación humana, estimula los terapeutas ocupacionales a dar más valor al impacto de ellas en la vida de los pacientes. Al apreciar la complejidad de la ocupación y el papel central que desempeña en la vida de las personas, los terapeutas ocupacionales pueden implementar su trabajo con los pacientes. (5)

Atención especial ha sido dada para la calidad de vida experimentada por los pacientes tratados por hemodiálisis, diálisis peritoneal y trasplante renal. Se han afirmado aún que los indicadores objetivos de calidad de vida de acuerdo con la forma de tratamiento apuntan los menores índices de calidad de vida para los pacientes en hemodiálisis (2,10).

Para los autores de la Terapia Ocupacional, la calidad de vida en las enfermedades crónicas ha sido un punto de interés y de búsquedas, siendo que el modelo teórico que más se acerca en el presente estudio es el modelo de rehabilitación (8).

Los pacientes con problemas renales pueden demostrar una significativa reducción de tolerancia a la actividad que es peor en los días que reciben hemodiálisis. Un programa estructurado de Terapia Ocupacional puede aumentar la resistencia intensificando gradualmente el tiempo de tratamiento, el número de repeticiones y de dificultades en la tarea. También son apropiadas las instrucciones para simplificación del trabajo y de la conservación de energía para aumentar el nivel funcional a pesar de la baja tolerancia.

La evaluación de Terapia Ocupacional debe tener las actividades de la vida diaria, recreativas y de ocio y los intereses vocacionales y no vocacionales(11).

La Terapia Ocupacional ha tenido importante papel en los equipos de salud, en la contribución para la mejoría de esta calidad de vida de los pacientes portadores de enfermedades crónicas, trabaja con las capacidades residuales de los pacientes, puede por medio de un programa destinado a los portadores de IRC, ofrecer importantes contribuciones.

Para que este proceso sea bien sucedido, es necesario tanto para los pacientes como para los terapeutas, la comprensión de que una persona, no puede volver a ser como era antes de tener desarrollado una enfermedad crónica. La vida de esta persona fue permanentemente modificada.

Esta otra forma de vivir, de comprender la enfermedad y la vida, puede auxiliar al paciente a la retomada de sus actividades ocupacionales, mismo que sea de otra manera y esta retomada puede promover la mejoría de su calidad de vida.

-Objetivo:

Evaluar el impacto de la intervención de un Programa de Terapia Ocupacional en la calidad de vida del portador de insuficiencia renal crónica en hemodiálisis.

-Material y Método:

Se refiere a un ensayo clínico. La muestra constituyó de un grupo experimental compuesto por 20 pacientes y un grupo control compuesto por 40 pacientes.

Los criterios de inclusión fueron: pacientes portadores de insuficiencia renal crónica en hemodiálisis, adultos, de la Clínica de Enfermedades Renales de la Fundación Pró-(Renal de Curitiba PR); que aceptaron por medio de aclaración y posterior firma del termo de Consentimiento libre y aclarado en participar de la pesquisa. Los criterios de exclusión fueron: Pacientes con problemas clínicos acentuados, en actividad profesional o que no aceptaron en participar de la pesquisa;

El Instrumento para la colecta de datos utilizados fue el Cuestionario Genérico SF 36, traducido y adaptado culturalmente para la población brasilera, que evalúa dos grandes ejes: Aspectos físicos y Salud Mental. Fue elaborado de forma a contener cuestiones de ocho dominios: Capacidad Funcional, Aspecto físico, Dolor, Estado General de Salud, Vitalidad, Aspecto social, aspecto emocional y Salud Mental (4).

En este trabajo la opción fue de que é cuestionario fuera aplicado por el entrevistador.

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética en Pesquisas con Seres Humanos de la Universidad Federal del Paraná y los pacientes firmaron un termo de consentimiento libre y aclarado.

La comparación de los resultados de la evaluación de calidad de vida inicial y final se dio por la aplicación del test no paramétrico de Wilcoxon. Ya la comparación entre los grupos se dio por la aplicación del test no paramétrico de Mann-Whitney.

-Resultados y Conclusiones:

La comparación entre los escores iniciales y finales del Cuestionario SF 36 demostró un aumento estadísticamente significativo (valor de $p < 0,05$) en algunos de los dominios. Eso significa que hubo mejora de los pacientes desde el momento inicial hasta el momento final, o sea, hubo mejora de los pacientes en estos dominios, después de la intervención de la Terapia Ocupacional en los siguientes dominios: Dolor, Aspectos Emocionales y Salud Mental. En otros dominios: Aspectos físicos, Estado general de salud y Vitalidad, mismo que tenga habido un aumento de los escores del momento inicial para el momento final, la diferencia no fue estadísticamente significativa, o sea, los valores de p fueron $> 0,05$. Este ocurrido puede estar relacionado con el hecho de que estos aspectos sean más difíciles de ser modificados por la intervención de la Terapia Ocupacional, una vez que están más directamente relacionados con la progresión de la enfermedad. También, pueden ser constatados después de un periodo mayor de la intervención, aumentos que pueden ser estadísticamente significativos. Estas hipótesis son objetos de la continuidad de la investigación.

-Referencias Bibliográficas:

- 1 ALMEIDA, A.M.de, 2003. *A Importância da saúde mental na qualidade de vida e sobrevivência do portador de insuficiência renal crônica*. J.Bras.Nefrol.; 25(4):209-14
- 2 ARREDONDO, A et al.1998. *Costo –efectividad de intervenciones para insuficiência renal crônica terminal*. Revista de Saúde Pública da Un. de São Paulo.; vol.32 n.6 : 556-65.
- 3 CARVALHO, J.G.R. de; MULINARI, R.A.; PACHALY, M.A. et al., 1992. “Manual do Renal Crônico”. Imprensa Universitária da UFPR, (Curitiba).
- 4 CICONELLI, R.M.1997. “Tradução para o Português e validação do Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida “Medical Outcomes Study 36-Item short-form Health Survey (SF36)””; Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina para obtenção do Título de Doutor em Medicina. (São Paulo) 1.1-143.
- 5 CLARK, F & LARSON E.A. 2002. “Desarrollo de uma disciplina acadêmica: la ciência de la ocupación” in NEISTADT M.E. & CREPEAU, E.B. Willard & Spackman Terapia Ocupacional., Guanabara Koogan, (Rio de Janeiro) 1.
- 6 LAZARETTI, C.T. 2002. “Transplante Renal: Trajetória e Reconstrução de Identidade Social”. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal do Paraná. (Curitiba). 1.1-222.
- 7 ROMÃO JUNIOR, J.E et al. 2003. “ Censo SBN 2002: informações epidemiológicas das unidades de diálise no Brasil”. J.Bras.Nefrol.; 25(4): 188-99.
- 8 SEIDEL, A.C. 2002. “Estrutura de Referência Reabilitativa” in NEISTADT M.E. & CREPEAU, E.B. Willard & Spackman Terapia Ocupacional. Guanabara Koogan. (Rio de Janeiro) 1.
- 9 SUMSION, T., 2003. “ Prática Baseada no Cliente na Terapia Ocupacional: Guia para Implementação”; Rocca Editora (São Paulo, Brasil), 1, 1–207.
- 10 SESSO, R. et al. 1987. *Qualidade de vida dos pacientes com insuficiência renal crônica terminal*. J. Bras.Nefrol.Vol.9,Nº 02.
- 11 TORRANCE, M., 2002. “Terapia Ocupacional em pacientes agudos”. In NEISTADT M.E. & CREPEAU, E.B. Willard & Spackman - Terapia Ocupacional. Guanabara Koogan (Rio de Janeiro). 1.

Tratamiento de las luxofracturas de IFP. Metodo de Shanck

Lic. De Falco Rosanna

Las pequeñas articulaciones de la mano, caracterizadas por su movilidad y estabilidad, están sujetas a fuerzas externas que pueden dañar el sistema de soporte capsuloligamentario. Desafortunadamente las lesiones en estas articulaciones generalmente son tratadas como una lesión banal. El resultado de un tratamiento inadecuado puede ocasionar una inestabilidad articular tal que restrinja seriamente la función de la mano.

Las luxofracturas de la articulación IFP son potencialmente las lesiones más incapacitantes para la articulación y las de más difícil manejo.

Conceptos anatómicos de la articulación IFP:

El movimiento de la articulación IFP se realiza en el plano de flexo-extensión. Aunque la configuración del condilo de la falange proximal y la base de la falange media aparentan ser simétricos, existe una leve incongruencia entre estos que permiten un leve movimiento de rotación y translación.

La cápsula articular es considerada por tener los cuatro mayores retenes ligamentarios: los ligamentos colaterales radial y cubital, la placa palmar y la capsula dorsal con el tendón extensor central.

Dorsalmente la cápsula es delgada y esta representada por una línea sinovial.

Lateralmente, la cápsula conforma los ligamentos colaterales y el ligamento colateral accesorio.

Del lado palmar se inserta el ligamento palmar. Este envuelve el lado palmar de la articulación, actuando como superficie de deslizamiento con el condilo de la falange proximal por un lado y con la vaina del tendón flexor por el otro.

La porción próximo-lateral del ligamento palmar se inserta en la falange proximal para limitar y prevenir la hiperextensión de la articulación.

La estabilidad de la articulación IFP es un interjuego multifacético de estructuras que soportan y cruzan la articulación.

La estructura más importante de estabilización articular es el sistema de ligamentos colaterales y el ligamento palmar.

Cuando la articulación se flexiona, aumenta la tensión en los ligamentos colaterales, mientras que en extensión aumenta la tensión en el ligamento palmar.

La estabilidad articular se completa por tendones que cruzan la articulación.

El último componente de estabilidad articular es provisto por la anatomía ósea. La estructura articular bicondilar es altamente resistente al estrés.

La lesión en esta configuración anatómica, como ocurre en las fracturas intraarticulares, resultará en inestabilidad articular.

No existe una clasificación estándar para las fracturas de IFP, por lo cual se utiliza una clasificación descriptiva

Las lesiones por impactación son producidas por una fuerza longitudinal aplicada sobre la art. hiperextendida o levemente flexionada.. La falange media es dirigida sobre la cabeza de la falange proximal, provocando una importante conminución e impactación de la base de la falange media. Los efectos estabilizadores de la concavidad de la base de la falange

media y el límite de movilidad producido por el volar plate se pierden si más del 50% de la falange media es dañado.

La fuerza dorsal del mecanismo extensor a través de su tendón central, la inclinación del remanente dorsal de la superficie articular y la inserción del tendón superficial en la parte central de la falange media se combinan para crear una fuerza torcional que causa la subluxación dorsal de la base de la falange media

Las fracturas axiales incluyen la lesión de los márgenes dorsales y palmares y la depresión de la superficie articular central. Se presenta una gran conminución que hace imposible la reconstrucción quirúrgica de las superficies articulares.

Existen diferentes tipos de tratamientos para estas lesiones, con los objetivos de lograr estabilidad articular, ausencia de dolor y movilidad.

Las técnicas de tratamiento abierto incluyen reducción abierta con fijación interna, reconstrucción de tejidos blandos y artroplastía del ligamento palmar.

Los métodos de tratamientos cerrados son una variada serie de ferulajes, fijaciones externas y tracción.

Estos tratamientos presentan complicaciones potenciales que incluyen contracturas, pérdida de arco de movimiento, disminución funcional y artrosis postraumática.

No existe un consenso sobre cual es el tratamiento de elección.

En el año 1986, el Dr. Schenck publicó un método de tratamiento para las luxofracturas inestables de la articulación IFP en donde se combinan el uso de tracción con movilización temprana.

Este método se basa en dos conceptos básicos: la ligamentotaxis a través de la tracción logra la reducción de los fragmentos articulares y el realineamiento de la superficie articular.

El movimiento temprano promueve la cicatrización articular y restaura la función

La férula de Schenck consta de una ortesis larga lateral (cubital o radial según el dedo a tratar), realizada en termoplástico de baja temperatura o yeso, que mantiene la muñeca en dorsiflexión de 40 grados, las metacarpofalángicas en flexión de 60 grados dejando libre la articulación IFP.

De esta base se fijará un aro de tracción que puede ser confeccionado en alambre de acero inoxidable o tubo de aluminio. Este aro de tracción deberá ser colocado de forma tal que su centro sea el eje de rotación de la articulación IFP. La dirección del mismo deberá ser oblicua, respetando la rotación normal de flexión digital

El cirujano deberá colocar un alambre de Kirschner perpendicular a la falange media, distal al foco de fractura, de donde se fijará un cabestrillo confeccionado en alambre que permita distribuir de forma longitudinal la fuerza de tracción.

En este cabestrillo se fijará un elástico de tracción que se unirá a un sostén sobre el aro. Este sostén deberá poder deslizarse alrededor del aro, para lograr los diferentes grados de movilización articular.

La fuerza de tracción utilizada deberá ser monitoreada con intensificador de imágenes para lograr la reducción deseada.

Es importante que esta fuerza de tracción no supere la tolerancia de presión de la superficie de la falange proximal (50 grs por centímetro cuadrado), ya que en el momento en que la articulación se encuentra en flexión, la zona de piel que tolerará la fuerza de tracción será la zona correspondiente a la falange proximal. Es imprescindible el modelado exacto de la

valva, ya que la presión sufrida por la piel en el uso de esta férula es muy alta, por lo tanto se requiere la máxima superficie posible.

Sobre el aro de tracción se colocarán topes de deslizamiento en los ángulos de extensión y flexión deseados.

Se le indicará al paciente el cambio de posición de la articulación de la máxima extensión a la máxima flexión requerida. Este cambio se realizara cada hora durante el día, y durante la noche se posicionara en flexión intermedia.

Esta ortesis será mantenida durante cuatro a seis semanas en forma constante, según el control radiográfico.

Cumplido ese tiempo, se retira el equipamiento y se comienza con movilizaciones activas graduales a fin de aumentar la amplitud articular y la fuerza. Si persistiese alguna contractura en flexión, se colocará una ortesis dinámica de tres puntos digital.

Condiciones para la utilización del método:

Las condiciones necesarias para la utilización de este método serán: por parte del paciente, una clara comprensión del método y un compromiso con el tratamiento, ya que el mismo presenta incomodidad durante el tiempo de uso de la ortesis y puede existir dolor, especialmente en los primeros días de uso.

Por parte del equipo de profesionales, será necesaria la experiencia del Terapeuta en la confección y regulación de ortesis, ya que la misma es compleja de realizar y regular.

Tambien es fundamental un seguimiento permanente del paciente para poder monitorear constantemente su evolución.

Complicaciones:

Las complicaciones que pueden presentarse durante el uso de esta ortesis, serán fundamentalmente la necrosis de piel en la zona de la falange proximal, la cual se previene con un adecuado ajuste de la fuerza de tracción, y las posibles infecciones de la clavija percutánea.

Conclusiones:

Las luxofracturas de la articulación IFP son, probablemente, las lesiones más incapacitantes que puede sufrir esta articulación. La combinación de tracción más movilización temprana permite una adecuada reducción de los fragmentos articulares, el realineamiento de la articulación y asegura una restauración de la función, logrando así los objetivos esperados para el tratamiento de este tipo de lesiones.

Uso de Apormofina subcutánea continua para la recuperación de la conciencia luego de un traumatismo de cráneo severo (TEC). Mariana Bonetto¹, Ben-Zion Krimchansky², Ross Zafonte³, Ramón C. Leiguarda¹; Esteban Fridman¹

¹Departamento de Neurorehabilitación , Institute de Investigación -FLENI, Buenos Aires, Argentina

²,Loewenstein Rehabilitation Hospital, Raanana, Israel.

³Physical Medicine and Rehabilitation Department, University of Pittsburg, Pittsburgh, Pennsylvania, US

Resumen:

Uso de Apormofina subcutánea continua para la recuperación de la conciencia luego de un traumatismo de cráneo severo (TEC).

Diseño: Abierto multicentrico con pacientes con TEC cerrado severo que evolucionaron en Estado Vegetativo Persistente (EVP) o Estado de Mínima Conciencia (EMC) por 1- 4 meses después de la lesión.

La Apomorfina fue suministrada vía subcutánea de forma continua mediante una bomba externa por un tiempo de 12 Hs correspondiendo al ciclo diurno. La dosis podía ser progresivamente aumentada de 2 a 8 mg/h.

Apomorfina es un fuerte agonista dopaminérgico con favorable efecto farmacológico cuando es administrado de este modo. Las evaluaciones funcionales utilizadas son: Coma Near Coma (CNCS), Disability Rating Scale (DRS) y Glasgow Outcome Scale Extended (GOS-E).

Resultados: Cuatro pacientes fueron incluidos en el protocolo. Ninguno de ellos requirió la discontinuación del protocolo por reacciones adversas. Existió una mejora significativa en las escalas evaluadas al principio y fin del protocolo. Además, la mejoría fue significativa en escalas de déficit luego de dos semanas.

Conclusión: Estos datos preliminares sugieren que la administración continua y subcutánea de Apomorfina fue factible, segura y efectiva en estos primeros cuatro pacientes para acelerar el proceso de recuperación de la conciencia después de un TEC cerrado severo. Los datos obtenidos en este primer estudio abierto serán el comienzo de un estudio doble ciego, placebo-controlado y multicentrico.

Introducción

Los avances en el manejo agudo de los pacientes traumatizados han producido un aumento en el número de sobrevivientes. Los sobrevivientes, luego de un estado de coma prolongado, habitualmente evolucionan con cuadros prolongados y severos de trastornos de conciencia conocidos como Estado Vegetativo Persistente (EVP) o Estado de mínima conciencia (EMC). Ambos cuadros están caracterizados por la recuperación de la vigilia, aunque con falta o mínima capacidad para interactuar con el medio respectivamente.

Ha sido demostrado en pacientes con trastornos de conciencia severo que la mejoría en las evaluaciones mediante el uso de escalas funcionales es inversamente proporcional a la duración del estado coma. Se estima que solo el 7% de los pacientes presentarán una buena recuperación, mientras que el 17% progresa a una discapacidad moderada.

Los estudios anatomopatológicos en pacientes en PVS o MCS han reportado lesiones talámicas, principalmente en el núcleo intralaminar del mismo. Debido a que este núcleo interviene en el control del circuito dopaminérgico a través de la vía dopaminérgica mesotalámica, se sugiere una probable disfunción del sistema dopaminérgico en estos pacientes. Varios agonistas dopaminérgicos dentro de los que se encuentran la Levodopa, bromocriptina, y amantadina han sido utilizados para intentar estimular a los pacientes en PVS y MCS. Sin embargo, ninguno de ellos es un agente ideal. La levodopa, que tiene que ser administrada por vía enteral tiene una gran interferencia en su absorción cuando es asociada con proteínas. Esto causa una limitación en su eficacia en esta población de pacientes que se encuentran gastrostomizados y con aportes alimenticios constantes. La bromocriptina y la amantadina tienen una potencia relativa muy baja comparada con la levodopa. Contrariamente, la Apomorfina (Apo) es un potente agonista dopaminérgico que actúa tanto en receptores D1 como D2, y es rápidamente absorbida cuando es administrada por vía subcutánea (SC). La Apo alcanza un alto nivel plasmático luego de 15 minutos de iniciar la administración y debido a su alta solubilidad en lípidos, la Apo SC se distribuye rápidamente en el SNC.

Objetivo

Investigar la seguridad de la infusión de Apomorfina continua (Sc) en la recuperación y evaluar abiertamente la mejoría funcional en pacientes en EV y en EMC luego de un TEC severo cerrado.

Diseño

El estudio es abierto, multicéntrico, dirigido a pacientes con TEC cerrado severo que evolucionaron en EV o ECM entre 1- 4 meses posteriores a la lesión. Cuatro pacientes fueron reclutados hasta la fecha (**Tabla 1**).

La Apo es suministrada vía subcutánea de forma continua mediante una bomba externa (**Fig. 1**) por un tiempo de 12 Hs diurnas, correspondiendo al ciclo diurno del ciclo sueño-vigilia. La dosis puede ser progresivamente aumentada de 2 a 8 mg/h.

Las evaluaciones funcionales utilizadas son: Coma Near Coma (CNCS), Disability Rating Scale (DRS) y Glasgow Outcome Scale Extended (GOS-E).

Resultados

1- Seguridad de Apomorfina subcutánea

Nuestra población no ha presentado efectos secundarios que haya sido necesario la suspensión del tratamiento. Cuando la infusión fue menor a 4 mg/h durante 12 horas no se observaron reacciones (**Tabla 2**); solo el paciente 1 presentó con la dosis máxima de Apo (8 mg/h) diskinesias y confusión, que desaparecieron al bajar la dosis a 6 mg/h. Nódulos en la zona de aplicación aparecieron esporádicamente en el paciente 2 y el paciente 4 experimentó somnolencia con dosis mayor a 6 mg/h.

2- Eficacia observada de la Apomorfina

El análisis de los datos del grupo revelaron que dos de tres escalas de resultados mejoraron en este estudio, dejando diferencia significativa entre la evaluaciones previas al inicio de Apomorfina y las evaluaciones al finalizar el protocolo. El valor medio y el error estándar previo al inicio de Apo en la escala CNCS fue 32.5 ± 4 y 0 ± 0 al día 360 (t-Value 5.648, $p = < .05$) (**Fig. 2**). El valor medio y el error estándar previo al inicio de Apo en la escala DRS previo al inicio fue 24.2 ± 1.3 , y 6.6 ± 1.6 al día 360 (t-Value 5.641 $p = < .05$) (**Fig. 3**). En el caso de GOS-E, El valor y error estándar previo al inicio fue 2 ± 0 y $3.3 \pm .3$ al día 360 (ns) (**Fig. 4**).

Es importante remarcar la evolución individual en la escala CNCS durante las primeras dos semanas de todos los sujetos (**Fig. 5**). Todos ellos han mostrado una rápida respuesta a la droga. El análisis estadístico grupal en la escala del CNC demostró una reducción significativa en los resultados desde el inicio de la Apo, en la primera semana y luego de dos semanas (valor medio y error estándar previo del CNCS inicial fue de 32.5 ± 4 , al día 7 fue de 19.2 ± 6.4 (t-Value 3.282 $p = < .05$) y 13 ± 5 al día 14 (t-Value 3.236 $p = < .05$]).

Observaciones clínicas

A pocas horas del inicio de la aplicación de Apo, el paciente 01 movió sus miembros ante el comando y respondió con SI y NO ante preguntas por primera vez desde el momento del accidente. Al día 4 lograba nominar correctamente objetos asociándolos con su función y estaba completamente orientado en tiempo y espacio. Al día 18 la bomba inadvertidamente dejó de funcionar por dos horas, su familia observó que el paciente disminuía su nivel de conciencia y estado motor y alertaron al equipo. Cuando se continuó con el funcionamiento del a bomba, el paciente recuperó su conciencia y estado motor previo a los 15 minutos. Al día 84, el día programado para la finalización de la infusión de Apomorfina , el paciente experimentó déficit en su estado funcional. Por lo tanto se decidió continuar con la aplicación hasta el día 180 pero en dosis menores (2 a 4 mg/h por 12 horas al día).

Paciente 02 mostró adelantos durante las dos primeras semanas de la administración de la droga y lo mantuvo hasta el episodio de hemorragia. Al día 09 comenzó a seguir comandos simples. El paciente 03 mostró cambios clínicos durante las dos primera semanas. Si embargo , su estado cognitivo fue el responsable de la mejora tardía en las escalas de discapacidad. Paciente 04 fue el que demostró mayor compromiso en la escalas de CNC y DRS. Al día 5 respondió al commando de flexionar su pierna.

Conclusión

Estos datos preliminares sugieren que la administración continua y subcutánea de Apomorfina fue factible, segura y efectiva en estos primeros cuatro pacientes para acelerar el proceso de recuperación de la conciencia después de un TEC cerrado severo. La mejoría fue significativa ya en las primeras dos semanas del tratamiento. Los datos obtenidos en este primer estudio abierto serán el comienzo de un estudio doble ciego, placebo-controlado y multicentrico.

Tabla 1

PACIENTE	EDAD	GENERO	ETIOLOGÍA	DIAG	RMF	EVOLUCIÓN
1	25 AÑOS	HOMBRE	ACCI DE TRANSITO	EMC	DAD II	104 DIAS
2	41 AÑOS	MUJER	ACCI DE TRANSITO	EVP	DAD II Y III	70 DIAS
3	30 AÑOS	MUJER	ACCI DE TRANSITO	EVP	DAD II	46 DIAS
4	19 AÑOS	HOMBRE	ACCI DE TRANSITO	EVP	DAD II Y III	57 DIAS

Tabla 2

Paciente	2 mg/h	4 mg/h	6 mg/h	8 mg/h
1	No	No	No	Diskinesias- confusión
2	No	No (*)	-	-
3	No	No (**)	Agitación	-
4	No			

(*) hemorragia Intracraneal no relacionada con la droga estudiada.

(**) convulsión simple generalizada no relacionada con la droga estudiada.

Referencias

The Multi-Society Task Force Report on Persistent Vegetative State. Medical aspects of the persistent vegetative state. I. N Engl J Med 1994; 330:1499-1508.

Colosimo C, Merello M, Albanese A. Clinical usefulness of apomorphine in movement disorders. Clin Neuropharmacol 1994; 3: 243-259.

Haig AJ, Ruess JM. Recovery from vegetative state of six months' duration associated with Sinemet (levodopa/carbidopa). Arch Phys Med Rehabil 1990; 71:1081-1083.

Meythaler JM, Brunner RC, Johnson A, Novack TA. Amantadine to improve neurorecovery in traumatic brain injury-associated diffuse axonal injury: a pilot double-blind randomized trial. J Head Trauma Rehabil. 2002;17:300-13.

Figura 1

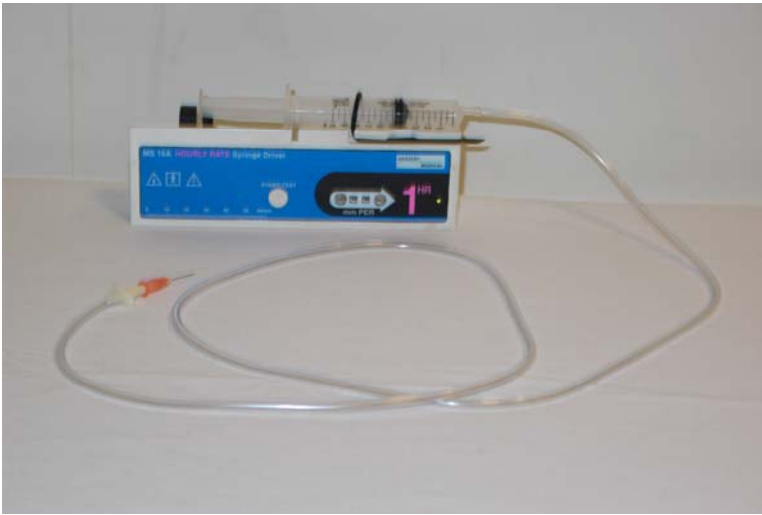


Figura 2

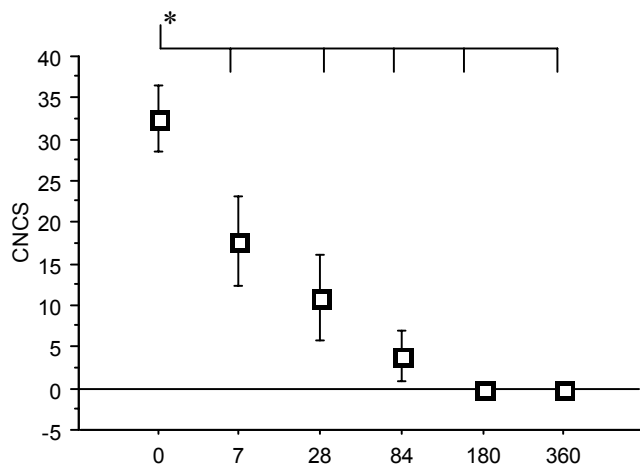


Figura 3

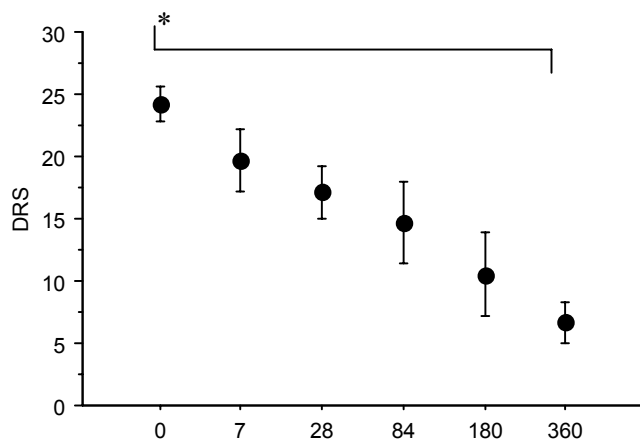


Figura 4

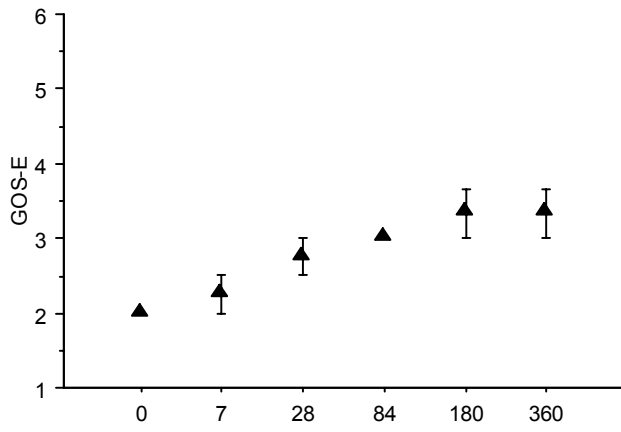
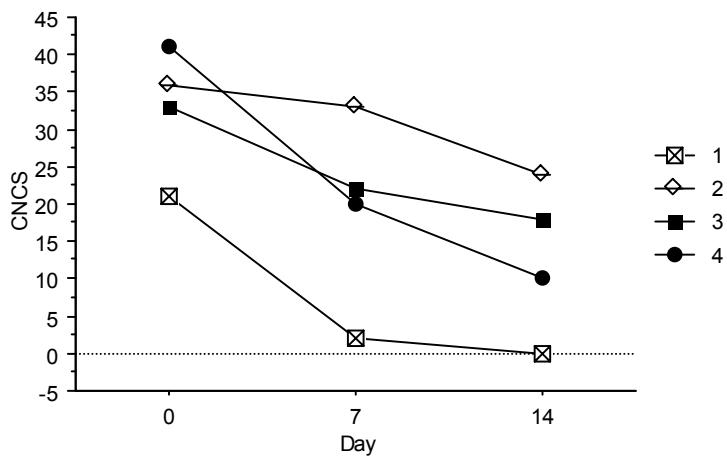


Figura 5



ANÁLISIS DE LA OFERTA DE PROGRAMAS DE PROFESIONALIZACIÓN PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN CAMPINAS – SP, BRASIL

Prof^a Dr^a Rosé Colom Toldrá y Prof^a Maria José Comparini Nogueira de Sá

Faculdade de Terapia Ocupacional da Pontifícia Universidade Católica de Campinas –PUC-Campinas. Av. John Boyd Dunlop, s/nº Jardim Ipaussurama – Campinas CEP – 13059-900

Debido a la falta de informaciones sobre los programas y proyectos de capacitación y formación profesional desarrollados en el municipio se realizó una investigación con el objetivo de conocer las experiencias desarrolladas. Se hizo un estudio de diferentes instituciones tanto de aquellas que realizan programas específicos para personas con discapacidad como también de aquellas que reciben esta población en sus programas. Se trató de localizar y de conocer las ofertas de profesionalización y los programas desarrollados por las instituciones públicas y filantrópicas. A parte de los estudios teóricos, se hizo también una investigación que constó de identificación, contactos, visitas y entrevista a las instituciones del municipio que desarrollan programas de profesionalización para personas con discapacidad o que incluyan a ellos, de las 13 contactadas tenemos: 2 instituciones que desarrollan proyectos de profesionalización específicos y 11 que los incluyen. Se observa en general una falta de inversiones y de plazas en los servicios. La territorialización de estos servicios indica que la mayoría están localizados en áreas más favorecidas o más centrales de la ciudad, lo que refuerza la desigualdad social. Se verifica que el sistema de comunicación institucional es deficiente y no facilita la relación entre las instituciones y la sociedad. En consecuencia se nota una red social muy incipiente y frágil, lo que desfavorece la eficacia de los servicios existentes y no responde a las necesidades de la demanda. Hay la perspectiva de cambio visto que la elaboración de nuevas políticas públicas pueden llevar a la reestructuración de algunas instituciones.

Palabras llave: profesionalización, personas con discapacidad, servicio.

ANÁLISIS DE LA OFERTA DE PROGRAMAS DE PROFESIONALIZACIÓN PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN CAMPINAS – SP, BRASIL

Prof^a Dr^a Rosé Colom Toldrá e Prof^a Maria José Comparini Nogueira de Sá
Faculdade de Terapia Ocupacional da Pontifícia Universidade Católica de Campinas

INTRODUCCIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo conocer las experiencias de profesionalización dirigidas a las personas con discapacidad física en el Municipio de Campinas, realizadas por instituciones públicas y filantrópicas. Este surgió en virtud de la falta de informaciones sobre programas y proyectos de capacitación y formación profesional realizados en el municipio. Se destaca que el acceso a la información es un derecho y debería ser asegurado gratuitamente como otros servicios públicos.

Se sabe que Brasil posee una enorme población de personas con deficiencia; segundo el Instituto Brasileiro de Geografía e Estatística (1) 24,6 millones de personas se declaran con discapacidad, correspondiendo a 14,5% de la población general. De esta población, conforme Pastore (2) apenas 2% de las personas con discapacidad trabajan en el mercado formal, en cuanto que en los países más avanzados el índice es de 30% a 45%.

Analizando otros datos encontrados en la literatura puede decir que Brasil posee un modelo de asistencia basado en el Sistema Único de Salud, que preconiza como principios la universalidad, integralidad y equidad (3) y una base constitucional y un conjunto de principios legales que aseguran a los portadores de discapacidad una vida digna, pero, en la práctica ella aún se encuentra muy frágil (4).

Así, identificar instituciones que trabajan con la inclusión profesional de personas con discapacidad es fundamental, dato que los indicadores nacionales apuntan.

METODOLOGÍA

Para el desarrollo del estudio se realizó un mapeamiento de las instituciones de profesionalización del Municipio de Campinas, a través de consultas en webs públicas, guías telefónicas y servicios de información. Por medio de contacto telefónico con las instituciones mapeadas ocurrió la identificación de las instituciones de profesionalización para personas

con deficiencia y aquellas que las incluyan. Por fin, fueron seleccionadas las instituciones elegibles para la investigación y se hicieron visitas y entrevistas con el responsable de la institución, para la obtención de informaciones sobre las instituciones, las características de los usuarios y los proyectos desarrollados.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Con respecto a las características institucionales fueron identificadas 13 instituciones que realizan actividades de profesionalización, siendo que 2 son específicas para personas con deficiencia y 11 las incluyen en sus programas.

Como resultado de la visita y entrevista fueron encontradas: 7 instituciones gubernamentales (OG), 6 organizaciones no gubernamentales (ONG). Se puede observar un mayor número de instituciones gubernamentales en relación a las de la sociedad civil organizada, pero, su presencia es expresiva en el campo de la profesionalización en Campinas.

Cuanto al tiempo de existencia, la mayoría de las instituciones funcionan hace más de 10 años. Las gubernamentales ligadas a la Secretaría Municipal de Cidadanía, Trabajo, Asistencia y Inclusión Social, en número de 6, son más antiguas y pasan por una reestructuración desde 2005, acompañando las recientes reformas de la política de Asistencia Social brasileña, con la valorización de políticas de trabajo y renta, para la población económicamente menos favorecida. Esto tiene provocado una revisión de las antiguas propuestas de formación profesional que sufrieron por la falta de inversiones por mucho tiempo, para una intervención planeada dirigida a la inserción en el mercado de trabajo en algunas instituciones y generación de renta en otras. Hay apenas una institución gubernamental más reciente, que surgió con la propuesta actualizada y definida para el ingreso en el mercado de trabajo.

Las 6 ONG presentan propuestas dirigidas a la capacitación y preparación general para el ingreso en el mercado de trabajo.

En relación a las características de los usuarios de estas instituciones se observa una presencia de jóvenes en la mayoría de ellas, aunque en aquellas del ámbito de la asistencia social se haya encontrado un número expresivo de adultos, muchos de los cuales sin empleo y sin formación profesional. La escolaridad exigida para los usuarios varía desde analfabetos hasta formación de nivel medio.

En relación a los programas y proyectos de profesionalización desarrollados por las instituciones observase diferentes modalidades ofertadas, como demuestra la tabla I. De los programas y proyectos en el ámbito de la asistencia social se destacan los del área de estética (peluquería, manicure, depilación, maquillaje) y artesanía, que atraen a la población femenina. Los primeros son ofrecidos por todos los Centros, pues poseen una sala específica montada con los respectivos equipamientos y la mayoría de estos cuentan con monitores contratados para la área de estética. Estos programas exigen poca escolaridad y objetivan principalmente a la generación de renta más que a la inserción en el mercado de trabajo.

De las instituciones estudiadas solamente las específicas para las personas con discapacidad presentan propuestas que incluyen proyectos con la familia y la comunidad, teniendo en vista la necesidad de involucrar todos los segmentos sociales, para una mayor conscientización de las posibilidades de esta población.

Tabla I. Programas y Proyectos desarrollados por las Instituciones.

Nombre de la Institución	Programas y Proyectos
SORRI - ONG	Proyecto Capacitación, Empleo, Arte y Ciudadanía y Comunidad Abierta
CIAD - ONG	Inclusión Digital, Grupo con Familia; Asesoramiento a las Empresas; Ocio y Humanización y Banco de Currículums
Centro "Casa de Ação Comunitária" - OG	Artesanía, Ebanistería y Estética.
Centro "Humberto Mascoli" - OG	Estética y Gestión
Centro "José Francisco Homem de Melo" OG	Estética, Culinaria, Electricista, Alfabetización, Artesanía y Costura.
Centro "Dr. João de Souza Coelho" - OG	Estética, Artesanía, Gestión y Informática
Centro Social "Presidente Kennedy" - ONG	Salud, Construcción Civil, Alimentación, Comunicación y Gestión de Servicios
Centro "Tancredo Neves" - OG	Informática, Culinaria, Administración Gestión, Costura, Estética, Artesanía, Prestación de Servicios
CRAS - Espaço Esperanza - OG	Estética y Artesanía.
Assoc. de Assistência Social "São João Vianney" - ONG	Iniciación Profesional para Jóvenes, Mecánica, Informática, Prácticas de Administrativo
Assoc. Projeto Quero-Quero - ONG	Servicios Operacionales en Hostelería
C.E.Profis.Camp. "Pref. Antônio da Costa Santos" - OG	Gestión, Hospitalidad, Informática y Desarrollo Social.
Círculo de Amigos do Menor Patrulheiro de Campinas - ONG	Seguridad – Auxiliar Administrativo

Todas las instituciones proporcionan contenidos en su programación relacionados a la ciudadanía, abordando temas como: derechos y deberes, higiene, cuidados con la salud, como buscar empleo, elaboración del currículum, entre otros, objetivando contribuir para una mejor cualidad de vida de estas personas

En general en las OG, vinculadas a la asistencia social, las instalaciones físicas, materiales y de recursos humanos están perjudicados por la ausencia de inversiones, que dependen para su calificación del desarrollo de la actual política. La OG más reciente presenta una infraestructura y propuesta de profesionalización apropiada a las demandas actuales.

En lo que se refiere a la profesionalización de personas con discapacidad se observó: una pequeña participación de estas en la mayoría de las instituciones, con excepción de las específicas; destacando-se apenas una OG que presenta un número más expresivo y una ONG que buscó aparcería con instituciones de rehabilitación, dada la baja procura de personas con discapacidad.

En el aspecto de la abrangencia territorial 5 instituciones reciben usuarios de fuera de Campinas, siendo estos de municipios que componen la Región Metropolitana de Campinas (RMC); aunque, solo dos fueran concebidas para tener una abrangencia regional. La distribución espacial de las instituciones en el municipio de Campinas muestra que hay una mayor concentración en las regiones más desarrolladas o más próximas del centro. Si consideramos los dos ejes viários que dividen el municipio en dos regiones con características de desarrollo bastante diversas, observaremos la confirmación de la desigualdad existente entre las regiones más adensadas y más pobres de la ciudad, que poseen apenas 2 instituciones y el acúmulo de la mayoría (11 instituciones) en regiones más desarrolladas. Verifícase que cada institución engloba varios barrios dificultando el acceso de la población, en virtud de la carencia de transporte público entre los barrios en el municipio.

En la comunicación con la sociedad observase que de las OG, los Centros no poseen formas institucionales de divulgación. En general ocurre a través de los propios usuarios de los programas (boca-a-boca) y carteles manuales en los mismos locales o en servicios municipales. Se nota una informalidad en el proceso de comunicación. La OG más reciente utiliza várias formas de divulgación como: web, folletos, periódico, rádio, TV, comunicación con empresas y instituciones municipales. Las ONG's específicas y las demás también presentan variadas formas de comunicación. Entretanto, estes procesos comunicacionales no garantizan el conocimiento de las propuestas de profesionalización de las instituciones en la sociedad y no efectivizan la comunicación entre ellas, no se configurando portanto una red de

apoyo social a la profesionalización. Segundo Dowbor (5) la información adecuada y accesible constitui un poderoso racionalizador económico y permite que las dimensiones económica, social y ambiental se crucen. Así la información bien trabajada y los procesos comunicacionales evaluados pueden funcionar fluidamente por las redes sociales, pero en este estudio no se observó tales respuestas.

CONSIDERACIONES FINALES

Se puede notar por los datos del estudio que la inclusión de personas con discapacidad en los programas para la inserción laboral en el mercado de trabajo aún es precaria en el municipio.

Se sabe que el acceso al mercado de trabajo es una de las formas más eficaces de proporcionar condiciones de inclusión a una persona con discapacidad. Así es importante conocer la realidad de las personas con discapacidad a nivel local en lo que se refiere a la profesionalización y al territorio, en el sentido de identificar los recursos que puedan favorecer la inclusión social.

No obstante el estudio apuntó que hay pocas instituciones y aun mal distribuidas en el territorio de modo a reproducir la desigualdad social, cuando por la legislación de las actuales políticas deberían estar distribuidas en los espacios-territorio entendidos como “un lócus que contiene un perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político y social que se encuentre en permanente construcción”(6).

De las 13 instituciones visitadas 2 realizan actividades de profesionalización para las personas con discapacidad, las demás tuvieron alguna experiencia de inclusión. De modo general se averiguó una baja participación de esta población en las instituciones, frente a las demandas que poseen de formación y preparación para el mercado de trabajo.

Esto sugiere la urgencia en la elaboración y implementación de acciones relacionadas a la profesionalización de personas con discapacidad en edad económicamente activa en el municipio.

A través de los resultados obtenidos se puede decir que no existen acciones en red en lo que se refiere a la profesionalización de la persona con discapacidad, sobretodo por la ausencia de un sistema de información integrado.

Es necesario, por lo tanto, ampliar las vías de informaciones para la persona con discapacidad a través de un esfuerzo de las instituciones sociales y la conscientización de la sociedad.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. IBGE [En línea] <<http://www.ibge.gov.br>> [Consulta en: 20 marzo 2006]
- 2- J. Pastore, 2000, “Oportunidades de trabalho para portadores de deficiência”, Ltr, (São Paulo), página 245.
- 3- BRASIL, Ministério da Saúde. Coordenação de Atenção a Grupos Especiais. Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência no Sistema Único de Saúde. Brasília. Secretaria de Assistência à Saúde, 1993.
- 4- M. C. Almeida.; G. W. S. Campos, 2002, “Políticas e Modelos Assistenciais em Saúde e Reabilitação de Pessoas Portadoras de Deficiência no Brasil: Análise e proposições desenvolvidas nas últimas duas décadas”, Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v.11, n.3, p.118-126.
- 5- L. Dowbor, 2004, “Sistema local de informação e cidadania”, In: A. Jr. Lassange; J. Mello, et al (org). Tecnologia Social: uma estratégia para o desenvolvimento. Fundação Banco do Brasil, (Rio de Janeiro), página 135-153.
- 6- C. V. S. Unglert, 1995, Territorialização em sistemas de saúde”, In: E. V. Mendes Distrito Sanitário, Ed. Hucitec Abrasso, (SP – Rio de Janeiro), página 221-235.

- I. Educación en Seguridad Industrial a través de metodologías lúdicas, una experiencia desde Terapia Ocupacional”.

- II. Acosta Andrade Cecilia
Briceño Ayala Leonardo
Monsalve Robayo Angélica María

- III. Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario
Centro de Asesoría y Consultoría en Salud Ocupacional
Bogotá
Cundinamarca
Colombia
Calle 14 No 6- 25
3474570 ext 229
2821522/ 2827276
ceacosta@urosario.edu.co
lbriceno@urosario.edu.co
anmonsal@urosario.edu.co
Fax: 3474570 extensión 286

I. EDUCACIÓN EN SEGURIDAD INDUSTRIAL A TRAVÉS DE METODOLOGÍAS LÚDICAS, UNA EXPERIENCIA DESDE TERAPIA OCUPACIONAL.

II. Acosta Andrade Cecilia
Briceño Ayala Leonardo
Monsalve Robayo Angélica María

III. RESUMEN

La Universidad del Rosario, cuenta con una unidad de servicio especializada denominada **Centro de Asesoría y Consultoría en Salud Ocupacional**, encargado de la **consolidación progresiva de saberes y prácticas relacionados con el campo de la salud de los trabajadores**, que otorga valor a la generación del conocimiento y a la identificación de su utilidad en escenarios laborales.

Uno de sus frentes de acción son **las Administradoras de Riesgos profesionales (ARP) del país**, entidades encargadas de velar por la protección de la población trabajadora. Liberty seguros, es una de estas entidades con la cual se desarrollan actividades desde hace tres años, en alianza estratégica de atención a sus empresas afiliadas.

En el año 2006, se realiza en una empresa del sector petrolero afiliada a esta ARP, un programa de capacitación liderado y diseñado por dos Terapeutas Ocupacionales y un Medico.

Este programa retoma la teoría de Max Neef, planteando la **importancia del OCIO dentro de las necesidades y satisfactores del ser humano como elemento integrador**, que permite el desarrollo de roles, en los diferentes estadios de la vida.

Teniendo el gran reto de la educación a través de diversas metodologías, en conjunto con la ARP y la Organización, el programa se basa en el juego y el entretenimiento, donde el trabajador además de **aprender** los requerimientos técnicos exigidos para la prevención de posibles accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, tuviese la oportunidad de tener en su jornada laboral, un **espacio de ocio** permitiéndole estimular el interés por su trabajo.

El programa se desarrollo durante seis meses, con la participación de aproximadamente 419 funcionarios, con un rango de edad entre 30 y 60 años. En un 97% población masculina, nivel educativo medio y medio bajo y nivel socio económico medio.

Logros: Capacitación masiva, interés de los trabajadores, efectividad del juego para el aprendizaje en población adulta y en la utilización de tiempos de capacitación.

IV. DESARROLLO DEL TRABAJO

- Introducción

El ser humano se concentra y sustenta en la satisfacción de las necesidades fundamentales.

La mayor parte de estas necesidades según la teoría del economista Manfred Max Neef (1986) (1) son comunes a toda la especie humana, a todas las culturas, épocas y grupos, categorizadas de la siguiente manera: necesidad de permanencia o subsistencia, de protección, de afecto o amor, de entendimiento, de participación, de ocio, de creación, de identidad y de libertad.

Estas necesidades se complementan paralelamente con la necesidad de ser, tener, hacer y estar.

Entre los postulados básicos del desarrollo a escala humana es necesario destacar aquellos que plantean que el desarrollo tiene que ver con las personas y, no sólo con los objetos, y por lo tanto el propósito esencial de todo estilo de desarrollo será el de procurar la adecuada satisfacción de dichas necesidades.

El trabajo que la Universidad del Rosario desarrolla con los trabajadores se enfoca en la satisfacción de las necesidades de entendimiento y ocio.

Los satisfactores que desde la teoría de Max Neef se buscaron en el desarrollo de las anteriores necesidades fueron:

Necesidad	Ser	Tener	Hacer	Estar
Ocio	Curiosidad Receptividad Despreocupación Humor Tranquilidad	Juego Espectáculos Fiestas Calma	Divagar Abstraerse Evocar Relajarse Divertirse Jugar	Privacidad Espacios de encuentro Tiempo libre Ambientes
Entendimiento	Conciencia Crítica Receptividad Curiosidad Asombro Disciplina Intuición Racionalidad	Maestros Métodos Políticas educativas y comunicativas	Investigar Estudiar Experimentar Educar Analizar Meditar Interpretar	Ámbitos de interacción formativa

Se define ocio como el conjunto de ocupaciones a las que el individuo puede entregarse con pleno consentimiento, ya sea para descansar o para convertirse, o para desarrollar su formación desinteresada, su voluntaria participación social o su libre capacidad creadora.(2)

El entendimiento se traduce en el aprendizaje que adquiere la persona considerando determinantes intrínsecos y del ambiente que influyen en la estructuración de un mundo externo acorde a las habilidades y posibilidades de participación. (3)

El juego como proceso ocupacional se presenta en todas las etapas del ciclo vital como comportamientos caracterizados por la diversión que implican repetición de experiencias, exploración, experimentación e imitación. (4) Una de las estrategias utilizadas para hacer tangible este proceso es la dinámica, definida como la reunión de personas en torno a un tema en la cual se interactúa identificando logros comunes.

- Objetivos

- Desarrollar destrezas sensorio-motoras
- Estimular habilidades cognitivas como la atención, concentración, memoria, recordación, abstracción, cálculo y razonamiento.
- Reforzar la capacidad de toma de decisiones.
- Fomentar el uso de habilidades sociales y comunicativas.
- Generar espacios de diversión.
- Fortalecer la tolerancia en las relaciones con pares.
- Facilitar procesos de aprendizaje lúdico

- Materiales

Los juegos y dinámicas se desarrollaron haciendo uso de los siguientes recursos:

Máquinas	Grabadora
Equipos	Vídeo beam
Herramientas	Bisturí, Segueta, Pito
Materiales	Fotografías reales, Cartón, Papel, Música, Pingpones, Agua, Grabadora, Polipropileno, Juegos (rana, basketball, bolos, golf, beisball), Billetes didácticos, Cauchoespuma, Pegante

- Metodología

La metodología utilizada tuvo como principios básicos la participación y dominio de destrezas físicas y sociales para la comprensión y uso de aprendizajes significativos que pudieran ser transferidos en el rol laboral.

Por tanto se utilizaron principios conceptuales de Sara Smilansky (5) para la ejecución de dinámicas lúdicas basadas en el juego funcional que incluye habilidades verbales simples, del

juego constructivo orientado a la realidad, del juego dramático en donde se imita el lenguaje y los gestos reales de otros en una situación imaginaria, los juegos de reglas y el juego de roles que favorecen los estilos de comunicación, cooperación, competencia, diversión, coordinación, observación y agilidad mental.

Por otro lado se implementaron diferentes juegos de mesa que en un contexto físico denominado aula bus se ejecutaron utilizando conceptos básicos del juego como los propuestos por Piaget (5) quien enuncia la importancia de los juegos prácticos, simbólicos, de reglas y de construcción a fin de generar diversión y complejidad cognitiva en el desempeño de las actividades.

- Resultados y Conclusiones

Los resultados se presentan a través de una tabla que explica el número de temporadas en los que se implementó el programa de capacitación, el periodo en que se llevó a cabo, el número de trabajadores capacitados y los temas generales abordados durante el desarrollo del programa.

Temporada	Periodo de capacitación	Número de trabajadores capacitados	Tema de Capacitación
1	Abril 25- Mayo 06/2006	477	Capacitación sobre situaciones que pueden causar lesiones al colaborador en su sitio de trabajo
2	Mayo 09- Mayo 19/2006	381	
3	Junio 06-Junio 17/2006	520	Capacitación sobre operaciones de alto riesgo dentro del proceso laboral, que pueden causar lesiones al trabajador.
4	Julio 13- Julio 22/2006	398	
5	Agosto 08- Agosto 19/2006	352	Capacitación acerca de procedimientos adecuados que no pueden faltar en la

6	Septiembre 06- Septiembre 18/2006	391	ejecución de las labores para prevenir accidentes de trabajo
---	--------------------------------------	-----	--

Finalmente se evidenciaron logros tales como el interés de los trabajadores por vincularse en actividades diferentes a las propuestas regularmente para procesos de capacitación, efectividad del juego para el aprendizaje en población adulta y en la utilización de tiempos de capacitación que garantizaron la asimilación de conceptos y aplicación de contenidos desarrollados a partir de las temáticas.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) MAX-NEEF, M, ELIZALDE, A, HOPENHAYN, M. Desarrollo a Escala Humana, una opción para le futuro. CEPAUR. Fundación Dag Hammarskjold. 1997
- (2) JONES, Derek, B.A. Sociology and occupational therapy: an integrated approach. Churchill Livingstone. 1998
- (3) CHARLES, Christiansen. Occupational therapy: overcoming human performance deficits. Thorofare NJ : Slock, 1991
- (4) PUNWAR, Alice J. Occupational therapy: principles and practice. Lippincot Williams & Wilkins. 2000
- (5) HOPKINS, H, SMITH, H. Terapia Ocupacional. Editorial Panamericana. Octava Edición. 2001

VII. AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a la Universidad del Rosario, nuestra alma mater en la formación como Terapeutas Ocupacionales y actualmente escenario laboral en el cual bajo el lema “ir adelante en el tiempo” aporta a nuestro desarrollo personal y profesional.

A la Administradora de Riesgos Profesionales Liberty Seguros, por creer y confiar en la Universidad del Rosario a través del Centro de Asesoría y Consultoría en Salud Ocupacional, otorgándonos la posibilidad de brindar una mejor condición de vida a los trabajadores de nuestro país.

CECILIA ACOSTA ANDRADE

Terapeuta Ocupacional

LEONARDO BRICEÑO

Médico

ANGÉLICA MONSALVE ROBAYO

Terapeuta Ocupacional

EL TERAPISTA OCUPACIONAL COMO MAESTRO DE GRUPO EN EDUCACIÓN ESPECIAL.

Campisi María Alejandra, Fernández Sandra, Nuñez Claudia.

Escuela Especial Asociación Manuel Belgrano – DIPREGEP N° 661.

Mar del Plata. Provincia de Buenos Aires. Argentina.

Dirección postal: Saavedra 2980

Teléfono/ fax: 0223 – 472-0031 interno 31

EL TERAPISTA OCUPACIONAL COMO MAESTRO DE GRUPO EN EDUCACIÓN ESPECIAL.

Campisi M. Alejandra, Fernández Sandra, Nuñez Claudia.

El distrito de General Pueyrredón es uno de los distritos que cuenta con la mayor cantidad de servicios educativos especiales de la provincia de Buenos Aires, cubriendo todas las necesidades educativas especiales (NEE).

NEE son aquellas experimentadas por personas que requieren ayudas o recursos que no están disponibles habitualmente en el contexto educativo.

A su vez, en los últimos años, a partir de los cambios en el concepto de discapacidad y en especial de retraso mental, deviene un cambio en la estructura curricular de la rama. Surge lo que actualmente se conoce como el cambio de paradigma.

En este contexto, la figura del terapeuta ocupacional (TO) manifiesta un quehacer particular, un enfoque que le es propio, por lo que se hace necesario una nueva valorización del rol profesional.

Es por esto que el objetivo del presente trabajo es reflejar, a partir del análisis de la práctica diaria en una escuela especial, los aspectos más significativos del rol del TO a cargo de los módulos del área laboral.

Este rol se destaca por presentar diferentes dimensiones:

- Trabajar dentro de una dinámica institucional particular, como lo es la escuela de educación especial y todo lo que ello implica.
- Educar a niños y adolescentes con NEE, así como la orientar y acompañar a las familias durante el proceso de formación laboral. Dicho proceso consiste en promover una educación tecnológica direccionalizada tanto en sus aspectos conceptuales como instrumentales, necesarios para el desarrollo de competencias y habilidades que le permitan al alumno acceder a la formación profesional y a la futura integración laboral. Para que la educación tecnológica fomente saberes instrumentales debe valerse de la actividad polivalente, y es la actividad el principal instrumento de valoración del TO.
- Integrar equipos transdisciplinarios, el TO por su formación puede aportar al equipo una visión particular acerca del alumno, del proceso de aprendizaje, de los apoyos y adaptaciones curriculares necesarias.

Si la educación tecnológica promueve la utilización de la actividad como recurso formativo y el TO es el profesional que desarrolla su quehacer basado en la actividad y esto es lo que lo diferencia, en gran medida, del resto de los profesionales de la educación, por qué no pensar que es un profesional que responde eficientemente al perfil del docente del área laboral.

Palabras claves: educación especial – trayectos pre profesionales – rol del terapeuta ocupacional - docencia

EL TERAPISTA OCUPACIONAL COMO MAESTRO DE GRUPO EN EDUCACIÓN ESPECIAL.

Campisi María Alejandra, Fernández Sandra, Núñez Claudia.

En educación especial, desde hace algunos años, se refleja la necesidad de un cambio en la concepción del alumno con discapacidad mental. Se ha pasado del modelo centrado en aspectos médicos y psicométricos al centrado en aspectos educativos y curriculares, que brindan una respuesta educativa constructiva.

Uno de los cambios conceptuales, es el de retardo mental, se llegó así a una definición más funcional en la que el centro de la escena es la persona y los contextos (familiar, educativo y social) con los cuales se encuentra en permanente interjuego y comunicación.

Esta nueva concepción intenta operacionalizar la multidimensionalidad del retardo mental, a su vez, permite diagnosticar, clasificar y planificar los apoyos necesarios. La nueva definición de retardo mental reconocida por la comunidad científica, es la que propone la Asociación Americana de Retardo Mental (AAMR)¹:

“El retraso mental hace referencia a **limitaciones sustanciales en el desenvolvimiento corriente**. Se caracteriza por un **funcionamiento intelectual inferior a la media** que tiene lugar **junto a limitaciones asociadas en dos o más de las siguientes áreas de habilidades adaptativas posibles**: comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autogobierno, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio y trabajo. El retraso mental **se manifiesta antes de los dieciocho años.**”(AAMR)

No existe alumno especial sino alumno con necesidades educativas especiales (NEE), en este contexto se identifican no sólo sus limitaciones, sino sus capacidades en las habilidades adaptativas, desde aquí se focaliza la función de la escuela.

La educación especial no solo centra su atención en el área pedagógica, sino también en la educación tecnológica. La misma se encuentra organizada en Trayectos Pre Profesionales (TPP) que se desarrollan en una serie de módulos: módulo de iniciación, módulos de capacidades básicas y de capacidades básicas orientadas a las familias de profesiones.

En la escuela especial, el Terapeuta Ocupacional (TO) puede desempeñar dos roles: maestro de TPP y Terapeuta Ocupacional propiamente dicho.

Como docente, la figura del TO manifiesta un quehacer particular y un enfoque que le es propio, por ello el objetivo del presente trabajo es analizar, a partir de la reflexión sobre práctica diaria en una escuela especial, los aspectos más significativos del rol del TO como

¹ Circular Técnica General Nº 5 /03. Dirección de Educación Especial. Dirección General de Cultura y Educación. Provincia de Buenos Aires, Argentina.

maestro de TPP y contribuir a la valorización de este rol profesional, que requiere de una formación específica.

La Circular Técnica General N° 3/03, delimita los roles de maestro de TPP y de cada miembro del equipo transdisciplinario, con el fin de, a partir de un trabajo conjunto, brindar a los alumnos con NEE, una educación integradora que promueva las condiciones de empleabilidad para la futura inserción laboral.

Son cuatro los contextos educativos en que se desempeña el rol docente:

Contexto del alumno:

- Orienta el proceso de formación laboral de los alumnos.
- Participa en la admisión, seguimiento, promoción por los módulos, egreso y derivación.
- Evalúa para establecer las NEE de cada alumno, y a partir de los resultados obtenidos diseña las estrategias y modos de intervención adecuados para favorecer el proceso de aprendizaje en los TPP, selecciona los apoyos y ayudas acordes a las NEE de cada alumno, elabora adaptaciones curriculares institucionales, áulicas e individuales.
- Participa en la elaboración de los diferentes proyectos institucionales y de los planes individuales.
- Genera acciones de integración laboral.

Contexto educativo:

- Analiza y toma decisiones relacionadas con los diferentes contextos, junto al equipo transdisciplinario.

Contexto familiar:

- Informa y orienta acerca del proceso de enseñanza y aprendizaje integrando a las familias a la dinámica escolar.
- Orienta acerca de las posibilidades laborales del alumno (cursos en centros de formación profesional, pasantías, entre otras).

Contexto socio-comunitario:

- Difunde la tarea escolar, en relación a lo laboral, favoreciendo la integración de los alumnos con NNE.

Los TPP implican, desde el módulo de iniciación, el acercamiento del alumno al desempeño de variadas actividades y técnicas operativas.

A medida que el alumno avanza por el TPP se requieren de hábitos más específicos y maduros, las actividades se complejizan y orientan hacia una familia de profesiones.

Este conjunto de habilidades y actividades que el alumno desempeña a lo largo de los TPP no son otras que las AVD, trabajo / escuela (actividades escolares académicas, pre laborales y laborales) y juego. Entendidas como “las tareas que capacitan para el desempeño de roles”²

El TO, a lo largo de su formación logra un entrenamiento especial en la evaluación de actividades, análisis del desempeño ocupacional de las personas y diseño de apoyos que enriquecen la enseñanza y facilitan el proceso de aprendizaje de alumnos con NEE, con el propósito de favorecer la capacidad creadora, las competencias y habilidades y la formación de actitudes y valores. Estas situaciones son planteadas como actividades que posibilitan a los alumnos el alcance de las capacidades propuestas a partir de un aprender haciendo, en situación real de trabajo.

El TO gradúa las actividades de manera tal de lograr un equilibrio entre las capacidades de los alumnos y el desafío que propone la tarea, de este modo intenta evitar la frustración y el sentimiento de no competencia y promueve el aprendizaje y la satisfacción por los resultados del esfuerzo, siendo esto una fuente invaluable de motivación para realizar nuevas tareas con más alto nivel de desafío. De este modo los alumnos aprenden actividades cada más complejas y específicas.

Para ejemplificar se presenta una experiencia de trabajo en el grupo de adaptación laboral.

El grupo se caracteriza por la heterogeneidad en cuanto a las capacidades de los alumnos, quienes requieren de diferentes grados de supervisión del docente.

El T.O. docente de grupo orienta el proceso de enseñanza utilizando diversas estrategias: demostración de las técnicas, refuerzo verbal, el aprendizaje por descubrimiento, ensayo, reconocimiento de errores, corrección y práctica.

Uno de los proyectos es la elaboración de escarapelas (prendedores de porcelana fría) el que incluye una serie de pasos a cumplir desde la preparación de los materiales y del lugar de trabajo hasta la terminación del producto para la venta.

Los pasos son graduados según las capacidades de cada alumno, y a su vez se brindan asistencias y apoyos necesarios.

En esta instancia el alumno no sólo aprende una técnica, sino que se le ofrece la oportunidad de apropiarse de algunos aspectos de la cultura del trabajo; tal es caso de los hábitos laborales, que incluyen aceptar la supervisión del maestro y/o de un par en el desempeño del trabajo, asumir responsabilidades, desempeñarse con gestos profesionales, respetar las normas de seguridad e higiene, valorar y respetar su producción y la de los demás.

² Hopkins H. y Smith H. 1998. “WILLARD/SPACKMAN. Terapia Ocupacional”. Editorial Médica Panamericana. (España) p.192

En la escuela especial, el TO se integra a una institución que no solo requiere de conocimientos especializados, sino también de la adaptación a una dinámica diaria particular, que no siempre es fácil. Que incluye desde las reuniones de padres, las entrevistas con las familias hasta la participación en los actos escolares, con todo lo que ello implica (las palabras alusivas, decoración, organizar los abanderados entre otros).

Si la educación tecnológica promueve la utilización de la actividad como recurso formativo y el TO es el profesional que desarrolla su quehacer basado en la actividad y esto es lo que lo diferencia, en gran medida, del resto de los profesionales de la educación, por qué no pensar que es un profesional que responde eficientemente al perfil del docente del área laboral.

Bibliografía.

- 📖 Anexo 1 – 6249. Trayecto Pre Profesional para alumnos con necesidades educativas especiales. Expediente N° 5801 – 3.279.530 /03. Buenos Aires.
- 📖 Circular Técnica General N° 5 /03. Dirección de Educación Especial. Dirección General de Cultura y Educación. Provincia de Buenos Aires, Argentina.
- 📖 Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Navarra. Terapia Ocupacional en Educación. Pamplona, España. Enero 2006.
- 📖 Disposición N° 15 / 03. Anexo 1: Fundamentación, roles de los integrantes del equipo transdisciplinario en el marco del nuevo paradigma de la educación especial. Anexo 2: Roles de los integrantes del equipo transdisciplinario. Poder ejecutivo, Provincia de Buenos Aires.
- 📖 Hopkins H. y Smith H. 1998. “WILLARD/SPACKMAN. Terapia Ocupacional”. Editorial Médica Panamericana. (España)
- 📖 Ministerio de Educación. Programa Nacional de Gestión Curricular y Capacitación – Proyecto Diseño y Desarrollo Curricular Regímenes Especiales – Educación especial. Documento: Capacitación Laboral. Primer Encuentro Federal de Educación especial y Escuela Inclusiva. Buenos Aires, noviembre – 2000.
- 📖 Romero Ayuso D. 2003. “Terapia Ocupacional. Teoría y técnicas” Editorial MASSON (España)

Ergonomía de Trabajo en Laderas

Informe Final

Evaluación de Condiciones de Trabajo

Presentación:

El advenimiento de nuevas técnicas de cultivo de paltas en ladera de cerro con el sistema de camellones ha determinado un nivel de exigencias diferente para un grupo de trabajadores, los cuales se enfrentan en la actualidad a condiciones físicas del terreno que han motivado la preocupación por tratarse de riesgos en que las variables estado físico, resistencia al esfuerzo y ambiente térmico son de primera importancia. Se orienta entonces el presente trabajo hacia la determinación de esas condiciones, basándose en el objetivo de conocer qué niveles de rendimiento fisiológico trae aparejada la faena en cerros del predio, cuáles son los grados de exigencia física inherentes al trabajo, y aspectos relacionados como nutrición, hidratación, índices de masa y grasa corporal, entre otros.

En nuestro país no existe mucha experiencia al respecto. Quizás si el conocimiento más cercano sean los trabajos de Apud et al., resumidos en su "*Ergonomía en el Combate de Incendios Forestales*" (2002), que de alguna manera abarca el trabajo en terrenos difíciles, laderas, y bajo condiciones ambientales de mucho calor. A partir de la extrapolación de este trabajo es que nos atrevemos a sugerir algunas de las medidas incluidas en la sección "Sugerencias".

En resumen, se plantea el presente trabajo basados en la hipótesis de que un paso indispensable para mejorar la seguridad en ese terreno lo constituye el control sobre las variables de desempeño físico de sus trabajadores.

Antecedentes

El Trabajo

Descripción:

La empresa posee una superficie de 48Has de terreno de cultivo en laderas de cerro, las cuales se encuentran dedicadas al desarrollo de palta Hass. Los cultivos se desarrollan en su totalidad en base al sistema de "camellones", que consisten en solevantamientos verticales en sentido de la pendiente del terreno en el cual se ubican 555 plantas por Ha. La plantación posee un sistema de riego tecnificado por goteo, el cual provee el agua necesaria. El área de paltos no se encuentra aún en producción.

En este momento la tareas realizadas en ladera de cerro consisten en revisión de riego, y aplicación de abonos y herbicidas.

Terreno:

El área donde se encuentra el predio corresponde a la ladera occidental en una cierta proporción a cerro de baja altura, con pendientes que van desde 30 a 60%. El área de cultivo se ha organizado en base a cuarteles, los cuales tienen sistemas de riego y supervisión independientes.

El clima:

En el área están presentes las estaciones del año, y es en verano en que se efectúan la mayor parte de los trabajos (de Noviembre a Marzo). Corresponden a la estación días de sol con temperaturas máximas de 34°C, ocasionalmente con presencia de vientos que mejoran la sensación térmica. En general, las precipitaciones se concentran entre los meses de marzo y septiembre de cada año, lo que determina que en verano el terreno permanezca seco y costoso, lo que incide negativamente en el desempeño de los trabajadores, incrementando el riesgo de caídas.

Los Trabajadores

Grupos de trabajo:

En la actualidad las labores de riego concentran la mayor parte de las actividades en cerro, y para ello la empresa ha dispuesto de dos grupos de 8 trabajadores cada uno, los cuales recorren a diario las diversas áreas de cultivo. Además, normalmente existe otro pequeño grupo de personas que se dedican a las otras labores, tales como aplicación de abonos.

Características:

En general se trata de personas jóvenes, que efectúan trabajo de temporada por uno o dos meses; existen también trabajadores permanentes.

La empresa ha contratado a dos empresas contratistas para el desarrollo de estas y otras tareas, por lo que un número determinado de trabajadores habituales no pertenece a la Agrícola.

Formación para el trabajo:

No existen en este momento programas de capacitación específica para las labores que se ejecutan. Los conocimientos necesarios para el trabajo son entregados en forma verbal y en terreno por los propios supervisores o jefes de cuadrilla.

En forma periódica los trabajadores reciben capacitación en prevención de riesgos.

Turnos, rotaciones y pausas:

La revisión de riego se efectúa diariamente en jornadas que van desde las 8:30h hasta las 17:00h, con una hora de colación al mediodía. A pesar de que no existen pausas programadas, estas se dan con 10 minutos en el paso entre los 13 cuarteles que componen el predio. No se pesquisarón planes de rotación de funciones.

Carga de trabajo:

Durante una jornada normal, ambos grupos deben cubrir las 48Has de terreno cultivado, lo que arroja 6,4Has por hora efectiva de trabajo, 0,4Ha o 222 plantas por trabajador/hora.

Equipo para el trabajo:

La empresa adquirió en Octubre pasado 10 pares de zapatos de seguridad marca Verlan, sin protección de punta, los cuales son usados en faenas de cerro con muy buen resultado. No se dispone en este momento de otros implementos que podrían ser necesarios para el desarrollo seguro de las faenas, como gorros con visera redonda, camisetas de manga larga, pantalones de género liviano, guantes, y lentes de seguridad.

Hidratación y alimentación:

La empresa dispone de bidones de para agua potable de 40 o 50lts., uno de los cuales se ubica en una caseta en el cerro, lugar en que se deja cuando se llena de agua fresca. Los trabajadores suben con botellas de agua de 1 o 1,5lts. en la mañana, y normalmente no recargan la provisión debido a que el bidón no siempre se encuentra al alcance de la mano.

En cuanto a la alimentación, cada trabajador debe traer el alimento de su hogar a diario, el que consumen al mediodía. Este consiste generalmente en cazuela, tallarines, arroz, con algún tipo de carne o pollo y algo de ensalada. Rara vez la fruta está incluida en la dieta.

A pesar de que la empresa ha dispuesto de 5 comedores portátiles, ninguno de ellos está en uso en este momento por hallarse fuera de los sitios donde pueden ser requeridos.

Evaluación Ergonómica

Objetivos del Trabajo de Evaluación:

1. evaluar las características ergonómicas de desempeño de las labores realizadas en ladera de cerro.
2. conocer las características antropométricas y determinar variables fisiológicas de los trabajadores.
3. determinar esquemas organizativos con respecto al desarrollo de faenas en laderas.

4. formular criterios de selección y evaluación de personal de acuerdo a requerimientos ergonómicos de desempeño.

Resultados

Antropometría y medición de composición corporal.

Como parte del proceso de evaluación ergonómica se propone efectuar mediciones de parámetros físicos y de composición corporal, con la finalidad de asociar sus resultados a los rendimientos que luego se medirán. Esta consistió en determinación de estatura, peso, edad, y espesor de pliegues corporales. La evaluación se aplicó a 14 trabajadores, y los resultados se aprecian en la siguiente tabla:

Tabla 1: Resultados de evaluación de Composición Corporal y Antropometría.

	X	Min	máx
Edad	26,1	16	48
Peso	67,9	50	108,5
Estatura	1,68	1,59	1,75
%MG	19,00	10,54	29,34
Kg MG	13,62	5,56	30,69
Kg MLG	54,30	42,77	77,8
IMC	23,99	18,65	35,40

%MG: porcentaje de masa grasa

%MLG : masa libre de grasa

IMC : indice masa corporal

Todos los trabajadores evaluados pertenecían al grupo de "revisadores de riego" y asistieron a la sesión en la misma jornada.

En el análisis de estos datos, podemos apuntar que se trata de un grupo de hombres jóvenes en su mayoría, con peso y estatura dentro de rangos normales. En cuanto al Índice de Masa Grasa, este fluctúa entre la obesidad (29,34%) y la delgadez (10,54%). Sin embargo el promedio se sitúa algo por sobre lo esperado en faenas de cerro, entre 10 y 15%. El Índice de Masa Corporal, en tanto, fluctúa entre la normalidad y la obesidad mórbida en varones; sin embargo su promedio se ubica en rango normal.

Metodología utilizada:

Para la determinación de la composición corporal, se usó un calliper Holtain (recomendado por el Programa Biológico Internacional), con el cual se midieron pliegues de acuerdo a la técnica de Durning-Wormersley (1974). Los pliegues considerados son:

- bicipital
- tricpital

- subescapular
- suprailíaco

En relación a peso y estatura, se usó una balanza clínica con alturómetro, proporcionada por el policlínico Achs.

Carga Cardiovascular

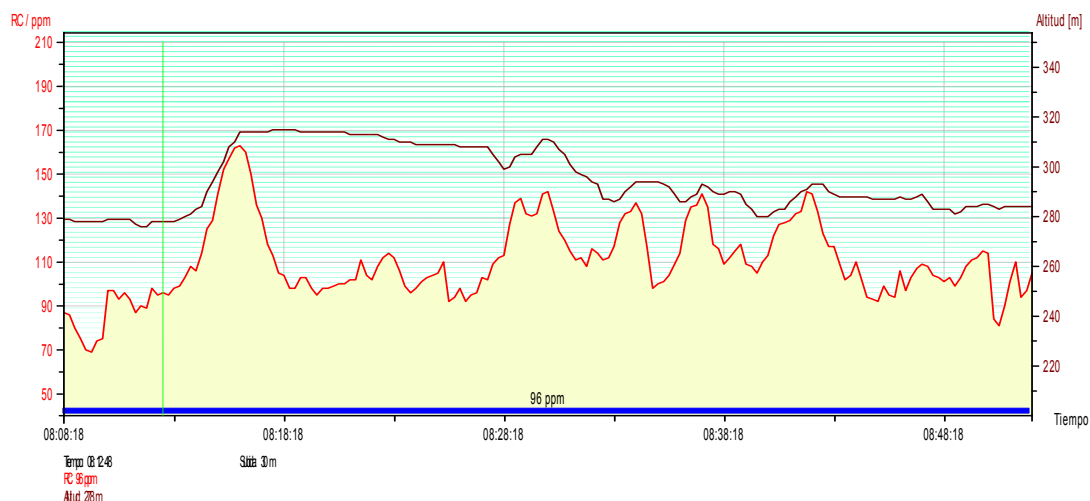
A pesar de que el método de mayor confiabilidad para medir el nivel de gasto de energía de una tarea es la determinación del Consumo de Oxígeno, existen algunos métodos indirectos que pueden arrojar alguna información de utilidad a la hora de conocer la carga física de un trabajo. Entre estos aparece la medición de la Carga Cardiovascular, la que tiene la ventaja de no ser invasiva y ofrecer un parámetro objetivo del grado de demanda energética, dependiendo de las condiciones propias de la labor.

Para conocer este valor individual, se adquirió un equipo monitor cardíaco Polar S710, el cual registra durante la jornada la frecuencia cardíaca, la altitud y la temperatura ambiental. Con estos datos, recogidos cada 15 segundos, se elabora un gráfico, el que muestra los desplazamientos del trabajador en su trabajo y la respuesta cardíaca al esfuerzo que le demanda.

Se tomaron muestras en terreno de alrededor de 4 horas de labor en 3 trabajadores, los que fueron escogidos de acuerdo a sus resultados en la etapa anterior, y que a nuestro juicio pueden representar la población en cuestión.

En esta etapa es necesario consignar qué es lo que oficialmente se entiende como trabajo pesado, de acuerdo a la Comisión Ergonómica Nacional: "Trabajo pesado es todo aquel que en el promedio de una jornada normal supere el 40% de carga cardiovascular o el 40% de la capacidad aeróbica del trabajador". Esta normativa refleja el momento en que una labor comienza a producir fatiga física, al verse sobrepasados los límites de reposición fisiológica, y que por lo tanto genera un cierto grado de desgaste en el individuo. Nosotros utilizaremos este límite como un valor referencial, sobre todo al calcular los tiempos de recuperación y descanso o pausas durante la jornada.

Fig. 1: Gráfico de FC y Altitud durante trabajo en laderas.



En la Fig.1 se aprecia la curva de frecuencia cardiaca en rojo y la de altitud en negro.

Caso 1

Juan López Alvear,

18 años, 1,64m de altura, 51k de peso

IMG : 10,82

IMC : 19,11

FC	Base		71
(ppm)	Máx		150
	Promedio		100

Altitud	Base		389
(mns)	Máx		461
	promedio		431

T°	Promedio		34°
(°C)			

Carga Cardiovascular:

$$CC = \frac{FC \text{ trabajo} - FC \text{ reposo}}{FC \text{ máx} - FC \text{ reposo}} \times 100 \quad (FC \text{ máx} = 220 - \text{edad})$$

$$CC = \frac{100 - 71}{202 - 71} \times 100$$

$$CC = 22,1\%$$

Comentario

Con respecto a los datos obtenidos, es posible apuntar de que se trata de un trabajador joven con excelentes índices de masa grasa y corporal y la labor que efectúa le representa un %CC adecuado.

En cuanto a las curvas de FC obtenidas, es notable el aumento del ritmo cardiaco al subir por laderas. Por ejemplo, al enfrentar un ascenso de 19m de altitud (aprox. 30m lineales), en 1,5min, su FC subió 51 ppm, considerando una temperatura de 34° C.

(ver curva de Juan López en Anexo 1)

Caso 2

Rodrigo Rodríguez R.,

23 años, 1,75m de altura, 109k de peso

IMG : 28,28

IMC : 35,42

FC	Base		67
(ppm)	Máx		163
	promedio		96

Altitud	Base		260
(mns)	Máx		315
	promedio		296

T°	Promedio		27°
(°C)			

Carga Cardiovascular:

$$CC = \frac{FC \text{ trabajo} - FC \text{ reposo}}{FC \text{ máx} - FC \text{ reposo}} \times 100$$

$$(FC \text{ máx} = 220 - \text{edad})$$

$$CC = \frac{96 - 67}{197 - 67} \times 100$$

$$CC = 22,3\%$$

Comentario

En el caso de este trabajador, cuyos índices corporales lo sitúan en el rango de la obesidad, el porcentaje de carga de su sistema cardiaco no representa riesgo al menos en este aspecto, si bien presenta con frecuencia FC cercanas al 70% de su máximo tolerable y estar trabajando con una temperatura bastante menor.

En cuanto a las curvas de FC obtenidas, es notable el aumento del ritmo cardiaco al subir por laderas. Por ejemplo, al enfrentar un ascenso de 36m de altitud (aprox. 58m lineales), en 3m15s, su FC subió 65 ppm, considerando una temperatura de 27° C.

(ver curva de Rodrigo Rodríguez en Anexo 2)

Caso 3

Richard Aguirre Ubeda,

17 años, 1,64m de altura, 68k de peso

IMG : 18,6

IMC : 25,6

FC	Base		57
(ppm)	Máx		177
	Promedio		96

Altitud	Base		230
(mnsn)	Máx		418
	Promedio		365

T°	Promedio		30°
(°C)			

Carga Cardiovascular:

$$CC = \frac{FC \text{ trabajo} - FC \text{ reposo}}{FC \text{ máx} - FC \text{ reposo}} \times 100 \quad (FC \text{ máx} = 220 - \text{edad})$$

$$CC = \frac{96 - 57}{203 - 57} \times 100$$

$$CC = 26,7\%$$

Comentario

Este trabajador cuenta con índices apropiados de masa, y con un nivel de rendimiento físico superior, que le permite enfrentar un ascenso de 29m de altitud (aprox. 46m lineales), en 1,5min, con un aumento de FC de 88 ppm, considerando una temperatura de 30° C. Sin embargo, al igual que en los casos anteriores, alcanza niveles de FC de 80% con alguna frecuencia en los momentos de esfuerzo.

(ver curva de Richard Aguirre en Anexo 3)

Conclusiones

Al generar las conclusiones del estudio es importante mencionar que dicha información se refiere sólo a una muestra del grupo total de trabajadores que participa de esa faena, muestra que creímos representa tanto al tipo de trabajador de ladera como a las características del trabajo mismo.

Desde el punto de vista de los parámetros fisiológicos del trabajo, encontramos que en general no es posible calificar la carga cardiovascular como alta, debido a que los promedios de FC de la jornada no superan el 30%, lo que la sitúa en un rango de normalidad. No queda clara con los métodos utilizados, la relación entre rendimientos individuales y CC, por lo que en los tres casos se asume igual rendimiento en cuanto a plantas por hora.

Sin embargo es evidente, eso sí, en el análisis de las curvas, la gran cantidad de veces en que las FC alcanzan los 70 u 80% de sus valores máximos tolerables, casi siempre relacionadas con la ascensión por laderas de 50% o más de pendiente. Si este hecho no se refleja directamente en el cálculo de la carga cardiovascular puede deberse al entrenamiento de los trabajadores, que necesariamente baja la FC basal o de reposo, y amortigua el impacto del ejercicio fuerte en el ritmo cardíaco. En todo caso, y basados en Christensen (1957), podemos decir que los rangos de FC observados fluctúan entre "moderada carga" a "muy alta carga".

Con respecto al ambiente térmico, se pueden notar grandes diferencias entre el calor en un día nublado (como en las mañanas), y el de uno soleado. Si bien en esta oportunidad no se contó con equipos de medición de ambientes térmicos, con termómetros de bulbo seco y húmedo, la información promedio entregada por el equipo Polar puede ser de gran validez. Durante una tarde de verano, sin viento y trabajando en una ladera poniente, se alcanzó un registro de 37° C. Es sabida la relación que existe entre gasto energético y calor ambiental, la que se ve aumentada por variables como mala hidratación, uso de ropa de trabajo no adecuada, y exposición a ejercicio físico intenso, como ya se ha mencionado. En estas circunstancias es posible encontrar en los trabajadores temperaturas centrales de 38 a 39° C, debido a la gran dificultad en disipar calor que conlleva la faena.

En cuanto a las variables asociadas a nutrición y balance energético, en general se pudo apreciar que existe cierta preocupación en los trabajadores por alimentarse

lo mejor que pueden, dando énfasis en su dieta a proteínas e hidratos de carbono por sobre frutas y verduras. Todos llevan alimentos para su colación, consistentes las más de las veces en cazuela, arroz o tallarines, con algún agregado de carne o pollo. La comida principal del día es la onces, que también reemplaza la cena. En general fue posible apreciar que la mayoría de los trabajadores evaluados se mantiene en un buen nivel de nutrición, salvo unos pocos que se notan enflaquecidos u obesos. Para hacer una analogía con los brigadistas forestales, quienes comparten algunos elementos del trabajo con los trabajadores de ladera, podemos decir que el nivel de consumo de calorías por día recomendado es de 3.500Kcal. En nuestro caso el consumo diario debe ser algo inferior, debido a que en esta no se emplean herramientas de mano, como el rozón o el pulasky.

Los aspectos relativos a la hidratación durante la jornada son de gran importancia, como ya lo hemos apuntado. De acuerdo a la información recibida, los trabajadores no consumen más de 1 a 1,5l de agua pura al día, que ellos mismos portan usualmente. Esto se traduce en deshidratación al término de la jornada, la que suplen bebiendo grandes cantidades de agua al volver del cerro, esto sin contar la importante pérdida de electrolitos. En esto tiene gran influencia también el uso de ropa de trabajo inadecuada, como ya se mencionó, debido al aislamiento térmico que puede generar y a que entorpece la disipación del sudor. Con respecto al equipamiento disponible para efectuar el trabajo, es claro que no se han provisto los elementos mínimos indispensables, tales como calzado de seguridad y ropa de protección para la radiación solar, lo cual evidentemente atenta contra la condición segura de las faenas.

Desde el punto de vista organizacional, existen algunos aspectos que deben ser considerados:

1. los trabajadores de ladera son de temporada, por lo que la empresa no establece relaciones a largo plazo con ellos. Esto afecta negativamente la incorporación y mantención de personal calificado, a la vez que no se invierte en trabajadores de temporada cuando se trata de dotarlos de implementos de seguridad.
2. no existe un esquema formal de pausas durante el trabajo, y las que se aplican carecen de criterios de recuperación y desgaste para que constituyan un real y efectivo descanso.
3. los planes de capacitación apuntan a temas generales de seguridad y no consideran aspectos propios del trabajo en laderas.

En resumen, el análisis de la información obtenida en terreno contiene elementos propios de un trabajo pesado, fundamentalmente debido a su alta carga cardiovascular, al ambiente térmico, y a la falta de esquemas organizacionales de mitigación del impacto que las faenas tienen sobre los trabajadores.

Sugerencias

Habiendo calificado el trabajo en laderas como una actividad que contiene elementos que la clasifican dentro de los trabajos pesados, es de primordial importancia sugerir algunas medidas de ergonomía correctiva, las cuales apuntan a la situación actual de trabajo, pero sobre todo a la proyección que las faenas tendrán en un futuro cercano.

Podemos sugerir la implementación de contenedores con agua fresca en lugares estratégicamente elegidos, de manera que faciliten su uso. De acuerdo al conocimiento disponible, cada trabajador no debiera consumir menos de 3lts. de agua durante su jornada de trabajo. En el caso de que esto no fuera posible, podría evaluarse la implementación de cantimploras aisladas como las usadas por los brigadistas forestales de control de incendios, que mantienen el agua a una temperatura agradable y estimulan la hidratación frecuente.

Respecto de la nutrición, la demanda energética estimada para el tipo de labor debe acercarse a las 3.500 Kcal/día, por lo que se sugiere la administración de suplementos energéticos (dulces, chocolates, galletas dulces) por la mañana y la tarde. Este suplemento ayuda a minimizar eventuales bajas en la concentración de azúcar en la sangre y la subsiguiente fatiga.

Es muy importante otorgar a todos los trabajadores los elementos de protección mínima necesarios para el desempeño en el cerro. Al menos deben contar con calzado que facilite la marcha en el terreno, y que provea de protección en caso de emergencias.

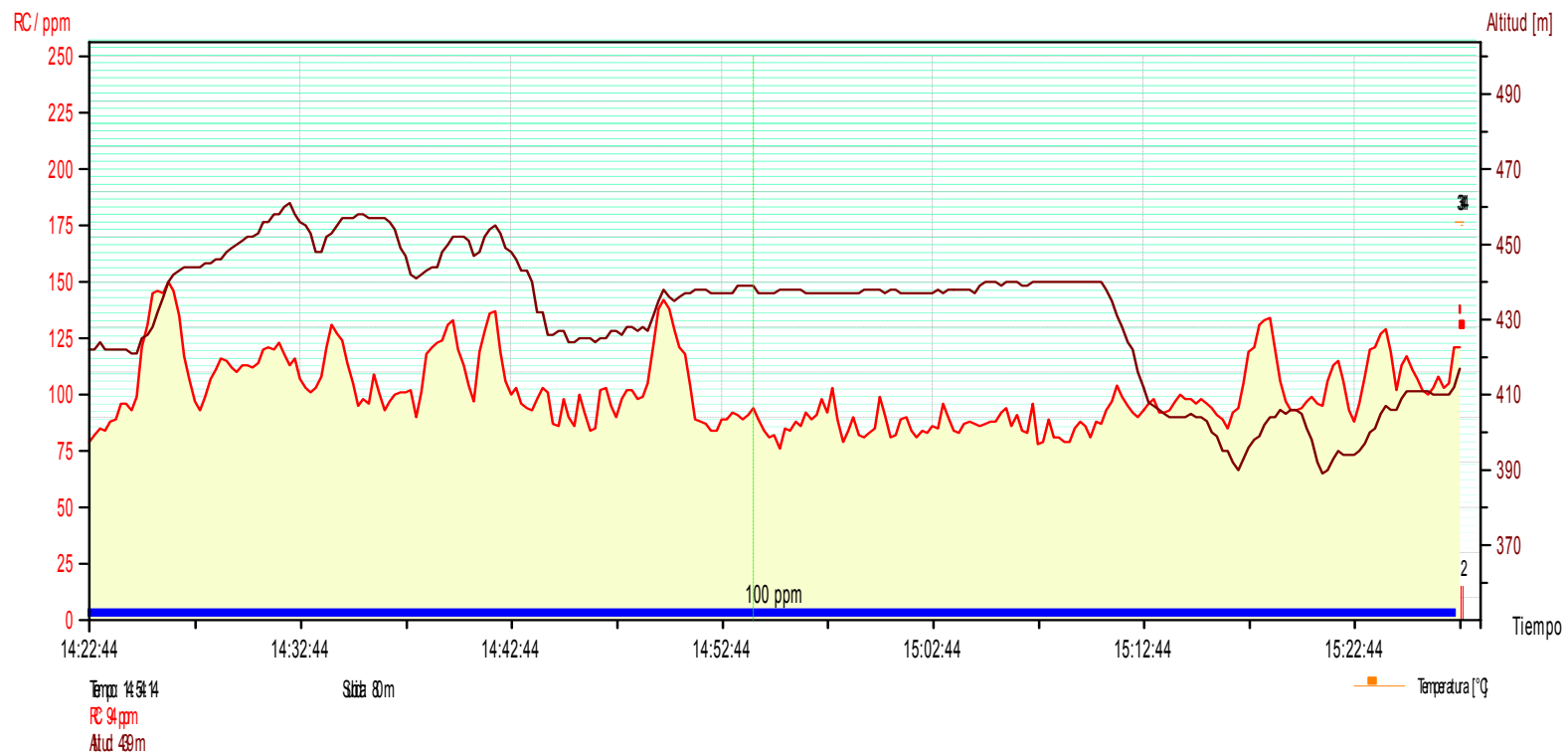
Por otra parte, el nivel de exposición al sol y la cantidad de energía radiante hacen aconsejable cualquier medida de barrera que propicie la empresa. Podemos sugerir la implementación de poleras de algodón de manga larga de colores claros, gorros de género redondos que cubran toda la cara, orejas y parte del cuello, antiparras con filtro UV de seguridad, pantalones amplios de mezclilla, y zapatos con refuerzo en talón, suela y sin punta de seguridad.

Otro aspecto importante de considerar es la administración de pausas durante el trabajo, las cuales no debieran ser inferiores a 10min cada 1 hora de marcha en el cerro, al menos. Con esto no se consigue el retorno de la FC a niveles basales, pero si permite reponer agua y fuerzas. Este esquema básico debe ser implementado sobre todo en las tardes.

En cuanto a la capacitación a los trabajadores, las técnicas básicas de marcha en cerro, modos de autoseguridad y prevención de riesgos en laderas constituyen áreas que generarán beneficios. Esto junto a la implementación de aparataje de seguridad en las áreas de mayor pendiente, tales como pasamanos, argollas de fijación, uso de arneses, y tallado de escalones, contribuirán a mejorar la seguridad en el cerro.

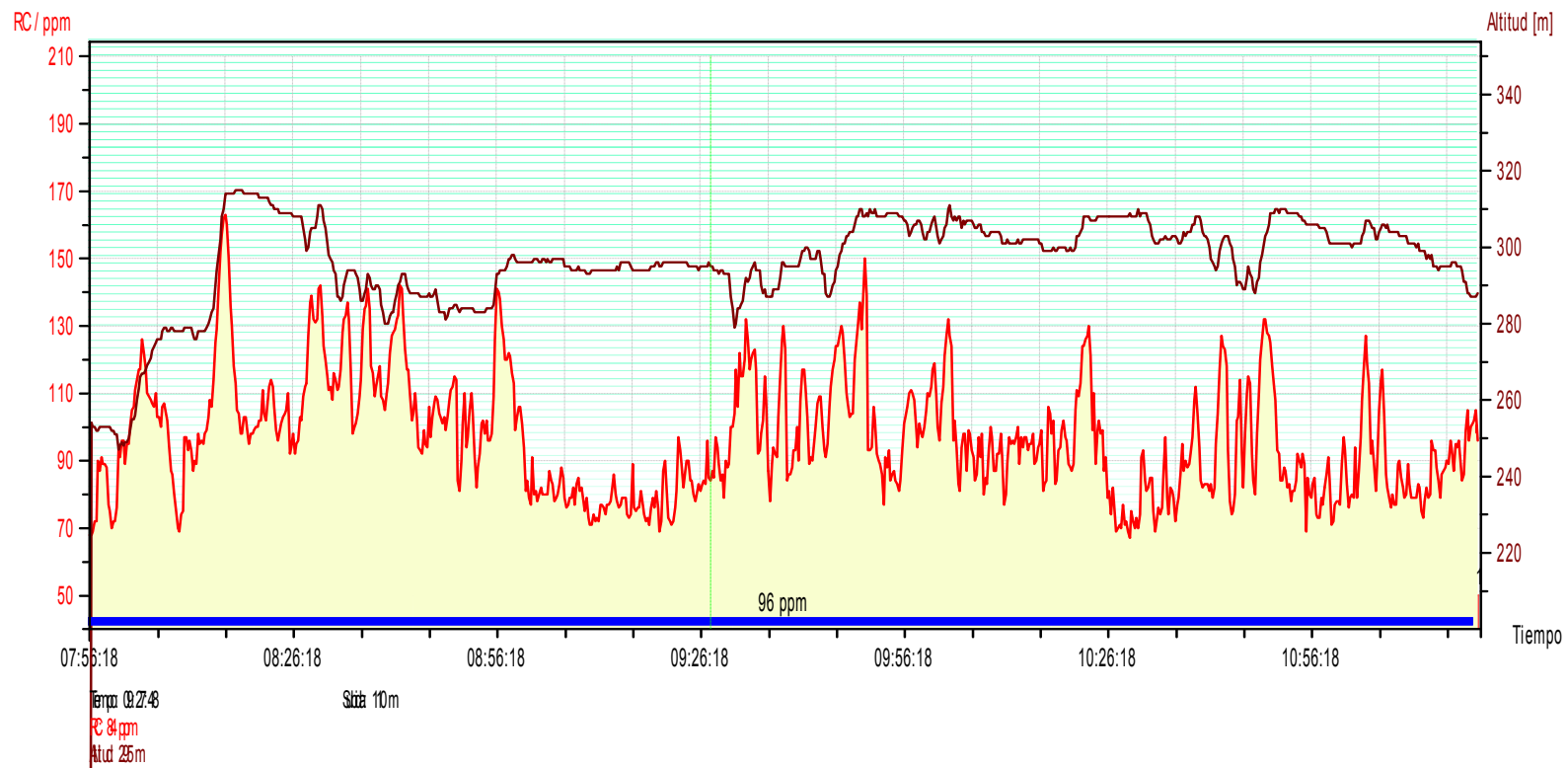
Melipilla, Mayo de 2004

Daniel Zavala B., T.O.
Dip. en Ergonomía



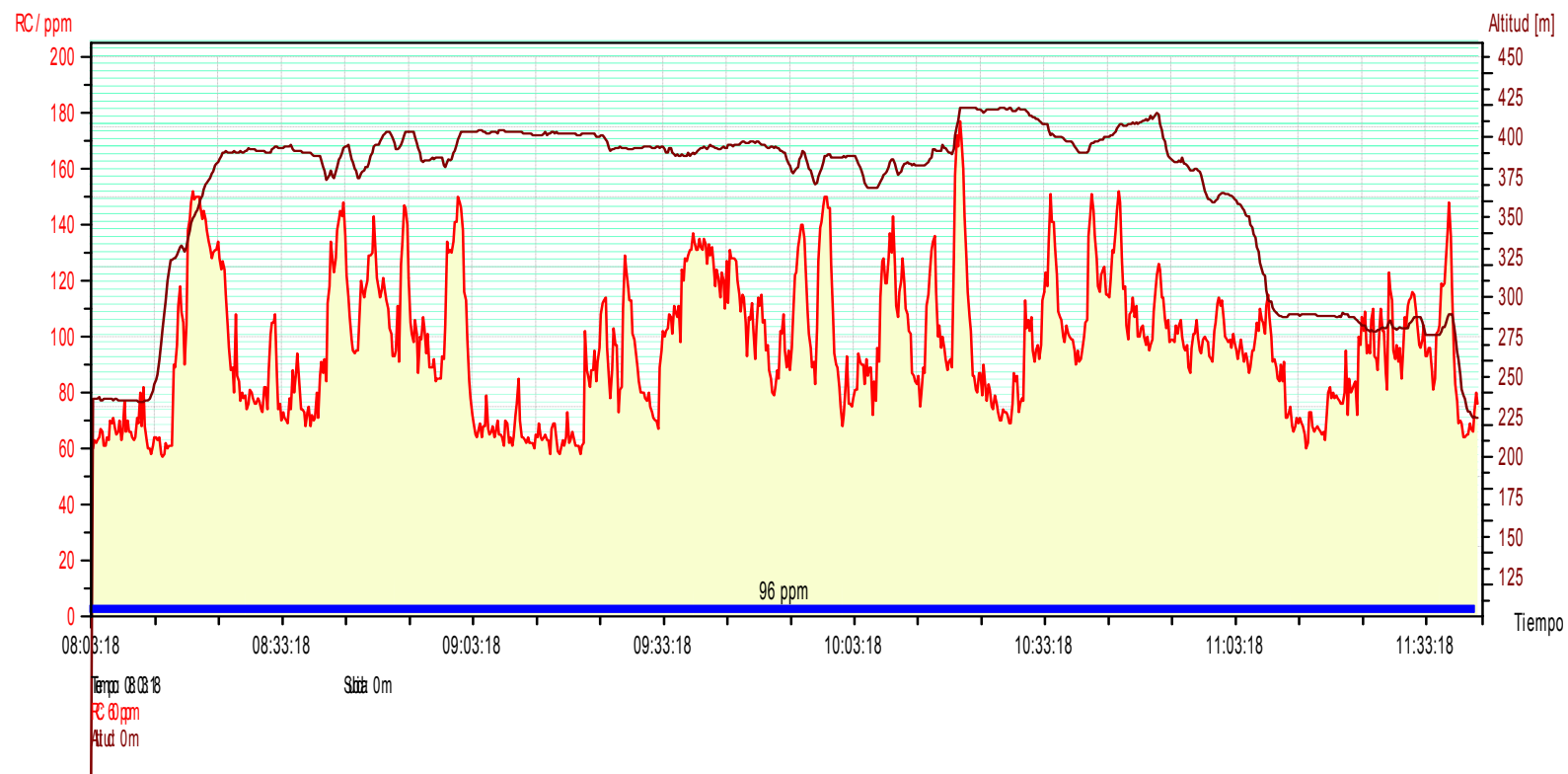
Persona	Juan	Fecha	18/03/2004	Ritmo cardíaco promedio	100 ppm		
Ejercicio	18/03/2004 14:22	Hora	14:22:44	Ritmo cardíaco máx.	150 ppm		
Deporte	Carreras	Duración	1:05:10.5	Subida	125		
Nota	López			Selección	14:22:44 - 15:27:44 (1:05:00.0)		

Anexo 1 : Curva de FC y altitud Juan López



Persona	Rodrigo Rodríguez R.	Fecha	24/02/2004	Ritmo cardíaco promedio	96 ppm		
Ejercicio	24/02/2004 07:56	Hora	07:56:18	Ritmo cardíaco máx.	163 ppm		
Deporte	Carreras	Duración	3:24:42.6	Subida	230		
Nota	R.Rodriguez			Selección	07:56:18 - 11:20:48 (3:24:30.0)		

Anexo 2 : Curva de FC y altitud R. Rodríguez



Persona	Richard	Fecha	21/02/2004	Ritmo cardíaco promedio	96 ppm		
Ejercicio	21/02/2004 08:03	Hora	08:03:18	Ritmo cardíaco máx.	177 ppm		
Deporte	Carreras	Duración	3:38:19.8	Subida	410		
Nota				Selección	08:03:18 - 11:41:33 (3:38:15.0)		

Anexo 3 : Curva de FC y altitud Richard Aguirre

PRESENTACIÓN:

Texto:

I. Título:

“Inclusión social de niños y niñas con discapacidad en Colombia”

II. Autor/es:

Fernández Moreno Carmen Aleida

III. Nombre y dirección del establecimiento

Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Cundinamarca. Kra 30 No 45 Facultad de Medicina. TEL (1) 316 5000. Ext./ Fax.15092. cafernandez@unal.edu.co

IV. El resumen del trabajo:

Reflexión sobre el tema de inclusión social, la génesis del término y principales desarrollos para los académicos. Aborda la inclusión de los niños y niñas en Colombia desde la perspectiva de derechos (educación, salud...). Enfatiza en dimensiones filosófico/morales, jurídicas y políticas de los derechos para las personas con discapacidad analizados respecto a realidades y limitaciones en Colombia. La presentación tiene como objetivo contribuir a la reflexión de los terapeutas ocupacionales como garantes de derechos y facilitadores de inclusión de las personas con discapacidades, especialmente de los niños y niñas.

V. Desarrollo del Trabajo:

- Introducción:

Hasta hace poco tiempo el uso del término de *integración* primaba para indicar la participación de las personas con discapacidad en diferentes ámbitos de su vida y su cotidianidad, aunque estaba especialmente referido a la integración escolar y a la integración laboral. Pero diversos análisis y estudios sobre los procesos y los resultados de la integración

dejaron ver que las acciones y los programas no cumplían las expectativas (1, 2, 5 y 11) y que era necesario un nuevo término que de alguna manera renovara el sentido de justicia y diera a las personas en situación de discapacidad, especialmente a los niños y niñas, oportunidades para participar en un mundo más equitativo, donde se reconocieran y se potencializaran sus diferencias en todos los ámbitos. El término incorporado fue el de *inclusión*.

- Desarrollo

La inclusión debe verse como concepto en un sentido amplio dirigido a las personas, familias o comunidades. Díaz habla de la inclusión en expresiones de: “una actitud, una forma de sentir, una forma de valorar, más que de creencias” (3), esto lo configura como un término que involucra el ámbito social, y por ello la inclusión no es un problema de acciones puntuales. En algunos contextos, afirman Díaz y Fernández, se habla hoy de inclusión como una nueva alternativa orientada hacia la innovación, que reconoce y atiende la diferencia y la complejidad de la discapacidad (4).

Oliver cita a De Joung, quien afirma: “mediante el fin de la discriminación y la inclusión de sus derechos en la sociedad, la lucha por una vida independiente y por los derechos civiles en los Estados Unidos comenzó a tener efecto que se extendió por todo el mundo” (7). Como lo afirma Paipilla, a partir de los movimientos sociales se ha logrado generar una conciencia de adscripciones diversas (bien fuera por tener alguna discapacidad o una orientación sexual diferente por ejemplo), con comportamientos y formas de organización cultural distinta (8). Fue mediante estos movimientos sociales, como se llamó la atención en primer lugar sobre grupos excluidos y en segundo se propuso ampliar el abanico de reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad, pero esta es una “lucha” constante que esta lejos de terminar, por esto el tema de derechos humanos de las personas con discapacidad incorporan la dimensión política que los legitiman y la ética que los respaldan.

Pero aún estamos lejos de lograr la inclusión, pues como lo destaca Touraine: “En Francia el reconocimiento de los discapacitados, no sólo en cuanto a la ayuda que se les debe brindar sino sobre todo de sus propias posibilidades, fue tardío y todavía sigue siendo extremadamente parcial” (10). Esta afirmación se puede extrapolar al caso Colombiano, donde a partir de la Constitución de 1991, se han logrado avances en el terreno de la

educación y en el de salud, particularmente en la capital del país, pero aún son grandes los esfuerzos a realizar para lograr una mayor cobertura y calidad de los mismos.

Al hablar de educación y salud en Colombia, estamos vinculando al tema de la inclusión el de los *derechos humanos*. Pero no se puede olvidar como lo destaca Güendel que “el reconocimiento – de los derechos- no es suficiente, se requiere incorporar mecanismos jurídicos que garanticen la protección, la exigibilidad y la vigilancia de esos derechos, de modo que promuevan un sujeto activo” (5), por ello aquí se destaca la dimensión jurídica de los derechos, así la Ley 115, Ley general de educación, garantiza el acceso a la educación a toda la población colombiana sin distinción de “raza, credo, religión o condición de discapacidad”, por su parte la Ley 100, estaría garantizando igualmente el acceso a la población con discapacidad a los servicios de salud.

¿Pero se trata exclusivamente de asegurar el “acceso” a la educación o a la salud?. No, aquí es donde la sociedad civil y en ella los profesionales como los terapeutas ocupacionales, se configuran en garantes de los derechos de las personas con discapacidad, y buscan asegurar el *acceso* pero también la *permanencia y la calidad* a la educación y a la salud, donde niños y niñas en Colombia y otros países encuentren formas de participación en la sociedad acordes a sus capacidades, potencialidades y diferencias.

Tradicionalmente los Terapeutas Ocupacionales hemos conformado equipos de atención a la discapacidad, en instituciones tanto de salud como educativas y otras mas, ahora bien como garantes de derechos debemos asumir roles de asesores y de acompañantes frente al tema de los derechos humanos tanto para las personas con discapacidad, sus familias, organizaciones y comunidades de base. Igualmente debemos orientar a las instituciones gubernamentales en los planes y programas de atención a la discapacidad a nivel local, municipal, distrital, departamental, regional o nacional según corresponda (al nivel de actuación de cada profesional), que sin perder las conquistas previas en derechos como la salud y la educación se amplíen e interrelacionen con los derechos sociales, políticos y ecológicos entre otros muchos.

- Conclusiones:

1. Las respuestas de inclusión social, requieren de unas propuestas políticas democráticas del reconocimiento en el marco de los derechos humanos, donde todos los sujetos son protagonistas, lo que implica:

- movilización social
- empoderamiento de los individuos y de sus grupos
- autonomía y autodeterminación de los sujetos

En síntesis configurarse como *sujetos de derechos*.

2. Los profesionales como los terapeutas ocupacionales, tenemos el deber ético de aportar como miembros de la sociedad civil soluciones en distintas áreas para asegurar el acceso de todos a los servicios y al disfrute de los derechos de las personas que atendemos particularmente a los niños y niñas en condiciones de discapacidad, involucrando a sus familias y sus comunidades de origen.

3. La inclusión social significa incorporarse en un contexto educativo o laboral, porque la participación en estos escenarios depende del interés del sujeto. Pero también implica estar saludable, sentirse bien y hacer parte de... estar incluido es poder “ser feliz”

VI. Referencias bibliográficas:

(1) Arnaiz, P. Hacia una educación eficaz para todos: la educación inclusiva. Murcia, España, [citado 2002]. Disponible en <http://www.pasoapaso.com.ve/GEMAS/gemas-160.htm>

(2) Avaria A. Discapacidad: Exclusión/ Inclusión. Revista de la Maestría de Antropología y Desarrollo [citado 2001 Septiembre]. Disponible en <http://www.rehue.csociales.uchile.cl>

(3) Díaz O.C., 2005. Equidad, Inclusión y Discapacidad. Segundo Foro Distrital de Discapacidad [CD -ROM].

(4) Díaz O.C. y Fernández A., 2005. “Problematización sobre las concepciones vigentes en la educación de las personas en situación de discapacidad”. En: Discapacidad e Inclusión Social: Reflexiones desde la Universidad Nacional de Colombia. (Bogotá) I.301-317

(5) Güendel, L., 1999. Política Pública y la ciudadanía desde el enfoque de los derechos humanos: la búsqueda de una nueva utopía. Disponible en: <http://www.iigc.org/documentos/>

- (6) Naicker, S.M. y García Pastor, C., 1998. De la retórica a la realidad: La educación inclusiva en Sudáfrica. En: *Relieve* Vol. 4 N° 1. Revista electrónica de investigación y evaluación educativa.
- (7) Oliver, M., 1998 ¿Una sociología de la discapacidad o una sociología discapacitada?. En: *Discapacidad y Sociedad*. Ed. Morata. (Madrid). I. 34-59
- (8) Paipilla O., 2005. “Movimientos Sociales de las personas con discapacidad”. En: *Discapacidad e Inclusión Social: Reflexiones desde la Universidad Nacional de Colombia*. (Bogotá) I.121-137
- (9) Parra C., 2004. Ed. “Derechos Humanos y Discapacidad”. Ed. Universidad del Rosario. (Bogotá) I. 21-41; 233-271.
- (10) Touraine, A., 2006. “Podremos vivir juntos” (2ª ed. 3ª reimpresión).: Fondo de Cultura Económica. (México) III. 165-203
- (11) Verdugo, M. A. (2004). De la segregación a la inclusión escolar. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO). Universidad de Salamanca. España. [citado 2004]. Disponible en http://www.down21.org/revista/art_prof/A_verdugo

***La autonomía en la alimentación en personas con déficit visual
abre puertas hacia la participación social.***

De: Lic TO Magdalena Martínez del Pezzo Bredereke

Institución: Fundación Tiflos. Calle 22 N° 29. La Plata. Pcia de Bs As. Argentina

Teléfono/ Fax: 482-0931

Mail: tiflos@tiflos.org.ar

Mediante la práctica clínica en la atención de personas con déficit visual, hemos podido observar que existen distintas variables que influyen a la hora de abordar un individuo que, debido a diferentes razones se ha visto privado de poder desempeñar funciones que le permitan manejarse naturalmente en los distintos contextos cotidianos. Una de ellas es la limitación para desempeñarse en actividades de alimentación, lo cual puede repercutir negativamente a la hora de desarrollar actividades sociales.

Nuestra cultura está fuertemente marcada por rituales y costumbres relacionadas con la participación social que tienen como eje o razón de encuentro ocupaciones altamente significativas como son reunirse a tomar el té, almuerzos de trabajo, cenas entre amigos, agasajos y festejos diversos donde suele estar presente algo para degustar. Todo esto va a estar fuertemente marcado por la cultura que caracteriza a cada grupo humano y sociedad.

La cultura puede ser definida como *“las distintas creencias y percepciones, valores y normas, costumbres y comportamientos que comparten los grupos o sociedades y que son transmitidos de una generación a la siguiente mediante la educación formal o informal”*¹ Por esto, aquellas personas ciegas que dejan de desempeñar este tipo de actividades quedan rezagadas, aisladas y con escaso sentido de pertenencia e inclusión a la cultura y al grupo humano que lo rodea.

Definiendo el término ocupación desde la mirada de la Terapia Ocupacional como *“una actividad caracterizada por tener significado y propósito únicos en la vida del sujeto, por ubicarse en un lugar central en su experiencia vital, aportándole identidad y sentimiento de competencia;”*² podemos ver que el abanico de posibilidades para que una actividad sea considerada ocupación se amplía. Y, por lo tanto, encontramos ocupaciones tales como una charla con amigos, un asado en familia, tomar mate con la vecina, entre otras. Donde la actividad de conversar pasa a un primer plano dejando de ser, como en la rescindida terminología uniforme una mera AVD (Socialización) o parte de los componentes psicológicos (Destrezas Interpersonales) sino que adquiere valor mucho más allá como *“una actividad en que la gente se ocupa, incluidas las AVDB, AVDI, educación, trabajo, juego, esparcimiento y participación social”*³

El ser humano es un ser ocupacional, por ello, la ocupación es el medio para desarrollar y expresar la identidad de cada persona.

¹ Hasselkus, B & Rosa, S (1997). “Meaning and Occupation”, en: Christiansen, C & Baum, C. (1997). Occupational Therapy, enabling functional and well being. 2º edition. Ed Slack. Pp. USA. Pp 363-377.

² “Concepto y clasificación de las actividades de la vida diaria” en Moruro Miralles, P y Romero Ayuso, D. M. (2006): Actividades de la vida diaria. Ed. Masson. Barcelona, España. Pág 6-9.

³ Definición de Ocupación desde el Marco de Trabajo en: Rosa Matilla Mora (2005) “Marco de Trabajo para la práctica de la terapia ocupacional. Ámbito y competencia.” Adaptación al español del artículo Occupational Therapy Practice Framework. The American Journal of Occupational Therapy. 2002. 56, 6: 609-639

La identidad ocupacional es individual y única de cada ser humano, y es moldeada mediante las experiencias personales que conforman la historia ocupacional. Esta identidad es el marco para la motivación, los seres humanos expresamos nuestra identidad a través de ocupaciones que dan significado a nuestra vida. (Christiansen, C. 1999). Wilcock, OTR plantea cuatro elementos necesarios para la conformación de una identidad ocupacional que son: participar en ocupaciones, tener control sobre la elección de aquellas ocupaciones, modificar el ambiente, tener conexiones sociales y tener un ritmo ocupacional

Para continuar con esta línea de pensamiento es necesario analizar, desde Terapia Ocupacional, la diferencia entre el término “independencia” y “autonomía”, visto a este primero como la capacidad del ser humano para manejarse en las distintas situaciones cotidianas sin otro apoyo externo que sus propias habilidades. Por autonomía entendemos, en cambio, la posibilidad del hombre de ser “funcional” en su ambiente teniendo en cuenta tanto sus fortalezas como debilidades, para llevar adelante una vida equilibrada, integrada a su entorno, aprovechando las ventajas para sopesar las limitaciones. Autonomía refiere la necesidad de un otro, que acompañe el desarrollo cotidiano. Por lo tanto, la idea en el tratamiento es que la persona acepte la ayuda en aquellos momentos (pasos de la actividad) que así lo requiera y pueda desempeñarse independientemente en aquellas otras situaciones que su potencial lo permita. Un ejemplo de este concepto puede ser el desempeñar actividades de alimentación donde la persona pueda pedir y aceptar ayuda en momentos donde es necesaria la asistencia de terceros. Para ello la existencia de la famosa, desde tiflología⁴, técnica del reloj donde se necesita de un “guía vidente” que oriente en el manejo del alimento en el plato. Y por el otro, pueda cortarse la comida sin ayuda de terceros manejando con destreza las técnicas y estrategias que suplan su déficit visual.

Desde nuestra disciplina la alimentación es considerada como una AVD básica dado que se encuentra “orientada hacia el cuidado del propio cuerpo (...) es decir, un tipo de actividad sobre la que se sustenta algo fundamental, esencial...”⁵ Para Mosey (1986) “las actividades de la vida diaria son aquellas actividades que uno debe empeñarse o llevar a cabo para participar con comodidad en otras facetas de la vida.”⁶ Por otro lado, es posible, como hemos visto anteriormente, considerar la ocupación de alimentarse, como punto de unión o pretexto para desarrollar otra actividad u ocupación considerada, a partir de la aparición del Marco de Trabajo como un área ocupacional, a saber *la participación social*.

Entendemos por participación social “todas aquellas actividades asociadas con la organización de patrones de comportamiento que son característicos y esperados en una interacción individual o colectiva dentro de un sistema social dado.”⁷ Estas actividades se desempeñan dentro de tres ámbitos como son la comunidad, la familia, compañero o amigo. La interacción con estos ambientes son determinantes para el desempeño de roles ya que presionan y generan expectativas que son requeridas cumplir para mantener un comportamiento funcional. El desempeño del rol de amigo requiere de compartir momentos, de contarse experiencias, de apoyarse, de buscar pretextos para verse, para estar presente. El desempeñar el rol de trabajador requiere cumplir con otro tipo de exigencias y expectativas que, al igual que el de amigo deben cumplirse. Lo mismo sucede con el rol de padre, hijo o esposo. En el desempeño de todos estos roles se espera participación en ocupaciones que muchas veces, la persona ciega o disminuida no es capaz de afrontar.

⁴ Disciplina que estudia lo referente al disminuido visual y ambliope.

⁵ y ⁶ “Concepto y clasificación de las actividades de la vida diaria” en Moruro Miralles, P y Romero Ayuso, D. M. (2006): Actividades de la vida diaria. Ed. Masson. Barcelona, España. Pág 6-9.

⁷ Rosa Matilla Mora (2005) Marco de Trabajo para la práctica de la terapia ocupacional. Ámbito y competencia. Adaptación al español del artículo Occupational Therapy Parctice Framework. The American Journal of Occupational Therapy. 2002. 56, 6: 609-639.

Trabajando en un centro de rehabilitación para personas adultas con déficit visual es moneda corriente ver cómo las personas con esta problemática abandonan este tipo de actividades sociales alejándose de sus grupos de pertenencia. Se escuchan comentarios como “hace tiempo que en casa no uso los cubiertos y como todo con la mano”, “soy como un animal que tiene que tocar toda la comida”, “no quiero pasar vergüenza así que en el casamiento no comí”, “ya no me junto con mis amigos porque ellos van a comer afuera y no quiero que me vean”, “yo como con cuchara”, “a mí me cortan la comida y me sirven el agua como los nenes”. Ya que, para la persona con déficit visual, una actividad tan sencilla como servirse un vaso de agua, tomar mate o cortar la comida puede significar un abismo muy difícil de sortear. Por esto es común observar al momento de trabajar este tipo de actividad de la vida diaria básica (AVDB) que la persona manifieste resistencia e inseguridad. Por esto, así como en el área de Orientación y Movilidad (O y M)⁸ la dificultad central es la aceptación en el uso del bastón blanco, por el significado que acarrea; en AVD la actividad de comer tiene similar connotación.

La actitud que suele tomar el rehabilitando al momento crítico de trabajar esta AVDB es manifestar rechazo en la adquisición de técnicas y estrategias compensatorias para la alimentación ya que refiere ser su única preocupación satisfacer una necesidad básica con lo cual no importa cómo lo haga, basta que coma. O, todo lo contrario, que la persona se sobre exija buscando constante aprobación en su desempeño en relación a los buenos modales corrigiendo errores insignificantes. En ambos casos la persona debería tomar esta situación lo más natural posible, teniendo en cuenta evitar situaciones de riesgo de accidentes o que le jueguen una mala pasada. Para esto se requiere que el terapeuta ocupacional cuente con destrezas para regular la complejidad en la tarea buscando el desafío justo para el rehabilitando acorde a su potencial y motivación intrínseca.

Por lo tanto, para el desempeño de ocupaciones de participación social son requeridas en las personas con déficit visual, además de habilidades de comunicación e interacción específicamente, habilidades de desempeño relacionadas con el buen comer como ya hemos visto; manteniendo altas las habilidades de procesamiento siempre atentas a las características y demandas del ambiente.

Sin embargo se debe tener en cuenta las características que en general presentan las personas ciegas o con baja visión que llegan al centro de rehabilitación de “*inseguridad, temor, angustia, vergüenza, baja autoestima, pobre autoimagen; (...) de ser capaz de decidir su propia vida ha pasado a que otros decidan por él (...) físicamente se ve rígido, de movimientos torpes, falta de coordinación y dependiente de los demás, (...) (incapaz) de reconocer sus capacidades y limitaciones.*”⁹ Características que trae la persona casi inherentes al momento de ingreso y que, en ocasiones se mantienen constantes durante el proceso de rehabilitación. Por lo tanto esta pobre causalidad personal que lo llevó al aislamiento, se ve reflejada en su escaso desempeño en actividades sociales de alimentación, fuertemente marcadas por nuestra cultura y costumbres.

Mediante un tratamiento con Terapia Ocupacional centrado en el paciente, en el proceso de rehabilitación básica¹⁰, las personas con déficit visual pueden llegar a recuperar su identidad ocupacional, su estilo de vida, ya que se centra en la ocupación valorada, con propósito y significativa para la persona, dando una mirada holística que incluye a la persona y su entorno social y físico.

⁸ Área que trabaja la movilidad en la comunidad y el hogar incluido el uso del bastón. Requiere de capacitación específica como instructor.

⁹ “Manual Técnico de Servicios de Rehabilitación Integral para personas ciegas o con baja visión en América latina.” Unión Latinoamericana de ciegos.

¹⁰ En tiflogía, la rehabilitación es dividida en rehabilitación visual cuando existe potencial rehabilitatorio que consta en aprendizaje y entrenamiento en el uso del resto visual o apoyo de ayudas ópticas. Y rehabilitación básica que consta en el trabajo de TO en AVD, de instructora en orientación y movilidad (O y M), psicología y el área de comunicación.

Para finalizar y redondear el concepto podemos decir que, a la hora de trabajar en rehabilitación con personas con déficit visual es necesario considerar, a la actividad de alimentarse no sólo como un mero camino hacia la satisfacción de necesidades llamadas básicas. Sino, mucho más allá, como una ocupación donde la persona puede adquirir el nivel de autonomía necesario y recuperar su entorno, su rutina, sus actividades placenteras que tienen que ver con lo grupal, con compartir, con crecer humana y socialmente brindando un sentido de satisfacción y realización personal a través de una buena calidad de vida.

Bibliografía:

- Rosa Matilla Mora (2005) Marco de Trabajo para la práctica de la terapia ocupacional. Ámbito y competencia. Adaptación al español del artículo Occupational Therapy Parctice Framework. The American Journal of Occupational Therapy. 2002. **56**, 6: 609-639.
- Crepeau, E., Cohn, E. & Schell, B., (2005): “Willard & Spackman, Terapia Ocupacional”. 10º edición. Ed. Médica Panamericana. Madrid, España.
- “Manual Técnico de Servicios de Rehabilitación Integral para personas ciegas o con baja visión en América latina.” Unión Latinoamericana de ciegos.
- Moruro Miralles, P y Romero Ayuso, D. M. (2006): “Actividades de la vida diaria”. Ed. Masson. Barcelona, España.

LA EVOLUCIÓN DE LA ACTUACIÓN DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN LA REHABILITACIÓN PROFESIONAL EN EL BRASIL

HIROCHI, T. L.¹; TORQUETTI, A.²; SILVA, H. L.²

¹ Profesor del departamento de la terapia ocupacional de la escuela de la Educación Física, de Fisioterapia y de Terapia Ocupacional de la Universidad Federal de Minas Gerais – UFMG

² Graduanda de la Terapia Ocupacional de la UFMG.

Resumen: La Terapia Ocupacional actuando en la rehabilitación profesional interviene en el sentido del ruptura del aislamiento social y de la inactividad, favoreciendo el logro de actividades productivas, poniendo la vida de la persona en movimiento, en la dirección del aumento de su autoestima, la retomada de su autonomía y la mejora de la calidad de vida, teniendo como objetivo primordial la integración o reintegración efectiva de la persona portadora de deficiencia en la sociedad.

El alicerse primordial para la actuación en esta área está en la constitución Federativa del Brasil, en su Artículo 203 – La asistencia social será prestada a quien de ella necesitar, independiente de la contribución a la seguridade social y tiene por objetivos: la promoción de la integración al mercado de trabajo; la habilitación y rehabilitación de las personas portadoras de deficiencia y la promoción de su integración en la vida de la comunidad.

Hoy el mundo del trabajo tiene una grande reserva de mano de obra de trabajadores, decorriente de las políticas socio-econômicas, en diversas modalidades de trabajo como el empleo fijo en empresas y en el comercio; la prestación de servicios como profesional autonomo o asociado de una cooperativa, hacen parte de las herramientas utilizadas como aliadas en la actualidad para obtener la inserción social de la persona portadora de deficiencia.

El funcionamiento del therapist ocupacional consiste de evaluaciones, intervenciones de carácter educativo, entrenamiento y acompañamiento de la persona en el desempeño de sus funciones, adaptaciones de instrumentos y adecuación del ambiente y de las acciones políticas junto a la sociedad.

Introducción: Incorpora los deseos vivos básicos del humano está de ser capaz y poder vivir al coste de su fuerza apropiada de trábalo (1). Es del trabajo, de su cotidianidad, que el hombre se convierte para ser social, distinguiendo de todos los seres no humanos de las formas.

El número de los veteranos incapacitados en la Segunda Guerra Mundial vino catalizar el movimiento del rehabilitación en el mundo apoyado, principalmente, para la organización mundial de Saúde (OMS), que financió la formación del técnico especializada en los algunos continentes. De

esto, algún brasileno que las entidades habían puesto pequeño en ejecución causó los programas de rehabilitación para del trabajo, pacientes crónicos, deficientes de un accidente sensorios y físicos, donde habían estado prácticos introducidos especializados en el rehabilitación en el Brasil. Entre las nuevas profesiones era la Terapia Ocupacional (2). En el Brasil en 1943, Portaria n° 83, promulgado para el Ministerio del Trabajo, de la Industria y del Comercio, garantizó exclusivamente que los servicios de la re-educación y del reajuste para el trabajo a los beneficiarios de la asistencia social causaron a un accidente y a pensionistas para la invalidez, excluyendo excesivamente inhabilitado no atado directamente con el Providence. En la década de 50 la representación de servicios de e de rehabilitación profesional, por lo tanto, la recuperación de asegurados incapacitados, fue justificado en la necesidad de la reducción de gastos con aposentaduras (2).

La Ley Orgánica de la Asistencia Social, en 1968, estableció la derecha del universal al reajuste profesional a los beneficiarios. De esta forma, los programas de los reabilitacionais habían introducido, entre otros las cosas, teniendo como objetivo la inscripción del individuo en la fuerza de el trabajo activo y la reducción de los gastos con pensiones y de los retiros, es decir, el trabajador adaptado se volverían para contribuir hacia el estado, no dependiendo de la ventaja y la ayuda médica de las instituciones responsables, así como prevendría los costos que podrían para sobrepasar la prescripción destinada con este fin. Así, rehabilitado se ve como individuo productivo y útil a la sociedad para la independencia económica del readquirir en su autocuidado (2).

En la actual época la fundación para el funcionamiento en esta área se apoya adentro Constitución Federativa del Brasil, en su Artículo 203 – La asistencia social será prestada a quien de ella necesitar, independiente de la contribución a la seguridade social y tiene por objetivos: la promoción de la integración al mercado de trabajo; la habilitación y rehabilitación de las personas portadoras de deficiencia y la promoción de su integración en la vida de la comunidad. Por otra parte, el n° 8.213 de la ley de 1991 regula a Rehabilitación Profesional en el artículo 89, ese dice que la calificación y el profesional y el rehabilitación social tendrán que proporcionar total al beneficiario incapacitado parcial o para el trabajo, y a la gente que lleva de la deficiencia, mitad para la educación y de la adaptación profesional y social indicada para participar del mercado del trabajo y del contexto en donde vive. En el artículo 93 esta misma ley establece el sistema de la reserva del trabajo para la gente con deficiencia, determinándose uno reserva del 2% el 5% de posiciones del trabajo para la gente que lleva cualificada beneficiario rehabilitada de la deficiencia y/o, en empresas con más de 100 usados. El cumplimiento de esta ley no causa el uso de la multa a las empresas. El hecho de la fila de la gente con deficiencia en el mercado del trabajo agrega para constituir la necesidad básica, garantizada para el n° 7.853 de la ley de 1989 y el n° 3.298 del decreto de 1999, en él cual si delega a la energía pública la responsabilidad de asegurar al o deficiente ejercicio completo de sus derechos fundamentales, también las derechas a la educación, a

la salud y al trabajo. La Ley 8.080, de 19 de septiembre de 1990, instituye el Único Sistema de Saúde (SUS) e, en resultado, el n° 4.229 del Decreto, de 13 de mayo de 2002, el uso de las marcas en el Programa Nacional de Derechos Humanos, que se gira garantía de la derecha al trabajo, a la salud y al providence ayuda social de e, tan bien como que la atención integral a la salud del trabajador, con sus especificidades, debe ser objeto de todos los servicios médicos, consonante con los principios del SUS, de la equidad, lo completo la universalidad de e, decide, en su artículo 1° a instituir, el alcance del SUS, la Red Nacional de la Atención Integral a la Salud del Trabajador - RENAST, ser convertido de la forma articulada incorpora el Departamento de la Salud, las Secretarías de la Salud de los Estados, el Distrito Federal y de las ciudades y, de esto, de el Portaria n° 1679 de 19 de septiembre de 2002, que hace uso en el estruturação del RENAST, se determina que el profisional del participante de esta red debe estar de nivel superior, con la formación en la salud del trabajador, a saber: doctores de los generalistas, doctor del trabajo, especialistas de los doctores, sanitaristas, ingeniero, enfermera, psicólogo, social, ayudante del fonoaudiólogo, fisioterapeuta, sociólogo, ecologista, biólogo, therapist ocupacional, abogado. El n° 5.961 del decreto de 2006, en el artículo 1, se determina, entre otros las cosas, la ayuda, rehabilitación o el reajuste funcional al público civil federal del servidor causó un accidente en el servicio, portador o con la suspicacia de la enfermedad relacionada con el servicio. Debido a la dificultad del reinserção de la rehabilitación en el mercado del trabajo, fue implantado en el Brasil, en 2001, el programa REHABILITA, que viene substituir los Centros implantados del Profisional que Rehabilitación en la década de 70, y los searchs el envolvment de la comunidad en la reintegración de rehabilitada.

Pelea: La rehabilitación profisional, cuando de la institución en el Brasil, fue vuelto hacia la recuperación solamente del trabajador con el enlace del trabajo y la intención de tomar el cuidado de la orientación para hacer para volver al trabajador para la industria y/o el comercio en razón de necesidad de la mano de la ejecución especializada. En el actual tiempo tiene magnificar de los objetivos de la atención a la salud del trabajador y de la persona con deficiencia. Las intervenciones objectify efectivo inscripción del individuo en una actividad productiva, pautando el proceso terapéutico en la singularidad del ciudadano, buscando con él, la ejecución de las actividades y de las funciones dirigidas al conocimiento de sí mismo, el reconocimiento de limitaciones y el descubrimiento de capacidades, más allá de favorecer el uno mismo-mantenimiento y la automóvil-realización. Las diversas etapas de la intervención terapéutica ocupacional deben contener evaluaciones de la capacidad funcional de los individuos, de las filas del trabajo y de las relaciones establecidas en el ambiente del trabajo. Los programas de la intervención también consisten en orientaçoões promocionales de la salud, las intervenciones educativas, preparación y entrenamiento para el trabajo, fila en el mercado del trabajo y el acompañamiento del individuo en el

funcionamiento de su función, adaptaciones de los instrumentos e ambiente del trabajo y la política de las acciones al lado de la sociedad (3). La intervención terapéutica, searches de las capacidades restantes del individuo, de entrenar y de estimular al funcionamiento de tareas y al papel del trabajador. La intervención debe considerar, alambique, la orientación las familiares, los patrones y los empleados de las empresas blanca.

Conclusión: La terapia ocupacional es una profesión que tiene como objetivo a potencializar y/o restablecer el funcionamiento ocupacional de los individuos en las actividades que componen su diario. Los puntos teórico-prácticos del cuerpo que la intervención debe permitir al individuo planear y poner proyectos en ejecución de la vida con actividad productiva. Valle a estar parado hacia fuera que la rehabilitación profisional es no sólo la fila de la persona con deficiencia en el mercado del trabajo, pero la integración individual-individual, y la individual-sociedad, por medio del trabajo.

Cuando el funcionamiento del therapist ocupacional en el profesional que rehabilita se discute, en el alcance de la inserción en el mercado del trabajo de la persona con deficiencia, se presenta importancia de este tema para el hecho de estos individuos para representar un paquete significativo de la población. Las estimaciones internacionales mencionan un cociente a él del 2.5% 9.5% de gente con deficiencia, en países como Brasil. Las ventajas de la inserción o del reinserção de la persona que lleva de la deficiencia en el mercado del trabajo incluyen a individual apropiado y a sociedad. Beneficiarán al individuo con actividades dirigidas al conocimiento de sí mismo, al reconocimiento de limitaciones y al descubrimiento de capacidades; promoción de la automóvil-estima, conocimiento de las derechas y deberes; potencializaçã de la capacidad funcional, mantenimiento de la salud. Beneficiarán a la sociedad en la medida donde gana más una fuerza de trabajo y está preparada para llegar a ser inclusivo de hecho.

De esta manera, los intervines ocupacionales de la terapia en la dirección de la interrupción del aislamiento social y la inactividad, promoviendo la recuperación de las habían sido abandonado debido a la deficiencia, con la intención de eso pueden estar agradable, significativo e igualmente productivo, colocando la vida de la persona en el movimiento, la ruta al aumento de la automóvil-estima y vuelta a tomar de su autonomía.

Referencias Bibliográficas

1. MOURA, L.C.M., 1992. "A deficiência nossa de cada dia" Iglu Editorial (São Paulo).
2. SOARES, L. B. T., 1991. "Terapia ocupacional: lógica do capital ou do trabalho? Retrospectiva histórica da profissão no Estado brasileiro de 1950 a 1980" Editorial Hucitec (São Paulo).

3. PEDRETTI, L. W.; EARLY, M. B., 2005. "Terapia Ocupacional: capacidades prácticas para disfunções físicas" 5. ed. Editorial Roca (São Paulo).
4. EL BRASIL. Constitution (1988). Constitución de la República Federativa del Brasil: promulgado en 5 de octubre de 1988.
5. EL BRASIL. Decreto el nº 3.298 de 20 de diciembre de 1999. Nº 7.853 de 24 de octubre de 1989 regula la ley, uso de las marcas en la Política Nacional para la Integración de la Persona que Lleva de la Deficiencia, consolida las Normas de la Protección, y los otros pasos.
6. EL BRASIL. Decreto el nº 4.229, de 13 de mayo de 2002. Hace el uso en el Programa Nacional de los Derechos Humanos - PNDH, instituido para el nº 1.904 del Decreto, de 13 de mayo de 1996, y los otros pasos.
7. EL BRASIL. Decreto 5.961, de 14 de junio de 2006. Instituye el Sistema Integrado de la Medicina del Trabajo de Servidor Público Federal (SISOSP).
8. EL BRASIL. nº 8.080 de la ley, de 19 de septiembre de 1990. Hace uso en las condiciones para la promoción, protección y recuperación de la salud, la organización y el funcionamiento de los servicios correspondientes y de los otros pasos.
9. EL BRASIL. Ley 8213, de 24 del julio de 1991. Consolida la legislación que hace uso en los Planes de Ventajas y el Gasto de la Asistencia Social y en la organización de la Seguridad Social y de los otros pasos.
10. EL BRASIL. Llevaría el nº 1679/GM, de 19 de septiembre de 2002. Hace uso en el estruturação de la Red Nacional de la Atención Integral a la Salud del Trabajador en el SUS y los otros pasos.

LA EQUOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE NIÑOS CON SÍNDROME DE DOWN

¹OLIVEIRA, C. M.; ²QUEIROZ, J. F.; ³SILVA, M. F.; ⁴VIEIRA, M. V.

1- Profesor del departamento de la terapia ocupacional de la Universidad Federal de Pernambuco - UFPE, persona que orienta de la investigación, amo en psicología clínica

2-Académica del departamento de la terapia ocupacional de la Universidad Federal de Pernambuco – UFPE.

3-Académica del departamento de la terapia ocupacional de la Universidad Federal de Pernambuco – UFPE.

4-Académica del departamento de la terapia ocupacional de la Universidad Federal de Pernambuco – UFPE.

RESUMEN

El objetivo del estudio es presentar una revisión bibliográfica sobre la equoterapia como medio de tratamiento para niños con Síndrome de Dawn, que presentan retraso en el desarrollo psicossocial y sensorio-motor. El equoterapia es un método terapéutico y educativo, compuesto para un equipo interdisciplinar, en las cuales el terapeuta ocupacional puede ser inserido. Este profesional utiliza los recursos específicos de este método, el caballo y su ambiente para estimular la funcionalidad y independencias en las tareas habituales, con el desarrollo de los componentes de desempeño. Una de las características clínicas principales del niño con Síndrome de Dawn es el hipotonía muscular generalizada que provoca desequilibrio y descoordinación motora. En este caso, el equoterapia, especialmente por causa del movimiento tridimensional del caballo, favorece la mejora de los tonos musculares, la suficiencia de la posición y de la fuerza muscular, y por lo tanto mejora el equilibrio y la coordinación. Los estímulos propioceptivos y otros sensoriales también están presentes en esta terapia. Los componentes de desempeño citados participan de las actividades cotidianas del niño, y por lo tanto, puede tornar-se más independiente, lo que favorece su inclusión social. Así los beneficios innumerables con esta práctica terapéutica se perciben.

INTRODUCCIÓN

El uso del caballo como medio de terapia data de 400 A.C. cuando Hipócrates fue se utilizó el caballo "para regenerar la salud" de sus pacientes y, desde 1969, la NARHA (Asociación Americana del Hipoterapia para Deficientes) viene divulgando el método en la América. En Brasil, en 1989, cuando fue creada el ANDE-BRASIL (Asociación Nacional de Equoterapia), el tratamiento tomó mayor impulso. El caballo se utiliza como recurso terapéutico para el desarrollo biopsicossocial de personas con necesidades especiales, entre ellas los niños con Síndrome de Dawn. Este síndrome no es reciente en la historia de la humanidad. Antes era visto como síndrome caracterizado para un alto grado de retraso mental y sus portadores como gente casi incapaz de aprender algo y entender el mundo al rededor, el síndrome de dawn presenta un carácter excluyente y sin perspectivas de tratamiento. Hoy teniendo-se un poco más de conocimiento de esta disfunción genética, ya si sabe que el niño con tal síndrome tiene capacidad de convertir innumerables adquisiciones cognitivas y psicomotoras, que mayores propitiated él independencia. Eso se facilita para las terapias al multidisciplinaria y que incluyen un número más grande posible de estímulos sensoriales como tato, propiocepción, audición y visión. La práctica de equoterapia exige la participación de todo el cuerpo, de todos los músculos y de todos los empalmes. El movimiento rítmico, preciso y tridimensional, del caballo, que al caminar si disloca para el frente/al revés, para los lados y la tapa/el punto bajo, puede ser comparado con la acción de la pélve humana en el caminar, permitiendo a todo instante entradas sensoriales en forma de propiocepción profunda, estimulación vestibular, olfativa, visual y auditivo. La técnica tiene como objetivo proporcionar al niño desarrollo de sus potencialidades, respetando sus límites y teniendo como objetivo su integración en la sociedad que proporciona las ventajas físicas, psicológicas, educativas y sociales. Los padres tienen cada vez más acceso a los servicios de apoyo para ayudar a sus niños a alcanzar el máximo de su potencial. En el equoterapia son regalos profesionales de algunas áreas como fisioterapeuta, psicólogo, el instructor del montar a caballo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, pedagogo, educador físico y veterinario. El papel del terapeuta ocupacional en el equoterapia es estimular, por medio de los recursos de este método, el desarrollo de las capacidades funcionales que favorecen una mayor participación e independencia de los clientes en las actividades diarias.

MÉTODO

La investigación está sobre una revisión de la literatura basada en fuentes bibliográficas y documentos electrónicos. Para la elaboración del cartel han sido considerados: los artículos científicos, libros especializados en Síndrome de Dawn y equoterapia y fuentes del Internet. El análisis de libros sobre el síndrome de dawn fue de extrema importancia para la evaluación de las implicaciones genéticas traídas por el síndrome, tanto como sus consecuencias limitantes a los niños con necesidades especiales y también a las formas posibles de tratamiento. Otra visión extraída de los libros fue el aspecto social y familiar con propuesta de integración de estos niños en el contexto social, teniendo para esto la ayuda de algunas áreas especializadas. El libro de equoterapia proveyó las bases y fundamentos de esta actividad, e de esta forma, las posibilidades de uso en el caso del Síndrome de Dawn. La investigación de las fuentes electrónicas también trajo la adquisición de datos actualizado sobre síndrome y el equoterapia.

RESULTADOS

Los estudios hechos con la revisión de la literatura que demuestran que "el equoterapia tiene como objetivo ayudar en la adquisición y en el desarrollo de las funciones psicomotoras, el exigiendo del caballero planeamiento y creación de estrategias, desenvolviendo y/o potencializando las habilidades motoras y las actividades conceptuales" motoras diversas. Los movimientos tridimensionales del caballo si baseam en la forma de caminar en pasos, aunque el trote y el galope también que se utilizarán. Es siguiendo estos movimientos que el niño con Síndrome de Dawn trabajará su equilibrio, el ajuste tónico, la alineación corporal, la conciencia corporal, la coordinación motora y la fuerza muscular y con esto accionar el sistema nervioso, alcanzando objetivos neuromotores. La terapia con el caballo contribuirá en la estimulación de los sistemas vestibular, somatossensorial (táctil y propioceptivo), visual y auditivo en el paciente. Tal estímulo actuará de forma positiva en el sistema visual, por lo tanto el caballero comenzará a ver el mundo de forma más amplia y en un nivel igual o superior a los niveles normales. El ritmo del paso del caballo favorece la organización del sistema propioceptivo y del sistema auditivo, pues este ritmo se modifica con el movimiento. Más allá de las ventajas citadas arriba, el dominio de la frecuencia de la dislocación del caballo puede traer autoconfianza y seguridad al caballero y la necesidad de una alineación postural favorece la impulsión de la musculatura y del equilibrio corporal. Los factores arriba descritos son formas importantes de estímulo que contribuirán de modo que el niño en pela pueda tener sus capacidades potencializadas y mantenga un ritmo de desarrollo similar as de los otros niños. Todos estos aspectos del tratamiento todavía se atan con un factor especial, la motivación, pues la terapia con el caballo produce una relación de afectividad entre los pacientes y los animales, haciendo con que haga mayor interés para el tratamiento. Esta relación también favorece una interacción, puesto que el ambiente del tratamiento promueve el contacto armonioso con los animales, el equipo profesional y otros pacientes.

CONCLUSIÓN

Con los datos exhibidos se puede ser verificar que el equoterapia es un tratamiento eficiente para trabajar los aspectos motores y psico-sociales. Con la interacción con el caballo el niño con "síndrome de dawn" puede cambiar la afectividad y crear una relación de responsabilidad y de interés para el tratamiento terapéutico. La práctica de la equoterapia posibilita una independencia más grande para estos niños, una vez que favorece la mejoría de los tonos y de la fuerza muscular y también de la suficiencia postural, con esto desarrolla el equilibrio y la coordinación. Esta independencia si generaliza para el cotidiano del niño, proporciona una mayor inclusión social. Las conclusiones conseguidas con la revisión bibliográfica, fueran hechas con asociaciones entre las estimulaciones más ajustados para los niños con Síndrome de Dawn y los simulatons unidos por el equoterapia, extraído de libros, de artículos y materiales electrónicos analizados. Por lo tanto presenta un mayor carácter expositivo y reflexivo eso básicamente concluyente.

REFERENCIAS

- ANDE-BRASIL: Associação Nacional de Equoterapia. Brasília. 2007. <<http://www.equoterapia.org.br/equoterapia.php>>[Consulta : 11 de marzo 2007]
- B. Lefèvre, 1981. " Mongolismo: estudo psicológico e terapêutica multiprofissional da Síndrome de Dawn" Editorial Iuper (São paulo) 1. 16 – 93.
- J. Queiroz, 2005. "Terapia ocupacional na equoterapia", Curso básico de equoterapia. (Recife).
- M. Medeiros, E. Dias, 2002. "Equoterapia: bases e fundamentos" Reivter (Rio de Janeiro).
- M. Robacher, R. Ferrari. A Influência da Equoterapia na Força dos Músculos. 2007 Centro de equitação e equoterapia Horse Place. Campo Magno. < <http://www.horseplace.com.br/artigos/artigo2.htm>>[Consulta: 11 de marzo 2007]
- Revista Saúde e Vida On Line .L. Cicco 2007 <<http://www.saudevidaeonline.com.br/>>[Consulta: 5 de junho 2007]

Figuras de niños en el equoterapia - tratamiento y afectividad



Fuente:
www.melhores.com.br/2004/apaerio.htm

Fuente:
www.infomedgrp1.famerp.br/default.asp?id=19

Fuente:
www.fazendavesuvio.com.br/Equoterapia.htm

Titulo: . Sexualidad y Vida afectiva en Discapacidad Mental. **De eso si se habla!!!**

Autor: Lic. en T.O Roberta Marcela Ramos.

Introducción:

Desde la concepción que la sexualidad es un aspecto inherente al ser humano Nacemos como seres sexuados nuestra sexualidad se va construyendo, inmerso en el proceso global de socialización y conforme a estímulos que recibimos desde la familia y a través de la misma la sociedad y la cultura. No debe considerarse a la sexualidad como equivalente a genitalidad. La genitalidad es un aspecto de sexualidad y no todo. La sexualidad es mucho más amplia; tiene que ver con lo esencialmente humano y no con la patología; tiene que ver con la comunicación con los vínculos, con los afectos.

Los derechos sexuales son parte sustancial de los derechos humanos, olvidados desafortunadamente y desconocidos en muchas ocasiones por las familias, educadores y profesionales que abordan, a personas con discapacidad mental.

Lo dicho, implica reconocer en primer lugar, que el discapacitado, por encima de las modalidades imperfectibles con que lo haya dotado la naturaleza, **es persona**, concepto que trasciende al de educando, al de individuo, al de ciudadano, al de hijo, porque es la suma de todos ellos....

Desarrollo:

Para iniciar una actividad educativa o un programa de educación sexual en cualquier institución, que trabaja con jóvenes con necesidades especiales, es necesario planificar de acuerdo a los objetivos , que surgen a partir de las demandas de la población y las características institucionales. Este es un trabajo de los Equipo Interdisciplinarios, el de formar a los educadores por excelencia, es decir **padres y docentes**, para llegar a hablar en un mismo idioma y acordar pautas educativas.

El presente proyecto pretende generar a partir de un enfoque interdisciplinario, un abordaje a la temática de la sexualidad y discapacidad en instituciones abocadas a la atención de jóvenes y adultos con discapacidad mental. Que enfrentan en forma cotidiana situaciones problemáticas inherentes al tema (masturbación, relaciones sexuales, homosexualidad, embarazos accidentales, etc.), los cuáles quedan sin resolver ya sea por desinformación, tabúes institucionales y / o familiares, etc.

Objetivo general:

- Introducir el concepto de la sexualidad como una temática a abordar en los contextos de referencia de las personas con discapacidad mental, garantizando así el respeto a su condición de seres sexuados.

Objetivos específicos:

- Capacitar al personal de instituciones y a las familias de discapacitados mentales, en lo referente al tema discapacidad y sexualidad
- Propiciar un espacio de reflexión y discusión con el fin de detectar y modificar prejuicios, tabúes y mitos.
- Generar en cada institución un abordaje particular conforme a su perfil.
- Brindar a la persona con discapacidad un espacio de formación y escucha, sobre temas inherentes a la educación sexual y la sexualidad, que se corresponda con su real necesidad, inquietud y requerimiento.
- La modalidad de trabajo más conveniente es la de talleres teórico-prácticos con el doble objetivo de informar-formar, abriendo un espacio para la libre circulación de la palabra, intentando desmitificar el tema.

♦ Taller de Jóvenes y adultos con discapacidad :

El Taller para personas con discapacidad mental de perseguir como objetivo :

- **Permitir una adecuada percepción de su propia vida como su condición de persona diferente y su derecho a acceder a un rol más protagónico, desde una perspectiva más participativa y basada en la autonomía.**

El tema de la sexualidad, debe ser introducido en forma paulatina, entendiendo siempre que sexualidad tiene que ver con los vínculos, la comunicación y los afectos.

En cada etapa del desarrollo humano se cumplen diferentes "tareas" que tienen que ver con la sexualidad, cómo vincularse, el reconocimiento del cuerpo, el pudor, la privacidad, el autocuidado, la imagen corporal.

Es por ello que los aspectos a trabajar en los diferentes encuentros deben contemplar la maduración Física y la Imagen Corporal, Las relaciones Sociales, la socialización del rol sexual, y el proyecto de vida.

Se considera importante plantear el tiempo de extensión total del proyecto a partir del análisis de la población y que la frecuencia de los encuentros sea de una vez por semana no más de 1 1/2 hora, para permitir un trabajo continuo que asegure que cada tema haya sido agotado y no arrastre dudas para inicio del tema siguiente.

Por otra parte la información transmitida debe ir de lo general (de acceso y comprensión de todos) a responder dudas individuales en contextos privados. Solo se debería informar lo que se desea saber, se trata de responder y aclarar, no de generar más dudas y confusión. Es importante recordar que educamos con la palabra y también con el silencio; con la osadía y con la vergüenza.

Es deseable que todo lo que se dice sobre sexualidad tenga un marco donde lo afectivo este presente.

♦ **Taller de Familia :**

El tema de la sexualidad se introduce en la dinámica familiar de diferentes maneras, sin embargo, apuntamos a generar en los padres una apertura siendo objetivos del

Taller para padres:

- **Lograr el reconocimiento familiar hacia la persona con discapacidad mental como sujeto "adulto" social con una vida propia.**
- Acompañar y sostener a las familias a despejar obstáculos de diversos orígenes en referencia al tema.

Al concluir cada encuentro es conveniente la utilización de la encuesta, como instrumento de evaluación y recolección de datos, para que partir de este medio cada familia valore el desarrollo del encuentro y aporte sugerencias para el próximo.

♦ **Taller con Personal Institucional:**

Es conveniente que participen todos los miembros de la institución . La importancia de la concurrencia general radica en que la actitud ante las diferentes situaciones, debe ser parecida en todo el personal , para **evitar los dobles mensajes ente igual situación** , en donde se prioriza la socialización de la información y se proyecta y consensua el abordaje de la temática con los jóvenes, y la estrategia de contención y orientación a la familia, desde una visión totalmente interdisciplinaria.

Conclusión:

Es sumamente importante que cada institución plantee un abordaje integral del tema de la sexualidad basado en estos tres pilares

La intención de el presente proyecto es abrir el espacio para la comunicación, generando en las familias y los profesionales una real capacidad de escucha y una respuesta madura y responsable a la demandas de una población cada día con más firmeza exige, y gana espacios de reconocimiento social.

BIBLIOGRAFÍA PRINCIPAL CONSULTADA :

- Amor Pan José Ramón " La masturbación en la pubertad". Fuente Canal 21.
- Baldaro Verde, G."La sexualidad del Deficiente". Editorial Ceac, España.
- Bowlby Jhon. " La perdida Afectiva" Editorial Paidós Año 1976
- Cytring,L,Lourie,R. "El Retardo Mental: Sus causas, Diagnóstico y Prevención. Editorial Paidós.
- Freud, Sigmund. "conferencias de introducción al psicoanálisis (partes I y II) (1915-1916) tomo XV. Editorial Amorrortu
- Freud, Sigmund. "Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis, y otras obras. (1932-1936) tomo XXII. Editorial Amorrortu.
- García, Dora. "El Grupo".Editorial Espacio 2ª Edición.
- OMS."Retraso Mental: respuesta a un reto".Ginebra 1985.
- Pantano, Liliana. "La Discapacidad como problema Social". Editorial Universitaria de Bs. As.
- Primer Congreso Argentino sobre el Adulto con Discapacidad Mental. 2001
- Shorn, Marta. "Discapacidad. Una mirada distinta. Una escucha diferente. Reflexiones psicológicas y psicoanalíticas." (1999). Lugar Editorial.

Título del trabajo: LA FORMACIÓN EN INVESTIGACIÓN EN TERAPIA OCUPACIONAL.
ASPECTOS METODOLÓGICOS EN LA ELABORACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN
Y TESIS

Autores: M. Marcela Bottinelli (UBA-UNSaM), Mariela Nabergoi (UBA-UNSaM), Sergio Remesar (UNQui), Mario Gómez (UBA), Karina de Vinzenzi (UBA), María Pía Pawlowicz (UBA), Pablo Salgado (UBA), Alina Trapano (UBA), María Laura González (UBA).

Institución a la que pertenece/n: Universidad de Buenos Aires - Universidad Nacional de San Martín

Ciudad: Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Provincia: Buenos Aires

País: Argentina

Dirección postal: Del Progreso 918 (1424) CABA - Argentina

Teléfono: (011) 4923-9386

Fax:

E-mail: mbottine@psi.uba.ar, mnabergoi@yahoo.com.ar

Nº de hojas total enviadas (incluido resumen y datos de presentación internet): 7

Título: LA FORMACIÓN EN INVESTIGACIÓN EN TERAPIA OCUPACIONAL. ASPECTOS METODOLÓGICOS EN LA ELABORACIÓN DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN Y TESIS

Autor/es: nombre/s y apellido/s: M. Marcela Bottinelli (UBA-UNSaM), Mariela Nabergoi (UBA-UNSaM), Sergio Remesar (UNQui), Mario Gómez (UBA), Karina de Vinzenzi (UBA), María Pía Pawlowicz (UBA), Pablo Salgado (UBA), Alina Trapano (UBA), María Laura González (UBA).

Nombre y dirección del establecimiento donde el trabajo fue realizado:

Universidad de Buenos Aires - Universidad Nacional de San Martín

Independencia 3065. Ciudad de Buenos Aires

Resumen del trabajo:

El presente trabajo tiene como objetivo central presentar problemáticas frecuentes y estrategias de trabajo en la enseñanza de metodología de la investigación en terapia ocupacional. El mismo se realiza a partir de la experiencia en la cátedra de Metodología de la Investigación y Estadística (UBA) desde 1999 y en las cátedras de Metodología de la Investigación y Diseño de Trabajo Final (UNSaM) desde el año 2005. Se identifican problemas frecuentes y estrategias utilizadas por los alumnos en los diferentes momentos del proceso de elaboración de proyectos de investigación y tesis en terapia ocupacional, desde la formulación del problema de investigación, la búsqueda de fuentes y datos válidas, la identificación de los diferentes niveles de análisis implicados hasta las herramientas de recolección de datos y estrategias de análisis de los mismos.

Palabras claves (5): educación superior – metodología de la investigación – terapia ocupacional – producción de conocimiento- conocimiento científico

INTRODUCCIÓN

La formación de futuros profesionales, incluye además de la formación teórico-conceptual, el aprendizaje de estrategias de intervención adecuadas para la construcción de conocimiento científico y el trabajo interdisciplinario. La metodología de investigación brinda herramientas básicas de posicionamiento epistemológico, teóricas y técnicas para el pensamiento reflexivo y riguroso que demanda el quehacer profesional. Puesto que la investigación es la forma en la que se incorporan nuevos conocimientos válidos a una disciplina, su desarrollo y progreso están íntimamente asociados a la investigación y por ende dicha área es prioritaria en la formación de futuros profesionales tal como lo señalan los manuales y regulaciones internacionales de Ciencia y Técnica y Educación (UNESCO, Manual Frascati, ISCED).

Las reflexiones educativo- investigativas que aquí presentamos surgen de nuestra tarea docente universitaria en grado y posgrado en TO desde 1998 con el propósito de compartir las estrategias construidas focalizando en las incumbencias profesionales que dan cuenta de cómo generar conocimientos acreditados por medio del diseño e implementación de investigaciones en el ámbito concreto de su formación y la reflexión acerca de cómo dichos conocimientos se plasman en el desempeño de su rol no solo en cuanto a la producción e investigación sino en su formación profesional integral.

DESARROLLO:

La propuesta pedagógica sobre la que trabajamos se construyó teniendo en cuenta los debates en el área, la experiencia anterior en el dictado de la materia en grado y posgrado, y los aspectos contextuales presentados a continuación: a) que los alumnos en lo que se refiere a metodología de investigación cursan una materia o dos en toda su formación y que se espera que en ellas adquieran herramientas tanto de epistemología, como de metodología y estadística esperando contribuyan en diferentes tipos de producción académico profesional (elaboración de trabajos finales, tesinas, publicaciones científicas, investigaciones, etc.); b) que la carrera de Terapia Ocupacional tiene una gran carga horaria destinada a la práctica que permite el acercamiento a los ámbitos de trabajo; c) que la metodología de investigación es una herramienta valiosa que permite articular teoría y práctica promoviendo la búsqueda de herramientas y actividades acordes al abordaje de un problema; d) que el estado del arte de

los desarrollos teóricos de terapia ocupacional presenta características específicas que lo distinguen de otras disciplinas científicas.

Nuestros objetivos generales de trabajo podrían sintetizarse en que los cursantes logren:

-Conocer los fundamentos epistemológicos básicos de la producción del conocimiento científico y sus características centrales en Terapia Ocupacional.

-Desarrollar un pensamiento crítico reflexivo frente a la producción científica individual y en equipos, recuperando, actualizando y problematizando los saberes adquiridos desde una posición ética y comprometida articulando teoría y práctica.

-Apropiarse de conocimientos conceptuales y metodológicos para la formulación e implementación de un diseño de investigación.

La modalidad de trabajo propuesta es teórico-práctica. Los alumnos trabajan durante toda la cursada en pequeños grupos conformados al inicio de la misma con el fin de llevar a cabo un diseño de investigación. Dicho trabajo se realiza en la parte de la clase destinada a taller pero demanda tiempo extra-áulico donde se espera que los alumnos elaboren su diseño. El alumno utiliza los conocimientos ya adquiridos e identifica conocimientos necesarios para la delimitación fundada del recorte de su objeto de estudio, acotada en función de elementos teóricos y empíricos argumentados. Por ende esta materia se articula, nutre y contribuye con todas las materias del plan de estudios. Las estrategias propuestas a los alumnos incluyen la consulta a las bibliotecas específicas y bases de datos, la revisión de los programas de las materias de su plan de estudio y la consulta a profesores de otras materias, reconociendo así no solo la formación profesional sino también la función tutorial y de supervisión. Esto permite adentrarse en la validación conceptual facilitando el acercamiento de los alumnos al rastreo del Estado del Arte, la detección de problemáticas contextualizadas y la identificación de fuentes y bases de datos fiables necesarios para el recorte del tema y modelado del objeto de estudio. Todo lo cual se apoya con material de cátedra que incluye una guía de diferentes bases de datos específicas para Terapia ocupacional, una guía de cómo realizar fichajes básicos y de investigación, y la construcción de estrategias grupales de potenciación de las búsquedas como el compartir redes y mapas bibliográficos, referenciales, institucionales y temáticos.

En función de los contenidos y objetivos propuestos se utilizan distintas herramientas y recursos didácticos como guías de trabajos prácticos y medios audiovisuales, presentación de

investigaciones en el área, discusión en ateneos de presentación, debates y modalidad de seguimiento y corrección por preguntas(1). Respecto de la bibliografía se proporcionan los materiales de cátedra, guías de TP y bibliografía orientada según las decisiones de sus propios diseños. El trabajo con la bibliografía no es textual sino intertextual y dialógico, esto implica que son referenciados y se trabaja desde lo planteado en cada caso pero a partir de los interrogantes y problemáticas que organizan el proceso de aprendizaje.

La elección del sistema de evaluación también ha sido parte de nuestra reflexión teórico didáctica y nuestra perspectiva dialéctico crítica. La misma articula la evaluación individual y grupal, procesual y de productos, al mismo tiempo que la evaluación interactiva (entre docente y alumnos) y la autoevaluación el interior de la cátedra. Esto implica uno de los problemas de las nuevas modalidades de trabajo y contratación docente: la formación de equipos docentes y en nuestro caso con una posición y entrenamiento específico tanto en esta perspectiva respecto de la investigación científica como en una modalidad de trabajo didáctico específica para lograr los objetivos propuestos. Para ello trabajamos con un conjunto de estrategias con fuerte dedicación a la formación del equipo docente y de recursos humanos en el área a través de la incorporación de exalumnos, becarios de investigación y profesionales tanto en el equipo docente como en investigaciones concretas, articulando docencia, extensión e investigación.

Las correcciones en cada instancia de evaluación incorporan las anteriores y las reconsideran (se solicita que guarden las correcciones anteriores de cada entrega realizada y son utilizadas en cada corrección) y se realizan a partir de preguntas (orientadoras, heurísticas, tutoriales) y no de aseveraciones o valoraciones como “rehacer, bien o mal” (2), dándole de esta manera un giro a las concepciones de error (3), de evaluación (4) y de la función docente como andamiaje (5)ⁱ.

Es posible ver a lo largo de la cursada y en las sucesivas correcciones que realizan cómo los alumnos van integrando y resignificando los contenidos no solo de la materia sino del resto de las materias: discuten aspectos teóricos, consultan entre ellos, con la bibliografía y con los docentes la pertinencia de las variables seleccionadas, etc. Es necesario resaltar que los diseños son supervisados por los docentes de metodología y orientados por docentes de otras materias lo que potencia el trabajo profesional. De esta manera incentiva no solo el conocimiento sino el uso activo del pensamiento y la reflexión sobre los procesos mismos

(metacognición) colaborando a través de la identificación de problemas y a la articulación teoría-práctica contextualizada, en funciones específicas del pensamiento científico como: categorizar, conceptualizar, razonar, inferir, argumentar, generalizar y crear.

CONCLUSIONES:

La formación en Metodología de la Investigación es esencial en la formación de terapeutas ocupacionales no sólo por la adquisición de conocimientos y habilidades básicas necesarias para llevar a cabo actividades de investigación, sino para el desarrollo de competencias generales necesarias para un buen desempeño profesional, cualquiera sea su área de inserción. Si bien estas últimas son desarrolladas a lo largo de todo el plan de estudios de la carrera, el aprendizaje de la metodología de la investigación, tiene la potencialidad de afinar estas capacidades y reforzar aspectos que, dentro del propio estado del arte de los desarrollos teóricos de la disciplina, se constituyen como elementos críticos para su futuro desarrollo. Esto se produce por ejemplo, a partir del énfasis propuesto en la reflexión crítica de los supuestos básicos sobre los que descansan tanto nuestro sentido común como las producciones teóricas más elaboradas, en la necesidad de una rigurosa coherencia interna en los trabajos desarrollados, de explicitación escrita formal de todas las proposiciones posiciones y decisiones tomadas por sus autores para su comprensión detallada por parte de otros miembros de la comunidad científica, etc.

La reflexión sobre las prácticas docentes en el área y su lectura a partir de conceptualizaciones desde la psicología educacional, la metodología y la investigación educativa nos permiten realizar propuestas que potencien y colaboren con los objetivos de formación crítica y contextualizada de los futuros profesionales en el área.

REFERENCIAS:

- (1y2) Bottinelli, M. M. (2000) "El trabajo de campo como herramienta de enseñanza y aprendizaje" en: Chardón Ma. Cristina Perspectivas e interrogantes en Psicología Educacional. Ed. EUDEBA- JVE (Bs. As)
- (3)Castorina J. Antonio (1998) "Los problemas de una teoría del aprendizaje: una discusión crítica de la tradición psicogenética" en: Castorina J. Antonio; Coll César et al (comp.) **Piaget en la educación debate en torno a sus aportaciones.** (México)
- (4)Elichiry Nora (2000)"Evaluación: saberes y prácticas docentes" en:Norberto Boggino- Fernando Avendaño, **La escuela por dentro y el aprendizaje escolar.** Ed Hommo Sapiens.(Bs.As) Págs. 75 a 91
- (5) Vigotsky Lev.(1988) "**El desarrollo de los procesos psicológicos superiores**". Grijalbo. (México), Caps. 4 y 6.

Título del trabajo y subtítulo: : **MATERNIDAD Y OCUPACION.**

Apellido y nombres completos de los autores:

Navarrete Salas Erna (1), Muñoz Espinosa Irene(2)

(1) Terapeuta Ocupacional. Lic. en Ciencia de la Ocupación. Master© in Medical Science in Occupational Thepapy. Karolinska Institutet Prof. Asistente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

(2) Terapeuta Ocupacional. Orientadora en Relaciones Humanas y Familia. Lic. en Ciencia de la Ocupación. Magíster © en Educación en Ciencias de la Salud. Universidad de Chile. Prof. Asistente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

Institución a la que pertenece/n,

Escuela de Terapia Ocupacional, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Dirección postal: Independencia 1027.Independencia. Santiago. CHILE

Teléfono:+56 2 978 6183 Fax: +56 2 978 6286

e-mail: enavarre@med.uchile.cl, imunoz@med.uchile.cl

Título: **MATERNIDAD Y OCUPACION.**

Autores: Erna Navarrete , Irene Muñoz

Nombre y dirección del establecimiento: Escuela de Terapia Ocupacional, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

RESUMEN

La condición de madre y su relación con la ocupación, es un tema que ha sido poco explorado por las disciplinas relacionadas con esta ciencia. El objetivo de este estudio cualitativo fue explorar las ocupaciones de mujeres profesionales activas, tanto en su rol de madres como en su vida laboral. Los datos fueron recolectados mediante entrevistas semiestructuradas realizadas a 10 mujeres entre 25 y 40 años, que trabajaban fuera del hogar y que tenían hijos entre 1 y 12 años de edad.

La información fue analizada en base al método comparativo constante y al análisis narrativo. Las entrevistas se centraron en la descripción libre de un “día laboral tipo” de estas mujeres, considerando la forma, función y significado de sus ocupaciones.

Los resultados identifican que la forma ocupacional contempla rutinas estructuradas en torno a la actividad laboral y el cuidado de los hijos, iniciándose muy temprano por la mañana y finalizando a altas horas de la noche. En cuanto a la función de las ocupaciones desempeñadas, éstas les permiten adaptarse a las exigencias demandadas de su rol. Y por último el significado que éstas tienen para ellas se basa en la satisfacción de estas mujeres por el desempeño ocupacional. Todas logran conciliar las ocupaciones del ámbito familiar con las del ámbito laboral, y obtienen un alto grado de satisfacción en cuanto a desarrollo intelectual, social y de trascendencia personal. Reconocen como un problema, la poca disponibilidad de tiempo; todas desearían cambiar su rutina, trabajar menos horas diarias y dedicar más tiempo a su familia. Finalmente aparece una alta valoración de la condición de madre y de trabajadora, con un alto grado de identidad y de desarrollo personal. Pese a las altas exigencias de estas ocupaciones no existe el deseo de abandonarlas. Las mujeres activas en su rol de madres y en su vida laboral, narran una gran satisfacción en cuanto a su desarrollo intelectual, social y de trascendencia personal.

Palabras claves: Madres, mujer, metodología cualitativa, significado, narrativa.

INTRODUCCION:

La maternidad es una ocupación central en la vida de una mujer, con un gran significado personal que deja huella profundamente en cualquier mujer independiente de su espectro económico y sociocultural. El cuidar, criar y permanecer en su casa para proteger a los hijos y a la familia han sido las ocupaciones de una madre por siempre, sin embargo la modernidad ha hecho que la mujer se incorpore al mercado de trabajo y al mundo profesional, lo que ha traído como consecuencia nuevos valores y desafíos acerca de lo que una madre debe hacer, ya no sólo es la madre que nutre si no que también provee económicamente en gran medida al grupo familiar y en especial cuando se adquiere el rol de jefa de hogar.

Actualmente las ocupaciones de las mujeres se han vuelto cada vez más complejas, y con un alto número de actividades durante el día a día, con el fin de cumplir con los roles propios de ser madre y trabajadora. (1). En la mayoría de los casos, las mujeres profesionales que trabajan fuera del hogar, adicionalmente llevan a cabo una serie de tareas del hogar, que incluyen además el cuidado de los hijos, lo que implica que su jornada laboral se duplique, aunque cuenten con ayuda doméstica y de apoyo externo.

Entre los investigadores de las ciencias sociales y de la Ciencia de la Ocupación se ha generado un gran interés por estudiar el desempeño ocupacional de las madres que trabajan, debido a la alta complejidad de las ocupaciones de ellas. Este interés se debe a las múltiples repercusiones que tienen las actividades diarias, no sólo en el funcionamiento familiar y laboral sino también en las condiciones de salud y bienestar de la mujer. Major (2) señala que las mujeres perciben beneficios tanto materiales como psicológicos que redundan en su desarrollo profesional y personal, sin embargo cuando a la mujer se le agregan responsabilidades familiares, estas pueden ser de grandes demandas las que podrían influir en las condiciones de salud y en el nivel de bienestar general, incluyendo la satisfacción marital. (3) En la práctica nos encontramos con un grupo de mujeres con un estilo de vida poco saludable, donde prima mucho la carga de trabajo tanto dentro como fuera del hogar, con grandes exigencias impuestas por el medio, y también con un alto grado de stress.

En el estudio de Zuzanek (4), se describe como la incorporación de las mujeres al mundo laboral, tanto como los conflictos entre los roles de trabajo y familiares son cada vez más reconocidos, por el considerable aumento del estrés y angustia del padre que trabaja, y en particular en madres trabajadoras. En el mismo estudio - una situación referida por

Hochschild (1989) expone que las mujeres están sometidas a altas presiones por los dos trabajos – uno el del mercado laboral y el otro en el hogar descrito, como el “segundo turno”.

En la investigación de Blanco G, Feldman L. (5) refiere que muchas mujeres dan solución, trabajando turnos parciales, a la tensión que genera compartir ambos roles. Sin embargo, al escoger esta opción las mujeres se ven limitadas a lograr un mayor desarrollo profesional. Lo anterior se ha visto mediatizado por una serie de condiciones asociadas, como son la participación de la pareja en las tareas del hogar, el nivel de desarrollo profesional a que aspire la mujer, la edad y el número de hijos.

La naturaleza del trabajo materno y su relación con la ocupación, es un tema poco explorado en la literatura de terapia ocupacional. Los investigadores han señalado la necesidad de desarrollar mayor conocimiento acerca de este importante rol de vida. (6,1).

Llegar a comprender las historias de estas madres profesionales nos daría la oportunidad de identificar y aumentar el conocimiento en cómo la mujer asume diferentes ocupaciones, cómo maneja la complejidad de éstas dentro de un contexto exigente y dentro de marcados patrones culturales.

La narrativa (7) es un evento centrado en historias particulares, ubicadas en un tiempo y lugar particular, estas historias involucran acción, más específicamente, acción humana, y particularmente interacción social. Como herramienta de investigación nos permite explorar las experiencias vividas por mujeres madres con una actividad profesional, usualmente de alta exigencia lo que permitiría generar conocimiento que capte la riqueza del significado de la ocupación del rol de madre y su naturaleza dentro del marco de vida de las personas.(8)

El conocimiento adquirido a través de la narrativa permitiría orientar o dar una mejor intervención de terapia ocupacional dentro del rol materno versus rol trabajadora, en la reorganización del diario vivir y de descubrir el significado de lo cotidiano, de las rutinas esenciales que crean la vida diaria familiar

Frente a estas interrogantes de cómo las mujeres desempeñan ambos roles se llevó a cabo este estudio cualitativo cuyo objetivo fundamental fue explorar las ocupaciones de mujeres profesionales activas, tanto en su rol de madres como en su vida laboral y llegar a comprender la forma, función y significado de las ocupaciones que ellas desempeñan. (9)

METODO

Este estudio de metodología cualitativa se llevó a cabo en un grupo de 10 mujeres entre 25 y 40 años, madres de uno o más hijos entre los 0 y 12 años quienes cumplían con la característica de ser profesionales y que se encontraban trabajando fuera del hogar.

Se contactaron 10 mujeres que reunían los criterios de ser madres con un rango de edad entre 25 y 40 años, escolaridad completa, con trabajo remunerado fuera el hogar, con hijos entre 1 a 10 años de edad. Cada participante firmó un consentimiento informado, en el cual dio su autorización para participar de este estudio.

Recolección de datos y análisis.

Los datos se recolectaron a través de una entrevista semiestructurada, (10) individual con una duración de 60 a 90 minutos, la que permitió abordar el tema de cómo la maternidad influye en el desempeño ocupacional en la mujer. Cada entrevista fue grabada y transcrita. En el análisis de los datos se utilizó el programa Atlas ti.

Para asegurar la confiabilidad, las entrevistas fueron analizadas por el segundo investigador y el primer entrevistador, posterior al análisis de los datos se confirmaron los temas con las participantes. También se contacto una tercera persona experta en metodología cualitativa para validar el proceso y establecer la credibilidad de los hallazgos.

HALLAZGOS

Del análisis de las experiencias de las participantes emergieron tres grandes temas relacionados con la maternidad y el rol profesional. El primer tema fue: Alta valoración de la condición de madre y de trabajadora del que se deriva siguiente subtema El trabajo doméstico no es de interés personal. El segundo tema principal fue Expectativas de cambio de rutina con una clara manifestación de tener más tiempo y la postergación de si mismas por ocupación de ser madre. Y el tercer tema fue Satisfacción por su desarrollo intelectual, social y de trascendencia personal.

Alta valoración de la condición de madre y de trabajadora.

Todas las participantes coinciden en valorar el ser madres como una de las actividades más significativas, siendo rol prioritario en sus vidas. Por lo que en la organización de sus rutinas tienden a priorizar por aquellas actividades que les permiten estar y compartir mayor tiempo con sus hijos.

“ese tiempo para mi es sagrado para estar con mi hija, por eso yo..no me gusta tomar trabajos que necesiten horarios extras”

“en el trabajo uno tiene beneficios profesionales, personales, pero el tiempo que le dedico a mis niñas, es distinto, es lo que va a permanecer en el tiempo, lo que van a recordar de mi, lo que yo voy a recordar de ellas...me es un valor muy importante, que va a perdurar durante la vida.”

Uno de los significados más recurrentes en estas mujeres en la ocupación de ser madres, es la trascendencia personal, es la permanencia en el tiempo, lo que responde a una necesidad innata del ser humano. Son en estas ocupaciones donde reconocen un mayor grado de satisfacción a la hora de priorizar entre las actividades laborales y del cuidado y crianza de los hijos.

Este grupo de mujeres también le asignan una gran valoración al rol de trabajadora, ya que esta actividad permite generar un desarrollo personal y social, el que se traduce en el desempeño de ocupaciones satisfactorias, las cuáles son elegidas por opción y les facilitan el integrarse al modelo de sociedad que espera la incorporación de la mujer al mundo laboral. Además reconocen el ámbito laboral como espacios propios, en el cual pueden ser competentes y realizar otras actividades de creación y recreación.

También es coincidente que las actividades son de altas exigencias pero aún así no existe el deseo de abandonarlas, la mayoría de las mujeres desearía trabajar media jornada, lo que les permitiría por un lado llegar a satisfacer su necesidad de desarrollo personal, y por otro poder dedicar más tiempo para estar con los hijos.

“es como tu desarrollo personal, es lo que tu quieres y tu aspiras como profesional”

“el aporte en que me siento satisfecha con lo que hago estoy feliz. Probablemente si no trabajara, no lo pasaría bien”

“el almuerzo con mis amigas en el trabajo, es una actividad que me gusta muchísimo, porque es un momento como de desahogo de las cosas que nos están pasando, recibir consejos, de reírnos, es un momento agradable...”

El trabajo doméstico no es de interés personal.

Una de las ocupaciones que socio culturalmente son parte de las mujeres, es el trabajo doméstico el cual se debe considerar como parte de la rutina diaria. Se sabe que la división del trabajo familiar es desequilibrada respecto a las mujeres, incluso cuando trabajan fuera de casa. Sin embargo en este grupo estas ocupaciones no son significativas, ya que cuentan con

ayuda doméstica y colaboración de parte de sus parejas en las actividades del cuidado del hogar.

“la nana se hace cargo... no lo podría hacer, no podría ser dueña de casa..”

“la labor doméstica siempre es necesaria, pero es rutina, no te permite, desarrollarte, no ha limpiar mejor, no te permite desarrollarte intelectualmente, ni permite ampliar visiones, no...”

“...en definitiva no me gustan, de hecho creo que mi marido es más dueño de casa que yo”

Expectativas de cambio de rutina.

Notoriamente se observó una mayor tendencia de las mujeres de cambiar su rutina, en relación a trabajar menos horas diarias y poder dedicar más tiempo a su familia, considerando compartir no sólo con sus hijos sino también con sus parejas.

Las expectativas del cambio de rutina, surge por la escasez de tiempo para compartir la diversidad de actividades con los hijos, las que principalmente están centradas en el cuidado, tareas escolares, transporte. Esto dificulta el desarrollo de actividades de esparcimiento, las que se centran principalmente los fines de semana. Estos tiempos son aún menores para compartir actividades con la pareja, los cuáles se centran en temas propios del hogar y de los niños.

“me gustaría trabajar medio día y estar más tiempo con mi hija, poder participar de más cosas”

“concretamente me gustaría trabajar media jornada, trabajar para desarrollarme profesionalmente y tener más tiempo para dedicarle a mis hijos”

“me gustaría tener más tiempo para compartir con mi pareja, en eso, no tenemos muchas opciones, excepto el fin de semana”

Llama la atención que la mayoría de las mujeres centran el cambio para dedicar más tiempo a otros y no dedicar tiempo para el desarrollo de actividades de esparcimiento o autocuidado. Pareciera que la ocupación laboral es por si misma su actividad de esparcimiento y no permiten darse otros tiempos como por ejemplo ir al gimnasio, a un taller o a una reunión de amigas, en forma frecuente.

“yo tengo red de apoyo, lo puedo hacer, pero no lo hago, porque no quiero, no porque no puedo. El día que yo quiero ir a la peluquería voy, porque yo no puedo decir ¡que yo me olvido de mi, que estoy postergada!, voy, si quiero salir con mis amigas voy, pero prefiero estar con mi hija”

“no sé yo creo lo que dedico aquí en el trabajo en la parte profesional, es el tiempo que dedico netamente para mi”

Satisfacción por su desarrollo intelectual, social y de trascendencia personal

Todas logran conciliar las ocupaciones del ámbito familiar con las del ámbito laboral, y obtienen un alto grado de satisfacción en cuanto a desarrollo intelectual, social y de trascendencia personal. El significado que le dan a las ocupaciones de madre y trabajadora, resultan ambas de un gran sentido de su existencia, considerándose importante el no dejar de desempeñarlas a pesar de las exigencias que estas ocupaciones conllevan.

CONCLUSIONES:

Este estudio de metodología cualitativa muestra la evidente importancia que las mujeres dan a las ocupaciones propias de la familia, la organización es primordial para llevar a cabo tareas tales como el manejo de la casa y el cuidado de los niños sobretodo pequeños. Además se suma la importancia que tienen las ocupaciones relacionadas con el trabajo que desempeñan, a pesar de las exigencias y costos personales, éstas les brindan un alto grado de identidad y de desarrollo personal, lo que con lleva al gran significado de sentirse eficientes en el desarrollo de éstas. Este hallazgo concuerda con estudios acerca del tema. (11)

Otro hallazgo, que concuerda con lo estudiado por Zuzanek (4) permite inferir como el nivel de instrucción de este grupo de madres es una ventaja ya que les permitiría acceder a trabajos con flexibilidad de horarios ayudando a conciliar la vida laboral con la familiar. Por lo que las dificultades de compatibilizar sus ocupaciones serían menores en relación a otros grupos de madres con menor instrucción. Adicionalmente este grupo de madres cuentan con redes de apoyo para el cuidado de los niños como ayuda doméstica, jardines infantiles, colegios y apoyo de los propios padres.

Llama la atención, como lo describen algunos estudios relacionados, que en las narrativas de las entrevistadas no surgieron antecedentes de altos niveles de angustia y de estrés por las múltiples ocupaciones que desempeñan. Esto podríamos comprenderlo desde el apoyo que el grupo posee en las labores domésticas y del cuidado de los hijos, así como también desde los altos niveles de satisfacción laboral.

En resumen, podríamos concluir que las madres que trabajan se sienten altamente satisfechas con el desarrollo de ambas ocupaciones, a pesar de las exigencias que éstas conllevan, el nivel de satisfacción claramente se relaciona con la capacidad de poder

desarrollarse en los dos ámbitos, y se ve favorecido por el apoyo con el que cuentan en el cuidado de los hijos y del hogar.

Concluyendo este artículo se sugiere futuras investigaciones de estos complejos temas a través de otros estudios que consideren a los hijos de estas madres, a sus parejas, a otros grupos de madres, y a las mujeres que trabajan en ayuda doméstica. Especialmente en un contexto cultural latinoamericano donde la vida familiar tiene un gran significado en nuestras sociedades.

Desarrollar una mejor comprensión y generar nuevos conocimientos de la complejidad de las ocupaciones del ser humano, y en especial del trabajo maternal en las ocupaciones del diario vivir, es el objetivo de la Ciencia de la Ocupación con el uso de la narrativa, la exploración del significado, es lo que mejor retrata la esencia de lo natural en el diario de las personas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Larson, E. (2000). Mothering: Letting go the past ideal and valuing the real. *Am J Occup Ther.* May-Jun; 54(3):249-251.
2. Major B. (1993). Gender, entitlement, and the distribution of family labour. *J Soc Issues;* 49(3):141-159.
3. Pantoja, C., Anastassiou, I.(1998). “Rol de la mujer del siglo XXI” Chile Unido. <http://www.chileunido.cl/>
4. Zuzanek, J. (1998). “Time use, time pressure, personal stress, mental health, and life satisfaction from a life cycle perspective”. *Journal of Occupational Science,* 5, (1) 26-39.
5. Blanco G, Feldman L., (2000). “Responsabilidades en el hogar y salud de la mujer trabajadora”. *Salud Pública Méx v.42 n.3 Cuernavaca mayo/jun. Salud Pública de México, ISSN 0036-3634 versión impresa.*
6. Francis-Connolly, E. (1998). It never ends: Mothering as a lifetime occupation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy,* 5, 149-155.
7. Mattingly C, Lawlor M. Learning from stories: narrative interviewing in cross-cultural research. *Scand J Occup Ther* 2000; 7: 4–14.
8. Zemke R, Clark F. (1996) Preface. En: Zemke R, Clark F. (editors) *Occupational Science: The evolving discipline.* Philadelphia: F.A. Davis: vii-xviii.
9. Barker, S. Roberts, E. (2006) An exploration of mothers’ perceptions mothering occupations and experiences. *Occupational Therapy in Health Care,* Vol. 20(2).
10. Kvale, S., (1996) *Interviews: An Introduction to Qualitative Research interviews.* Ch 5,6,7,8, CA: Sage Publications.
11. Rodó, A, et al (1993). Los nuevos roles y la construcción de identidad femenina. *Documentos de trabajo, n°144.* Centro de Estudios Sociales y Educación Sur, Santiago.

T.O. Erna Navarrete

T.O. Irene Muñoz

Título

“La modificación de los hábitos y rutinas de las personas afectadas por la catástrofe hídrica de la ciudad de Santa Fe”.

Autores

Mariana Boffelli, Carla Boggio, Daniela Chiapessoni, Mauro Demichelis, Milagros Demiryi, Juan Funes, María del Carmen Heit. Universidad Nacional del Litoral

Escuela Superior de Sanidad – Facultad de Bioquímica y Ciencias. Biológicas- Universidad Nacional del Litoral - Santa Fe (Capital). Santa Fe. Argentina. Ciudad Universitaria. Paraje El Pozo S/N, Tel/Fax: 0342-4575222 / 4575216 int. 111. E-mail: boffelli@fcb.unl.edu.ar (Coordinación Licenciatura en Terapia Ocupacional)

Resumen

La ciudad de Santa Fe vivió la más dramática de las catástrofes hídricas en el año 2003. El río Salado se desbordó afectando directamente a 150.000 habitantes, produciendo pérdidas en vidas, viviendas, instalaciones, producción y daños en salud, educación, fuentes laborales e identidad de personas, familias, barrios y comunidades, que perduran en el tiempo.

Los cambios producidos en las ocupaciones y representaciones de personas, generaron nuevas configuraciones cuya dimensión ocupacional se desconoce.

Las ocupaciones caracterizan y organizan la vida de personas y sociedades, aportando a los estados de salud y función ocupacional. Una de sus expresiones es a través de las rutinas y hábitos cotidianos.

Terapia ocupacional toma la iniciativa de investigar sobre el tema por su actualidad y vacancia. La Universidad acredita el proyecto cuya duración es de tres años.

Los propósitos son:

- Analizar los cambios de rutinas y hábitos con mayor impacto en la vida de las personas
- Caracterizar los procesos de interrupción y adaptación ocupacional
- Construir indicadores de necesidades desde la perspectiva de los afectados
- Detectar los soportes más efectivos para la recuperación ocupacional

Se utiliza metodología cualitativa. La selección de participantes es no probabilística. La recolección de datos se realiza combinando narrativas ocupacionales, entrevistas en profundidad e historias de vida.

Se concluyó el pilotaje, iniciando actualmente la etapa de recolección de datos.

Se está en condiciones de compartir las pautas y categorías construidas en esta etapa así como el estado del arte, los fundamentos teóricos y la evidencia empírica que sustentan esta experiencia.

Palabras claves: catástrofe, rutina, hábitos, terapia ocupacional

Introducción

La catástrofe hídrica producida por el desborde del Río Salado, en la ciudad de Santa Fe (ubicada en el noreste argentino) en el año 2003, marcó la vida de los pobladores; tanto de los afectados directos (150.000 habitantes) como de la ciudad en su conjunto. La vivencia directa y la participación en las tareas de emergencia y reconstrucción que continúan hasta la actualidad, motivaron la decisión de constituir un grupo de investigación de terapia ocupacional.

En Terapia Ocupacional, las experiencias desarrolladas durante y posteriormente al desastre, han permitido detectar vacíos críticos en la formación profesional.

Esta iniciativa es el primer esfuerzo sistematizado en la Argentina, para producir y validar conocimientos que permitan caracterizar el impacto que la catástrofe ha producido en la dimensión ocupacional en la vida de las personas.

Las catástrofes son un tema de actualidad y relevancia a nivel mundial, y una problemática común a la realidad latinoamericana.

La expectativa está focalizada en que los resultados se constituyan en insumos, para la elaboración de políticas, la producción de cambios legislativos, la organización del sistema de salud y educación, entre otros.

Es así que en el marco de los Proyectos de Investigación y Desarrollo (CAID-2005), de la Universidad Nacional del Litoral, se inicia el estudio denominado: “La modificación de los hábitos y rutinas diarias de personas afectadas por la catástrofe hídrica”.

El presente trabajo está en condiciones de compartir las pautas y categorías construidas en esta etapa de desarrollo, así como el estado del arte, los fundamentos teóricos y la evidencia empírica que sustentan esta experiencia.

Desarrollo

I. Antecedentes

La problemática de los desastres y catástrofes viene siendo estudiada de manera creciente desde diferentes disciplinas en los últimos dos decenios. Una expresión de la preocupación sobre el tema en la comunidad internacional, fue la declaración de las Naciones Unidas de los años 1990/1999, como Decenio Internacional para la reducción de desastres. Así también como el establecimiento de la Secretaría Permanente “Estrategia Internacional para la reducción de los desastres”, en el ámbito mundial. Hasta la década del 60, las áreas privilegiadas de investigación en relación a los fenómenos de catástrofes fueron las ciencias físicas y la ingeniería, configurando la visión dominante sobre la problemática que Henitt (1983), caracterizó como enfoque tecnocrático. Las ciencias sociales, hasta ese momento, ocuparon un rol secundario en el análisis del tema. (1) De allí en más, surge una línea de investigación que plantea una visión alternativa al “paradigma estructural” (Smith, 1996). Esta línea procura hacer visible la dimensión social de las situaciones de catástrofes. Visión que ha sido desarrollada por psicólogos comunitarios, sociólogos, antropólogos, geógrafos, entre otras disciplinas, todos con considerable experiencia en países del tercer mundo (2). Se incorpora así la noción de riesgo que integra la visión

fisicalista y el enfoque social. Los modelos holísticos, conceptualmente entienden el riesgo como una construcción dinámica dada por la interacción entre amenazas, vulnerabilidad, pérdidas, daños y estrategias de adaptación. El daño como evidencia empírica materializa el riesgo.

Los aportes de autores como Gilbert White, dentro de la perspectiva de la ecología humana, o de Westgate, Wisner, O'Kee, Hewwitt y otros, desde la perspectiva de la economía política, encontraron un fuerte eco en los años 1990 (3).

En 1992, la creación de la Red de Estudios Sociales en Prevención de Desastres en América Latina buscaba fortalecer las visiones sociales sobre los desastres y establecer un más justo equilibrio entre los aportes necesarios de las ciencias básicas y las ciencias sociales (4).

Por su parte el sector salud, con fuerte gravitación en el tema, ha producido abundantes conocimientos en relación al impacto de las catástrofes en los aspectos psicofísicos de la salud de los damnificados (5). Conocimientos que han avanzado del enfoque clínico con tipificaciones tales como el PTSD (Post Traumatic Stress Disorder, DSM IV), a los enfoques epidemiológico y comunitario, que enfatizan en estrategias de atención primaria de la salud de las víctimas de desastres (6).

Los avances en el conocimiento del tema permiten afirmar la idea de que un solo gran desastre es en realidad un número infinito de pequeños desastres que afectan de manera diferenciada a múltiples individuos, familias, comunidades y zonas. Resultando éste el ámbito más apropiado para describir y captar la dimensión del impacto desde su expresión en daños y pérdidas (7).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), como organismos de indiscutible trayectoria, han realizado aportes de manera

sistemática y permanente desde programas específicos sobre el tema.

Hay algunos antecedentes de estudios en terapia ocupacional, sobre efectos de hechos catastróficos, como el de Rosenfeld, M. S (8). (1987), que examinó la interrupción de las rutinas de la vida cotidiana causados por incendios domésticos y de los procesos de adaptación que emprenden las víctimas para restablecer patrones eficaces de actividad dirigida (9).

Existen también terapeutas ocupacionales norteamericanas, que han iniciado estudios sobre los cambios producidos en la vida de las personas luego de los ataques terroristas producidos el 11 de septiembre del 2001.

Sin embargo no se han encontrado investigaciones en terapia ocupacional a nivel internacional y local sobre las consecuencias de las catástrofes desde la perspectiva ocupacional.

Se identificaron antecedentes de investigaciones en T.O. sobre las rutinas cotidianas de personas con afecciones patológicas. Entre ellos la de Bridle. M. J., Link, B. Y Quessembery, C.M. (1990), que incluyó a adultos con lesión medular en las áreas de organización de rutinas de la vida cotidiana (10) y la de Weeder, T. (1986), que comparó a adultos esquizofrénicos con adultos normales en los patrones temporales de las actividades cotidianas y el significado de esas actividades cotidianas (11). Cabría ver la posibilidad de relación entre este tipo de eventos de vida y las situaciones de catástrofes, en cuanto a su impacto ocupacional.

A las referencias internacionales citadas se puede agregar la investigación realizada en Argentina sobre las consecuencias psicológicas de las explosiones ocurridas en la Fábrica Militar de Río III, Córdoba (12). Los autores advierten sobre la necesidad de actualizar los conocimientos sobre hechos

catastróficos para fortalecer las redes de prevención, mitigación y rehabilitación.

A partir de este estado del arte, se puede afirmar que la dimensión ocupacional del impacto de la catástrofe es aún un tema desconocido y de vacancia. La vigencia del tema se actualiza dramáticamente a la luz de los acontecimientos catastróficos sucedidos en el mundo en los últimos tiempos. En este orden, el aumento significativo de los desastres a nivel mundial, han provocado la revisión de categorías y tipologías de análisis.

Las catástrofes son definidas por la UNESCO como “ una grave perturbación en el funcionamiento de una comunidad o sociedad que causa pérdidas humanas, materiales, económicas y/o medio ambientales”. Por su parte, las Naciones Unidas acuña una de las clasificaciones más utilizadas, que distingue las catástrofes entre naturales y tecnológicas.

En esta tesitura es el planteo de Lozano Ascencio (2001, 1995) quien afirma que existe una construcción social de los desastres. Mientras que Subirats, E. (2005), al analizar la catástrofe provocada por el huracán Katrina, plantea que “lo nuevo y radicalmente amenazador es la representación política y mediática como accidente natural de lo que en realidad es un desastre producido por factores industriales y económicos globales y locales”. Concluyendo que las catástrofes naturales no existen porque no existe la naturaleza independiente de la naturaleza humana. La inundación ha marcado la vida, las ocupaciones y las representaciones de personas y grupos generando nuevas configuraciones aun desconocidas en su dimensión ocupacional.

Las catástrofes son fenómenos complejos, multidimensionales, heterogéneos y cambiantes, que afectan al bienestar de la salud de las personas y comunidades. Las dimensiones biológicas, psicológicas, ocupacionales,

espirituales, económicas, políticas, culturales y ambientales, por mencionar solo algunas, obligan a captar la arquitectura de esta complejidad para avanzar en su comprensión. El aporte de la teoría dinámica de los sistemas constituye una perspectiva válida, así como el estudio de Simon, H sobre las propiedades de los sistemas complejos. En particular: la casi descomponibilidad de los sistemas, la necesidad del traslado de la descripción de estado a la descripción de proceso de la realidad y la relación de la dinámica de alta frecuencia asociada a los subsistemas y la de baja frecuencia con los macrosistemas.

Las ocupaciones caracterizan la vida humana, constituyen fuente de identidad personal y social (Chrisitensen, 1999), y organizan la vida cotidiana aportando a los estados de salud y función ocupacional.

La historia, el sentido de la vida y la identidad, devienen de una construcción dialéctica entre las ocupaciones y los contextos.

La casa en donde vivimos, el trabajo, el estudio, los objetos personales y laborales, el barrio, los vecinos; se revisten de sentidos según las experiencias, oportunidades, metas, sueños y proyectos que cada cual tenga individual y colectivamente.

En pocas horas, la inundación arrasó con todo esto e instaló múltiples escenarios rápidamente cambiantes, marcando la vida, las ocupaciones, las representaciones de personas y grupos.

Las pérdidas en vidas y en bienes; los daños materiales y morales, no solo son cuantificables sino que han generado nuevas configuraciones que aún se desconocen en su impacto ocupacional.

Una de las características de la ocupación como proceso activo es la elección de las ocupaciones, la toma de decisiones que nos capacita para ejercer control y poder en las actividades cotidianas.

El análisis de la inundación en Santa Fe requiere la consideración de las políticas que se vienen implementando en los últimos veinte años en todos los órdenes: económico, laboral, sanitario, educativo, cultural. Porque han sido la naturaleza de esas políticas y la forma de ejercer el poder, las verdaderas causas que provocaron la catástrofe y el posterior desastre.

“La inundación de la ciudad de Santa Fe no puede ser entendida de manera aislada, como un fenómeno de la naturaleza, sino en el contexto de las profundas alteraciones hechas por el hombre en el medio ambiente y la negligencia e irresponsabilidad de los gobiernos locales”.

El modo de irrupción violento y sorpresivo de una catástrofe, produce en segundos transformaciones en todos los órdenes de la vida.

¿Qué sucede cuando los cambios en las ocupaciones se producen no por decisión propia y de un día para otro, la vida de miles de personas se transforma sin haber tenido participación activa en esos cambios y las pérdidas cruzan todos los escenarios de la vida cotidiana?

La privación, la marginación y el desequilibrio ocupacional son algunas de las consecuencias más comunes producidas, compatibles con la teoría preliminar de justicia ocupacional planteada por Townsend, E. & Wilcock, A: (2002).

Desde la Ciencia de la Ocupación resultan pertinentes para la comprensión de este fenómeno, los aportes de Yerxa, E. (1989), sobre el ser ocupacional; de Clark F. (2000), sobre hábitos y rutinas ocupacionales y el tiempo como fuerza importante para la organización ocupacional; y los de Hocking y Levine (1997) sobre las nociones de temporalidad y los procesos ocupacionales.

De igual modo resulta iluminador el paradigma de atribución de poderes en cuanto al valor de las oportunidades de elección

de las personas sobre las ocupaciones significativas, compatible a su vez con la perspectiva de los derechos humanos y los aportes de Kondo, T. (2004) sobre la necesidad de utilizar teorías universales y específicas a la cultura.

II. Problema de investigación

“La modificación de los hábitos y rutinas de las personas afectadas por la catástrofe hídrica de la ciudad de Santa Fe”.

III. Estado de desarrollo del equipo de investigación

El equipo de investigación está formado por 6 Terapeutas Ocupacionales (2 Licenciadas en T.O., 3 Mastrandos), 1 Terapeuta Ocupacional y 1 Psicólogo (Doctorando).

Cada uno de los integrantes tuvo intervención directa durante la catástrofe hídrica y en las etapas posteriores hasta la actualidad, participando en diferentes organismos: Comité de Salud Mental; Comité de Solidaridad, Centros de Evacuados, Asamblea Permanente de Personas Afectadas por la Inundación, Organismos de Derechos Humanos de Santa Fe.

IV. Objetivos

Objetivos generales:

- Contribuir al proceso de reconstrucción post-catástrofe de la vida de las personas, familias y grupos de la comunidad santafesina.
- Aportar al mejoramiento de la calidad de vida de las personas afectadas por la catástrofe hídrica.

Objetivos específicos:

- Identificar y analizar los cambios de rutinas y hábitos que mayor impacto han producido en la vida de las personas.
- Analizar y ponderar las características de los procesos de interrupción y adaptación ocupacional.

- Identificar y construir indicadores de necesidades desde la perspectiva de los afectados y las categorías de análisis de la disciplina.
- Detectar los soportes que resultan más efectivos para la recuperación ocupacional.
- Elaborar una propuesta curricular sobre el tema catástrofe en base al análisis de los planes de estudio de las carreras de la Escuela Superior de Sanidad (Lic. en Terapia Ocupacional, Lic. en Saneamiento Ambiental y Lic. en Administración Hospitalaria).

V. Material y métodos

Se utiliza la metodología cualitativa. El diseño combina los aportes de la etnografía y la fenomenología que permiten tomar la perspectiva de los directos afectados, captando información que no está disponible y que constituye un aporte tanto para la evidencia empírica como para los constructos teóricos.

V. a) Caracterización de la población

La información estadística disponible, “Empadronamiento de inundados 2003” (IPEC) (13), fue realizada en base a 97.655 personas y 27.911 hogares afectados.

Este estudio aunque parcial, aporta datos en relación a la cantidad de afectados por la inundación según edad, sexo, vivienda, nivel y permanencia del agua en las viviendas, condición durante la inundación (evacuado, autoevacuado, permanencia en techos), situación laboral, vecinales y zonas.

V. b) Selección de los participantes

De los criterios no probabilísticos, se utilizaron la combinación de casos típicos, casos extremos e informantes claves, como estrategia para recabar la información de lo que los hace similares y diferentes a la vez. (Bailey, D. 1997) (14).

Las unidades de análisis, están constituidas por cada persona que cumple con la condición de haberse inundado,

haber tenido 18 años o más al momento de la inundación, estar dispuesto a brindar información de sus propias vivencias y manifestar su consentimiento para participar del presente estudio.

Los casos se seleccionaron de manera tal que en su conjunto, expresen la diversidad de las características del fenómeno de estudio, en particular: edades, sexos, condición económico-social, ocupaciones y participación social.

Se seleccionaron ocho barrios más seriamente comprometidos: Sur, Centenario, San Lorenzo, Chalet, Santa Rosa, Villa del Parque, Barranquitas, Roma; acorde a la información estadística.

Se incluyeron también los barrios 29 de Abril y La Tablada, constituidos después de la catástrofe por la particularidad de estar conformados por familias que quedaron sin viviendas.

V. c) Recolección y análisis de datos

Se realiza una pesquisa de tipo naturalista. La información se recaba en los contextos de desempeño de cada participante y según su propia elección. En general, acontece en las viviendas, lugares de trabajo y del barrio.

Los instrumentos utilizados para la recolección son entrevistas en profundidad, historias de vida y narrativas ocupacionales, con una mayor utilización de estas últimas.

Fundamenta esta elección el hecho que la narrativa y el significado que las personas otorgan a las vivencias (Polkinghorne, D. 1996) (15). Los eventos escogidos, las descripciones, el orden, la secuencia, abren la puerta a la comprensión. La casa donde se vive, el trabajo, el estudio, los objetos personales y laborales, el barrio, los vecinos; se revisten de sentido según las experiencias, metas, sueños, proyectos y oportunidades que cada cual tenga individual y colectivamente. La fuerza de la narrativa permite comprender la identidad,

provee dirección y propósito al unir eventos de la vida a través del tiempo.

Se realizó una prueba piloto con 5 narrativas ocupacionales, 2 entrevistas en profundidad y 1 historia de vida. De los 8 participantes, 6 fueron afectados directos por la inundación en Santa Fe y 2 de ellos a su vez, integrantes del equipo de investigación. Los otros 2, son ciudadanos chilenos, uno afectado por el desborde al Canal San Carlos, Comuna La Reina, Santiago de Chile y el otro damnificado por el terremoto de Antofagasta.

El material fue registrado en grabaciones. Su análisis y tematización primero fue realizado individualmente por cada investigador, luego de manera cruzada entre todos los investigadores y por último fue sometido a análisis de pares externos; a modo de fortalecer la validez de los hallazgos.

La definición de los temas y la elaboración de premisas, pautas y categorías compatibles con los fundamentos y constructos teóricos, fueron el foco de trabajo durante la prueba piloto. Este proceso permitió organizar la información analizada alrededor de los siguientes tópicos claves.

- Los cambios producidos en las ocupaciones y el significado que le otorgan las personas (rutinas, hábitos, tipo de ocupaciones, cantidad)
- Las pérdidas relacionadas con las ocupaciones y el significado de las mismas.
- El sentido de control sobre las propias vidas, en particular las decisiones ocupacionales.
- La percepción personal del tiempo y la temporalidad en relación a las vivencias ocupacionales.

En base a este material producido se construyeron las guías para las narrativas, historias de vida y entrevistas en profundidad.

Para la recolección y análisis de datos, se aplica la triangulación utilizando diferentes métodos de recolección y diferentes investigadores.

La elección de los participantes, las condiciones de obtención de los datos, los múltiples investigadores, la examinación de pares externos, los investigadores en calidad de participantes y el registro mecánico de los datos, son algunos de los criterios utilizados para elevar la fiabilidad interna y reducir las amenazas de este estudio.

Se ha iniciado este año, el trabajo de campo que se estima demandará entre un año y un año y medio. Por las características de esta investigación, el proceso de análisis se realiza a la par de la recolección de datos. Se aplicará el análisis de contenido que permita construir categorías de las dimensiones ocupacionales del fenómeno estudiado.

VI. Impacto del Proyecto

VI. a) Resultados significativos en investigación

Por ser el primer Proyecto de investigación de Terapia Ocupacional acreditado por la Universidad Nacional del Litoral, se ha constituido en un espacio para la formación de profesionales y alumnos de grado en los métodos y técnicas de investigación cualitativa de Terapia Ocupacional. Tres estudiantes ya han realizado sus trabajos finales.

Se espera consolidar el grupo de trabajo y ampliar el área de investigación en Terapia Ocupacional, con prácticas de campo para alumnos de grado y realizar aportes curriculares sobre el tema específico, para las carreras de la Universidad Nacional del Litoral.

VI. b) Formación de recursos humanos

El equipo de investigación ha organizado y realizado el Curso: “Desastres, catástrofes y emergencias complejas. Salud mental, vulnerabilidad, riesgo y prevención” (Resol. C.D. N°404/06. UNL), en el que participaron profesionales y

estudiantes de las áreas salud, educación y comunidad, así también como socorristas, voluntarios, integrantes de distintas agrupaciones de inundados y periodistas de radios comunitarias

VI. c) Transferencia

Se ha solicitado del equipo, su aporte como consultor. Esta actuación se viene desarrollando con el Centro de Estudios Municipales y Provinciales. (CEMUPRO- Santa Fe).

Parte de los miembros del equipo de investigación, también han desarrollado durante el año 2005, un Proyecto de Extensión e Interés Social, avalado por la Universidad Nacional del Litoral. A través de éste, se brindó un servicio a la comunidad, en particular a un grupo de instituciones que fueron afectadas por la catástrofe y se dedican a la atención de niños. En este proyecto participaron estudiantes de Terapia Ocupacional y del Profesorado de Educación Física además de profesionales de estas disciplinas y Psicología.

En el marco del proyecto se continuarán ofreciendo servicios y consultorías para instituciones y grupos de la comunidad que se encuentran trabajando en la problemática: organizaciones no gubernamentales y grupos de afectados directos.

El producto de la investigación se ofrecerá a los responsables de políticas y programas de salud y promoción social (organismos oficiales) y a las Asociaciones de Terapeutas Ocupacionales (provinciales, nacionales e internacionales) para la elaboración de programas y proyectos que atiendan las necesidades detectadas. La Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales, ya se ha interesado por esta investigación

Se continuará brindando los conocimientos producidos para su utilización en la organización de programas de extensión y servicios a terceros desde la Universidad, donde los alumnos y docentes capacitados en el tema, transfieran los

conocimientos adquiridos. Se implementará en los planes de estudio.

Es propósito del equipo que los resultados se constituyan en insumos básicos para el sistema de salud en general, para las políticas sociales y para las organizaciones de la sociedad civil.

Desde la convicción que este trabajo, permitirá ponderar el rol de la Universidad en la reconstrucción post-catástrofe, elevar la calidad de los futuros profesionales con competencias para la intervención en situaciones de catástrofes y con la esperanza de aportar en algo al bienestar y recuperación ocupacional de las personas y poblaciones que sufren a causa de tales injusticias.

VII. Reflexiones finales

La experiencia desarrollada desde este proyecto, permite compartir los avances hasta aquí expuestos y obliga a la vez, a reflexionar sobre aspectos medulares del tema en cuestión

Las catástrofes devienen y/o derivan en situaciones de violación y/o restricción de una amplia gama de derechos, por acción u omisión.

La privación y restricción de oportunidades, configura a las personas afectadas como excluidos sociales carentes de perspectivas de desarrollo. La noción de derechos sociales conlleva necesariamente el imperativo moral de la inclusión.

La historia de los países latinoamericanos está plagada de ejemplos de situaciones catastróficas: terremotos en Chile, erupciones volcánicas en Colombia, inundaciones en Venezuela, Uruguay, Brasil y Argentina. Las provincias de nuestro país, de norte a sur y de este a oeste, se ven sacudidas por estas experiencias cada vez con mayor asiduidad. Siempre los más afectados son los más pobres. Esto no es producto de la casualidad ni es un fenómeno de la naturaleza. Es producto de las políticas.

Resulta ineludible y urgente que los Terapeutas Ocupacionales, incorporemos a la agenda de debate y tomemos posicionamiento sobre temas centrales como la pobreza, la exclusión, las políticas públicas y los derechos humanos.

La producción de conocimientos y el aporte de soluciones a los problemas actuales, devienen del compromiso que asumamos desde Terapia Ocupacional, con los sectores poblacionales que sufren la exclusión.

Necesitamos nutrirnos tanto de las teorías universales como de las teorías específicas, tal como sostiene Kondo (2004) . Apoyarnos en ensayos de carácter multidisciplinario sobre problemas comunes que impactan en la ocupación. Al respecto, la concepción de Sen, A. (Premio Nobel de Economía, 1998) sobre la pobreza, al caracterizarla como un fenómeno no exclusivamente económico medible por variables de ingreso sino como un tema mucho más complejo que comprende dimensiones relacionadas con la equidad, las políticas sociales, los derechos económicos, sociales y culturales; abre una perspectiva de análisis necesaria a recorrer en el tratamiento de problemas comunes.

Referencias

- 1 Henitt; 1983; Smith 1996 Y White, Luestgate, Wisner, O’Keefe, Hewwitt en Sanahuja Rodriguez, H. 1999. “El daño y la evolución del riesgo en América Central”. Red de estudios Sociales en Prevención de Desastres en América Latina. (Costa Rica).
- 2 Henitt; 1983; Smith 1996 Y White, Luestgate, Wisner, O’Keefe, Hewwitt en Sanahuja Rodriguez, h. 1999. “El daño y la evolución del riesgo en América Central”. Red de estudios Sociales en Prevención de Desastres en América Latina. (Costa Rica).
- 3 Henitt; 1983; Smith 1996 Y White, Luestgate, Wisner, O’Keefe, Hewwitt en Sanahuja Rodriguez, h. 1999. “El daño y la evolución del riesgo en América Central”. Red de estudios Sociales en Prevención de Desastres en América Latina. (Costa Rica).
- 4 La Red. Red de Estudios Sociales en Prevención de desastres en América Latina. Desinventar; sistema de inventarios de Desastres en América Latina. OSSO / ITDG: Cali
- 5 Cohen, R. 199. “Salud Mental para Víctimas de desastres”. Manual para trabajadores. Editorial El Manual Moderno. OPS. (México. D.F).

- 6 Pichot, Pierre, López-Ibor, Aliño, Juan J, Valdes Miyar M.. 1995. “D.S.M. IV Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales”. Cuarta Edición. Editorial Masson, (Barcelona).
- 7 OPS- OMS- 1999. “Asistencia humanística en casos de desastres”. Washington. DC. 2000. “Los desastres naturales y la protección de la salud”. (Washington D.C.)
- 8 Rosenfeld, M.S. 1989. “Occupational disruption and adaptation: A study of house fire victims en American” Journal of Occupational Therapy 4, 89 –96
- 9 Kielhofner, G.; 2002. “Modelo de la Ocupación Humana, teoría y aplicación”. Tercera edición. Investigación. Editorial: Panamericana. (Buenos Aires. Argentina) Cap.27, pág.605
- 10 Kielhofner, G.; 2002. “Modelo de la Ocupación Humana, teoría y aplicación”. Tercera edición. Investigación. Editorial: Panamericana. (Buenos Aires. Argentina). Cap.27, pag.617
- 11 Kielhofner, G.; 2002. “Modelo de la Ocupación Humana, teoría y aplicación”. Tercera edición. Investigación. Editorial: Panamericana. (Buenos Aires. Argentina). Cap.27, pag. 618
- 12 Faher, R; Pecci, M; Gómez Prieto, C; Besoni, A Y Garzarón, M. 1997. “Salud Mental: Consecuencias Psicológicas de las explosiones ocurridas en la Fábrica Militar Río III, Córdoba, Argentina”. En acta Psiquiátrica- Psicológica. Editorial América Latina. (Argentina)
- 13-IPEC. Instituto Provincial de Estadísticas y Censos. 2003
<http://www.santafe.gov.ar/gobernacion/ipec/index.html>
[Consulta: 15 noviembre 2006]

- 14- Bailey, D. 1997. “ Research for the Health Professional. A Practical Guide”. 2º Edición. F.A.Davis Company. (Philadelphia).
- 15- Polkinghorne, D. 1996. “Trasformative narratives: from victim to agentic life plots”. Am. J Occ.Ther.50, 4: 299-305.

Bibliografía

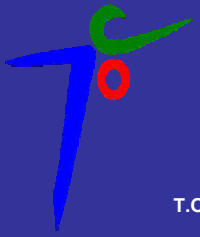
- Centro de Estudios Legales y Sociales.2003.Derechos Humanos en Argentina. Informe 2002-2003. XI, “Medio ambiente y derechos humanos”, 3.2.2 “Los efectos del agua. Situación de los refugiados ambientales en la ciudad de Santa Fe”, CELS-Siglo XXI Editores Argentina. S.A, pp.457. (Bs. As. Argentina.)
- CEPAL-BID.2000. “Un tema del desarrollo: la reducción de la vulnerabilidad frente a los desastres.” Documento 12961. en: <http://desastres.ops.org> (México)
- F. Clark.; 2000. “The concepts of habit and norifine: A preliminary Theoretical synthenis”. Occupational Therapy Journal y Research, 20-1235-1375.
- R. Cohen ; F. Agearn, ; 1980. “Manual de Atención en Salud Mental para víctimas de desastre”. Editorial El Manual moderno. OPS. (México D.F.)
- R. Cohen,; 1999. “Salud Mental para Víctimas de desastres. Manual para trabajadores”. Editorial El Manual Moderno. OPS. (México. D.F.)
- C. Christiansen.; 1999. The 1999. Aleonor Clarke Slagle Lecture. “Defining lives: Occupational as identify: As essay on competence, coherence, and the

creations the meaning”. The America Journal of the occupational Therapy , 53 (6).547_558.

- R. Faher, ; M. Pecci,; C. Gómez Prieto; A. Besoni y M. Garzarón.; 1997. “Salud Mental: Consecuencias Psicológicas de las explosiones ocurridas en la Fábrica Militar Río III, Córdoba, Argentina”.
- Henitt; 1983; Smith 1996 Y White, Luestgate, Wisner, O’Keefe, Hewwitt en Sanahuja Rodriguez, h. 1999. “El daño y la evolución del riesgo en América Central”. Red de estudios Sociales en Prevención de Desastres en América Latina. (Costa Rica).
- Henitt; 1983; Smith 1996 Y White, Luestgate, Wisner, O’Keefe, Hewwitt en Sanahuja Rodriguez, H. 1999. “El daño y la evolución del riesgo en América Central”. Red de estudios Sociales en Prevención de Desastres en América Latina. (Costa Rica.)
- Henitt; 1983; Smith 1996 Y White, Luestgate, Wisner, O’Keefe, Hewwitt en Sanahuja Rodriguez, h. 1999. “El daño y la evolución del riesgo en América Central”. Red de estudios Sociales en Prevención de Desastres en América Latina. (Costa Rica.)
- M. Ken Asaba.; 2005. “I’m not much different. Occupation , identity, and spinal and injury in America”. A dissertation presented to the far, of the graduate sccholl university of Souther California
- G. Kielhofner ; 2002. “Modelo de la Ocupación Humana, teoría y aplicación”. Ttercera edición. Investigación. Editorial Panamericana. (Buenos Aires. Argentina). Cap.27, pág.605
- G. Kielhofner; 2002. “Modelo de la Ocupación Humana, teoría y aplicación”. Tercera edición. Investigación. Editorial: Panamericana. (Buenos Aires. Argentina). Cap.27, pag.617

- G. Kielhofner; 2002. “Modelo de la Ocupación Humana, teoría y aplicación”. Tercera edición. Investigación. Editorial: Panamericana. (Buenos Aires. Argentina). Cap.27, pag.618
- T. Kondo.; 2004. “Cultural tensions in occupational therapy practice: Considerations from a Japanese vantage point”. The American Journal of Occupational Therapy 48 (2), 174_184.
- La Red. Red de Estudios Sociales en Prevención de desastres en América Latina. Desinventar; sistema de inventarios de Desastres en América Latina. OSSO / ITDG: Cali
- E. Larzon, & R. Zemke.; 2003. “Shaping the temporal patterns of our lives. The coordination”. Journal of the occupational Science , 10 (2).80-89.
- R. Levine.; 1997. “A Geography of time”. NEW York: Basic Books.
- C. Losano Ascencio.; 1995. “La construcción social del medio ambiente a partir de los acontecimientos catastróficos que lo destruyen”. En Revista de la Facultad de Ciencias de la Información. UCM. Número extraordinario, pp 47-67. (Madrid).
- OPS- OMS- 1999. “Asistencia humanística en casos de desastres”. (Washington. DC. 2000). “Los desastres naturales y la protección de la salud”. (Washington D.C.)
- Pichot, Pierre, López-Ibor, Aliño, Juan J, Valdes M. Miyar.; 1995. “D.S.M. IV Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales”. Cuarta Edición. Editorial Masson. (Barcelona.)
- D. Polkinghome.; 1996. “Trasformative narratives: from victime to agenetic life plots”. American Journal of Occupational Therapy. Vol. 50(4).p.p.299-305.

- M.S. Rosenfeld.; 1989. “Occupational disruption and adaptation: A study of house fire victims en American”. Journal of Ocupational Therapy 4, 89 –96
- H. Simon.; 1970 “La ciencias de lo artificial”. Cap “La arquitectura de la complejidad” editorial Ate.
- E. Subirats.; 2005. “Las catástrofes naturales no existen”, en Diario Página 12, Mes Septiembre, Contratapa, p.32. (Bs .As. Argentina.).
- E. Towseand.; 1997. “Ocupación: potencial para la transformación social y personal, en: Revista de la Ciencia de la Ocupación.” Abril 1997, V.4, N°1, pp. 18-26 (Australia)
- E. Townsend, & A. Wilcock.; 2002. “Occupational justice”. In Chirstiansen. C. Introduction to occupation (pp.243_273) Upper Saddle River, Nj: Practice _Hall. ISBN# 0_13-013303-5.
- A.A. Wilcock.; 1999. “Reflections on doing, being and becoming”. Australiar Occupational Therapy Journal, 46, 1-11-.
- E. J. Yerxa.; et al.; 1989. “An Introduction to occupational science: A Fundation for occupational al therapy in the 21 century”. Occupational therapy in Heald Care.

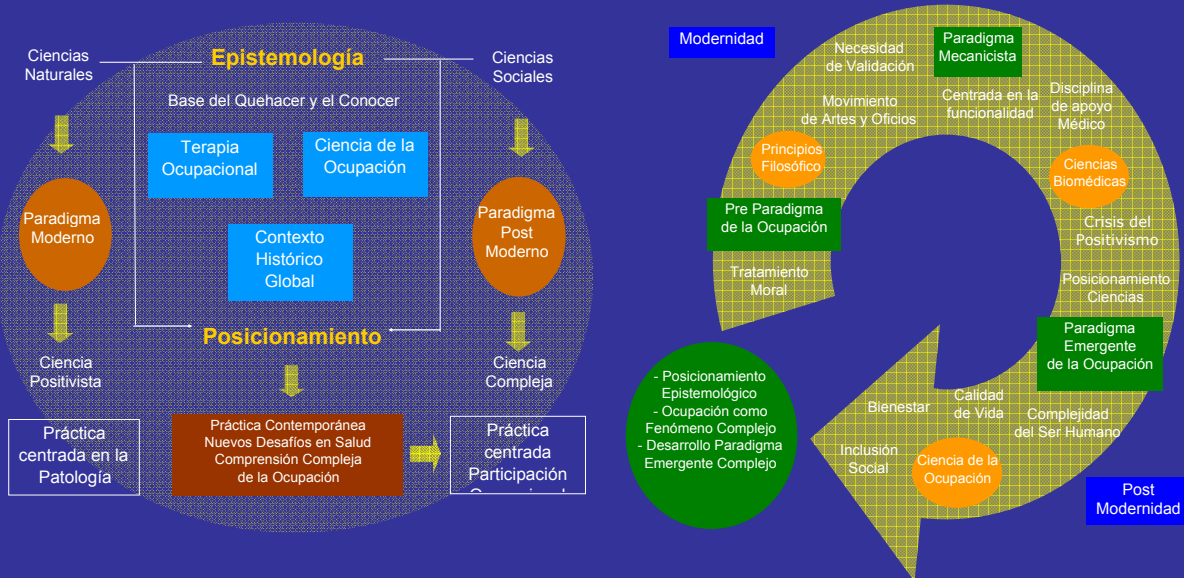


DE LA FILOSOFÍA A LA CIENCIA DE LA OCUPACIÓN: PROPUESTA EPISTEMOLÓGICA PARA LA PRÁCTICA CONTEMPORÁNEA



T.O. Daniela Olivares Aising T.O. (Est.) Diego Vidal Madrid T.O. (Est.) Rodolfo Morrison Ja

Este trabajo corresponde a una reflexión acerca de la implicancia en el quehacer profesional de una práctica construida desde una Epistemología Reduccionista, enfocada en la patología, disfunción y reparación, a diferencia de una práctica construida desde una Epistemología Compleja, enfocada en la persona, la ocupación y la inclusión, que ha permitido el desarrollo de la Ciencia de la Ocupación, lo que ha otorgado identidad y validación científica a nuestra disciplina.



Conclusión

Finalmente, el posicionamiento epistemológico desde el Pradigma de la Complejidad otorga a la disciplina, un enfoque donde considera a la Ocupación como la herramienta fundamental que debe guiar la intervención, entendiendo como ocupación aquel fenómeno que se coconstruye con el usuario en un encuentro terapéutico, en un tiempo y espacio definido, cuyo fin último es el bienestar y la calidad de vida.

Bases Conceptuales

1. Morin, E. "Introducción al Pensamiento Complejo" 2001.
2. Kielhofner, G. "Conceptual Foundations of Occupational Therapy" Third Edition 2004.
3. Bunge, M. "La ciencia, su Método y su Filosofía". 1971.
4. Brunet, I. Morell, An. "Epistemología y Cibemética" 2001.
5. Demicheli, G. "Comunicación en Terapia Familiar Sistémica" 1995.
6. Echeverría, R. "El Buho de Minerva" Tercera Edición. 1997.
7. Crepeau, E. Cohn, E. Schell, B. "Willard & Spackman Terapia Ocupacional" Décima Edición 2005.
8. Wilcock A. "An Occupational Perspective of Health" 1998.

RESUMEN

La investigación corresponde a la Tesis de Maestría en Docencia Universitaria, de la Facultad de Humanidades. Se plantean aspectos relativos a la inclusión educacional de las personas con discapacidad en el ámbito universitario y la función docente, considerando el factible aporte disciplinar de Terapia Ocupacional.

INTRODUCCIÓN

La educación universitaria debe ser equitativa, brindando igualdad de oportunidades de ingreso y permanencia; pertinente, sensible a las demandas sociales y desigualdades del sistema; incluyente, considerando la diversidad; y formativa, contemplando el dominio de conocimientos, competencias, habilidades y valores.

Desde la dimensión "biopsicosocial", la discapacidad se concibe como un fenómeno multidimensional, resultante de la interacción dinámica de la persona con su entorno físico y social.

La Universidad, como factor contextual, constituye el escenario de interacción donde las posibilidades de crecimiento y autorrealización de las personas con discapacidad pueden verse favorecidas o restringidas. En este carácter interactivo son relevantes el tipo de respuestas educativas e intervención docente brindada.

Desde la mirada social y ecológica de la discapacidad, la investigación plantea la necesidad de generar un espacio para la indagación, reflexión, profundización y acrecentamiento del conocimiento actual sobre la situación educativa que viven cotidianamente los alumnos con discapacidad en el contexto universitario, sus necesidades educativas con relación a la intervención docente, así como la identificación de factores que pueden incidir positiva o negativamente en su inclusión educacional.

MÉTODO

Diseño exploratorio-descriptivo, transeccional. Metodología cualitativa. Unidad de análisis: docentes y alumnos de la Universidad Nacional de Mar del Plata, estimados como informantes claves. Muestra intencional, considerando la saturación. Técnicas de recolección y análisis: revisión bibliográfica y documental, entrevista semiestructurada y análisis de contenido.

RESULTADOS

- › Las necesidades educativas especiales tienen un carácter interactivo y relativo, una misma discapacidad no implica iguales necesidades educativas, las mismas dependen de factores personales y contextuales.
- › El abordaje debe ser personalizado y diversificado, considerando las múltiples variables que dependen del contexto y de la interacción docente-alumno.
- › Los alumnos universitarios con discapacidad visual pueden demandar de: grabaciones; empleo de ayudas técnicas y programas informáticos específicos; digitalizaciones; temporalizaciones; entrega de material anticipadamente; descripciones verbales; sistema Audesc; adaptación de materiales y medios (filminas, equipo de laboratorio, etc.); ajustes en evaluaciones; etc.
- › Los alumnos universitarios con discapacidad auditiva pueden requerir de: diferentes sistemas de comunicación alternativos o aumentativos; tomadores de apuntes; intérprete de lengua de señas; adaptación de exámenes; etc.
- › Los alumnos universitarios con discapacidad física deben enfrentar barreras urbanísticas y del transporte, que pueden incidir en el acceso a la información y el rendimiento académico. Esto involucra diferentes tipos de adaptaciones ambientales, de mobiliario y materiales, para el aula, laboratorios, ámbitos de práctica en terreno o clínica, bibliotecas, e infraestructura edilicia en general.
- › La accesibilidad física, comunicacional, instrumental, digital y tecnológica es deficiente en el actual contexto universitario.
- › La función docente universitaria a través de las Secretarías Académicas incluye: formación de posgrado presencial y a distancia; articulación con el sistema educativo previo; políticas de ingreso universitario; elaboración y propuesta de normativas según necesidades; mejorar accesibilidad y material de bibliotecas; adecuados servicios de Orientación Vocacional; etc. En todos estos aspectos debe considerarse la temática de la discapacidad.

CONCLUSIONES

- › Es necesario considerar la discapacidad desde el proceso dialéctico generado en la interacción dinámica de la persona con su entorno físico y social, y como una variable más de la condición humana.
- › En la Universidad el tratamiento de la temática de la discapacidad debe formar parte de la ideología y proyecto político, cultural y educativo institucional. La ideología y filosofía subyacente, tanto a nivel docente como institucional, debe estar guiada por principios claros y compromiso entre lo que se dice, lo que se debe hacer y lo que realmente se hace. La "calidad de vida académica" implica entre muchas otras cuestiones, equidad y equiparación para todos los alumnos sin distinción, desde el ingreso, hasta todo el proceso de enseñanza y aprendizaje consecuente.
- › Mediante ordenanzas y resoluciones de los órganos de gobierno universitarios, es necesario elaborar y efectivizar normativas generales y específicas, para ser adoptadas en las distintas Unidades Académicas, referidas a aspectos esenciales que promuevan la inclusión educacional de las personas con discapacidad.
- › Es necesario idear y planificar medios para que la temática sea contemplada a nivel curricular en las diferentes carreras universitarias, ya sea por medio de seminarios, contenidos y prácticas en las asignaturas, cátedras abiertas, etc. El tema atraviesa la formación profesional y tecnológica de todas las disciplinas universitarias.
- › Desde la intervención docente, es imprescindible comprender que el derecho a la igualdad de oportunidades educacionales, no significa tratar a todas las personas de la misma manera, sino por el contrario, respetar las diferencias para que las mismas no se conviertan en desigualdades sociales. La idea tradicional de homogeneización, con prácticas basadas únicamente en la enseñanza transmisora y frontal, con estrategias de abordajes iguales o similares, con enfoques simplistas y miradas o razonamientos lineales, tiene el efecto de profundizar la situación de inequidad e injusticia social.
- › Esta visión demanda partir de lo que la persona posee y no de lo que falta, entendiendo además que no existen "recetas mágicas", o pasos a seguir que aseguren el "éxito" de la intervención docente. El camino para hallar adecuadas respuestas, deviene esencialmente de la posibilidad de escuchar y dialogar, respetando el sentido y significado otorgado por los protagonistas a las situaciones planteadas.
- › La educación inclusiva implica una nueva forma de concepción curricular. Pensar e idear un currículo inclusivo, flexible, abierto, polivalente, relevante, experiencial, adaptado a la realidad, que involucre al contexto y a la interacción con el mismo, con énfasis en el proceso y la revisión e investigación constante. Este tipo de currículo es compartido y diferenciado, común pero no uniforme, ya que parte del respeto a las diferentes realidades sociales, culturales e individuales.
- › Un currículo inclusivo implica la posibilidad de realizar adaptaciones curriculares, las mismas involucran estrategias de planificación y de actuación docente, enmarcadas en un proceso continuo, progresivo, integral y dinámico, para tratar de responder a las necesidades educativas de cada alumno. Desde el examen de ingreso universitario, hasta todo el proceso posterior de permanencia en el sistema, deben implementarse de ser necesario adecuados ajustes curriculares, permitiendo además el uso de equipo y/o ayudas técnicas que el alumno con discapacidad requiera.
- › En algunas universidades existe la figura del "referente", "coordinador" o "mediador en discapacidad", tarea que puede ser desempeñada por el terapeuta ocupacional. Se detecta al alumno con discapacidad en las planillas de inscripción universitaria (frecuentemente por medio de ítems optativos) o en los cursos de ingreso, a fin de entrevistarlos, valorar requerimientos y elaborar un plan personalizado de respuesta a las necesidades educativas, brindar asesoramiento e información, contemplar el equipo o ayudas técnicas demandadas, planificar articuladamente acciones, etc.
- › En la Universidad es indispensable la creación de comisiones, programas, áreas o servicios estables e interdisciplinarios relativos a la discapacidad. Los terapeutas ocupacionales, dada su formación en la temática, son profesionales idóneos para proponer, planificar, organizar, dirigir y/o coordinar dichos servicios. Las funciones que pueden desempeñarse desde Terapia Ocupacional, abarcan: elaboración, implementación, evaluación y seguimiento de propuestas y acciones; adaptación de materiales, medios, recursos y provisión de ayudas técnicas; asesoramiento y transferencia; estudios de accesibilidad; elaboración de material de divulgación; investigación tendiente a la innovación en la temática; tutorías; interrelación y coordinación de acciones con los niveles educativos previos al ingreso universitario; coordinar programas de voluntariado universitario de apoyo a la inclusión; planificación de programas formativos y de información, de grado y posgrado, presenciales y a distancia relativos a la discapacidad; etc.

Espacio de la alegría- una respuesta al aislamiento social.

Táisa Gomes Ferreira. Centro Universitário de Araraquara. Brazil.

En febrero del 2006 y las actividades se concentran en el Barrio Vale do Sol en alianza con el puesto de salud. La intención en el servicio fue gradual y al principio se objetivó construir una identidad para el territorio y las personas que lo habitan, en el espacio de la alegría, con el objetivo de ofrecer servicios, de que puedan convivir y relacionarse fuera de sus rutinas diarias, intercambiar experiencias, ser reconocidas como sujetos, portadores de diferentes experiencias y saber que pueden ser compartidas. Los grupos funcionan todos los miércoles dentro de una sala para intercambiar conocimientos e informaciones sobre servicios y también orientación sobre salud. Espontáneamente personas de diferentes edades y sin deficiencias, lo que obligó a repensar los objetivos iniciales. Como primera meta, el objetivo de estas personas, se hizo imperativo, para que ellas consigan luchar por sus derechos. La experiencia ha sido exitosa, pues las mismas se desvincularon de la idea de la rehabilitación tradicional, y vienen aprendiendo a superar situaciones comunes a todos los moradores del barrio, detectando sus necesidades y movilizándolos a luchar por sus derechos y ayudarlos a través del ejercicio de la ciudadanía.

Palabras clave: Social; Comunidad; Ciudadanía; Terapia Ocupacional; Derechos.

El "Espacio de la Alegría" es resultado de la alianza entre la Organización de la Salud del Municipio de Araraquara (Sao Paulo, Brasil) - a través del Programa de la Familia PSF - y el Curso de Terapia Ocupacional del Centro Universitário de Araraquara UNIARA - a través de las disciplinas Práctica Supervisada I

Esta experiencia fue iniciada en febrero del 2006, después de la alianza, donde el objetivo general establecido era de mejorar y ampliar la atención básica con auxilio del Centro Universitário. Después del análisis de la situación del sistema de salud municipal, fue opción de la UNIARA promover la creación de barrios más periféricos, donde se concentra la población de menores recursos económicos, y hay un número reducido de servicios que promuevan el bien estar de los moradores (tales, espacios de recreación, etc.).

Las actividades se concentran en el Barrio Vale do Sol en alianza con el Programa de la Salud PSF- Vale do Sol que presta atención a otros cinco barrios de la ciudad. El equipo de funcionarios es compuesta por un médico del programa "salud de la mujer", una médica ginecóloga, una enfermera, dos técnicos en enfermería, un cirujano general, dos auxiliares administrativos, un auxiliar de limpieza y siete agentes comunitarios de los moradores del barrio).

La inserción de las alumnas de la UNIARA en el servicio fue gradual. En el principio se objetivó construir una identidad para el territorio y las personas que lo habitan, o sea, se busco establecer una relación de entendimiento del universo para conocerse con más propiedad lo que ellas deseaban o necesitaban. A través de las visitas se puede caracterizar el barrio, cuantificar sus equipos y percibir las necesidades de los moradores. La infraestructura ofrecida por el municipio comprende: Un puesto de salud (PSF), dos casa cuna, una escuela de ensino medio y una red básica de transporte público sin buses adaptados para las personas deficientes e de frecuencia limitado. El servicio de saneamiento básico, servicio de energía eléctrica y telefónica, sin embargo, las personas poseen teléfono, ni todas las calles son asfaltadas y se observa una gran acumulación de basura en los terrenos baldíos. Como en la mayoría de los barrios de favelas, se puede observar un número excesivo de Iglesias (de diferentes tipos, más mucha cantidad de bares (en media uno por cada cuatro cuadras) y un número de panaderías, farmacias, comercio de ropas y otros. Lo que obliga a las personas a trasladarse para otro centro comercial de la ciudad en busca de servicios especializados.

Al entender salud como un concepto amplio, y no más como cuidados específicos para el cuerpo y después reconocer la situación de las personas del barrio y percibir su deseo de salir del aislamiento, propusimos un proyecto de abrigo (albergue), en un principio para ancianos - El Espacio de la Alegría con el objetivo de ofrecer expectativas a las personas, de que pueden convivir y relacionarse fuera de sus rutinas diarias, intercambiar experiencias, ser reconocidas como sujetos, portadores de diferentes experiencias y saber que pueden ser compartidas.

Como la mayoría de las personas tienen dificultad para trasladarse y la falta de transporte, ofrece servicio de transporte, hubo el compromiso de los alumnos de transportar esas personas en sus propios vehículos el día de las reuniones de grupo.

El grupo no tiene límite de personas y acontece todos los miércoles. Ha sido exitoso el intercambiar conocimientos e informaciones sobre servicios y también orientación sobre salud. Para la mayoría de los alumnos, espontáneamente comenzaron a aparecer personas de diferentes edades y sin deficiencias, repensar los objetivos iniciales y a expandir el límite de edad.

Los temas son variados, generalmente envuelven lo cotidiano, deseos. Las actividades ofrecidas tienen completado la socialización y propiciado estrategias de adaptación al medio en que viven, diariamente la satisfacción en el "hacer juntos" y la descubierta de habilidades y capacidades. Existe una constante para el intercambio de experiencias, a través de las conversaciones y enseñanzas de las alumnas (generalmente artesanía). Hay relatos sobre sus historias de vida, sobre lo cotidiano, incrementar los conocimientos y vivencias que se suman al conocimiento individual. También presentan sus experiencias de deficiencias usando las actividades como medio para desahogo de sus problemas personales.

Como primera meta, el fortalecimiento de la identidad de estas personas, se hizo imperativo, para que ellas consigan luchar por sus derechos. Al reconocerse como sujeto portador de conocimientos y no más como objeto, con alguna deficiencia, se abren oportunidades para la conquista de lo que desean, de sus sueños.

Actualmente, después de un paseo a un parque de Araraquara, surgió un movimiento para la construcción de una plaza cerca del puesto de salud, demanda que fue acogida por los profesionales. Existe una organización para que la plaza sea construida, así, ya se percibe que el grupo comienza a tener la búsqueda de transformar el espacio en el que viven..



La experiencia ha aumentado en la formación de alumnas, pues las mismas se desvincularon de la idea de la rehabilitación tradicional, y vienen aprendiendo a desarrollar el papel de articuladoras de las situaciones comunes a todos los moradores del barrio, incluyendo personas con cualquier tipo de deficiencias, detectando sus necesidades y movilizándolos para entender cuales son sus derechos y ayudarlos a través del ejercicio de la ciudadanía, a reivindicándolos por medio de políticas públicas adecuadas que faciliten el romper con el aislamiento social, promoviendo una auto evaluación del territorio al cual pertenecen y las acciones para la construcción de proyectos individuales y subjetivos haciendo con que esas personas no pierdan la esperanza.

De esta manera, las metas futuras son crear condiciones de conexión entre las personas, luchar por sus derechos para facilitar una mejor calidad de vida, un aumento de la circulación social creando espacios de participación, visión de crecimiento, aumentando su autonomía, auto estima y capacidad para " el hacer".

Bibliografía

BAUM, C.; LAW, M. Community Health: A Responsibility, an Opportunity, and a Fit for Occupational Therapy. The American Journal of Occupational Therapy, n. 1, v. 52, p. 7-10, 1998.
GALHEGOS, S.M. O Cuidado na terapia ocupacional: Cultura, subjetividade e contexto histórico-social. Revista de Terapia Ocupacional do USP, v. 14, n.3, p.104-9, set/dez, 2003.
LIANDRI, R. A.; CROZZO, C. M.; REIS, D. L. H. Redes sociais como mecanismo de supervivência: um estudo de casos em sectores de extrema pobreza. Revista Latinoamericana de Psicologia, n. 1, v. 29, 1997.
WFOT. What is Occupational Therapy? Disponível em http://www.wfet.org/WFOT_information/default.cfm.

Personas con discapacidad: Necesidades de convivencia e posibilidades de atención domiciliar

Simone Ferreira - Universidade de São Paulo - Brazil.

Este estudio se encuentra en andamio dentro del programa de Ciencias de la Rehabilitación de la Universidad de São Paulo (Brasil). Esta directamente del laboratorio de investigación en Rehabilitación Basada en la Comunidad, dentro del Departamento de Terapia Ocupacional de la USP. Se trata de un estudio de convivencia con la discapacidad con énfasis en las redes sociales y de soporte de personas con discapacidad; discutir la atención asistencial y de acompañamiento de personas con discapacidad, buscando la participación en la vida social y contribuir para el desarrollo de la vida social. Como metodología se propone la realización de cuatro estudios de caso de personas con discapacidad mayores de 18 años, con centros para su desarrollo. Las personas serán escogidas entre moradores de la región de estudio de UBS del Jardim Boa Vista, donde se actúa de manera comunitaria y territorial en rehabilitación y terapia ocupacional. Los estudios de caso están siendo realizados a partir de entrevistas de vida que serán grabadas e posteriormente transcritas. Los aspectos a ser explorados a partir del relato de la trayectoria de vida de las personas serán: percepción de las necesidades; experiencia de la asistencia; red social y de soporte; participación en la vida social y ejercicio de los derechos. Este estudio pretende subsidiar la acción de la terapia ocupacional en modelo de atención en rehabilitación que tiene como ejes de intervención y de comprensión de las necesidades de las personas con discapacidad. Palabras clave: Necesidades de las personas con discapacidad; Terapia Ocupacional; RBC; Participación; Atención Domiciliar

Este trabajo es parte del maestreado en andamio dentro del programa de Rehabilitación de la Universidad de São Paulo - USP (Brasil). Esta directamente vinculado al laboratorio de investigación en Rehabilitación Basada en la Comunidad, dentro del Departamento de Terapia Ocupacional de la USP.

Sabiéndose que el estudio de las condiciones de convivencia con la discapacidad y las incapacidades, de su red social y de soporte, puede subsidiar acciones de intervención que contemplan sus necesidades y las reconocen como personas portadoras de derechos y esto puede posibilitar la ampliación de la participación en la vida social de este grupo, el presente estudio pretende subsidiar el desarrollo del proceso de rehabilitación.

Se pretende con este estudio conocer las condiciones de convivencia con la discapacidad con énfasis en las redes sociales y de soporte de personas con discapacidad; discutir la atención domiciliar como modalidad asistencial y de acompañamiento de personas con discapacidad, buscando la participación en la vida social y contribuir para el desarrollo de acciones en Terapia Ocupacional.

Este estudio inscribe en el campo de la investigación cualitativa por pretender conocer las condiciones de vida y de convivencia con la discapacidad de personas con discapacidad no atendidas en servicios de rehabilitación y discutir posibilidades de desarrollo de atención que visen ampliar las oportunidades de participación en la vida social.

Como metodología del estudio se propone la realización de cuatro estudios de caso de personas con discapacidad mayores de 18 años, con aproximadamente tres encuentros para su desarrollo. Las personas serán escogidas entre moradores de la región de estudio de UBS del Jardim Buena Vista, donde se actúa de manera comunitaria y territorial en rehabilitación y terapia ocupacional.

Hubo la intención de representar a las personas con discapacidad en lo que respecta a la etiología de la discapacidad, secuelas a partir de estudios de los prontuarios de las personas con discapacidad ya identificadas en la UBS.

Los estudios de caso están siendo realizados a partir del levantamiento de las historias de vida que serán grabadas e posteriormente transcritas. Los aspectos a ser explorados a partir de la trayectoria de vida de las personas con discapacidad serán: percepción de las necesidades; experiencia de la asistencia; red social y de soporte; participación en la vida social y ejercicio de derechos.

Así, cuando los terapeutas ocupacionales incorporan en su práctica el concepto de cotidiano se cambia la proporción teórico-metodológica de la investigación en terapia ocupacional, que ahora percibe la historia del sujeto, su contexto y su inserción en la vida social (GALHEIGO, 2003).

Al mudar la manera de pensar sobre la propia rehabilitación de los individuos que de ella dependen, además de intentar establecer una comprensión del universo en el cual esas personas están participando, su contexto de vida y sus condiciones de vida, torna imperativo conocer la red social y de soporte de las personas con discapacidad. Llanos y col. (1977) redes sociales y de soporte generalmente son establecidas en contextos de vida que enfrentan situaciones marginales y de pobreza como forma de sobrevivencia. Se trata de protegerse de situaciones adversas, para entonces, instituirse objetivos reales que respondan a las necesidades cotidianas y que pueden resultar en un individuo más participativo en la vida social con relación a la búsqueda de su calidad de vida.



Esta aproximación con la realidad directa de la experiencia de la discapacidad, hace con que el terapeuta ocupacional construya una visión de la vida que es "ser deficiente" y así consiga actuar de manera puntual, focalizando las principales barreras que la persona con discapacidad enfrenta para alcanzar su participación. De esta manera se torna importante conocer la historia de vida de las personas con discapacidades, pues en ella están enunciadas sus experiencias de vida desde su óptica, dentro de su contexto de vida.

Bibliografía

BAUM, C.; LAW, M. Community Health: A Responsibility, an Opportunity, and a Fit for Occupational Therapy. The American Journal of Occupational Therapy, n. 1, v. 52, p. 7-10, 1998.
GALHEIGO, S.M. O Cotidiano na terapia ocupacional: Cultura, subjetividade e contexto histórico-social. Revista de Terapia Ocupacional da USP, v. 14, n.3, p.104-9, set/dez, 2003.
LLANOS, R. A.; OROZCO, C. M.; RÍOS, O. L. H. Redes sociales como mecanismo de supervivencia: un estudio de casos en sectores de extrema pobreza. Revista Latinoamericana de WFOOT. What is Occupational Therapy? Disponível em http://www.wfof.org.au/WFOOT_information/default.cfm.

TITULO: Síndromes por Sobreuso en una actividad deportiva

AUTOR: Lic. María José Cordonnier

INSTITUCIÓN: Centro de Mano y Miembro Superior. Mar del Plata. Prov. Buenos Aires. Argentina. CP: 7600. Brown 1120. 0223-4861497

RESUMEN DEL TRABAJO:

Introducción: Los Síndromes por Sobreuso son lesiones producidas en los tejidos blandos como consecuencia de acciones o excursiones de movimiento repetidos de diferentes regiones o segmentos del cuerpo producidos durante una actividad deportiva, resultando en una serie de micro traumatismos durante un determinado período de tiempo. La natación como deporte competitivo implica elevadas demandas en cuanto a carga de entrenamiento.

Objetivos: Establecer la incidencia de Síndromes por Sobreuso en miembros superiores como tendinitis bicipital y de manguito rotador, en nadadores competitivos de cabotaje. Reconocer la influencia de la edad, sexo, dominancia y antigüedad en el deporte. Identificar la carga del entrenamiento como factor de riesgo. Establecer qué distancia, estilo de nado y cantidad de carreras anuales presenta mayor incidencia en la producción de las tendinitis.

Material y métodos: La muestra fue de 50 nadadores promocionales y federados. La entrevista y la evaluación fueron las técnicas de recolección de datos elegidas. La evaluación consistió en pruebas provocativas de dolor. Para TB: Prueba de Speed, de Inestabilidad del Bíceps. Para TMR: Signo del Tendón del Supraespinoso, Subescapular, Infraespinoso.

Resultados: El 20% de los nadadores presentó incidencia de SS por S. En los que tienen una carga de 10-14 estímulos semanales la incidencia fue del 100%. La distancia con mayor incidencia fue la de fondo con el 55,5%. El estilo que presentó mayor incidencia fue crawl.

Conclusiones: Los nadadores competitivos de cabotaje presentan riesgo de sufrir SS por S, ya que de los 50 nadadores correspondientes a la muestra, 10 de ellos presentaron alguno o ambos de los síndromes estudiados.

Palabras Claves: Síndromes por Sobreuso-Hombro-Natación

Referencias: Counsilman, J; La Natación. Ed. Hispano Europea. Barcelona, España. 1995.

Rockwood; Matsen; Hombro. Volumen 2. Ed. Hill Interamericana. 1997.

SÍNDROMES POR SOBREUSO EN UNA ACTIVIDAD DEPORTIVA

Los Síndromes por Sobreuso son lesiones producidas en los tejidos blandos como consecuencia de acciones o excursiones de movimiento repetidos de diferentes regiones o segmentos del cuerpo producidos durante una actividad deportiva, en un determinado período de tiempo, resultando en una serie de micro traumatismos. Desde el punto de vista de la actividad específica del atleta, estos pequeños problemas perturban seriamente su actuación en el deporte y en su vida cotidiana.

Nadar es moverse en el agua con una técnica que implique economía de movimiento, alta eficiencia en el avance y escaso consumo energético. Hablamos de cuatro técnicas en la natación: crawl, espalda, mariposa y pecho. La natación como deporte competitivo implica elevadas demandas en cuanto a carga de entrenamiento. Tal nivel de exigencia genera un considerable estrés sobre estructuras articulares y músculo esqueléticas del nadador, por lo cual se asocia a una variada gama de lesiones.

La carga de entrenamiento es un factor de riesgo entre estos nadadores. Llamamos carga a aquel estímulo de movimiento capaz de producir un efecto en el sentido de desarrollar, afianzar o mantener el estado de entrenamiento. En esta investigación tomaremos a la frecuencia del entrenamiento semanal de cada nadador como elemento representativo de la carga. Si cada nadador por sesión nada 5000 mts. promedio y realiza 18 brazadas de crawl cada 25 mts; significa que somete sus hombros a 3600 movimientos de brazada. Y con una frecuencia de 10-14 estímulos semanales, alcanzaría los 43200 movimientos de brazada promedio en cada semana de entrenamiento.

En el estilo crawl se produce un movimiento de lanzamiento en la fase de recobro, en la fase excéntrica del movimiento, pudiendo afectar a los estabilizadores estáticos del hombro, produciendo estiramientos excesivos de la cápsula y del ligamento glenohumeral inferior. Sobre todo en movimientos en donde el brazo se eleva a más de 90 grados.

En el estilo espalda aunque es una posición contraria a la de crawl, se puede observar también una rotación excesiva del húmero a nivel horizontal o por arriba del mismo. Se produce inestabilidad causada por los micro traumatismos provocados por la repetitividad del movimiento.

En el estilo mariposa el gesto más nocivo es el recobro, donde a diferencia de crawl el movimiento es simétrico, simultáneo y bilateral. Exigiendo un gran esfuerzo a

los mecanismos rotadores del hombro. Sumado a los extremos arcos del movimiento, a las altas repeticiones y a la tensión indebida en los hombros.

El estilo pecho biomecánicamente difiere de los estilos anteriores. La fuerza propulsiva del mismo es de 40% para miembros superiores y el otro 60% para miembros inferiores. La mecánica del barrido, el agarre en el agua y el recobro en donde la faz aérea es mínima; posiblemente no tenga riesgos de lesiones por sobreuso.

El objetivo general de la investigación es: establecer la incidencia de Síndromes por Sobreuso en MMSS, como Tendinitis Bicipital y de Manguito Rotador, en nadadores federados y promocionales de los clubes Náutico y Kimberley de la ciudad de Mar del Plata. Los objetivos específicos son:

1-Reconocer la influencia de la edad, sexo, dominancia y antigüedad en el deporte.

2-Identificar como factor de riesgo la carga del entrenamiento.

3-Establecer qué distancia, estilo de nado y cantidad de carreras anuales presenta mayor incidencia en la producción de las tendinitis.

La muestra estuvo compuesta por 50 nadadores promocionales y federados, de ambos sexos, con una edad promedio entre 9 y 21 años, con un año o más de antigüedad en el deporte y sin antecedentes de lesiones anteriores de hombro.

Se utilizaron dos técnicas de recolección de datos: una entrevista y una evaluación. La entrevista constó de datos personales: edad, sexo, dominancia, club al que pertenece, antigüedad en el deporte. Y otros datos como: frecuencia de entrenamiento semanal, duración de la sesión, cantidad de carreras al año, estilo que nada, distancia, si compite o no en otros deportes y antecedentes de lesiones anteriores.

La evaluación consistió en pruebas provocativas de dolor, para detectar tendinitis bicipital y de manguito rotador. Para tendinitis bicipital: Prueba de Speed, de Inestabilidad del Bíceps, de Ludington, DeAnquin, de Lippman y Signo de Yergason. Para tendinitis de manguito rotador: Signo del Tendón del Supraespinoso, Subescapular, Infraespinoso; Maniobras de Jober, de Hawkins, de Yocum, y de Gerber, y Rotación Interna contra Resistencia.

Conclusiones:

El 20% de los nadadores presentó incidencia de Síndromes por Sobreuso; correspondiendo a 10 nadadores de la muestra. El mayor porcentaje correspondió a sintomatología de manguito rotador con el 14%; el 4% presentó ambas; y el porcentaje restante a sintomatología bicipital con el 2%.

1-Con respecto a la edad, sexo y antigüedad no se halló significación estadística con relación a las variables estudiadas. Sin embargo en la edad; el porcentaje mayor correspondió sólo a dos nadadores de la muestra que tienen una antigüedad en el deporte de 13 años, se dedican al estilo crawl y a la distancia fondo. En la antigüedad en el deporte los que presentaron el síndrome tienen 3 y más años de competencia. La dominancia lateral fue estadísticamente significativa. Dado que el 57,15% presentó dominancia lateral izquierda, y sólo un 13,50% correspondió a una dominancia derecha.

2-En la carga el mayor porcentaje correspondió a los que entrenan con una frecuencia entre 10-14 estímulos semanales, un volumen de 5000 mts promedio y una duración de la sesión de 3 horas. Por eso estas lesiones de sobreuso aparecen cuando el gesto se repite muchas veces en el tiempo.

3-El estilo que presentó mayor incidencia fue el estilo crawl. Ningún nadador del estilo pecho presentó incidencia de estos síndromes. Los nadadores que se dedican a la distancia de fondo presentaron el 55,5% de incidencia. Los fondistas entrenan con mayores volúmenes que los de medio fondo y velocidad, así como también la intensidad varía según la distancia de nado y el período en que se encuentren. En este caso a mayor especialización en el nado, mayores metros recorridos en una sesión de entrenamiento, por lo tanto mayor duración de la carga.

La implementación de un equipo interdisciplinario en un deporte de competencia podría prevenir patologías de hombro de los nadadores. Implementando programas preventivos de estiramiento global, control postural y fortalecimiento del hombro; realizando el análisis biomecánico de los errores técnicos de cada nadador; confeccionando adaptaciones de los elementos que se utilizan como recursos del entrenamiento; y evaluaciones periódicas de detección temprana de posibles patologías.

BIBLIOGRAFÍA: -Counsilman, J; 1995. “La Natación”. Editorial Hispano Europea, S. A. Séptima edición. (Barcelona, España).

-González, A; 1986. “Bases y principios del entrenamiento deportivo”. Editorial Stadium. (Argentina).

-Rockwood; Matsen; 1997. “ Hombro”. Segunda Edición. **Volumen II**. Editorial Hill Interamericana. (México).

AGRADECIMIENTOS:

Principalmente agradezco la concreción de esta investigación a Rosanna De Falco, no sólo por su apoyo incondicional a la misma, sino por su dedicación como terapeuta en todas mis lesiones de hombro producto del sobreuso deportivo. También a los entrenadores y nadadores que participaron en la muestra de los clubes Náutico y Kimberley de la ciudad de Mar del Plata.

NOTA:

El siguiente trabajo ha sido presentado en:

1-VII Congreso Argentino de Terapia de la Mano. 7, 8 y 9 de octubre del 2003. Salta.
Asociación Argentina de Cirugía de la Mano. Trabajo Libre.

2-X Congreso de la Asociación Argentina de Traumatología del Deporte. 8 y 10 de
septiembre de 2005. Buenos Aires. Trabajo Libre.

Organización

ReDeEs

“Programa de Recreación y Deportes Especiales”

Autora: Lic. Adriana Barbaria
Terapista Ocupacional

Coautora: Ana Laura Fracassi
Prof. Nac. De Educación Física

Dirección: Sitio de Montevideo 2238
Ciudad de Lanús (C.P. 1824)
Buenos Aires. Argentina
0114240-6488 / 155-179-8377
redes@clublanus.com
www.re-de-es.com.ar

Resumen del Trabajo

Este trabajo fundamenta y detalla ReDeEs: Recreación y Deportes Especiales, que funciona todos los sábados de 14.30 a 18 horas en el polideportivo del Club Lanús, desde el año 2005.

Es el primer programa para personas con discapacidad mental que se realiza en un club social y deportivo, con gran diversidad poblacional y donde la comunidad de ReDeEs se integra a los eventos deportivos y sociales del club.

Otros similares son realizados en instituciones cerradas y por lo general en instituciones exclusivamente para personas con Necesidades Especiales –N.E.-

Son deportes adaptados desde la técnica, desarrollando nuevas habilidades y destrezas en los Atletas. 1- Desarrolla al máximo las capacidades potenciales del atleta como superador de las limitaciones y 2- socializa, haciendo un trabajo continuo de interacción con la comunidad del club.

Diseñado por una lic. En terapia ocupacional (dirección general), una Prof. De Educación Física con especialización en Deportes Adaptados: dirige el proyecto de Deportes y equipo docente. Un proyecto de familia Dirigido por una Lic. En Trabajo Social y un proyecto de voluntariado coordinado por una Prof. de Educación Inicial.

Consideramos que el crecimiento continuo del programa se da ya que los atletas y sus familias experimentan un nuevo rol ocupacional, con un compromiso social y que genera aceptación.

En ReDeEs se aborda 1- a los atletas desde la capacitación deportiva y participación de eventos sociales; 2- a la familia, comprometiéndolos en las actividades que contribuyen al funcionamiento de ReDeEs y capacitándolos para favorecer la calidad de vida de sus hijos y la familia en general; y 3- a la comunidad general quienes participan como espectadores, voluntarios e involuntarios, de las actividades que se realizan todos los sábados en el espacio común a todos los socios.

Historia Del Programa ReDeEs

ReDeEs, Recreación y Deportes Especiales, es un programa deportivo, para personas con discapacidad mental leve y moderada. Surge de un proyecto enfocado desde dos disciplinas: Terapia Ocupacional y Educación física. Comenzó como una Colonia de Verano de índole recreativa y deportiva. La formación de ReDeES se genera por tres motivos, 1- el éxito de la colonia; 2- la demanda de los padres de seguirlo durante el año y 3- la motivación del equipo de profesionales de seguir trabajando juntos y en ese contexto.

Entonces se crea un espacio de escuela y entrenamiento deportivo, para los socios con Necesidades Especiales (N.E.), donde la inclusión parte de la comunidad hacia ellos, resultando una propuesta innovadora, ya que casi siempre reciben ofertas para participar en instituciones exclusivamente para personas con N.E. Revirtiendo así, la polarización entre Institución para personas sin discapacidad (aparente) e Institución para personas con discapacidad.

En ReDeEs, para el desarrollo de las actividades físicas y deportivas se alquila el Polideportivo Del Club Atlético Lanús, se trabaja en el afuera de las Instituciones para personas con N.E., e interactúa con el medio social del club. Otorga un espacio propio de los Atletas, donde ya tiene un reconocimiento familiar e intenta que este espacio no sea contaminado con el rotulo de la enfermedad, los alumnos deslumbran con sus habilidades y con el esfuerzo que realizan para superar limitaciones. Por eso no se intenta negar diferencias, pero sí desmitificar “el rotulo” que surge desde el lugar de lo temido, lo oculto y lo marginado.

Desde el afuera también se suman y se acercan como voluntarias aquellas personas interesadas en revertir la situación de desgranamiento y disgregación de la sociedad apostando a la integración, respetando la diversidad y las diferencias

Se pone énfasis en **desarrollar al máximo los potenciales** de cada Atleta, destacando lo que mejor hacen como forma de superar las limitaciones, y a su vez en la **socialización** tanto dentro del grupo de pares como con toda la comunidad que concurre al club.

Los Atletas, de esta manera experimentan un nuevo rol Activo dentro de la comunidad, un Rol Ocupacional, que les da un sentido de pertenencia a un grupo y revalorizando su self – autoestima- a partir de una mirada puesta en lo que puede y sabe hacer.

Un rol que ante la adquisición de nuevas destrezas y habilidades genera un sentimiento de eficacia que motiva y resulta convincente logrando de este modo ganas de generar propuestas, que hacen crecer día a día al programa.

Breve descripción del Programa ReDeEs

ReDeES es un programa de actividades deportivas Adaptadas. Funciona los días sábados de 14.30 a 18 horas, en el Polideportivo del Club Atlético Lanús. Diseñado para el desarrollo de actividades físicas y sociales de personas con discapacidad intelectual, de tipo leve y moderada.

Creado y dirigido por la Lic. En Terapia Ocupacional, Adriana Barbaria, y Coordinado por Ana Laura Fracassi Profesora de Educación Física Especial.

Los grupos están a cargo de Profesores de Educación Física Especial y cuentan con voluntarios que funcionan como referentes de los atletas, orientándolos, facilitando la comunicación y el cumplimiento de consigas.

Se realiza también, trabajo con las familias de los atletas, coordinado por una Lic. En Trabajo Social.

El equipo interdisciplinario se reúne semanalmente a evaluar la evolución del trabajo.

El grupo de Atletas se divide en tres niveles, inicial, intermedios y avanzados.

Los alumnos de inicial trabajan con los principios de psicomotricidad y están en la etapa del desarrollo del esquema e imagen corporal.

Los alumnos de intermedio trabajan con juegos con el fin de que logren el cumplimiento de consignas, el uso y el dominio de su propio cuerpo y la comunicación.

Los alumnos de avanzados, entrenan y fortalecen las habilidades ya adquiridas para que se hagan hábitos, desarrollan nuevas destrezas que los prepara para competir: responsabilidad, cooperación, juego de roles, cumplimiento de la reglamentación y autonomía.

Metas

-Lograr que los socios del club Atlético Lanús que presentan discapacidad intelectual de leve a moderada y tengan más de 6 años, se integren a las actividades del club desde un rol activo, a través de la capacitación deportiva y de habilidades sociales.

-Lograr que las familias de socios con Necesidades Especiales logren incluirse en las actividades del club, con un rol de padre / madre activo, y capacitándose para mejorar el

nivel de vida de sus hijos y familia en general.

-Fomentar la capacitación, compromiso y concientización social, a través del voluntariado y capacitaciones abiertas a la comunidad, sobre discapacidad, integración y respeto por la diversidad.

Objetivos generales

1-fomentar autovalimiento y participación, acorde a su etapa evolutiva, a socios desde 6 años con discapacidad intelectual

2-participar de eventos dentro y fuera de la comunidad del Club A. Lanús

Actividades

Actividad semanal deportiva dirigida a alumnos

Reuniones mensuales para familias

Capitaciones trimestrales para familias, con participación de expertos en temas específicos relacionados con Discapacidad

Capitaciones cuatrimestrales para fomentar el voluntariado

Capitación comunitaria en escuelas Secundarias y Profesorados

Organización y Recursos Humanos:

Dirección general: Lic. Adriana Barbaria, Terapista Ocupacional

Coordinación Deportiva y pedagógica: Ana Laura Fracassi, Prof. Nac. Educación Física

Coordinación de Voluntarios: Sabrina Estrada, Prof. Educación Inicial

Coordinación de Familias: Lic. Verónica Gil, Trabajadora Social

Profesores: Rodrigo Lambert, Cecilia Hollman. Profesores de Educación Física

Voluntarios: Nicolás Davis, Lilia Marinoni, Luis Ochipinti, Hernán Signorini, Celeste Quiroga.

Recursos Materiales: pelotas de distintos tamaños y pesos, colchonetas, conos, sogas, grabador, aros, redes, tizas, pecheras, indumentaria deportiva para profesores, etc.

Recursos físicos:

Salón amplio techado, con salida a espacios al aire libre que permitan la practica deportiva y recreativa. Se alquila el espacio del polideportivo del Club Atlético Lanús.

Recursos financieros: mediante el arancel de las actividades

Arancel: \$ 75 mensuales por alumno

8-Tiempos y Espacios

Frecuencia: 1 vez por semana (sábados) de 14.30 a 18 horas

Lugar: Polideportivo del C. A. Lanús, Arias y Guidi, Lanús Este.

9- Autoría

Licenciada Adriana Barbaria

Terapista Ocupacional

Matricula Nacional: 1676, Matricula provincial 1087

DNI: 25.969.388

ReDeEs

Proyecto de Deportes

Meta:

Lograr que los Atletas que presentan discapacidad intelectual de leve a moderada y tengan más de 6 años, se integren a las actividades del club desde un rol activo, a través de la capacitación deportiva y de habilidades sociales.

Actividades que se realizan todos los sabados:

Gimnasia Artística: donde los alumnos experimentan las diferentes posturas, coordinación, lateralidad, manejo del espacio y equilibrio.

Atletismo: donde se facilita la practica de diferentes desplazamientos, saltos, lanzamientos, postas, resistencia y velocidad.

Deportes Grupales: básquetbol y fútbol, trabajo reglado.

Merienda: se socializa y desarrollan hábitos de convivencia y respeto del otro.

Actividades Especiales durante el año:

- Excursiones y actividades de integración
- Campamentos
- Torneos internos y externos
- Maratón del Club Lanús el 9 de julio de 2007
- Festejos en fechas claves: Aniversario de ReDeEs, Cumpleaños de Alumnos, Día de la Familia, etc.

-Tiempos y Espacios

Frecuencia: 1 vez por semana (sábados) de 14.30 a 18 horas

Lugar: Polideportivo del C. A. Lanús, Arias y Guidi, Lanús Este.

ReDeEs
Proyecto de Familias 2007

Introducción

En la actividad durante el ciclo 2006 se ha incrementado el número inscriptos en un 50%. Fue necesario incluir más profesores y voluntarios.

Se han realizado contactos con otras instituciones y se ha conseguido el aval del nodo red solidaria zona sur y la participación en Nuevas Olimpiadas Especiales Argentina.

La actividad fue tomando prestigio, dentro de la población vinculada a la Discapacidad y en especial en las familias que concurren a ReDeEs, poniendo en la actividad un agregado de demandas y expectativas. En muchos casos logramos orientarlos o derivarlos a organismos donde den esas respuestas, pero otras veces no.

Cuando estas familias no consiguen respuestas y se encuentran desprotegidos adoptan una actitud defensiva y hasta hostil. Esta hostilidad se puede depositar dentro de las familias, dentro del grupo de padres, padres vs. Docentes, padres vs. Autoridades del club.

Desde este punto de vista, es necesario abordar también desde ReDeEs un programa de familia, paralelo pero no desligado al deporte. Razón por la cual se ha incorporado al staff una Trabajadora Social.

Objetivos generales

generar un espacio de pertenencia al club para socios con necesidades especiales y sus familias.

crear un espacio para la orientación y capacitación de las familias en relación a la problemática de la discapacidad.

Metas:

Realizar 3 charlas al año, abiertas a la comunidad sobre “derecho y Discapacidad”, “Salud y Discapacidad” y “educación Sexual y Discapacidad”. con la presencia de panelistas especializados en cada área.

Colaborar en la organización de un campamento al inicio y otro al final del año.

Organización y Recursos Humanos

Dirección general: Lic. Adriana Barbaria

Coordinación Deportiva y pedagógica: Lic. Ana Laura Fracassi

Coordinación de Voluntarios: Prof. Sabrina Estrada

Coordinación de Familias: Lic. Verónica Gil

Profesores: Rodrigo Lambert, Cecilia Hollman

Voluntarios: Nicolás Davis, Lilia Marinoni, Luis Ochipinti, Hernán Signorini, Celeste Quiroga.

ReDeEs

Proyecto De Voluntariado 2007

Proyecto Comunitario Inter Institucional con E.S.B. y Profesorados de Educación Física

Introducción

ReDeEs: Recreación y Deportes Especiales es una Organización, que funciona todos los sábados de 14.30 a 18 horas en el polideportivo del Club Atlético Lanús, desde el año 2005.

Es el primer programa para personas con discapacidad mental que se realiza en un club social y deportivo, con gran diversidad poblacional y donde la comunidad de ReDeEs se integra a los eventos deportivos y sociales del club.

Otros similares son realizados en instituciones cerradas y por lo general en instituciones exclusivamente para personas con necesidades especiales.

Son deportes adaptados desde la técnica, desarrollando nuevas habilidades y destrezas en los Atletas. 1- Desarrolla al máximo las capacidades potenciales del atleta como superador de las limitaciones y 2- socializa, haciendo un trabajo continuo de interacción con la comunidad del club.

Diseñado por una lic. En terapia ocupacional (dirección general), una Prof. De Educación Física con especialización en Deportes Adaptados: coordina Deportes y equipo docente. Un proyecto de familia Dirigido por una Lic. En Trabajo Social y un proyecto de voluntariado coordinado por una Prof. de Educación Inicial.

En ReDeEs se aborda 1- a los atletas desde la capacitación deportiva y participación de eventos sociales; 2- a la familia, comprometiéndolos en las actividades que contribuyen al funcionamiento de ReDeEs y capacitándolos para favorecer la calidad de vida de sus hijos y la familia en general; y 3- a la comunidad general del club quienes participan como espectadores, voluntarios e involuntarios, de las actividades que se realizan todos los sábados en el espacio común a todos los socios.

En este proyecto con una escuela Secundaria o Profesorado de la zona, nos proponemos cumplir con nuestros objetivos de capacitación a la comunidad y a su vez la de captar voluntarios que son de fundamental importancia para el funcionamiento del proyecto. La finalidad es que a partir de la capacitación los alumnos se encuentren interesados en participar como voluntarios permanentes directamente en la actividad, esta es una elección que harán en forma individual y /o como Escuela que Apadrina al grupo de Atletas, que es una decisión grupal.

Rol Del Voluntario

El papel del voluntario de ReDeEs es de gran importancia para el buen funcionamiento de la actividad y el logro de los objetivos tanto grupales como individuales.

Nuestros voluntarios tienen funciones que están ligadas a sus intereses, generalmente son docentes, estudiantes de secundaria, estudiantes de educación especial, educación física o de carreras a fines.

Están quienes prefieren trabajar en **forma individual** con los Atletas que necesitan tener una persona orientándolos en forma constante. Están quienes prefieren el **trabajo grupal**, entonces supervisan al grupo, favoreciendo el cumplimiento de consignas dadas por el profesor, la no dispersión y la comunicación. Otros voluntarios **colaboran en la hora de la merienda, en la decoración del comedor, sacando fotos, filmando, tomando apuntes y notas** observadas por el profesor, etc.

Los voluntarios son los referentes de los Atletas. Siempre trabajan apoyando la tarea docente. **Son una pieza fundamental de nuestra Red, sin ellos no podríamos ser ReDeEs.**

Propósitos del Proyecto Inter Institucional

Generar un espacio de capacitación sobre la problemática social de la Discapacidad e Integración Comunitaria para estudiantes.

Lograr que un grupo de estudiantes de E.S.B. y/ o profesorado, se comprometa con la causa formando un equipo que apadrine a los Atletas de ReDeEs y/o incluyéndose como voluntarios de la actividad (optativo)

Expectativas de Logro del Proyecto Inter Institucional

Que los Alumnos de E.S.B. y / o Profesorado – de Educación Especial o Ed. Física, sean capaces de conocer a través de la experiencia, la problemática de la discapacidad desde un rol social activo.

que sean capaces de asumir una responsabilidad de acuerdo a sus intereses y lo que se comprometan a hacer.

que logren adoptar una actitud de apertura y respeto por las diferencias.

Actividades y Contenidos:

1- charla en el colegio de 2 horas. Abordando los siguientes contenidos: Que es ReDeEs, (incluye muestra de video de 30 minutos); Que es la Discapacidad y con qué problemáticas trabajamos.

2- charla en el colegio de 2 horas: Sobre voluntariado. Cual es el rol del voluntario, Código Ético del Voluntariado, Grupos de Apadrinamientos, Trabajo en Equipo y el ejercicio de Distintos Roles. Espacio abierto al debate y respuesta a preguntas.

3- práctica en el Club: quienes quieran venir a hacer la experiencia, acordaran con las autoridades para venir en grupo de 6 alumnos a la actividad de los sábados y vivenciar el trabajo de Voluntariado. A partir de la experiencia surgirá quien quiera sumarse y

quien no, a nuestro grupo de voluntarios, se les dejará un contacto para que puedan darnos una respuesta (e-mail, teléfono)

Duración y Espacio Físico:

3 semanas un encuentro una vez por semana

2 veces en la Institución Educativa (horario a acordar con la institución)

1 vez en el club, Sábados de 14.30 a 18 hs, polideportivo del Club A. Lanús.
Arias y Guidi. Lanús Este.

Lic. Adriana Barbaria
Directora de ReDeEs
4240-6488 / 155-179-8377
redes@clublanus.com
www.re-de-es.com.ar

REPLANTEANDO LA FORMACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN DE LOS TERAPISTAS OCUPACIONALES.

María Alejandra Campisi, María Elba Penzin, María Angélica Rossi.

Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social - Universidad Nacional de Mar del Plata

Mar del Plata, Buenos Aires, Argentina - Funes 3350 Nivel 4+ - Tel. 475-2442,

sprivsal@mdp.edu.ar

Resumen

La profesionalización de la Terapia Ocupacional requiere incorporar la investigación como un quehacer que cuestiona el rumbo y los significados de la profesión interrogando permanentemente sobre los porqué, los para qué y para quienes de cualquier práctica singular, ampliando el campo de la propia experiencia, revelando su parcialidad y la compleja red de dependencias e interconexiones en que está inmersa.

Considerar la investigación como un instrumento habitual para el trabajo en TO supone una manera de pensar acerca del mundo que requiere desde el proceso formativo de grado, el desarrollo de actividades con una intencionalidad explícita que desde la articulación docencia- investigación propicie procesos de formación para la investigación

La investigación en Terapia Ocupacional, en la universidad, es entendida como un proceso dirigido a la generación de conocimiento científico, y es efectiva en la medida que articula diversas investigaciones y las vincula con las necesidades sociales e institucionales.

Sin embargo no siempre es considerada manera unívoca, diversos autores consideran la existencia de al menos dos tendencias en cuanto a la formación para la investigación: una tradicional, centrada en una posición netamente curricular y otra, alternativa, que se ubica en una perspectiva organizacional.

Este trabajo pretende motivar la reflexión sobre la necesidad de un replanteo de la formación para la investigación en T.O., ejemplificando como desde una interrelación de situaciones problemáticas es posible propiciar una cultura organizacional investigativa en la que los distintos actores se nuclean alrededor de redes de problemas previamente definidas por la institución, quien detecta las demandas de conocimiento, las jerarquiza y en función de ellas propone programas o agendas de investigación que cohesionen los esfuerzos individuales.

Palabras claves: formación para la investigación – perspectiva curricular – perspectiva organizacional – red de problemas

REPLANTEANDO LA FORMACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN DE LOS TERAPISTAS OCUPACIONALES

La profesionalización de la Terapia Ocupacional requiere de la incorporación de la investigación como un quehacer que cuestiona el rumbo y los significados de la profesión interrogando permanentemente sobre los por qué, los para qué y para quienes de cualquier práctica singular, ampliando el campo de la propia experiencia, revelando su parcialidad y la compleja red de dependencias e interconexiones en que está inmersa. Considerar la investigación como un instrumento habitual para el trabajo en TO supone una manera de pensar acerca del mundo que requiere, desde el proceso formativo de grado, el desarrollo de actividades con una intencionalidad explícita para propiciar los procesos de formación para la investigación.

La investigación en Terapia Ocupacional se presenta, en la universidad, como un campo en el que es entendida como un proceso dirigido a la generación de conocimiento científico, y es efectiva en la medida que relaciona investigaciones entre sí y se vincula con las necesidades sociales e institucionales.

Sin embargo no siempre es considerada de manera unívoca, la revisión de la literaturaⁱ muestra la existencia de al menos dos tendencias en cuanto a la formación para la investigación.

Una de tipo tradicional, **perspectiva curricular** que la considera como la trasmisión de conocimientos y saberes esencialmente prácticos. La enseñanza de la investigación y la formación de investigadores se centraliza en una función curricular: realización de la tesis de grado, considerada como demostración de competencias curriculares, adscripta a un perfil de egresado y desarrollada sobre temáticas aisladas; como consecuencia, las tesis, son desaprovechadas por la comunidad académica y/o profesional, tienen escasa transferencia social y parecería que pierden su sentido una vez que cumplieron con sus fines curriculares.

Otra alternativa, la **perspectiva organizacional**, considera la formación para la investigación como un proceso socio histórico formal e informal en la que los individuos participan activa y críticamente en la adquisición de los fundamentos epistemológicos en tanto formas de descubrir la lógica de conceptos y modelos y se hace relevante en un proceso de constante inclusión basado en la investigación desde la interdisciplinariedad.

Esta perspectiva se basa en dos premisasⁱⁱ:

1- Los procesos de investigación se definen por su carácter de socialización, dando respuesta a las demandas de la comunidad, local, regional, nacional e internacional, con conocimiento y / o tecnología.

2- La investigación se desarrolla teniendo en cuenta las relaciones de complementariedad y secuencia. Por la relación de complementariedad dos o más trabajos individuales se articulan entre sí, sumados todos en un mismo momento vienen a constituir un solo trabajo compacto en un nivel superior de análisis. Lo cual supone jerarquizar diferentes niveles de generalidad por inclusiones sucesivas.

Por la relación de secuencia, los trabajos de investigación se articulan en una trayectoria en el tiempo, donde un trabajo sucesor requiere, a modo de insumo, de uno precedente, y este se orienta a proveer bases de entrada para un trabajo posterior.

La investigación desde esta perspectiva trasciende la cuestión netamente metodológica, ya que incluye al sector social, sus demandas, la sistematización y jerarquización de las mismas, con el fin de generar una red de problemas.

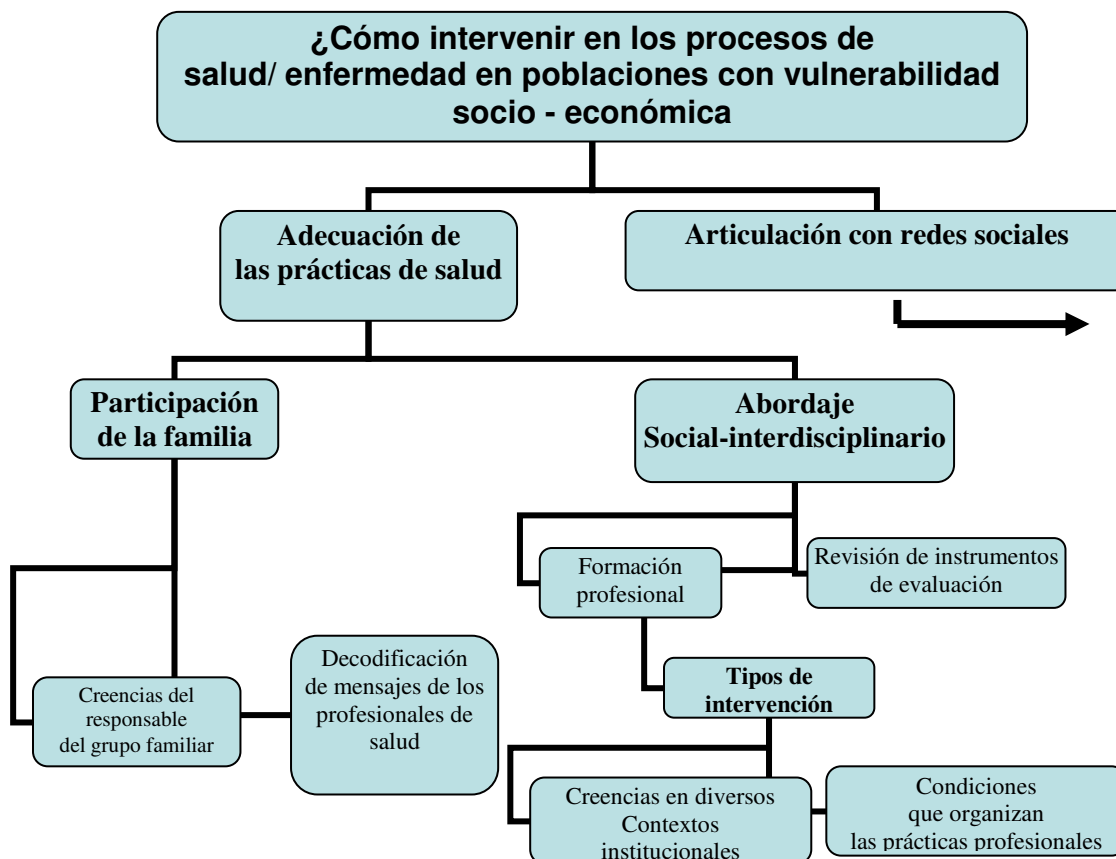
Ésta consiste en “un diseño lógico, que puede tener forma de árbol, de un cierto conjunto de problemas de investigación, ordenado según relaciones de inclusión y complementariedad, los cuales expresan necesidades de conocimiento en una sociedad en un cierto momento histórico”ⁱⁱⁱ

Para que una red de problemas se transforme en una red de soluciones es necesario la planificación de plazos, recursos, estrategias y procesos de gestión, analizando riesgos y oportunidades, conformando así los programas o agendas de investigación.

En tanto una red de problemas está centrada en la formulación de necesidades y la definición de situaciones reales, los programas exigen una visión administrativa y sobre todo epistemológica.

En la formación para la investigación en TO (grado / postgrado), las diferentes áreas de la práctica profesional deberían identificar y analizar las demandas, para luego al sistematizarlas, posibilitar el diseño de una red de problemas de investigación que lleve desde el macro problema hasta los micro problemas correspondientes a los trabajos individuales.

A modo de ejemplo se presenta una posible red de problemas que se genera a partir de una demanda actual de la sociedad e interpela a los diferentes actores del área de salud. No se presenta como algo cerrado o estático ya que la misma puede expandirse por alguna de sus aristas generando una red más amplia u otras derivadas.



Fuente: Campisi – Penzin – Rossi 2006

La idea que subyace en esta propuesta es la necesidad de pasar de la visión tradicional de la investigación como una actividad realizada sólo por expertos, a una visión organizativa en la que se incluya toda la comunidad académica – profesional para generar una cultura institucional investigativa preocupada por la producción de conocimientos que se traduzcan como maneras de actuar, como sistemas de acción y como diseños de transformación, control o intervención sobre el mundo real.

ⁱ Comessaña M. Lógica y metodología de la ciencia. Notas de clase. Maestría en Docencia Universitaria. Fac. de Humanidades UNMDP, 2005.

Damiani (1994) "La diversidad metodológica en la sociología". Fondo editorial Tropykos – UCV.

Ferreres Pavia "Procesos de enseñanza universitaria" Tarragona- Universidad Rovira y Virgili.

Perez Luna E. "Investigación y formación postgraduada. El problema de la investigación y su enseñanza. Cinta de Moebio <http://rhue.csociales.uchile.cl/publicaciones/moebio> (Consulta 18 octubre 2005)

ⁱⁱ Padrón Guillén J. "El problema de organizar la investigación universitaria" (PDF) <http://www.lineai.org> (25 noviembre 2005)

ⁱⁱⁱ Núñez Burgos L. "Una propuesta de base teórica para la organización de la investigación en programas de postgrado" (PDF) <http://www.lineai.org> (Consulta 2 diciembre 2005)

Bibliografía:

1. Burgos Núñez L. (2002) “Una propuesta de base teórica para la organización de la investigación en programa de postgrado” (PDF) <http://www.lineai.org>
2. Carpio Rodas 2004 “Importancia de la Investigación ligado a la docencia” (PDF) <http://www.lineai.netfirms.com> (Consulta: 30 julio 2005)
3. Padrón Guillén J. (2001) “El problema de organizar la investigación universitaria” (PDF) <http://www.lineai.org> (Consulta 31 de julio 2005)
4. Romero Ayuyo y Moruno Miralles (2003) “Terapia Ocupacional. Teoría y Técnicas” Editorial Masson. Barcelona.

VII CONGRESO ARGENTINO Y VII CONGRESO LATINOAMERICANO DE TERAPIA OCUPACIONAL. "TERAPIA OCUPACIONAL CENTRADA EN LA CALIDAD DE VIDA. IDEOLOGÍAS, TEORÍAS, ESPACIOS Y PRÁCTICAS"	
Título	“Ruta metodológica para la identificación, diseño y adaptación de apoyos para la participación en la escuela”.
Tipo de proyecto	Sistematización de la práctica profesional
Autores	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jaqueline Cruz Perdomo Terapeuta Ocupacional Docente Universidad del Valle ▪ Mónica María Carvajal Osorio Fonoaudióloga Docente Universidad del Valle
Institución	Universidad del Valle Facultad de Salud Escuela de Rehabilitación Humana
País	Santiago de Cali - Colombia
Comunicaciones	cruz_jaqui@yahoo.com samava5@yahoo.com Tel.: 092-518 56 59 telefax: 092- 518 56 58

Ruta metodológica para la identificación, diseño y adaptación de apoyos para la participación en la escuela.

Jaqueline Cruz Perdomo y Mónica María Carvajal Osorio. Universidad del Valle- Facultad de Salud. Escuela de Rehabilitación Humana, Cali – Colombia

RESUMEN

Fisioterapia, Fonoaudiología y Terapia Ocupacional como disciplinas que brindan su aporte a los procesos de inclusión escolar, se enfrentan cotidianamente a la tarea de definir apoyos para satisfacer las necesidades básicas de participación y aprendizaje de la población escolar que por factores de vulnerabilidad se encuentran en riesgo de exclusión.

Por ello, en el marco de la “*Práctica Formativa en Escuela*” de los estudiantes de estas tres disciplinas, las profesoras - investigadoras propusieron la implementación de una ruta metodológica que permitiera avanzar en la identificación, diseño y adaptación de apoyos para generar oportunidades de aprendizaje y desarrollo. La sistematización del proceso pone a disposición la formalización de una “Ruta Metodológica”, su definición y propósito, los principios conceptuales y procedimentales que direccionaron su diseño e implementación así como la estructura procedimental de sus tres etapas fundamentales: identificación de los apoyos requeridos por el escolar, diseño de éstos y su adaptación en concordancia con las necesidades del niño en su contexto escolar.

INTRODUCCION

En la Escuela de Rehabilitación Humana Universidad del Valle se constituye un equipo de trabajo¹, interesado en sistematizar y reflexionar en torno a la intervención de los profesionales de rehabilitación como “*profesionales de apoyo en la escuela*”² en respuesta a la necesidad fortalecer la formación interdisciplinar del recurso humano en terapia ocupacional, fonoaudiología y fisioterapia. El producto investigativo de este ejercicio

¹ La Cátedra en Discapacidad y Rehabilitación al cual se adscribe el grupo “Diadas” y el grupo de Ayudas Técnicas han abordado, de manera interdisciplinaria proyectos de formación e investigación en ejes temáticos como “diversidad en el aprendizaje”, “Escuela saludable, escuela abierta a la diversidad” y “Accesibilidad y participación en el contexto escolar”.

² Reconocimiento legal que se hace a profesionales de la rehabilitación y otros, en la Resolución 2565 de 2003 del Ministerio de Educación.

permite ponerlo en diálogo con el currículo de formación que tiene presente el componente de “atención al escolar” en estos tres programas académicos logrando su actualización para dar respuesta a las necesidades del medio en el marco de las políticas educativas y de atención a la discapacidad que se han dado en el país a partir de 1994³.

Para materializar el ejercicio de la formación profesional y responder de manera interdisciplinar a las necesidades de la escuela inclusiva, se hizo necesario reflexionar y formalizar los procedimientos de intervención de los profesionales de rehabilitación para generar apoyos que permitan la participación escolar de la población en situación de discapacidad desde un enfoque sistémico ecológico. Por tanto, se planeó una experiencia de práctica formativa interdisciplinar en la institución educativa “*Normal Superior Santiago de Cali*”, en la cual se implementó una “*ruta metodológica para la identificación, diseño y adaptación de apoyos para la participación del escolar durante el año lectivo 2005 - 2006*”⁴. La sistematización de la experiencia llevó a responder a la siguiente pregunta: ***¿Cuáles son las etapas y los procedimientos que se deben seguir para identificar, diseñar y adaptar los APOYOS para la participación del escolar en situación de discapacidad en la escuela?***

OBJETIVO GENERAL

Re - construir una ruta metodológica para la identificación, diseño y adaptación de los apoyos para favorecer la participación de la población con discapacidad en la vida escolar.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los principios conceptuales y procedimentales que orientan el diseño e implementación de la ruta.
- Identificar el diagrama de flujo de eventos cruciales o críticos que configuran las etapas de la ruta metodológica.

³ Ley 115/1.994, Decreto 2082/1.998, Resolución 2565/2.003, la Ley 715/2001, entre las más representativas así como la política pública para discapacidad y el plan nacional de atención a la discapacidad.

⁴ Durante el año lectivo 2005 – 2006 la sede educativa cubrió una población de 55 niños y niñas con discapacidad cognitiva, preferentemente; cuenta con dos modalidades de integración: Aula multigradual y aula integradora. Para el diseño e implementación de la guía se tomó como referente la población ubicada en las aulas integradoras, es decir aulas regulares que cuentan con un promedio de 3 niños integrados. Se espera que el profesor ajuste su currículo a las características y necesidades de todos sus estudiantes con el fin de promover su desarrollo académico y social.

- Definir los objetivos que delimitan los procedimientos y productos esperados de cada etapa diseñada y ejecutada.
- Identificar los procedimientos y estrategias de cada etapa de la ruta metodológica considerando la relación sujeto – actividad – contexto.
- Identificar y describir el rol de los diferentes actores involucrados en el diseño y aplicación de la ruta.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente ejercicio investigativo, coherente con una perspectiva cualitativa, se ha servido de la sistematización para recuperar un proceso partiendo de los registros que quedan en la memoria escrita de los actores involucrados. Por tal motivo, siguiendo a Jara (2001), la sistematización se ha concebido como un proceso que ha permitido volver a la experiencia para entenderla como parte de un proceso histórico en el contexto social y político - educativo del país, la localidad y la institución en la que se implementó la ruta metodológica. Avanzar en esta tarea significó, entonces, entender por qué ese proceso se desarrolló de esa manera, entender e interpretar lo que ha acontecido a partir de un ordenamiento y reconstrucción de lo sucedido. Entendida la sistematización como reconocimiento de lo actuado, análisis de los procesos vividos, re-valoración y re-visión de la práctica, las investigadoras se enfrentaron a un ejercicio metacognitivo que permitiera la interacción permanente entre la práctica y referentes teóricos antes y durante la implementación de la ruta para entender el camino recorrido, diseñar, adaptar y valorar los procedimientos y instrumentos utilizados y de esta manera volver analíticamente sobre su estructura y contar con argumentos para su reafirmación o ajuste a la luz de su propósito. Para ello ha sido fundamental valernos de los insumos recolectados: diario de campo de la docentes tutoras y registros realizados por los estudiantes en su trabajo individual, con estudiantes de otras disciplinas y con actores de la Escuela: informes de evaluación individual, perfil de apoyos individuales, registros de planeación y resultados de las sesiones con los niños, registros escritos de reunión con familiares, informes finales de los niños y planes caseros).

En el proceso se contó con la participación de 2 estudiantes de terapia ocupacional, 3 fonoaudiología, 2 de fisioterapia, 6 docentes integradores y 1 profesional de apoyo, un

directivo, tres madres, una profesora de Fisioterapia, una investigadora de Terapia Ocupacional y otra investigadora de Fonoaudiología.

Se seleccionaron 6 aulas de clases de los grados transición, primero, segundo y cuarto de primaria en donde se ubicaban 12 niños con discapacidades relacionadas déficit cognitivo y motriz con quienes se adelantó la implementación de las tres etapas diseñadas.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La sistematización del proceso permite contar con la propuesta final de una ruta que responde a la actuación de los profesionales en formación de terapia ocupacional, fonoaudiología y fisioterapia, en trabajo conjunto con el escolar, maestros, familiares y directivos (ver Anexo No. 1). En consecuencia la ruta metodológica se puede definir como un camino compuesto por tres etapas con sus correspondientes objetivos, procedimientos y productos que, dada su organización, van aportando información sobre la problemática de la participación del estudiante en su contexto escolar, sus características y elementos relacionales, para poder definir, probar e incorporar apoyos, entendidos como el tipo de acciones, personas, servicios, modificaciones y / o dispositivos que son necesarios implementar para la favorecer la participación del niño en la vida escolar.

La importancia que cobran los apoyos en la vida del escolar se valora en la medida que su presencia hace del alumno, “en tanto se considera aprendiz o novato, en palabras de Bruner: un sujeto capaz de resolver un problema, terminar una tarea o alcanzar una meta que, sin ayuda, hubiera sido incapaz de sobrepasar” (Morales y Bojacá, 2002:79).

Los principios conceptuales y procedimentales que emergieron en el diseño e implementación de la presente ruta, sustentados en el modelo sistémico ecológico – cultural⁵ y de diversidad en el aprendizaje fueron los siguientes:

- **Contextualizada:** desde el reconocimiento de la Escuela como unidad básica de apoyo y de las condiciones históricas, culturales, geográficas y económicas del escolar y su familia, de la escuela y su comunidad circundante, así como de las políticas estatales que viabilizan el aprovechamiento de los recursos a los que tienen derecho los escolares.

⁵ Constructo conceptual elaborado por los docentes de la Escuela de Rehabilitación Humana que brinda soporte al diseño de los proyectos de práctica formativa de los estudiantes.

- ***Interdisciplinar:*** Implica la participación de diferentes saberes (científicos, técnicos, populares, pedagógicos, entre otros) para la comprensión de la problemática del desempeño escolar del niño y la construcción de objetivos comunes para ser abordados conjuntamente.
- ***Colaborativa:*** Que invita a la adaptación mutua, al establecimiento de acuerdos durante el proceso, la disposición y actuación de cada uno de los participantes para desarrollar las funciones propias del rol, situando la gobernabilidad en los diferentes niveles de gestión.
- ***Que reconoce la diversidad:*** Se reconoce que la construcción se sujeto se hace con los otros, y que esta condición es diferente y única dadas las características madurativas, sociales, históricas y culturales en que se funda.
- ***Interactiva:*** Se entiende que el desempeño escolar es producto de una relación interactiva de tres componentes fundamentales: sujeto, actividad, contexto; la comprensión de la problemática del escolar así como su abordaje requiere, para su intervención, de la mirada sobre cada uno de éstos en sus características particulares y, a su vez, en su configuración que se objetiva en la relación de un componente con otro.
- ***Investigativa:*** implica una reflexión permanente de la propia práctica, iluminada por la discusión teórica conjunta y un sentido de humildad frente al conocimiento y la experiencia que abre el camino hacia la elaboración de preguntas y ensayo de respuestas.
- ***Afectiva:*** Parte de respetar al otro y nombrarlo desde la posibilidad, de situarse desde la perspectiva del otro para comprender los motivos que movilizan su actuación y responder asertivamente.

Resultado de la implementación-reflexión-implementación durante el proceso, la ruta tuvo ajustes para cumplir con su propósito; producto del este ejercicio se logró la configuración de tres etapas, cada una de ellas con su propósito, estructura procedimental y resultado esperado que se traducen en el diseño de la gráfica No. 1 y se enuncian a continuación:

Etapas I. Identificación

Esta etapa tuvo como propósito definir el perfil de apoyos para el escolar, el cual se logró a través de:

- Identificación de un problema de participación en el escolar.

- Identificación de elementos que facilitan y / o restringen la participación del niño en la vida escolar.
- Identificación de apoyos para la participación – “perfil de apoyos”.

Etapa II. Diseño

El propósito que se definió para esta etapa se dirigió hacia la concepción del boceto de los apoyos requeridos a través de:

- Definición de las características de los apoyos.
- Prototipo del apoyo.

Etapa III. Adaptación

El objetivo de esta última etapa fue el de poner a funcionar el diseño del apoyo y ajustarlo con base en los juicios de valor que pudieran ir señalando a partir de su seguimiento. Lo anterior implicó:

- Prueba piloto y ajuste del diseño.
- Incorporación.

PALABRAS CLAVES: Inclusión escolar, desempeño escolar, formación profesionales de rehabilitación interdisciplinaria, apoyos.

REFERENCIAS

1. Carvajal, Mónica M. *“Atención fonoaudiológica a la población escolar”*. Documento de trabajo elaborado en el Marco del desarrollo del Programa de Práctica en Comuna. Agosto de 2005.
2. Carvajal, Mónica y Cruz, Jacqueline. *“Guía para la elaboración del informe:”perfil de apoyos” de los escolares integrados al aula regular*. Documento de trabajo en el marco de la asignatura “Práctica Formativa I y II” con los estudiantes de Fisioterapia, Terapia Ocupacional y Fonoaudiología. Universidad del Valle, 2006.
3. Devalle A. Y Vega, V. *“Una escuela en y para la diversidad. El entramado de la diversidad”*. Aique grupo editor, Argentina.
4. Echeita, Gerardo. Conferencia *“El proceso hacia la inclusión en educación”*. Congreso de Discapacidad Cognitiva. Medellín, septiembre, 2001.
5. Encuentro Nacional de Educación Especial. *“La diversidad. Un reto para la escuela de hoy”*. Manizales, 2002.
6. Fantova, Fernando. *“Materiales preparados por para el taller y la intervención sobre inclusión en el Primer Congreso Internacional de Discapacidad Cognitiva (Retraso Mental)”*. Medellín, Septiembre, 2001.

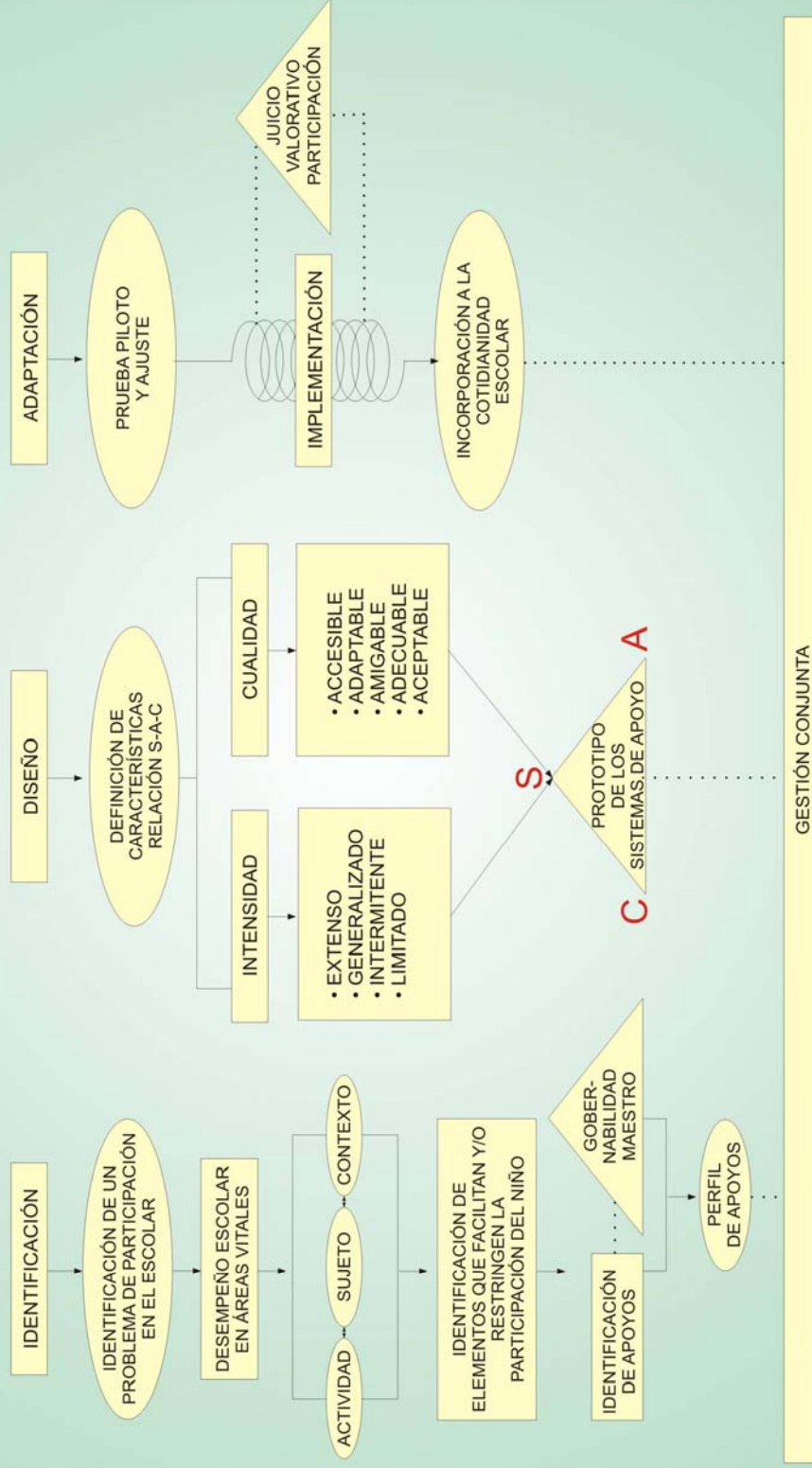
7. Gómez, N.; Otoya, C.; Quintana, P.; Tenorio, L.; Vergara, C.; Zapata, P. *“Prevalencia de discapacidad en el Departamento del Valle de Cauca”*. Gobernación del Valle del Cauca, Universidad del Valle. Escuela de Rehabilitación Humana. Cali, 2001.
8. Jara, Oscar. “Dilemas y desafíos de la Sistematización de experiencias” Presentación realizada, en el Seminario ASOCAM: Agricultura Sostenible Campesina de Montaña”. Intercooperation.CEP Centro de Estudios y Publicaciones Alforja. Cochabamba, Bolivia, Abril 2001
9. Jiménez, Paco y Vilá, Monserrat. *“De educación especial a Educación en la Diversidad”*. Ediciones Aljibe. Málaga, 1999.
10. Johnson, David y otros. *“El aprendizaje cooperativo en el aula”*. Editorial Paidós, Buenos Aires, 1999.
11. Meléndez, Lady. *“La inclusión escolar del alumno con discapacidad intelectual*. GLARP, Costa Rica, 2002.
12. Ministerio de Educación Nacional. Lineamientos Educativos para poblaciones vulnerables. Santafé de Bogotá, 2005.
13. Morales, Rosa y Bojacá, Blanca. *“¿Qué hacemos los maestros cuando hablamos en el aula?”* Universidad Distrital Francisco José de Caldas, Colombia, 2002.
14. Orozco H., Mariela. “El análisis de tarea: Cómo utilizarlo en la enseñanza de la matemática en primaria Centro de investigaciones en psicología, cognición y cultura. Universidad del Valle. 2002
15. República de Colombia, Presidencia de la República, Ministerio de Comunicaciones. “Entorno Accesible. Lineamientos de política”. 2002.
16. Sánchez, Juan F., Botias, Francisco, Higuera, Alfonso. “Supuestos prácticos en Educación Especial”. Editorial Escuela Española. Colección Educación al día. Madrid, 1998.

ANEXO No. 1

Gráfico Ruta Metodológica para la identificación, diseño y adaptación de apoyos para la participación escolar

RUTA METODOLÓGICA

PARA LA IDENTIFICACIÓN, DISEÑO Y ADAPTACIÓN DE APOYOS PARA LA PARTICIPACIÓN ESCOLAR



Carvajal O. Mónica María y Cruz P. Jaqueline

* Diseño en el marco de la práctica formativa para orientar la intervención de los estudiantes de terapia ocupacional, fonoaudiología y fisioterapia. Universidad del Valle. Agosto de 2006

Superposición Conceptual de la Ergonomía y de la Terapia Ocupacional de Acuerdo con la CIF

*Ms. Ciomara Maria Pérez Nunes
Professora Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG – Brasil
E-mail: ciomara_nunes@uol.com.br*

Resumen:

Proposición: *La Terapia Ocupacional muestra una amplia similitud conceptual y metodológica con la ergonomía. La aplicación de los conceptos y metodologías de la ergonomía en la práctica de la Terapia Ocupacional adiciona procedimientos y recursos técnicos para el análisis de las actividades en el trabajo.*

Metodología: *Para la Terapia Ocupacional que es influenciada por la corriente Anglo-sajona, los principios ergonómicos son tomados en cuenta cuando se actúa directamente con los trabajadores que presentan alguna discapacidad, enfermedad o sufrimiento relacionados con las condiciones de trabajo. Para la Terapia Ocupacional que es influenciada por la corriente francófónica son predominantes los programas de promoción de la salud y prevención de accidentes y incapacidades cuando son agregadas las dimensiones cognitivas y afectivas que transforman el sufrimiento en enfermedad.*

Resultados: *¿Cuál es la diferencia entre un terapeuta ocupacional y un ergonomista? ¿En que las dos especialidades se parecen y en que se diferencian? ¿Cómo el terapeuta ocupacional se apropia de la ocupación humana en el desempeño de las actividades productivas y de trabajo sin que tenga que hacer una opción por una u otra corriente? ¿Cuales son las técnicas, herramientas y métodos de la ergonomía en el sentido estricto que complementan la formación del profesional de los terapeutas ocupacionales sin que, necesariamente, se vuelvan ergonomistas?*

Este trabajo presentará las confluencias conceptuales, su campo de actuación de acuerdo con la Clasificación Internacional de Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud - CIF

Palabras claves: *ergonomía; salud y trabajo; CIF.*

Presentación

La actuación clínica posibilita una propuesta de modificaciones físico-ambientales en el local del trabajo, en las herramientas y en el modo de ejecución y procedimientos de las actividades en el trabajo, sin embargo, raramente se incluye un análisis organizacional bien amplia de toda la empresa. En la medida de lo posible en que el terapeuta ocupacional actúa directamente en una organización de trabajo, en la forma de consultoría, asesoría o como profesional integrante del cuadro de la empresa, el alcance de la aplicación de la ergonomía aumenta con su participación en comités ergonómicos, naturalmente con una formación académica complementaria.

Serán presentadas las intersecciones conceptuales, el alcance de la actuación según los diferentes niveles de formación técnica, profesional y académica, centralizándose en el análisis de tareas e actividades humanas, las contribuciones instrumentales y epistemológicas de la terapia ocupacional y de la ergonomía en el contexto de la salud del trabajador.

Para orientar el desenvolvimiento del tema es utilizada la Clasificación Internacional de Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud - CIF, sucintamente presentada con la finalidad de rescatar sus definiciones conceptuales. La estructura de presentación de la CIF, que será organizada en funcionalidades y discapacidad, acompaña la discusión de la intersección entre la terapia ocupacional y la ergonomía, que contiene las funciones y estructuras humanas en actividades y participación, además de los factores contextuales que incorporan los factores ambientales e personales.

La Actividad como Centro de la CIF

Incluido específicamente entre las áreas principales de la vida como un de los elementos entre las actividades y participación, en la CIF, el trabajo es considerado directamente como una formación para la actividad productiva, en esta etapa y en las acciones necesarias para poder conseguir, mantener y salir de un empleo, como trabajo remunerado, autónomo, en tiempo parcial o integral, en las transacciones económicas y trabajo no remunerado. La actividad humana, como centro de todas las intersecciones, reconocida como “la realización de una tarea o acción por una persona”, envuelve todos los componentes de la clasificación dada por la OMS que, por su parte, están enlazados a las acciones laborales.

La actividad es una de las características de la participación humana a lo largo de la vida cuando la CIF incluye las áreas que van desde el aprendizaje básico y observación hasta el aprendizaje desde el inicio de la vida humana a las tareas sociales de alta complejidad que acompañan la vida adulta y la vejez, influenciando y siendo influenciadas por todas las variables personales y ambientales que garantizan la participación humana en el trabajo. La participación es definida como “el involucramiento en situaciones de la vida diaria”.

Al buscar clasificar el desempeño ocupacional de acuerdo con su funcionalidad y incapacidad, se verifica que los componentes de desempeño puedan tener un grado de influencia bien diferenciada, que depender de las circunstancias de su solicitud, voluntaria o involuntaria, interfiriendo en la participación efectiva de las diferentes áreas de desempeño de la vida. Esta visión compleja de los componentes del desempeño necesariamente influenciando y siendo influenciados por las características personales y factores ambientales culminan en la participación social y en las condiciones de salud.

La actividad humana reconocida por la OMS, que es un concepto similar al ergonómico, considera al ser humano en el centro del desempeño de una acción y es un concepto usualmente

descrito en la terapia ocupacional como una tarea, a partir del desempeño personalizado de la persona que lo ejecuta, considera el trabajo como una actividad necesariamente social que relaciona los factores ambientales y personales. Los “factores ambientales componen el ambiente físico, social y de la actitud en el cual las personas viven y conducen sus vidas”

Durante la ejecución del trabajo, lejos del contexto de atendimento terapéutico ocupacional donde el trabajador se separa de la realidad en el “setting” terapéutico, el trabajador siente la carga de trabajo como expresión de las exigencias de la producción sobre sus características personales en ciertas condiciones ambientales, caracterizando la actividad como centro de la integración humana al trabajo. Una misma solicitud física, cognitiva, afectiva o de integración social tiene una manifestación variable a partir de la propia variabilidad intrínseca de las personas y de los factores ambientales.

La importancia de los registros a lo largo de la jornada de trabajo es localizar la influencia de las exigencias o solicitudes que son aleatorios, que adicionan informaciones sobre aquella descripción usual o consolidada en documentos de perfiles profesiográficos de tareas y de estudios epidemiológicos con inferencia causal que indican los factores de riesgo ocupacional. La realidad del trabajo es entendida por el análisis de la actividad, o sea, tareas observadas, medidas y registradas en el contexto de la producción.

La actividad como Centro de la Ergonomía

Si para la terapia ocupacional, desde su origen, la actividad humana cumple el papel de reestructurar la participación individual, inclusive en las actividades productivas y de trabajo, para la ergonomía, por su parte, las técnicas, tecnologías, materiales y métodos buscan aumentar la productividad de las organizaciones del trabajo con seguridad, eficacia y bienestar para el trabajador en su actividad de trabajo.

La actividad del trabajo es determinada, tanto por las características de la población de trabajadores, como por las normas y reglas de la organización y por el contexto de la realización del trabajo. La actividad incluye el estatus de los trabajadores a partir de su remuneración y de la posibilidad de negociación donde esta prescrita la tarea en cuanto que en la actividad real hay el compromiso del trabajador con la misión organizacional, su producción y reconocimiento social. La síntesis de este proceso integracional se refleja en la producción y en el bienestar de todos, trabajador y empresa.

Asociar los datos obtenidos y observar el trabajo a lo largo de la jornada en diferentes períodos es el que distingue los conceptos de tarea y actividad en ergonomía, el trabajo prescrito y el trabajo real, que resulta en una función integradora de la actividad del trabajo, articulando los elementos constituyentes de la empresa, del ambiente y de cada trabajador.

Superposición de los Componentes de la CIF y de la Ergonomía: Visión Ergonómico en la Terapia Ocupacional

En la superposición de las funciones integradoras de la actividad del trabajo con la interacción entre los componentes de la CIF, la visión ergonómica en la terapia ocupacional, las observaciones tienen por objetivo identificar la lógica interna de la actividad y deben considerar los factores significativos para la ejecución de la tarea, sus cadenas y sus relaciones, a partir del bienestar y de la salud. En la práctica significativa identificar las acciones del trabajador y las relaciones que se establecen entre el trabajador, el trabajo y el ambiente de trabajo, particularmente aquellas acciones diferentes de su modo operativo habitual, observando las fuentes de información y los cambios verbales o gesticulares, utilizando el conocimiento en salud y en la ocupación humana de la terapia ocupacional.

El procedimiento implica en descomponer la actividad para recomponerla sobre nuevas bases, considerando el análisis del trabajo real y la participación del trabajador en todo el proceso, con las definiciones conceptuales, asociaciones y procedimientos clasificados y jerarquizados por la CIF, a partir de la visión ergonómica, con la posibilidad de utilización de las normas de la CIF para iniciar el proceso de análisis.

Al reconocer su importancia de ejercer una ocupación significativa, que promueva el bienestar y la salud, las posibilidades de que la terapia ocupacional pueda actuar en el trabajo y en la salud del trabajador adquieren un punto de vista único. La comprensión del modelo persona-ambiente-ocupación podría ser pensada como trabajador-trabajo-empresa, permitiendo a la terapia ocupacional adoptar modificaciones creativas en el medio de trabajo, en la organización, en los sistemas productivos donde está adscrito el trabajador.

La percepción del trabajador durante la negociación constante con las tareas específicas del trabajo y los ambientes en que se establecen estas negociaciones, así como, la interdependencia entre las capacidades de la persona y las demandas, de las tareas y del ambiente, serán manipulados por el terapeuta ocupacional durante su actividad en la empresa con

los trabajadores, como es realizado clínicamente, sobre bases metodológicas ampliadas por la ergonomía.

Las discrepancias en el desempeño considerando las capacidades de la persona y las demandas ambientales, tratadas como hábitos y habilidades, dejan de ser localizadas en la persona y pasan a ser contextualizadas en la empresa. La visión ergonómica en la terapia ocupacional desconsidera la simplificación del trabajo centrada en la relación casual y directa, función, habilidad, desempeño, y mantiene la actividad en el contexto de la producción, trabajador-trabajo-empresa. En la Fig. 1 puede ser observada un organigrama de la Superposición de los componentes de la CIF y de la Ergonomía.

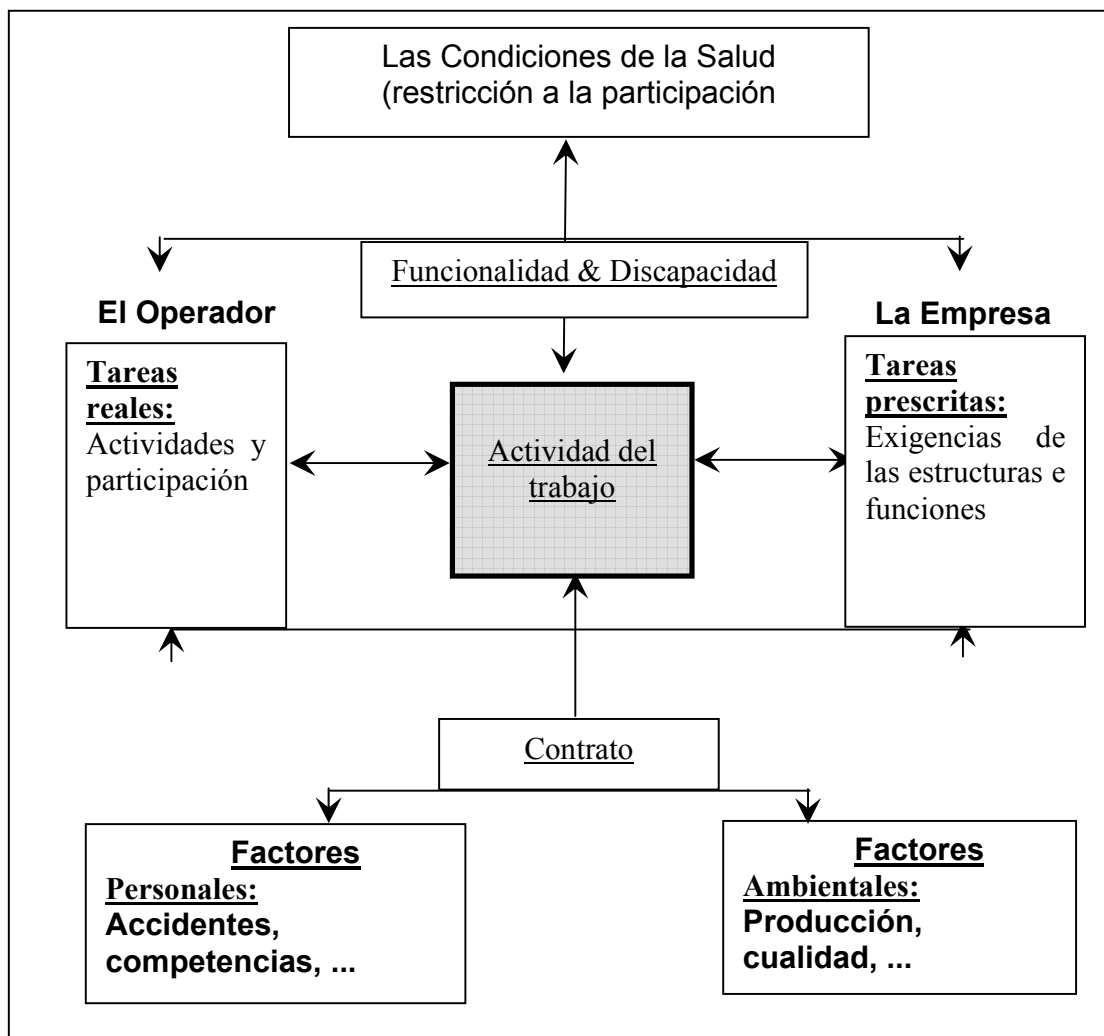


Figura 1: Superposición de los componentes de la CIF y de la Ergonomía: la visión ergonómica en la Terapia Ocupacional

Consideraciones Finales

El trabajo y la salud del trabajador evocan todas las dimensiones de las acciones humanas, de la manutención de la vida a los deterioros del bienestar, hasta la salida de la vida productiva por un proceso de jubilación. En este sentido, cualquier tentativa de analizar la salud del trabajador en un capítulo, ciertamente mostrará lagunas.

La ergonomía aumenta el análisis amplia y directa del contexto de la producción y de la empresa con todas las variables que envuelven, directa o indirectamente el desarrollo del trabajo, a través de la observación y análisis ergonómica del trabajo, y la terapia ocupacional emprende el análisis de la relación trabajador-trabajo-empresa, en la perspectiva de la salud y del bienestar.

La originalidad de la clasificación de la salud y del bienestar de acuerdo con la funcionalidad y discapacidad de la CIF es una alternativa para evitar problemas en el análisis del trabajo lineal que busca el establecimiento de causalidad directa en el ejercicio de las diferentes ocupaciones. El riesgo de depositar todas las responsabilidades de la enfermedad sobre el trabajador es grande cuando no se considera el factor ambiental y los relacionamientos en el contexto de las actividades y participación.

Sin embargo, es en la actuación directa en empresas que el terapeuta ocupacional deberá utilizar sus conocimientos y la visión ergonómica en las proposiciones de la promoción de la salud, prevención de riesgos, accidentes y discapacidades, y en la reformulación del trabajo directamente dirigido al contexto de la producción.. La ergonomía es la especialidad que más se aproxima, metodológica y conceptualmente, de la terapia ocupacional.

La construcción de una metodología propia establecida por la relación trabajador-trabajo-empresa es la reflexión que resulta de esta proposición para la ampliación de la comunidad de la terapia ocupacional en el campo de la salud del trabajador, ocupando el lugar que dio origen a la profesión e rescatando su especificidad, concluyendo que la ergonomía tiene mucho para contribuir con la formación académica y profesional de los terapeutas ocupacionales.

Bibliografía

*NUNES, Ciomara M. P. Saúde do trabalhador e ergonomia. In: CAVALCANTI, A. & GALVÃO, C. **Terapia Ocupacional: Fundamentação & Prática.** São Paulo (SP), Editora Guanabara Koogan, pp 278 - 290. 2007.*

TERAPIA OCUPACIONAL EN PROGRAMA INTERDISCIPLINARIO PARA EL MANEJO DEL DOLOR CRONICO.

Autores: Lic. Julieta Pavoni; Lic. Maria Victoria Banegas.

Institución Fundación para la Lucha de Enfermedades Neurológicas Infantiles FLENI.

Argentina; Capital Federal. Montañeses 5777-3900 Sede Escobar.

E-mail: tojulieta@yahoo.com.ar; tdolor@fleni.org.ar

Resumen:

Introducción: existe fuerte evidencia que la rehabilitación interdisciplinaria en dolor crónico, permite su abordaje en forma integral con mayor efectividad, reduciendo la percepción dolorosa, mejorando la funcionalidad de los pacientes y aumentando su calidad de vida.

Objetivo: presentar el abordaje de Terapia Ocupacional dentro de un programa interdisciplinario y su importancia para favorecer el desempeño ocupacional del paciente con dolor crónico, mejorando de ésta forma su calidad de vida.

Métodos: se seleccionaron 47 pacientes con diagnostico de dolor crónico por patologías de columna vertebral, que realizaron tratamiento durante el 2006, con un abordaje interdisciplinario.

Se medirán resultados con las siguientes evaluaciones: COPM (Canadian Occupational Performance Measure) para desempeño ocupacional y satisfacción; SF-36 (Short-Form) para calidad de vida y END (escala numérica de dolor); administradas al inicio y fin del tratamiento.

Resultados: se observo en 41 pacientes (87,23%) una mejora significativa en el desempeño ocupacional y en la satisfacción en actividades de importancia; el 80,8% disminuyeron su percepción dolorosa y el 87.2% aumentaron su calidad de vida.

Conclusión: el rol del T.O. mediante la evaluación y tratamiento; como parte de un programa interdisciplinario de dolor crónico, favorece en forma significativa el desempeño ocupacional y la participación en actividades de importancia para el paciente, como así también su satisfacción, teniendo un impacto favorable en su calidad de vida.

Palabras clave: calidad de vida, desempeño, satisfacción, dolor crónico, interdisciplina.

Introducción: El dolor, según la International Association for the Study of Pain (IASP) es definido como "una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular actual o potencial o descrito en términos de dicho daño". Se entiende por dolor crónico a aquel que persiste más allá del curso usual de una enfermedad aguda o luego de un tiempo razonable para que ésta cure. Tiene una duración mayor a 3 o 6 meses, es continuo o recurrente, y puede existir sin un límite temporal conocido.

El dolor crónico tiene un impacto negativo en la calidad de vida del paciente con consecuencias en la salud y en el bienestar social y psicológico. Se asocia con altos niveles de ansiedad, depresión, y disfunción social y ocupacional. Puede restringir su capacidad laboral con los efectos adversos de tipo económico-social, en el paciente y en la familia. La sociedad también sufre pérdidas económicas por costos en tratamiento y por horas laborales perdidas.

Las consecuencias del dolor pueden provocar limitaciones en la actividad, restricciones en la participación y pérdida de habilidades para desempeñarse. Las actividades en todas las áreas pueden verse afectadas, lo que además puede provocar pérdida de roles y rutinas interrumpidas.

Existe fuerte evidencia que la rehabilitación interdisciplinaria, reduce el dolor y mejora la funcionalidad de los pacientes con dolor crónico; siendo las mejores estrategias para el manejo del mismo, produciendo cambios significativos en el desempeño de AVD, en el comportamiento y en el incremento de hábitos; incluyendo de ésta forma aspectos no solo físicos, sino también psicológicos, sociales y ocupacionales, que hacen a la calidad de vida del paciente.

El dolor es un síntoma complejo y multidimensional que no puede medirse en forma objetiva, como tampoco puede considerarse solo la evaluación de su intensidad ya que no se lograrían captar otras características, y el impacto de la experiencia dolorosa. Asimismo el desempeño ocupacional tiene un componente objetivo, observable y uno subjetivo, personal; por lo que para medir dicho desempeño es necesario tener en cuenta ambos componentes. Por lo tanto para su valoración, es importante que el mismo paciente indique y defina las alteraciones que limitan su capacidad funcional por dolor y como repercute en su calidad de vida.

Desarrollo: El programa interdisciplinario para el manejo del dolor crónico en FLENI, tiene como objetivos la reducción de la percepción del dolor (alivio del dolor), el aumento de la funcionalidad y aumento de la calidad de vida.

Se busca disminuir el impacto que ocasiona el dolor devolviendo al paciente el control de su vida con un nivel tolerable de molestias, educándolo para que incorpore conocimientos sobre prevención, auto-cuidado y hábitos saludables. El equipo que lleva a cabo dicho abordaje esta formado por el área de Terapia Ocupacional,

Kinesiología, Psicología, Nutrición, Enfermería, Educación Física, Asistencia Social, Musicoterapia, y Medica.

Los pacientes son derivados por los médicos de cabecera del Centro de Dolor, para su evaluación inicial en forma interdisciplinaria. El programa se divide en cuatro fases:

Fase de protección: se busca estabilizar los síntomas y crear un medio óptimo para su recuperación, fomentando además el compromiso del paciente con el programa.

Fase de activación: luego de estabilizados los síntomas, donde el paciente es capaz de participar en un programa de actividades supervisadas; capacitándolo para la aplicación de sugerencias en su rutina diaria.

Fase de resistencia: se busca acondicionamiento y fortalecimiento general, reforzando además el compromiso del paciente para asegurar logros a largo plazo.

Fase de recuperación laboral: se busca el incremento progresivo de actividades sociolaborales con un acondicionamiento específico simulando actividades cotidianas y favoreciendo la independencia funcional.

Se seleccionaron 47 pacientes con diagnóstico de dolor crónico benigno por patologías de columna vertebral: 19 lumbalgias; 10 lumbociatalgias; 7 cervicodorsolumalgias; 5 cervicobraquialgias; 3 cervicalgias y 3 dorsolumalgias. Los mismos realizaron tratamiento interdisciplinario durante el año 2006.

Se medirán los resultados con las siguientes evaluaciones: COPM (Canadian Occupational Performance Measure) para desempeño ocupacional y satisfacción; SF-36 (Short-Form) para calidad de vida y END (escala numérica de dolor) para la intensidad del dolor; administradas al inicio y fin del tratamiento.

Las limitaciones funcionales por dolor son usualmente medidos por cuestionarios estandarizados, que si bien están validados para dolor crónico, pueden omitir ciertas actividades o no reflejar las necesidades individuales del paciente, además de que los individuos difieren en cuanto importancia se le atribuye a los problemas que éstos plantean.

El COPM es una medida individualizada de la auto-percepción en el desempeño ocupacional y la satisfacción en el mismo. Fue seleccionada ya que permite que el paciente identifique las actividades de importancia que se encuentran limitadas por dolor y sus propios objetivos de tratamiento. Incorpora el rol del paciente y sus expectativas, comprometiéndolo desde el inicio del tratamiento y aumentando su participación en el proceso terapéutico.

Esta demostrada la validez y la sensibilidad al cambio del COPM utilizado en un programa de Dolor crónico. Incluido dentro de la evaluación inicial, permite conocer las necesidades del paciente según importancia y en su reevaluación además de

evaluar los cambios a lo largo del tiempo, le permite al paciente tener un feedback positivo de su percepción en relación a los progresos.

El SF-36 ha resultado útil para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Detecta cambios en la "calidad de vida" de las personas, tanto estados positivos de salud, como negativos. El contenido de los ítem se centra en el estado funcional y el bienestar emocional, tomando 8 dimensiones: funcionamiento físico, rol físico, dolor, salud general, vitalidad, funcionamiento social, rol emocional y salud mental.

Resultados: Las actividades seleccionadas por los pacientes como de mayor importancia, con limitaciones en el desempeño funcional por dolor, fueron en un 47.36% actividades de movilidad funcional, 11.57% recreativas activas, 10% autocuidado, 9.47% de manejo y mantenimiento del hogar, 8.42% trabajo remunerado, 5.26% manejo en la comunidad y recreación pasiva, 1.57% socialización y 1.05% en juego y estudio.

Se observó en 41 pacientes (87,23%) una mejora en el desempeño ocupacional y sin cambios en 6 pacientes. Se obtiene un promedio de 2.34 puntos de cambio en el desempeño, considerado clínicamente significativo.

Asimismo se observa en 43 pacientes (91.48%) una mejora en la satisfacción en relación al desempeño de actividades importancia y sin cambios en 4 pacientes. Se obtiene un promedio de 3.11 puntos también clínicamente significativo.

En relación al nivel de dolor, el 80.8% de los pacientes disminuye el nivel de dolor, siendo en END inicial de 6.25/10 y el EVD final de 3.57/10.

El 87.23% de los pacientes aumentaron su calidad de vida en un 17.59%.

Conclusión:

El rol del T.O. mediante la evaluación y tratamiento; como parte de un programa interdisciplinario de dolor crónico, favorece en forma significativa el desempeño ocupacional y la participación en actividades de importancia para el paciente, como así también su satisfacción; teniendo un impacto favorable en su calidad de vida.

Palabras clave: Calidad de vida; Desempeño ocupacional; Satisfacción; Dolor crónico; Interdisciplina.

Bibliografía:

- 1- Walsh David Andrew; Kelly S J; Johnson S; Rajkumar S; Bennetts K. "Performance Problems of Patients with Chronic Low-Back pain ante the measurement of patient-centered outcome" *Spine* 2004;29:87-93
- 2- Guzman J.; Esmail R., Karjalainen K.; et al. "Multidisciplinary treatment for Low back pain: systematic review" *BMJ* 2001; 322: 1511-6
- 3- David Borssok, Alyssa A. Lebel, Buckman McPeck .Tratamiento del dolor. Massachussets General Hospital.
- 4- Carpenter L.; Baker G A.; Tydesley B. "The use of the Canadian Occupational Performance Measure as an outcome of a Pain Management Program" *Can J Occup Ther* 2001; 68:16-22
- 5- Polgar J.M. PhD, O.T. Reg Barlow I. M, Sc. O.T."Measuring the clinical utility of an assessment: The example of the Canadian Occupational Performance Measure".
- 6- Strand L.I.; Moe-Nilssen R.; Ljunggren A.E. "Back performance Scale for the Assessment of mobility-related activities in people with back pain" *Physical Therapy* 2002; 82:1213-1223.
- 7- Lang E.; Liebig K.; Kastner S.; Neundörfer B.; Heuschmann P. "Multidisciplinary rehabilitation versus usual care for chronic low back pain in the community: effects on quality of life" *The Spine Journal* 2003; 3 270-276
- 8- Law M.; Baum C.; Dunn W. "Measuring Occupational Performance. Supporting Best Practice in Occupational Therapy". Second Edition. Chapter 6: "Measuring Occupational Performance Using a Client-Centered Perspective" McColl M.A.; Pollock N.
- 9- Eyseen ICJM; Beelen A.; Dedding C.; Carlos M. Dekker J. "The reproducibility of the Canadian Occupational Performance Measure" *Clinical Rehabilitation* 2005; 19: 888-894.
- 10- Wressle E.; Eeg-Olofsson AM.; Marcusson J.; Henriksson C. " Improved client participation in the rehabilitation process using a client-centered goal formulation structure" *J Rehabil Med* 2002; 34: 5-11.
- 11- Keller S; Ehrhardt-Schmelzer S.; Herda C.; et al. " Multidisciplinary rehabilitation for chronic back pain in an outpatient setting: a controlled randomized trial" *European Journal of Pain* 1997; 1: 279-292
- 12- Kjekken I., Dagfinrud H., Uhlig T.; Mowinckel P.; Kvien T.; Finset A. " Reliability of the Canadian Occupational Performance Measure in patiens with ankylosing spondylitis" *J. Rheumatol* 2005; 32:1503-9.
- 13- Wressle E.; Lindstrand J.; Neher M.; Marcusson J.; Henriksson C. " The Canadian Occupational Performance as an outcome measure and team tool in a day treatment programme". *Disability and rehabilitation* 2003; Vol 25, 10, 497:506
- 14- Simmins D.; Blesedell C. E.; White B.P. " The predictive power of narrative data in Occupational Therapy Evaluation" *The American Journal of Occupational Therapy* 2000; 54 N°5 , 471:476.

Taller de cuentos y historias para mejorar la calidad de vida: experiencia con ancianos en Belo Horizonte, Brasil.

*Prof. Maria Angélica Alves**

*Prof. Dra. Marcella Guimarães de Assis Tirado***

Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, **Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.
Rua Alameda Ezequiel Dias 275 Centro Departamento de Terapia Ocupacional
Cep.30130100 (31)32487191 maria.angelica@feluma.br fax(31)32487118*

*** Universidade Federal de Minas Gerais, **Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.**
Avenida Antônio Carlos 6627 Pampulha Departamento de Terapia Ocupacional
Cep.31270901 mga@ufmg.br*

Resumen: En culturas orales el conocimiento adquirido por varias generaciones está amenazado por la memoria. En esas culturas los ancianos tienen un lugar privilegiado, porque representan la memoria viva de sus antepasados. Estimular a los ancianos de hoy para que busquen la emoción del oyente es una forma de construcción del cotidiano tanto individual como colectivo, posibilitando mayor calidad de vida en la tercera edad. Este trabajo pretendió ofrecer a los participantes de una Universidad abierta para la tercera edad conocimientos teóricos sobre los cuentos populares y escritos, integrando ejercicios prácticos de teatro. Se realizó dos talleres con seis horas de duración. Participaron 54 ancianos, de ambos sexos, con edad promedio de 70 años, más de la mitad casados y con estudio máximo de segundo grado. Se utilizó un método activo de enseñanza para grupos pequeños a través de la lectura de textos literarios y populares así como ejercicios de teatro. Después de etapas iniciales para nivelación de conocimientos teóricos y vivencias de la práctica, se lleva a cabo una presentación. Se observó un cambio importante en la actitud de los participantes que se involucraron en la búsqueda de materiales (historias familiares, vestuario, objetos personales) para rescatar su memoria individual y preparar la presentación teatral. También hubo una significativa mejora en la performance individual como desenvoltura corporal, habla, creatividad y capacidad de trabajo en grupo. Los resultados obtenidos en los talleres confirman que la tradición oral orienta al adulto mayor al manejo de su voz, de sus gestos, de su mirada, de su expresividad y recupera su palabra contada, permitiendo que su propio cuerpo permanezca lleno de vida y placer. Palabras claves: ancianos, taller de cuentos, universidad tercera edad, calidad de vida.

Desarrollo del trabajo:

Introducción:

La escoja de se trabajar con los cuentos con un grupo de ancianos en una universidad de tercera edad fue justamente poder enriquecer el conocimiento en el campo de la narrativa de los ancianos y que pudiera reflejar la experiencia vivida y la teoría a desenvolver. La terapia ocupacional a través de esta actividad pudo trabajar la capacidad que está presente en los ancianos de contar las historias acumuladas al largo

de sus vividas. "Ese proceso educativo con los ancianos ocurre en espacios sociales determinados, tal como El aula en las universidades abiertas para la tercera edad o en grupos de convivencia en los cuales el trabajo se realiza a partir del concepto básico del empoderamiento, que se refiere a la actitud de reconocer, apoyar y encorajar las aptitudes y habilidades de los ancianos (Cusak, 1999) superando la tradicional postura asistencialista que trataba a los ancianos como "viejitos, pobrecitos, frágiles e incapacitados."(2)

Existen muchas maneras de ver las riquezas de un cuento y las lecturas que se pueden hacer de él son variadas. Cada contador, usando de sus habilidades, deberá encontrar su propia forma de hacerlo. Cuando recorremos a la literatura vemos que en las culturas orales el conocimiento adquirido por varias generaciones a lo largo de los tiempos, está amenazado por la memoria.(1) En esas culturas los ancianos tienen un lugar privilegiado, porque representan la memoria viva de sus antepasados. Nosotros en la modernidad siempre estamos buscando novedades y la repetición ahora nos parece de menos valor. La innovación en la cultura oral puede ser una amenaza para la transmisión de conocimientos y la pérdida de la memoria ancestral. Provocar en nuestras personas de la tercera edad para que busquen la emoción del oyente, aun cuando lo estén contando por centésima vez, es una forma de construcción de lo cotidiano tanto individual como colectivo, posibilitando mayor calidad en la tercera edad a través de papeles definidos en nuestra sociedad, fue nuestro mayor objetivo a fin de ofrecer a los participantes de la Universidad abierta para la Tercera edad conocimientos teóricos sobre los cuentos populares y escritos. Integrando ejercicios prácticos y la presentación final en la mesa de trabajo. Teníamos un grupo de 54 participantes, de ambos sexos, (predominando el sexo femenino) con edad promedio de 70 años, más de la mitad de ellos con estudio máximo de segundo grado, y la mayoría casados. Se utilizó un método activo, en grupos pequeños y en todo el grupo. A través de la lectura de textos literarios y populares así como ejercicios de teatro.

El taller fue desarrollado en dos días, con 3 horas de duración. En el primer día del taller, la coordinadora realizó una presentación acerca de la diferencia de la transmisión oral de cuentos literarios y populares. Siguiendo los contenidos abajo:

- Como es contar y leer un cuento y cuales son los tipos de cuento;

- *Cuales son elementos de un cuento;*
- *Como memorizar un cuento;*
- *Como trabajar los elementos de un cuento;*
- *Como preparar paso a paso una presentación de un cuento.*

El grupo fue dividido en pequeños grupos para que explorasen cuentos/historias traídos para que los experimentasen en la práctica. Los ancianos se mostraron interesados y hicieron muchos cuestionamientos acerca de la técnica de contar y dramatizar las historias.

En el según día, los ancianos tuvieron la oportunidad de proseguir con el trabajo de narrativa oral, pero las historias fueron preparadas en sus casas. Durante las presentaciones de los grupos, fue posible observar el interés y la motivación de los participantes, que se mostraron creativos y espontáneos y pasaron a expresar sus sentimientos con mayor intensidad. Al final del taller, varios ancianos expresaron su satisfacción con las actividades propuestas de profundizar en el arte de contar historias y solicitaron la continuidad del taller en el semestre siguiente.

Conclusión: Después de concluida las etapas iniciales para la nivelación de conocimientos teóricos y vivencias de la práctica, se lleva a cabo una presentación, que fue editada y gravada en formato digital.

La mesa de trabajo a través de citas con los adultos mayores y de los resultado obtenidos, se puede confirmar que la tradición oral, orienta al adulto mayor en el manejo de su voz de sus gestos, de su mirada, de sus expresiones y recupera su palabra contada, permitiendo que su propio cuerpo esté lleno de vida y placer.

Referencia bibliográfica:

1. *Gislayne Avelar Matos e Inno Sorsy,2005,"O ofício do contador de histórias,perguntas e respostas, exercícios práticos e um repertório para encantar",Martins Fontes Editora,(São Paulo).*
2. *Scharfstein, E.A. Intervenção psicossocial. In: Py, Ligia (org.) Rio de Janeiro: NAU Editora, 2004. p.321-340.*

3. *Gislayne Avelar Matos*, 2005, "A palavra do contador de histórias", *Martins Fontes Editora*, (São Paulo).
4. *Ecléa Bosi*, 2003, "O tempo vivo da memória", *Ateliê Editorial*, (São Paulo), I.13-28.

I - Título del trabajo.

Trayectoria de la Práctica Profesional III. Servicio de Pediatría (oncohematología) en un Hospital General.

II – Apellidos y Nombres completos de los autores:

T.O. Arriola Beatriz de Mines

T.O. Alvarez Lucrecia

T.O. Raponi Natalia

III – Institución a la que pertenecen:

U.N.L. Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas. Carrera: Licenciatura de Terapia Ocupacional.

Ciudad: Santa Fe

Provincia: Santa Fe

País: Argentina

Dirección Postal: 3000

Teléfono: 0342 – 4575215

Mail: bamines@fcb.unl.edu.ar

lucreciaalva@hotmail.com

I - Título:

Trayectoria de la Práctica Profesional III. Servicio de Pediatría (oncohematología) en un Hospital General.

II - Autores:

T.O. Beatriz Arriola de Mines.
T.O. Lucrecia Alvarez
T.O. Natalia Raponi

III - Nombre y dirección del establecimiento:

Hospital J. B. Iturraspe
Boulevard Pellegrini 3551

IV - Resumen

En 1989, se inició en el Hospital J.B. Iturraspe (alta complejidad) la Práctica Profesional III. Dicha Práctica forma parte de la currícula de la carrera de Licenciatura de Terapia Ocupacional, referida a trastornos clínicos, ortopédicos y neurológicos.

En el Servicio de Pediatría del Hospital citado, único referente para los pacientes oncohematológicos de la zona, es donde se implementan los abordajes de Terapia Ocupacional a niños de 2 a 16 años, desde 1994 a la fecha. No se registraban antecedentes de la atención de T.O. en la ciudad ni provincia.

En 1998 y 2000 se presentaron Proyectos de Extensión de Cátedra: “Terapia Ocupacional en la atención de pacientes oncohematológicos en un equipo interdisciplinario” y “El juego y el esparcimiento como modalidad Terapéutica”

Objetivos.

- Promover la inserción de Terapia Ocupacional en un nuevo campo de salud hospitalario.
- Contribuir a mejorar la calidad de vida de niños oncohematológicos a través de abordajes de T.O.
- Brindar información a profesionales y comunidad sobre la proyección de T. O. en esta problemática.

Marcos de referencia: Humanista, Modelo de la Ocupación Humana, entre otros.

Gráficos: Población. Hospital – T.O. Pacientes asistidos.

Metodologías: Entrevistas. Evaluaciones específicas. Abordaje terapéutico.

Actividades terapéuticas: de acuerdo a la edad, intereses, evaluaciones y estado del paciente. Ilustraciones.

Resultados obtenidos.

Institucionales.

- Reconocimiento del rol de T.O. por parte de profesionales y pacientes.
- Habilitación de un espacio físico para el ejercicio profesional.
- Contribución de T.O. en el bienestar del sujeto beneficiario de la prestación.

Académicos.

- Posibilitó el abordaje de T.O. en un nuevo campo de salud.
- Despertó el interés de los alumnos por esta problemática.

Difusión:

- Elaboración de estrategias de difusión para transferir a la comunidad los resultados alcanzados.

Palabras claves.

- 1-Hospital General.
- 2-Práctica Profesional III
- 3-Terapia Ocupacional
- 4-Niños oncohematológicos
- 5-Reconocimiento

V – Desarrollo del Trabajo

Trayectoria de la Práctica Profesional III. Servicio de Pediatría (Oncohematología) en un Hospital General.

Introducción.

En el año 1989, se inició en el Hospital J.B. Iturraspe (alta complejidad) la Práctica Profesional III.

La Práctica Profesional III forma parte de la currícula de la carrera de Licenciatura de Terapia Ocupacional, referida a trastornos clínicos, ortopédicos y neurológicos.

En el Servicio de Pediatría de dicho Hospital, único referente para los pacientes oncohematológicos de la zona, es donde se implementan los abordajes de Terapia Ocupacional a niños de 2 a 16 años, desde 1994 a la fecha. No se registraban antecedentes de la atención de T.O. en la ciudad ni provincia.

En el año 1998 y 2000 se presentaron Proyectos de Extensión de Cátedra: “Terapia Ocupacional en la atención de pacientes oncohematológicos en un equipo interdisciplinario” y “El juego y el esparcimiento como modalidad Terapéutica”.

Objetivos Generales.

- Promover la inserción de T.O. en un nuevo campo de salud, en el contexto de un ámbito hospitalario, posibilitando al alumnado el conocimiento y aplicación de marcos de referencia afines a la práctica profesional.
- Contribuir a mejorar la calidad de vida de los niños con patologías oncohematológicas a través del abordaje de T.O, con el fin de proveer el equilibrio de las ocupaciones humanas que a consecuencia de esta enfermedad se ha deteriorado.

Objetivos Específicos de la Cátedra.

- Dar la posibilidad al estudiante de conocer evaluaciones aplicables a esta patología, ratificar y modificar formas de abordajes y elaborar proyectos de investigación basados no en la cantidad, sino en la calidad de la atención.
- Favorecer el desarrollo del comportamiento ocupacional y contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los asistidos.

- Brindar información a profesionales y a la comunidad sobre la proyección de T.O. en esta problemática.

Marcos de referencia.

Los marcos de referencia principalmente utilizados fueron los siguientes:

- Humanista: Enfoque holístico: Aborda disfunciones psicológicas del desarrollo y físicas. Está centrado en el paciente y pone especial atención en el ambiente físico-afectivo.
- Modelo de la ocupación humana: La persona puede ser evaluada en actividades de autocuidado, productividad y recreativas. Tratamiento centrado en la persona y establecimiento conjunto de los objetivos que sean significativos para el paciente.

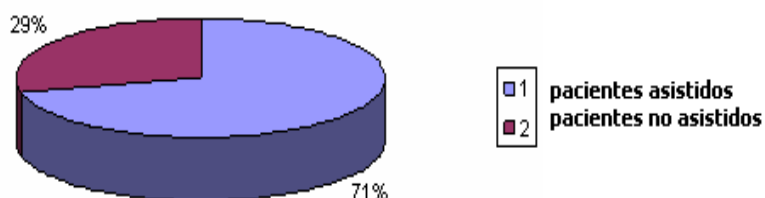
Tabla I - Población

Cantidad de pacientes atendidos en el Servicio de Pediatría del Hospital J. B. Iturraspe 1994 - 2006

Patologías	Sexo		Total
	femenino	Masculino	
L. L .A	57	42	99
L. M .A	9	5	14
Mieloma múltiple	6	1	7
Linfoma no Hodking	8	4	12
Total	80	52	132

Fuentes: Datos obtenidos del sector de Estadística del Hospital J.B. Iturraspe. Santa Fe 2007.

Cantidad de pacientes que recibieron atención de T.O. en el Servicio de Pediatría del Hospital J. B. Iturraspe 1994 – 2006.



Metodologías aplicadas: Entrevistas. Evaluaciones (teniendo en cuenta la edad de los pacientes y el estadio de la enfermedad). Abordajes terapéuticos: individuales y grupales, en internación, consultorio y/o atención domiciliaria.

Actividades terapéuticas y de apoyo: de acuerdo a la edad, intereses, evaluaciones, estado del paciente (orgánico por estadio de la enfermedad y anímico). Ilustraciones.

Resultados obtenidos.

Institucionales:

- A partir de la presencia regular en el servicio durante 8 años, se logró el reconocimiento por parte de los profesionales y pacientes oncohematológicos que solicitan la prosecución de los abordajes de T.O. La recopilación de encuestas a pacientes y profesionales señala la mejor tolerancia al tratamiento médico, luego de las intervenciones de T.O.
- Habilitación de un espacio físico para T.O. en el servicio de Pediatría.
- Participación en eventos organizados por instituciones afines a la problemática (ACUPA, CENAELE) que colaboran con el hospital.
- Contribución de T.O. con su hacer específico en el bienestar del sujeto beneficiario de la prestación. La elección y uso de las actividades de acuerdo a los intereses, preferencias y capacidades de la persona, le da la oportunidad de desarrollar su independencia en el cuidado de sí mismo, su creatividad en el juego y de manifestar así su personalidad.

Académicos: La P.P. III:

- Posibilitó el abordaje de T.O. en un nuevo campo de salud
- Despertó la motivación y el interés de los alumnos de la carrera de Terapia Ocupacional por esta problemática.
- Generó la presentación de Proyectos de Investigación relacionados al tema.

Difusión:

- Elaboración de estrategias de difusión para poder transferir a la comunidad los resultados alcanzados: videos, guía de información para pacientes (cuidados y actividades).
- Publicación del Proyecto “T.O. en la atención de pacientes oncohematológicos en un equipo interdisciplinario” por parte de la Secretaría de Extensión en la revista de la U.N.L.

VI - Referencias bibliográficas.

Libros:

- 1- Cooper Jill 1997 “Occupational Therapy in Oncology and Palliative Care”. Singular Publishing Group, Inc. (San Diego, California). Cap.1. 1 – 11, Cap.2. 13 – 31, Cap. 3. 33-57, Cap. 4. 59-85, Cap. 7. 115 – 131.
- 2- Miralles, Pedro Moruno; Romero Ayuso Dulce. 2006 “Actividades de la Vida Diaria”. Masson S.A. (Barcelona – España). Cap. 6.182 – 203.
- 3- Polonio López, Begonia 2004. “Terapia Ocupacional en discapacitados físicos: teoría y práctica”. Editorial Médica Panamericana. (Madrid – España). Cap. 2 13- 37.
- 4- Reed Kathlyn L. Sanderson Sharon. 1992. Third Edition “Concepts of Occupational Therapy”. Williams & Wilkins (Baltimore. U.S.A.) Section II .38 - 94.
- 5- Tecklin Stephen Yan. 1994. Second Edition. “Pediatric Physical Therapy” J.B. Lippincott company (Philadelphia) Cap6 .187-206.
- 6- Willard Spackman. 2003 10ª edición. “Terapia Ocupacional”. Editorial Médica Panamericana. (Bs. As. Argentina). Cap. 42. 827 – 833

Publicaciones:

- 1-Oudshoorn Silvina Vázquez Graciela. 1995. PAANET: “Programa de Apoyo y Asistencia a niños con enfermedades terminales”. IV Congreso Argentino de T.O. III Simposio Latinoamericano de T.O. Sta. Fe.
- 2- Oudshoorn Silvina. Asociación de Amigos de PAANET. 2001. “Un tiempo para aprender” Curso introductorio al acompañamiento a niños con enfermedades terminales. Mar del Plata.

VII – Agradecimientos.

Agradecemos a la Licenciada Silvina Oudshoorn por su contribución y asesoramiento en el tema presentado y a los profesionales del Hospital por hacer posible la realización de este trabajo.

7mo. Congreso Argentino y Latinoamericano de Terapia Ocupacional

Título: *Tránsito hacia el horizonte propio*

Subtítulo: *Modalidad de Abordaje en Emprendimientos Sociales en Salud*

Autores:

Lic. T.O. Silvia Elena Narvárez

Lic. T.O. Daniela Edelvis Testa

Lic T.O. Sandra Bettina Spampinato

Institución:

Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial “José Tiburcio Borda”

Ramón Carrillo 375 – Ciudad de Buenos Aires – Argentina

Teléfono: 00 54 11 4305-5083

Autor Principal: Spampinato, Sandra Bettina

Alvear 735 – CP 1653 – Villa Ballester – Prov. Buenos Aires

Tel/ Fax: 00 11 4767-4405

Cel: 011 5951-7403

sandraspampinato@yahoo.com.ar

Tipo de trabajo: Comunicación libre, que si opta a premio.

Eje temático: Definiciones

Área de presentación: Salud Mental

Título: *Tránsito hacia el horizonte propio*

Subtítulo: *Modalidad de Abordaje en Emprendimientos Sociales en Salud*

Autores:

Lic. T.O. Silvia Elena Narváez

Lic. T.O. Daniela Edelvis Testa

Lic T.O. Sandra Bettina Spampinato

Institución:

Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial “José Tiburcio Borda”

Ramón Carrillo 375 – Ciudad de Buenos Aires – Argentina

Teléfono: 00 54 11 4305-5083

Resumen del Trabajo:

El presente trabajo se propone describir la modalidad de abordaje implementada en el Emprendimiento Social en Salud “YBYTU – vientos de cambio” que se desarrolla desde hace diez años en el Servicio de Terapia Ocupacional del Hospital “José T. Borda” de la Ciudad de Buenos Aires.

En el mismo se presentan los principales conceptos teóricos que lo fundamentan y los ejes sobre los que discurre la dinámica terapéutica y la dinámica productiva del emprendimiento. En consecuencia se caracterizan las principales intervenciones terapéuticas describiendo cómo estas operan en el cuadro de situación configurado por la vulnerabilidad psicosocial de los usuarios que lo integran.

En las conclusiones se enuncian algunas relaciones entre el diseño de las estrategias terapéuticas que tienen como basamento la situación de vulnerabilidad particular de cada sujeto y el perfil profesional del Terapeuta Ocupacional que desarrolla esta modalidad de abordaje. Se propone, también, una reflexión acerca de la función social del Terapeuta Ocupacional en la construcción activa de espacios de circulación e inclusión social.

Palabras Claves: Emprendimiento Social, Salud Mental, Modalidad Intervención, Vulnerabilidad, Ocupación.

Desarrollo del Trabajo:

El Emprendimiento Social en Salud “YBYTU – Vientos de Cambio” se desarrolla en el Servicio de Terapia Ocupacional del Hospital Borda, en el marco del Programa de Emprendimientos Sociales en Salud, desde el año 1998.

Surge como una propuesta construida conjuntamente entre usuarios y profesionales, en el intento de romper con la paradoja de realizar una prestación asistencial sosteniendo los mecanismos habituales de reproducción de la exclusión que interceptan los diferentes tratamientos en el campo de la salud mental.

Durante estos diez años de trabajo y esfuerzos conjuntos, fuimos desarrollando y constituyendo una modalidad de abordaje que nos permitió apropiarnos de un modelo ideológico, conceptual y de práctica que no se postula, solamente, como una respuesta profesional a un instituido; sino que se ofrece como posibilidad, como búsqueda y como tránsito hacia un horizonte propio para cada uno de los sujetos que formamos parte del emprendimiento.

Este Emprendimiento Social tiene como fin la promoción de la salud y la integración socio-laboral de personas que se encuentren en condición de desventaja, por estar atravesando una situación de fragilidad psíquica y/o social; y atiende a la demanda explícita formulada en recomendaciones internacionales y en el marco legislativo vigente, expresado tanto en la Constitución del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires como en la Ley de Salud de dicha ciudad. Propone un espacio para la producción de bienes conjuntamente con un marco propicio para el fortalecimiento de los derechos de ciudadanía y la vida relacional de los usuarios, su circulación e inclusión social.

Está integrado por usuarios del sistema público de Salud Mental, por miembros de la comunidad en situación de desempleo, técnicos de salud mental, diseñador industrial, diseñador gráfico, dibujante, comunicadora social.

Durante esta década circularon por el mismo 163 usuarios, de los cuales 47 son usuarios provenientes de la comunidad y 116 del sistema de salud. De estos últimos 72 ingresaron al emprendimiento realizando tratamiento ambulatorio y 44 se encontraban en situación de internación (de este grupo 20 se externaron durante su participación en Ybytu, de los cuales 3 se reinternaron por un lapso breve de tiempo).

El marco teórico que lo sostiene rota el eje de la enfermedad mental hacia el de la situación de vulnerabilidad psicosocial, desde donde se interviene ya no para reducir o controlar la enfermedad, sino para crear un contexto real de vida que produzca salud,

solidaridad y creatividad. Se incluye la problemática de los derechos humanos y su incidencia en la situación social y de salud.

Los siguientes conceptos de vulnerabilidad, trabajo y ocupación enmarcan la perspectiva de esta modalidad de abordaje:

Se considera vulnerable -como señala Domínguez Lostaló⁽¹⁾, “a toda aquella persona susceptible de ser dañada. La situación de vulnerabilidad se juega predominantemente en el campo de lo social. La vulnerabilidad psicosocial es el grado de fragilidad psíquica que la persona sufre por haber sido desatendida en sus necesidades básicas. En éste aspecto, Robert Castel⁽²⁾ señala que la marginalidad se asienta en dicho proceso; en el que ubica tres zonas que analiza en relación a dos variables: - trabajo e - inserción relacional.

La ocupación es definida por un sistema de actividades. Cada ocupación está constituida por distintas tareas, que pueden existir fuera de esa ocupación como actividades autónomas. Lo determinante de una ocupación es la función, determinada cultural y socialmente. En ella juegan simultáneamente dos sentidos, el de apropiación de la función y el de cumplir una función que nos preexiste y probablemente nos sobrevivirá. Como lo señala la Lic. En T.O. Rita Martínez Antón⁽³⁾.

Entendemos al trabajo no sólo como la práctica de ‘normalización’ y por lo tanto como expresión de productividad, sino como respuesta a una necesidad de reproducción subjetiva, en cuanto producción social y medio para la reconstrucción de una identidad en relación a una determinada capacidad de intercambio.⁽⁴⁾

Consideramos de relevancia, también, las siguientes categorías que dimensionan en la práctica algunos aspectos comprometidos en la situación de vulnerabilidad psicosocial de los usuarios:

- ✓ Competencia Personal: auto cuidado, hábitos de vida, afrontamiento personal y social, capacidades cognitivas, autonomía básica y social y capacidad laboral.
- ✓ Condiciones de Vida: autonomía económica, soporte residencial, cobertura de necesidades básicas.
- ✓ Soporte Relacional: autonomía social, red de apoyo no institucional, red de apoyo institucional y red de apoyo social.
- ✓ Recursos Comunitarios: recursos institucionales de protección, recursos de asistencia social, recursos para la ocupación y recursos de aceptación social.
- ✓ Dimensión Subjetiva de la Vulnerabilidad: expresada a través de la propia percepción que los usuarios tienen de su vulnerabilidad, en tanto impacto que provoca en su calidad de vida la manera en que se presentan las variables antes mencionadas.

Estas categorías se constituyen en parámetros diagnósticos fundamentales a la hora de establecer estrategias terapéuticas capaces de atender los objetivos planteados.

La dinámica de trabajo en el emprendimiento presenta características altamente complejas, ya que tiene variados componentes que coexisten y se relacionan de diferentes modos y niveles. Básicamente está organizada en las siguientes áreas: 1) De producción: diseño y creatividad, manufactura, ventas, promoción y comunicación, 2) De Gestión: de subsidios nominales, recursos financieros para insumos y maquinas, participación en redes comunitarias, recursos personales, 3) De Tiempo Libre: actividades culturales y de interés, 4) De Capacitación: en oficios y técnicas, docencia, y 5) De Construcción del horizonte propio.

La vida cotidiana en el contexto del emprendimiento constituye el campo privilegiado sobre el cual se opera y es allí donde podemos distinguir una modalidad de abordaje propia y característica, que se encuentra delimitada por las siguientes intervenciones terapéuticas:

- ✓ Intervenciones de Solidaridad, se proponen no sólo como un valor ético y social, sino como una práctica concreta y como una vía de posible transformación de la situación de vulnerabilidad particular del sujeto.
- ✓ Intervenciones de Creatividad se sostienen en el valor agregado e intangible de los objetos que se producen,
- ✓ Intervenciones de Autogestión y Gestión favorecen la autogestión en distintos niveles de profundidad, que no son excluyentes.
- ✓ Intervenciones de Participación ⁽⁵⁾: en diferentes áreas, de producción, legislativos y administrativos, a través de los canales de expresión y representación correspondientes.

Estas intervenciones, aunque en coexistencia con diferentes discursos (médico, social, jurídico), arrojan luz sobre la lógica del asistido transversalizando y ejerciendo potencia sobre las dimensiones individual, grupal y comunitaria de los sujetos. Apuntan a restablecer la lógica del ciudadano, tanto para el usuario del emprendimiento como para el técnico en salud mental, ya que ambos participan de la creación y/o transformación a pequeña escala de un espacio social.

Es posible entonces, señalar una lógica de pensamiento presente, que se refleja en el modo de analizar y concebir el problema de la salud mental, y que se puede identificar con el llamado paradigma de la complejidad ⁽⁶⁾. Dicho paradigma propone asumir la complejidad del ser humano como constitutiva y propia de su naturaleza e integrar las múltiples dimensiones que lo componen.

Para concluir señalamos que intervenir terapéuticamente sobre la vulnerabilidad de los sujetos requiere pensar y diseñar estrategias sanitarias con capacidad para responder a las necesidades y demandas de cada persona generando sentido material y simbólico dentro del espacio terapéutico; a la vez que modalidades de abordaje que incidan tanto en las condiciones materiales que colocan a un sujeto en la zona de vulnerabilidad como sobre aquellas interpretaciones y vivencias subjetivas que los mismos presentan sobre dichas condiciones.

Esto requiere de un perfil profesional que nos sitúe capaces de posicionarnos con plasticidad frente la diversidad y la complejidad y así actuar en función de los parámetros planteados para la construcción de ciudadanía, la transformación del estigma y la generación de modelos innovadores de atención.

Estos diez años de recorrido trajeron con ellos la construcción y el reconocimiento de modalidades particulares, que se plantearon como posibles porque todos los involucrados en la “escena terapéutica” nos dimos la oportunidad, la reflexión y las herramientas para hacer viable el tránsito hacia ese horizonte propio... aunque no por ello menos compartido.

Referencias Bibliográficas en el Texto:

¹ **Domínguez Lostaló**, "¿Es necesario encerrar? Alternativas al control social institucional punitivo - represivo" - Cuadernos del Caleuche - Universidad de la Plata, 1996-

² **Robert Castel**, “La dinámica de los procesos de marginalización: de la vulnerabilidad a la exclusión”, Espacio Institucional 1.Ed. Lugar 1991

³ **Rita Martínez Antón**, “La Actividad y la Ocupación”- publicado en Rev. Terapia Ocupacional Materia Prima, n° 14 – 2000

⁴ **Delguidice – Cogliati**, apuntado en “Jardines de Abel: deconstrucción del manicomio en Trieste” D. Barros - EDUSP – 1994 – pag. 96

⁵ **Robirosa y otros**, en “Turbulencia y Planificación Social”, Ed. Siglo XXI, 1992, p.19.

⁶ **E. Roger Ciurana**. Cfr. en “Complejidad, Cultura y Solidaridad” en apuntes de clase 1- Cátedra Abierta de Solidaridad, Prof.: Oscar García, UNSM, 2005. p30.

**USO DEL TIEMPO LIBRE EN NIÑOS DE 9 A 11 AÑOS,
DE NIVEL SOCIOECONÓMICO MEDIO-BAJO DE
SANTIAGO DE CHILE**

**SILVIA GÓMEZ LILLO¹
RODRIGO SEPÚLVEDA²
M. INÉS CRUZAT³
JOSEFINA EMHART³
LORETO OVIEDO³
DANIELA CANTILLANA³**

2007

¹ Terapeuta Ocupacional, Licenciada en Ciencia de la Ocupación, Académico de la Escuela de Terapia Ocupacional, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

² Antropólogo. Académico Escuela de Terapia Ocupacional, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

³ Terapeuta Ocupacional, Universidad de Chile

USO DEL TIEMPO LIBRE EN NIÑOS DE 9 A 11 AÑOS, DE NIVEL SOCIO – ECONÓMICO BAJO, DE SANTIAGO DE CHILE

Silvia Gómez Lillo, Rodrigo Sepúlveda.

M. Inés Cruzat, Josefina Emhart, Loreto Oviedo, Daniela Cantillana

Resumen:

Los Terapeutas Ocupacionales históricamente hemos estado interesados en la relación ocupación – salud, en que se incluyen conceptos tales como adaptación ocupacional, contribución al desarrollo y repercusiones en el bienestar y la calidad de vida.

Esta investigación, que corresponde a un estudio transversal descriptivo, contribuye a la comprensión de cómo se configuran las ocupaciones en los niños (as) y de que manera están determinadas por el sistema en que se desenvuelven. Se seleccionan 5 colegios de nivel socioeconómico medio- bajo de una comuna de Santiago, de acuerdo a la clasificación del Ministerio de Educación, y se aplica una encuesta a todos los niños de 4º año básico (121) y a sus padres (85); posteriormente se realizan talleres para conocer las perspectivas y significado del Tiempo Libre a 40 de estos niños.

Los objetivos planteados fueron: conocer las ocupaciones que realizan los niños en sus rutinas diarias, identificar actividades de Tiempo Libre y el contexto en que ellas se realizan, observar diferencias de género y el significado que se le otorga a estas actividades. Las respuestas tanto de los niños como de los padres muestran que el juego es la actividad que más realizan, seguidos de ver televisión y conversar. Las madres reportan como actividad de tiempo libre las tareas del hogar, pero las niñas las reportan como trabajo.

Llama la atención el desconocimiento de los padres sobre la rutina diaria de sus hijos, ya que si bien hay coincidencia en el tipo de actividad que los niños realizan, no hay concordancia en el tiempo empleado en ellas.

Palabras clave: ocupación, tiempo libre, juego, medio ambiente, educación

Introducción

En la historia de la disciplina, los Terapeutas Ocupacionales hemos tratado de profundizar nuestra comprensión del inter juego entre los seres humanos, su medio ambiente y las ocupaciones en las que se involucra. Hoy día, con el desarrollo de la Ciencia de la Ocupación, este interés se ha acentuado. En esta búsqueda se torna relevante observar como, en cada etapa del desarrollo, las denominadas “áreas de desempeño ocupacional” poseen diferentes características, cobran distinta importancia, se relacionan con las habilidades que tiene cada persona, y con los roles que debe satisfacer, con relación a las expectativas del medio ambiente en que se desenvuelve y el contexto del momento.

En la segunda infancia, etapa a abordar en esta investigación, el juego es fundamental. Mediante él el niño (a) refuerza y adquiere nuevos aprendizajes, socializa, se desarrolla, descubre nuevos aspectos del medio y sus preferencias. A su vez el juego desarrolla en el niño (a) diferenciaciones de significado entre las distintas tareas diarias.

Lo anterior refuerza entonces, la necesidad de tener una visión clara y orientadora con relación a las actividades que realiza el niño (a) en su tiempo libre; se debe incluso comprender más allá y visualizar el impacto de las actividades de la rutina en su desarrollo. Además, como profesionales preocupados de la ocupación, es nuestro deber conocer como éstas interactúan, influyéndose unas con otras, y como el contexto se torna determinante en la calidad y repertorio de las ocupaciones, siendo la situación de pobreza un escenario que puede llegar a dificultar el desarrollo de actividades que permitan obtener los beneficios ya mencionados .

Considerando la importancia de lo expuesto se realiza esta investigación, tomando como muestra colegios que se caracterizan por el nivel socio – económico bajo de su población.

El objetivo general fue “describir el uso del tiempo libre en niños (as) de 9 a 11 años, de colegios de nivel socio - económico bajo”. Para ello se contemplan los siguientes objetivos específicos:

- conocer las ocupaciones que realizan los niños (as)
- identificar las actividades realizadas por los niños (as) durante su tiempo libre
- conocer el significado que le otorgan los niños (as) al tiempo libre
- describir el contexto del tiempo libre en el cual se desenvuelven los niños (as)
- describir la diferencia por género en el uso del tiempo libre de los niños (as)

Revisión de la literatura

Ocupación:

La definición de ocupación que fue tomada como referente para esta investigación, es la de Carlson & Clark (2001) que dice:

“ocupaciones son las actividades que comprometen nuestra experiencia vital y pueden ser nombradas por la cultura, puesto que no todas las formas de hacer son ocupación”

Esta definición fue seleccionada porque el objetivo de estos autores no es ofrecer una definición hermética, sino diferenciarla de otras formas de hacer. Ellos ven la ocupación como un proceso significativo para la persona que la realiza, intencional y conscientemente ejecutada.

La configuración de las ocupaciones en los niños, sujetos en nuestro estudio, está influenciada de muchas y cambiantes formas. Ellos constantemente se ven involucrados en sistemas ocupacionales que son nuevos y ante los cuales viven procesos de aprendizaje intensos. Las ocupaciones van creciendo en número a medida que adquiere habilidades, a través de ellas el niño (a) se integra a su medio y adquiere conciencia de participación. Por lo tanto, a través del análisis de sus ocupaciones podemos descubrir formas de participación y de interconexión entre un ser en desarrollo y su ambiente.

Tiempo Libre:

Se seleccionó la definición de Parham & Fazio (1997) que dice.

“actividad no obligatoria, motivada intrínsecamente y en la que uno se involucra en un tiempo discreto, esto es, en un tiempo no destinado a ocupaciones obligatorias tales como trabajo, autocuidado o sueño”.

El Tiempo Libre puede estratificarse al igual que el Trabajo, para demostrarlo citaremos los vecindarios, descritos por Kozol (1991, 1995) que se ubican en áreas invadidas por la pobreza, el delito, abandono y abuso, en la forma de industrias e incineradores contaminantes. En algunos casos los padres temen dejar que sus hijos jueguen fuera de casa por los altos índices de violencia y delitos en el vecindario. Las restricciones económicas impuestas cuando se vive en la línea de la pobreza proporcionan poco lugar para juguetes, juegos, o lujos como lecciones de música o deportes

Por este motivo en nuestro estudio, es necesario considerar las implicancias socio –culturales las que ejercen influencia discriminatoria en nuestra sociedad especialmente en niños y jóvenes. Esta influencia tiene importancia ya que, según Joan Battle (1997) de la calidad de tiempo libre que se le ofrece a niños (as) y jóvenes dependerán más adelante la calidad de sus soluciones humanas, los vínculos sociales que han de establecer, y de forma clara, la capacidad de adaptación y a la vez de transformación y desarrollo de un entorno social y cultural que ha de hacer posible la diversidad y la diferencia con más libertad, justicia y solidaridad que supere las desigualdades socioculturales y económicas.

En los niños (as) el juego y las actividades lúdicas están fuertemente relacionadas con el tiempo libre. Ellos aprenden y se desarrollan a través de actividades lúdicas. El juego les ayuda a aprender y a adquirir habilidades de socialización

Juego:

Huizinga (1972), lo define como una acción o actividad voluntaria que se desarrolla sin interés material, realizada dentro de ciertos límites fijos de tiempo y espacio, según una regla libremente consentida, completamente imperiosa, provista de un fin en sí mismo y acompañado

de sentimientos de tensión y alegría. A través del juego se desarrollan distintas habilidades, las cuales les permiten desempeñarse de manera más efectiva en su contexto. Así, el juego contribuye al desarrollo físico, intelectual, afectivo, social o relacional, emocional y moral.

Los niños estudiados en esta investigación, generalmente se encuentran cursando 4° grado de educación primaria y están en una etapa que se caracteriza por el desarrollo de destrezas y por ser una etapa de crecimiento centrada en explorar. La relación con los padres cambia, iniciándose un proceso gradual de independencia y autonomía, aparece el grupo de pares como referente importante, el cual se constituirá en uno de los principales ejes del desarrollo del niño en esta etapa.

.El juego se caracteriza por ser con reglas, en donde se requiere resolución de problemas y pensamiento abstracto, como juegos de computadora, cartas y juegos de mesa. A esta edad el niño (a) tiene hobbies, y muestra preferencia por deportes organizados, juego cooperativo, en que el énfasis es puesto en las habilidades y en ganar. El juego de los niños suele diferenciarse del de las niñas por ser más brusco, vigoroso con patadas, luchas, volteretas, forcejeos y persecución, así los niños tienden a ser más violentos y agresivos que las niñas (J. P Turner & Gerval, 1995) De esta manera, los niños dedican más tiempo a la organización de deportes y tiempo libre no estructurado (ABS, 2003; Maudin & Meeks, 1990) y las niñas mayor cantidad de tiempo a actividades culturales supervisadas por adultos y actividades no estructuradas como artes y manualidades (ABS, 2003; Carpenter C. J., Huston A. C. & Spera L, 1989)

Metodología

El estudio se orientó a la exploración del uso del tiempo libre en niños y niñas de 4° grado de educación primaria, cuya edad va de 9 a 11 años, desde la perspectiva de la Ciencia de la Ocupación. Se utilizaron técnicas cuanti y cualitativas, para dar cuenta de las dimensiones del objeto de estudio que implicaron el abordaje estandarizado del uso del tiempo de libre, a través de una encuesta aplicada a los padres y a los hijos; así como la exploración del significado del tiempo libre para los niños (as) a través de talleres lúdicos grupales.

La encuesta permitió dimensionar las diversas actividades de tiempo libre que realizan los niños (as) tanto dentro como fuera la escuela. Las preguntas buscaban establecer qué actividades realizaron los niños (as) el día anterior, incluyendo la horas en que se levantaron y acostaron, las actividades que realizaron durante los recreos escolares, además de los contextos y actividades después de la escuela. La encuesta a los padres se orientaba a triangular las preguntas consultadas a los niños (as) por lo que abordaron las mismas dimensiones.

Los talleres lúdicos se orientaron a explorar en forma cualitativa el significado del juego y el tiempo libre para los niños (as). Se diseñó una dinámica lúdica que permitió conocer la representación que tienen los niños sobre el tiempo libre a través de la conversación grupal.

La muestra de los sujetos encuestados alcanzó un número de 121 niños y niñas y 85 padres quienes fueron contactados en 5 escuelas correspondiente a un nivel socioeconómico bajo de la comuna de Independencia, en la ciudad de Santiago de Chile. Los talleres lúdicos que rescataban información cualitativa se aplicaron a los mismos niños (as) encuestados.

Los datos cuantitativos fueron analizados, relacionando las diferentes variables a través del software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Finalmente los resultados de la encuesta fueron complementados con el resultado del levantamiento de información cualitativa.

Resultados:

La aplicación de los instrumentos diseñados para la consecución de los objetivos de estudio fue el que se detalla a continuación, y que se refiere a las respuestas de los niños (as). Las respuestas de los padres muestran diferencias que serán comentadas más adelante. Cabe hacer notar que las respuestas son multi opción, por lo tanto los porcentajes marcan la cantidad total de niños que marcó esa opción sin excluir a esos niños (as) del resto de porcentajes de un mismo gráfico.

Objetivo planteado
Conocer las ocupaciones (obligatorias) que realizan los niños

Áreas de ocupación	Día de semana	%	Fin de semana	%
AVD	Llegar de colegio a hacer la pieza	38,7	Hacer la pieza	42,9
	Llegar a cuidar hermanos	25	Hacer aseo de la casa	10
	Llegar a hacer aseo	10,2	Preparar el almuerzo	1,4
Estudios	Jornada escolar 8 hrs/5hrs*		Hacer tareas	41,1
trabajo	Hacer tareas	73		
	Trabajar después de colegio	2,2	Trabajar	5,7
			Ayudar a padres en trabajo	25,7

*jornada escolar completa y media jornada escolar respectivamente

Objetivo planteado
Identificar las actividades realizadas por los niños (as) en su tiempo libre

actividades	Día de semana	%	Fin de semana	%
Actividades de Tiempo Libre y Juego	Jugar a la pelota después de colegio	22,6	Jugar antes de almuerzo	71,4
	Jugar Play Station después de colegio	36,5	Salir con padres antes almuerzo	35,7
	Ver TV después de colegio	59,1	Jugar después almuerzo	48,6
	Ir a video juegos	13,9		
	Jugar a pelota en recreo	36,5	Salir después almuerzo	48,6
	Conversar en recreo	34,3	Jugar a la pelota	37,1
	Jugar escondidas en recreo	16,8	Jugar Play Station	35,7
	Jugar pillarse en recreo	36,5	Ver televisión	54,3
	Jugar taca-taca en recreo	13,1	Ir a video juegos	20

Objetivo planteado
Describir el contexto del tiempo libre en el cual se desenvuelven los niños (as)

Contexto	Día de semana	%	Fin de semana	%
Contexto físico	Jugar en la casa	67,9	Jugar en la casa	64,3
	Jugar en la calle	20,4	Jugar en la calle	52,9
	Jugar en casa de amigo/ vecino	23,4	Jugar casa de amigo/vecino	30
Contexto social	Jugar con amigo	46,7	Jugar con amigo	70
	Jugar con papá	13,1	Jugar con papá	38
	Jugar con mamá	11,7	Jugar con mamá	10,5
	Jugar con hermano(a)	55,5	Jugar con hermano(a)	51,4
	Jugar solo	16,1	Jugar solo	21,4
	Jugar con mascota	17,5	Jugar con mascota	25,7

Objetivo planteado
Describir la diferencia por género en el uso del Tiempo Libre en los niños (as)

	Niños	%	Niñas	%
Día semana	Jugar a pelota después de colegio	39,2	Jugar a pelota después de colegio	0
	Jugar Play Station después de colegio	41,8	Jugar Play Station después de colegio	29,3
	Ver televisión después colegio	51,9	Ver TV después de colegio	69
	Ir a video juegos	17,7	Ir a video juegos	8,6
	Jugar a pelota en recreo	60,8	Jugar a pelota en recreo	3,4
	Conversar en el recreo	29,1	Conversar en el recreo	41,4

	Jugar escondidas en recreo	15,2	Jugar escondidas en recreo	19
	Jugar al pillarse en recreo	27,8	Jugar al pillarse en recreo	48,3
	Jugar taca-taca en recreo	12,7	Jugar taca-taca en recreo	13,8
Fin de semana	Jugar antes de almuerzo	76,5	Jugar antes de almuerzo	68,6
	Salir con padres antes de almuerzo	44,1	Salir con padres antes de almuerzo	28,6
	Jugar después de almuerzo	79,4	Jugar después de almuerzo	71,4
	Salir después de almuerzo	41,2	Salir después de almuerzo	51,7
	Jugar a la pelota	70,6	Jugar a la pelota	5,7
	Jugar Play Station	50	Jugar Play Station	22,9
	Ver televisión	50	Ver televisión	60
	Ir a video juegos	32,4	Ir a video juegos	8,6

Objetivo planteado
Conocer el significado que le otorgan los niños (as) al Tiempo Libre

Taller de recolección de datos cualitativos	La capacidad de introspección observado en los niños (as) es bajo, lo que se relaciona con el nivel socioeconómico a que pertenecen Presentan dificultad para lograr generalizar el significado del juego, haciendo referencia constante de las actividades que para ellos presentan mayor valor Asignan gran importancia a las actividades de Tiempo Libre, refiriendo que ellas les reportan alto grado de satisfacción y placer al momento de ejecutarlas, les permiten despejarse de la rutina y exigencia escolar y les permite compartir con sus compañeros, entre otras
---	---

Organización de la rutina diaria:

Está determinado por la hora de ingreso a sus respectivas escuelas en los días de semana y por la dinámica familiar los fines de semana. En los días de semana, los niños (as) que comienzan su jornada escolar en la mañana, concentran las horas de levantarse entre las 6 y 7 mientras los que tienen jornada de tarde inician su rutina después de las 8 y en su gran mayoría entre las 10 y 11 AM. Contrastando esta información con la hora en que los niños (as) se acuestan, podemos determinar que las horas de vigilia son 14. Con relación al género, las niñas se levantan una hora antes que los niños. Por otra parte los padres opinan que sus niños se acuestan más temprano y levantan una hora antes de lo que éstos declaran.

Los niños que asisten a colegios de jornada escolar completa, juegan más con miembros de su núcleo familiar, en cambio los que asisten a jornada escolar de tarde, juegan más con amigos

Los niños (as) con jornada escolar completa, finalizan ésta a las 16 horas y el resto de sus actividades termina entre las 21 y 22 horas. En cambio los niños que asisten por la tarde al colegio finalizan su jornada a las 19 horas por lo que sus actividades escolares, de la vida diaria y de tiempo libre son desarrolladas después de esa hora, terminando su rutina, en su mayoría, a las 24 horas. Lo anterior tiene un impacto que, en el caso de las actividades de tiempo libre, modifica el tipo de actividad, con quien las hacen, y el contexto en que se realizan.

Con relación al tipo de actividad realizada, en las niñas se observa ausencia de componentes motores en sus juegos y alto componente de interacción social, en los niños se observa más componentes motores pero menor interacción con otros. En ambos grupos muestran preferencia por actividades en que esté implícita la tecnología

Discusión

Prácticamente en todas las actividades se observan diferencias entre la información entregada por los niños y por sus padres. Esto podría deberse a que los padres no están presentes en el momento que los niños (as) inician y desarrollan su rutina, o podría ser por la sensación de sentirse evaluados, lo que provocaría seleccionar aquellas alternativas que indiquen, según ellos, un mejor comportamiento evitando así algún tipo de cuestionamiento en relación a su preocupación por sus hijos. La diferencia de criterio se observa principalmente con relación a las niñas, lo que podría estar indicando que las niñas son más autónomas. El desconocimiento

Incluye tipo de actividades, intensidad y lugar en que se realizan.

Llama la atención que la actividad de tiempo libre más común seleccionada por los niños, y la segunda en importancia por las niñas, sea jugar Play Station, que es un dispositivo electrónico de alto costo, lo que reflejaría la alta valoración por el grupo familiar que lo posea, por lo que los padres lo adquirirían como algo útil o necesario. Por otra parte, esta actividad tiene gran componente tecnológico y no hay interacción directa con otro. Las niñas seleccionan como mayoritarias actividades con menos nivel de complejidad y que tampoco requieren interacción.

En la rutina del fin de semana, previo y después de almuerzo, la actividad de juego es la que realiza la mayor cantidad de niños (as), por lo que se considera una actividad significativa en ellos, además los niños son capaces de considerarla y recordarla en su rutina, lo que quedó de manifiesto en los talleres lúdicos. El mayor porcentaje de niñas que realiza actividades del hogar indicaría, nuevamente, las diferencias de género como factor influenciado por el encuadre social. Las niñas perciben este tipo de actividades como trabajo, mientras que sus padres las catalogan como de tiempo libre. Los niños (as) a esta edad perciben las tareas del rol, como jugar, trabajar, estudiar.

Un hecho destacable es que en esta edad se espera un juego social cooperativo y de pensamiento abstracto, pero el grupo encuestado se caracteriza por realizar actividades de bajo componente motor y alta interacción tecnológica. Este resultado puede estar asociado a una probable disminución de actividades al aire libre, lo que disminuye las posibilidades de desarrollo motor de los niños (as) y podría disminuir la sociabilidad de éste

Luego del análisis de los resultados obtenidos se destaca la necesidad de educar a los padres sobre la importancia del juego y de una buena y variada selección de actividades de tiempo libre de manera que éstas influyan positivamente en todos los aspectos del desarrollo, en el bienestar y en la calidad de vida de los niños (as).

Referencias bibliográficas:

1. Papalia D.E., Wendkos Olds S., Duskin Feldman. R. "Psicología del desarrollo de la infancia a la adolescencia. 9ªEd. 2002. Editorial Ma Graw Hill. México
2. Real Academia Española (RAE). Diccionario de la Real Academia Española, consultado el 15 de Abril del 2006. www.rae.es
3. Perez Arroyo M. "Uso del tiempo libre en adolescentes de las unidades educativas de Cerrito Blanco y San Vicente de Paul de la ciudad de Barquimeto". 2003
4. Humphry R. "Explicating the Dynamics of Developmental. Young Children Occupation". AJOT 2002; 56, 2: 171-179
5. Larson E., Zemke R. "Lives: the social coordination of occupation". Journal of Occupational Science. 2002; 10, 2: 80-89
6. Lawton MC. "The significance of being occupied: The social construction of childhood occupations. AJOT. 2003; 57, 4: 424-434
7. Stagnitti K., Unsworth C. "The importance of pretend Play in Child Development: An Occupational Therapy Perspective". British Journal of Occupational Therapy 2000; 63: 121
8. UNICEF Convención de los Derechos de los Niños (homepage). Consultada el 15 de noviembre de 2005. www.unicef.cl
9. Yepes R. "La reflexión de lo Lúdico". Cuaderno de Anuario Filosófico Universidad de Navarra. Serie Universitaria. 1996

Volver a la Escuela: Una puerta de entrada

Este trabajo pretende compartir nuestra experiencia profesional en el Programa “Volver a la Escuela”, implementado desde la Secretaría de Estado de Promoción Comunitaria de la Provincia de Santa Fe, iniciado en el año 2004.

El programa está destinado a adolescentes de 14 a 18 años de edad, que estén en riesgo social, hayan abandonado la escuela o estén en riesgo de hacerlo. Su propósito es la reinserción y/o prevención de la deserción del adolescente en el sistema escolar.

La intervención de Terapia Ocupacional, se sustenta en el Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional¹ y la Carta de Ottawa (1986).²

Este ofrece y demanda al adolescente la participación ocupacional en el ámbito escolar, en encuentros psicoeducativos y actividades socio-recreativas, y asigna a 600 adolescentes una beca estímulo mensual.

Los objetivos de carácter promocional y estrategias de intervención se dirigen a los adolescentes, las familias y las redes comunitarias.

Se abordaron 1500 adolescentes aproximadamente en los tres años. Se incrementaron los niveles de asistencia y permanencia escolar en el tercer año de participación.

Es posible favorecer la inclusión socioeducativa interviniendo desde “afuera” del ámbito escolar, abriendo puertas en los entornos familiares, comunitarios y en otras áreas ocupacionales, que fortalezcan el rol de estudiante.

Este trabajo pretende compartir la experiencia profesional en un programa denominado “Volver a la Escuela”; el cual es impulsado por la Secretaría de Estado de Promoción Comunitaria de la Provincia de Santa Fe, y operativizado en los Centros de Desarrollo Zonal (C.D.Z.) ubicados en barrios marginales de la capital desde el año 2004, donde formamos parte de equipos multidisciplinares.

“Puede pensarse que todo programa o proyecto constituye un conjunto de instrumentos que operan e implementan distintos modelos imaginarios que atienden a la ciudadanía...”³.

El programa “Volver a la Escuela” está destinado a 600 adolescentes de 14 a 18 años de edad, que hayan abandonado la escuela o estén en riesgo de hacerlo y que presenten

¹ American Occupational Therapy Association. 2002. “Occupational Therapy Practice Framework: Domain and process”. De American Journal of Therapy Occupational. Vol. 56. Number 6.

² OMS. 1986. “Carta de Ottawa para la promoción de la salud”. (Canadá).

³ S. Duschatzky (comp). 2000. “Tutelados y asistidos. Programas sociales, políticas públicas y subjetividad”. Editorial Paidós SAICF (Argentina). P. 24

indicadores de riesgo o vulnerabilidad social. Su propósito principal es la reinserción y prevención de la deserción del adolescente en el sistema escolar formal o no formal.

Para el o la adolescente, incluirse en el programa le ofrece y le demanda, la participación en: centros educativos o de formación laboral, talleres psico-educativos, actividades socio-recreativas y el beneficio de una beca estímulo de \$50 mensuales. Para la asignación bimestral de la beca debe cumplimentar con la asistencia escolar y de los talleres grupales.

Este programa nos facilita el ingreso a las familias del barrio y a las organizaciones comunitarias, generando los vínculos de confianza que permiten la incorporación a la red barrial.

Los adolescentes que abordamos atraviesan por difíciles situaciones de vida, entre las cuales podemos mencionar: paternidad – maternidad precoz, grupos de convivencia con violencia, abandono del tutor, cirujeo, mendicidad, acceso fácil a las drogas, convivencia con el delito, exigencia de ser proveedor de aporte económico al hogar, estigmatización, discriminación, fracaso escolar, indocumentación, escasas o nulas ofertas de entornos físicos y sociales que les permitan la participación ocupacional plena, entre otros.

La política social de nuestro sector de trabajo prioriza las acciones promocionales para esta franja poblacional. Considerando el Marco de Trabajo para la Práctica Profesional del T.O., y en adhesión a la Carta de Ottawa (1986) procuramos que a través de nuestra intervención, las personas puedan tomar decisiones y tener el control sobre sus propias decisiones vitales; por esto nos propusimos que los adolescentes puedan desarrollar: a) valores, intereses y comportamientos acordes a sus roles ocupacionales y familiares; b) actitud crítica reflexiva frente a situaciones de la vida cotidiana; c) habilidades de afrontamiento y modificación de los entornos. Reconocer y aprovechar oportunidades de los ambientes para la satisfacción ocupacional. Encontrar-se, pertenecer y participar en grupos sociales. Que los grupos familiares y / o de convivencia puedan apoyar a los adolescentes en sus objetivos y cumplir con su rol de responsables de su desarrollo pleno. Que la comunidad pueda brindar espacios de inclusión y participación social “para” y “con” los adolescentes.

Las T.O. nos desempeñamos en el rol de coordinación técnica del programa y en su ejecución, realizando consultorías individuales y familiares, planificación y coordinación de talleres y actividades socio-recreativas, coordinaciones con organizaciones, seguimiento escolar, promoción y organización de proyectos comunitarios, entre otras funciones.

Los requerimientos formales del programa se constituyeron inicialmente en un abanico de oportunidades de intervención impensadas, la presentación de la documentación personal del adolescente y de un responsable para el cobro de la beca, implicó abordar las cuestiones objetivas y subjetivas de la identidad personal, los vínculos familiares y la red barrial. Les exigió trasladarse del barrio al centro, poner en práctica habilidades de procesamiento y comunicación, ejerciendo derechos y deberes de ciudadano.

Los encuentros grupales, en primera instancia, fueron propuestos desde nuestros supuestos y primeras evaluaciones, a medida que los adolescentes fueron apropiándose de estos espacios, las temáticas y dinámicas de los talleres cobraron su propia identidad en cada grupo barrial. Así, en los diferentes grupos se abordaron diversos temas relacionados a la salud, los lazos afectivos, roles familiares y de pareja, el valor de la educación y el rol de estudiante, valores y habilidades personales y comunitarios para la resolución de problemas, organización y participación comunitaria, entre otros.

Las personas que viven en la pobreza, no solo sufren las carencias o faltas materiales y económicas sino que también las restricciones de los entornos, limitan las perspectivas de desempeño. Los estigmas que encontramos en las familias de estos adolescentes, las escuelas y parte de la sociedad, nos llevaron a realizar otras estrategias de trabajo para poder flexibilizar y permitir el acceso de estos jóvenes en estos contextos.

En los tres años de trabajo han participado un número aproximado de 1500 adolescentes, es decir que podemos distinguir, un grupo que desde hace más de un año continúa su proceso de inclusión socio educativa; otro que ya lo ha alcanzado y prescinde de la beca económica como estímulo, pero que aún así continúa participando; y un tercer grupo, que no ha podido y/o elegido incluirse en el sistema educativo.

En el año 2006, sobre el 90% del total (600 adolescentes), los promedios de asistencia escolar fueron: muy buena 63%, buena 18%, regular 9%, dejó de concurrir 10%. Advirtiéndose que en el segundo semestre del año estas dos últimas categorías se triplicaron por múltiples factores: incremento de las exigencias escolares versus dificultades para afrontarlas, desequilibrio en la rutina diaria por el receso invernal, posibilidades de trabajar, entre otros.

Más allá de estos resultados cuantitativos, lo valioso fue el proceso que todos los participantes han realizado, cada uno lo transitó conducido por sus propias motivaciones, intereses, encontrando-se o no con lo que vino a buscar, los desafíos, los límites, las

oportunidades. Los adolescentes, al aumentar su participación ocupacional en las actividades del programa, incrementaron su compromiso en actividades escolares, del hogar, sociales.

El objetivo de inclusión educativa en este caso, fue abordado desde el “afuera” del ámbito escolar, convocamos en las calles, las organizaciones del barrio, nos introducimos en las redes familiares y comunitarias, para así entrelazar al adolescente y la escuela, para tratar de lograr el mutuo reconocimiento y valoración. A través de este trabajo hemos podido vivenciar, que no solo se puede abordar el rol de estudiante desde un ámbito educativo, sino que desde el propio ámbito comunitario de la persona y ofreciendo ocupaciones significativas en otras áreas ocupacionales.

Los programas sociales, más aún para quienes en su vida han sido asistidos por su condición de pobreza estructural o heredada, son portadores de políticas y representaciones sociales, demarcan y subjetivizan a quienes se relacionan en estos, configuran entornos de participación ocupacional. El desafío es trabajar para que también puedan ser puertas de entrada para la promoción humana.

Palabras Claves:

Adolescentes. Inclusión Socio educativa. Comunidad.

Referencias Bibliográficas

American Occupational Therapy Association. 2002. “Occupational Therapy Practice Framework: Domain and process”. De American Journal of Therapy Occupational. Vol. 56. Number 6.

E. Crepeau, E. Cohn, B. Schell. 2005. “Willard & Spackman. Terapia Ocupacional”. Editorial Médica Panamericana S.A. (España).

S. Duschatzky (comp). 2000. “Tutelados y asistidos. Programas sociales, políticas públicas y subjetividad”. Editorial Paidós SAICF (Argentina).

M. Krichesky (comp.) 2005. “Adolescentes e inclusión educativa. Un derecho en cuestión”. Editorial Noveduc – Fundación SES. (Argentina).

OMS. 1986. “Carta de Ottawa para la promoción de la salud”. (Canadá).

Un recorrido histórico del concepto de Salud y Calidad de vida a través de los documentos de la OMS

Autor. Elisabeth Gómez Mengelberg

Resumen del trabajo:

Introducción: Hace 59 años y en tiempos de posguerra 61 estados gobiernos “con el fin de cooperar entre ellos y con otros en la promoción de la salud de todas las personas”. Crean la Organización Mundial de la Salud organismo especializado dentro de la Carta de las Naciones Unidas. La conformación de la OMS representó la culminación de los esfuerzos de cooperación internacional en materia de salud que comenzaron hace casi 150 años.

Entró en vigencia en 1948. En la actualidad los Estados Miembros que la componen son 191 siendo la República Argentina uno de ellos.

La OMS señala las pautas a seguir por sus estados miembros y es referente permanente de los mismos a la hora de establecer las políticas que adoptarán.

Método: Mediante documentos fundamentales emitidos por la OMS a lo largo de estos 59 años realizo un recorrido histórico sobre el concepto de salud y de calidad de vida, que esta organización nos propone, y como se fueron entrelazando.

Asimismo menciono el único instrumento internacional de la OMS de medición de calidad de vida el WHOQOL, logrado con la colaboración y aporte de distintos grupos culturales que realizaron la construcción de esta escala.

La revisión de la noción de calidad de vida bajo un vértice antipositivista y la priorización de la propuesta del rescate del subjetivismo, revierte hacia un cuestionamiento de la actual definición de salud toda ella basada en evaluaciones externas “objetivas”.

Las intervenciones en salud, dirigidas a modificar la calidad de vida de los pacientes deben someterse a procedimientos que permitan determinar subjetiva y objetivamente el mejoramiento de la calidad de vida,

Conclusiones señalo las posibilidades que brinda el tomar a la calidad de vida como un concepto orientador.

Palabras claves:

Organización Mundial de la salud- Salud- Calidad de vida- subjetividad- Medición

Introducción:

El concepto de calidad de vida que desarrolla la OMS es definido en 1996 en Ginebra en el Foro Mundial de la Salud, como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y sistema de valores en el que vive y con respecto a sus objetivos, expectativas, estándares e intereses". Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y las relaciones con las características sobresalientes del entorno. Esta definición pone de manifiesto el criterio que afirma que la calidad de vida se refiere a una evaluación subjetiva, con dimensiones tanto positivas como negativas y arraigada en un contexto cultural, social y ambiental.

¿Que es la calidad de vida? La calidad de vida es la percepción que tienen las personas de que sus necesidades están siendo satisfechas, o bien que se les están negando oportunidades de alcanzar la felicidad y la autorrealización con independencia de su estado de salud, o de las condiciones sociales económicas.

El objetivo de mejorar la calidad de vida junto con la prevención de una mala salud evitable, ha cobrado cada vez mayor importancia en la promoción y el cuidado de la salud. Esto es especialmente importante en relación con la satisfacción de las necesidades de las personas de edad avanzada, los enfermos crónicos, los enfermos mentales, los enfermos terminales, y los discapacitados.

La OMS ha tomado la iniciativa para desarrollar un instrumento que mida la calidad, de vida dado que se ha ampliado el enfoque de medir la salud, mas allá de los tradicionales indicadores de salud tales como mortalidad y morbilidad, sino que incluya mediciones para el impacto de la enfermedad, el deterioro de las actividades de la vida diaria y de las conductas. Por lo tanto medir la calidad de vida de los sujetos (OMS1991)

Las escalas de medición de la calidad de vida que ya se utilizaban en los Estados Unidos y en Inglaterra no resultaron útiles al intentar administrarlas en otros grupos culturales.

Debido al avance de un modelo cada vez mas biomecanicista de la medicina que aboga mayormente por la erradicación de la enfermedad y sus síntomas, se volvió imprescindible la introducción de un elemento humanístico en la atención de la salud que complete el panorama, ya que se le pregunta al sujeto acerca de la percepción de su satisfacción en relación con sus necesidades.

La OMS al desarrollar una herramienta que permita evaluar la calidad de vida, no pretende medir los síntomas, enfermedades o discapacidades sino que evalúa los efectos percibidos de la enfermedad y de las intervenciones del equipo terapéutico sobre la salud repercutiendo en la calidad de vida del sujeto.

Para tal fin se creo el WHOQOL único instrumento internacional de la OMS de medición de calidad de vida, logrado con la colaboración y aporte de distintos grupos culturales que se comprometieron y realizaron la construcción de esta escala. Han identificado 6 extensas áreas que describen aspectos fundamentales de la calidad de vida en todas las culturas un área física, un área psicológica, el nivel de independencia, las relaciones sociales, el entorno y las creencias personales espirituales.

El constructo del concepto de calidad de vida ha estado tradicionalmente asociado al de enfermedad y concebido como la relación entre las consecuencias de la enfermedad, las debidas al tratamiento y las experiencias subjetivas (síntomas, funcionamiento físico, funcionamiento emocional, funcionamiento social).

Han surgido otros enfoques en la investigación de la calidad de vida, por ejemplo los centrados en el estudio de la satisfacción global del individuo con la vida y la sensación general de bienestar.

Es posible considerar a la calidad de vida como un constructo multidimensional que podría operacionalizarse a partir de la suma de cada una de las dimensiones relevantes que conforman la vida del individuo.

Podríamos decir también que los indicadores sociales de más frecuente uso sobre la calidad de vida cuando son analizados inducen a preguntarnos si no se estará midiendo la irradiación de patrones de vida generados en sociedades industriales avanzadas sobre otras. Desafortunadamente resulta frecuente comprobar que la conceptualización de la calidad de vida es reducida a los aspectos socioeconómicos de nivel de vida (un indicador económico y objetivo) que al de la noción psicológica de calidad de vida .

La revisión de la noción de calidad de vida bajo un vértice antipositivista y la priorización de la propuesta del rescate del subjetivismo, revierte hacia un cuestionamiento de la actual definición de salud toda ella basada en evaluaciones externas “objetivas”.

Se podría decir que no se puede hablar de calidad de vida sin preguntarle al sujeto

La calidad de vida es una variable que permite dilucidar los efectos esperados e inesperados de los programas de salud, permite que su índice sea utilizado para establecer la magnitud de un posible cambio y las intervenciones terapéuticas que se practiquen.

Mientras los indicadores tradicionales de la salud se basan en la mortalidad de las poblaciones, el interés por la calidad de vida, se basa en considerar cómo vive la gente sus problemas de salud y cómo se pueden intentar corregir estos para que consigan llevar una mejor calidad de vida.

Al poner todas las enfermedades y los problemas de salud en un pie de igualdad con independencia de su causa. Una persona puede verse imposibilitado de realizar su cotideaneidad por una angina de pecho, pero también a causa de una depresión. Este enfoque coloca a los trastornos mentales al mismo nivel que las enfermedades físicas y ha contribuido al reconocimiento y documentación de la carga mundial de trastornos depresivos, que es hoy la causa de una mala calidad de vida y es la principal causa de los años de vida perdido por discapacidad en todo el mundo.

Sabemos que los trastornos mentales y sus conductas causan una interrupción masiva en la vida de la persona que lo padece y en sus familias.

Aunque la extensión de la infelicidad y sufrimiento no es mensurable, uno de los métodos para evaluar el impacto de los síntomas es la utilización de los instrumentos creados para determinar la calidad de vida del sujeto.

La OMS ha realizado varios estudios sobre la calidad de vida de las personas que padecen trastornos mentales y concluyen que el impacto negativo no sólo es considerable sino que se mantiene a través del tiempo.

Estos estudios revelan que la calidad de vida continúa siendo insatisfactoria después de su estabilización, y la insatisfacción es la resultante de la problemática que atraviesa el factor social e incluye la continuidad del estigma y la discriminación.

Que a mayor tiempo de hospitalización mayor empobrecimiento de la calidad de vida en comparación con aquellos que padecen de estos trastornos pero viven la comunidad.

El impacto sobre la calidad de vida no se limita a los trastornos metales severos; la ansiedad y los ataque de pánico tienen un efecto mas que considerables en el nivel psicológico afectando la calidad de vida de las personas.

Las intervenciones en salud, dirigidas a modificar la calidad de vida de los pacientes deben ser sometidas, siempre que sea posible a procedimientos que permitan determinar subjetiva y objetivamente el mejoramiento de la calidad de vida.

Conclusiones:

El tomar a la calidad de vida como un concepto orientador permite:

- Orientar la transformación y los cambios de los sistemas sociales de salud y educativos en función de las necesidades que manifiestan las personas.
- Mejorar la eficacia de las prácticas profesionales a través de la medición y control de los avances.
- Adquirir un lenguaje común para las personas, los profesionales, los investigadores, los gestores y los políticos.

- Que la asignación de recursos, sea en función del mejoramiento de la calidad de vida de las personas.

Bibliografía:

- A.A.T.O.-1992 “Libro del Segundo Congreso Argentino y Primer Simposio Latinoamericano”- Compilación de trabajos presentados de varios autores- (Buenos Aires).
- Andrew,F.M. y Withey,S,B. 1976 “Social indicators of Well-being Americans’ percepcions of life quality”,
- Baker,F.Intagliata,J. (1982) “Quality of life in the evaluation of community support systems. Evaluation and Programme Planing.” Ed. Plenium (USA) 5-69-79
- Bonicatto,S,Soria.J.J.(1998) “Los instrumentos de calidad de vida de la organización mundial de la salud” Ediciones CATA (buenos Aires)
- Bonicatto,S, Zaratiegui,R y otros (2000) Evaluación de calidad de vida en pacientes con depresión mayor: predictibilidad de los niveles de severidad, Acta Psiquiátrica Psicológica de América Latina- Vol.46 4: pag.318 a 324.
- Caron,Jean.Tempier,R.Mercier,C (1999) Componentes del soporte social y de la calidad de vida en enfermos mentales severos, individuos de bajos ingresos y población en general, Boletín asociación Madrileña de rehabilitación psicosocial- N°10-11- Año 44
- Corten,P.Mercier,C y (1999) Quality of life ,clinical model for assessment of rehabilitacion treatment in psichiatry, Ed Social Psichiatry y Psichiatry Epidemiology (USA)29-178-183.
- Capozzo, Gómez Mengelberg- Daneri , Terapia Ocupacional, (1997) Multidisciplina , Vertex Revista Argentina de Psiquiatría –Ed Polemos Volumen VIII-N° 27-
- Corrigan,P,W., (199) Enfermedad y discriminación: enfrentando las dos causas de la discapacidad psiquiátrica. vertex-Rev. Arg. .de Psiquiatría. Vol.X:105-110.
- Dubois,J , (1999) La Rehabilitación psicosocial, Boletín de la World Asociation Phicosocial Rehabilitation- Ed wapr- Francia
- Desjarlais.R,Eisenberg.L,Good.B,Kleinman, (1999) “Salud mental en el mundo, Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos” Ed PALTEX)-OPS. (USA)
- -Egri,G ,(1992) “La Rehabilitación en salud mental con base en la comunidad” Libro de la OMS 1998.Editorial OPS- OMS- (Washington)
- Gofin,J,Levav,I,Sarceno,B, (1992) Vigilancia y evaluación en los programas de salud mental comunitaria, Cap. IV- Temas de salud mental en la comunidad- PALTEX Ed- OPS
- Lehman;A,F,(1999) A quality of life interview for the cronically mentally” ill.Evaluation and programing Planning, _11-52-662-Boletín de la Asociación de Rehabilitación Psicosocial de Madrid
- Levav,I ,Temas de salud mental en la comunidad, (1992) PALTEX N°19- OPS.
- Levav,I , (1972) Psiquiatría social .Acta Psiquiátrica y psicológica de América Latina 18:3 –
- Liberan Robert Paul, (1993) Rehabilitación integral del enfermo mental crónico, Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Salud –ED Martínez Roca (España)
- Magallanes Livia. T.O (1997), Evaluación de Terapia Ocupacional: O qué Evaluar Y Cómo Evaluar. Anales del V° Congreso Brasileño de Terapia Ocupacional.

VII Congreso Argentino y
VII Congreso Latinoamericano de Terapia Ocupacional
“Terapia Ocupacional centrada en la Calidad de Vida.
Ideologías, teorías, espacios y prácticas”

Título: Discapacidad severa múltiple: Definición y tratamiento institucional

Autoras: Lic. Silvia Trujillo: Institución: RUCA C.E.T.: Sarmiento 5630; Villa Ballester,
Prov. De Buenos Aires, Te-fax: 4768-1526

Lic. Gabriela Verde: Institución: C.E.R.E.P.: Primera Junta 3337, Ciudad
Autónoma de Buenos Aires, CP: 1406,
Te.-fax: 4612-0414; e-mail: cerep@cerepsrl.com.ar

Cantidad de páginas: ocho (8)

Agradecimientos

Queremos agradecer a la Lic. Liliana Paganizzi, por el apoyo, la guía y el humor.

A los profesionales que compartieron con nosotros su tarea y su mirada.

A nuestras familias, por el sostén y la paciencia.

Resumen

Este trabajo intenta dar una definición lo más ajustada posible de las personas con Discapacidad Severa Múltiple, tomando como ejes el de la Discapacidad Múltiple, que abordamos desde la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) y el de la Discapacidad Severa, que tomamos desde la Medida para la Independencia Funcional (FIM).

Asimismo, realizamos un relevamiento bibliográfico sobre el tratamiento institucional que se les ofrece en países de habla inglesa, habla hispana y en nuestro país.

Proponemos desde Terapia Ocupacional el trabajo sobre la asistencia de mantenimiento persiguiendo el logro de la mayor Calidad de Vida posible.

Palabras clave: discapacidad severa múltiple – tratamiento institucional – gestión en T.O.- calidad de vida – asistencia de mantenimiento

Introducción

Este trabajo surge a partir de una investigación desarrollada en cinco Instituciones no gubernamentales organizadas a manera Centro Educativo Terapéutico, ubicadas en Capital Federal y Gran Buenos Aires, durante el período Enero a Diciembre de 2005.

A lo largo de los años de desempeño profesional, y luego de haber integrado distintos equipos interdisciplinarios, hemos notado que los pacientes con discapacidad severa, que muestran mayor deterioro psíquico y físico, numerosas deficiencias asociadas, con menores posibilidades de establecer algún tipo de demanda y con mayor nivel de dependencia funcional (que en algunos casos deriva en la necesidad de asistencia absoluta), suelen ser excluidos de la mayoría de los tratamientos que la misma Institución brinda a otros pacientes con mayores posibilidades.

La preocupación resultante de estas observaciones sirvió como motor en la búsqueda tanto de material teórico como de experiencias de otros colegas en Instituciones similares.

Siguiendo esta línea, encontramos distintos criterios de abordaje para la atención de las personas con discapacidad severa múltiple desarrollados en otros países.

Hemos observado una tendencia hacia propuestas donde la oferta terapéutica consiste en la desinstitucionalización, especialmente en países de habla inglesa.

Dentro de los países de habla hispana, encontramos en España las Orientaciones para la Buena Práctica, centradas en la calidad de vida y las habilidades adaptativas, teniendo como eje a la persona en primer lugar.

En nuestro país, resultan escasas las consideraciones teóricas sobre los tratamientos que esta franja de pacientes recibe, y más aún la definición misma de este tipo de discapacidad, a diferencia de la abundancia de bibliografía para las discapacidades leves y moderadas.

En función de lo expuesto, intentamos dar una definición lo más ajustada posible de la **discapacidad severa múltiple**.

Para ello tomamos dos ejes: el de la **discapacidad múltiple**, que abordamos tomando la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), y el de la **discapacidad severa**, que tratamos desde el Procedimiento para calificar la Medida de la Independencia Funcional (FIM).

Consideramos que un sujeto con Discapacidad Severa Múltiple es aquel que presenta dos o más deficiencias, en virtud de las cuales su nivel de dependencia funcional es absoluto, requiriendo entonces de asistencia máxima o total.

Asimismo, la severidad de la discapacidad, estará dada también por la gravedad de las deficiencias, que hacen que, en muchos casos, la vida del sujeto se encuentre en riesgo.

Debemos aclarar aquí que, más allá de esta definición general, todos los sujetos a los cuales hacemos referencia en este trabajo, presentan deficiencias a nivel de las funciones mentales globales y específicas, a las cuales se suman una o más deficiencias en alguna de las demás funciones.

Niveles de Intervención

Dentro de la clínica de la discapacidad, trabajamos e intervenimos en los tres niveles de prevención.

La prevención primaria, está constituida por todas las medidas tendientes a reducir la incidencia de deficiencias.

En la prevención secundaria, el objetivo es prevenir o disminuir el desarrollo de una discapacidad una vez instalada la deficiencia.

La prevención terciaria, se trata de aquellas acciones que tienden a evitar que se transite hacia la minusvalía, una vez que se ha producido una discapacidad irreversible. Estas acciones se orientan hacia tres grupos de sujetos: sujetos con índice de recuperabilidad y/o autonomía, sujetos con deterioro y sujetos con pronóstico reservado.

Es posible ubicar también una instancia que va más allá del tercer nivel de prevención, relacionada con los cuidados paliativos. Éstos consisten en la atención activa, global e integral de las personas que padecen una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, con pronóstico de vida limitado y síntomas múltiples, intensos y cambiantes que provocan gran impacto emocional en el enfermo, la familia o en el entorno afectivo. Son sus objetivos principales, el control del dolor y los demás síntomas y el apoyo emocional del enfermo y su familia, buscando bienestar y calidad de vida.

Creemos que nuestra área de intervención en la clínica con personas con discapacidad severa múltiple se encuentra en una franja ubicada entre la prevención terciaria y los cuidados paliativos, donde pretendemos orientar nuestra tarea hacia el logro de la mayor calidad de vida posible.

Calidad de vida y propuesta institucional

Nuestra orientación en el trabajo con sujetos con discapacidad severa múltiple es hacia el logro de la mayor calidad de vida posible, más allá del tipo de Institución que los albergue. Encontramos en los conceptos de Demetrio Casado sobre el mantenimiento de personas en estado crónico de precariedad derivada de deficiencias y discapacidades, una fundamentación válida para nuestra intervención cotidiana en esta clínica.

Se plantea la llamada “asistencia de mantenimiento” como respuesta suscitada por la dependencia. Esta asistencia no concluye con la elección de alguna fórmula de residencia. También deben asegurarse, además de los cuidados personales comunes, otros de carácter sanitario especializado, entre los que deben incluirse como criterio general, la solución de las necesidades de relación, intercambio afectivo y ocio propias de los seres humanos.

En algunos casos, la asistencia de mantenimiento utiliza técnicas propias de la rehabilitación (por ejemplo, la fisioterapia), pero esto no la define por sí misma.

El objetivo de la rehabilitación es la recuperación o complementación de capacidades, mientras que la asistencia de mantenimiento persigue la calidad de vida.

Si, “un sujeto se constituye como tal en relación a encuentros y desencuentros con los otros significativos; en relación a los afectos dados y recibidos, al lugar social que se le asigna y que se le permite ocupar” (1), será de fundamental importancia el lugar que una Institución asigna a sus concurrentes. Qué propuestas se ofrecen, qué oportunidades se brindan.

Conclusiones

A modo de conclusión, nos preguntamos:

¿Estos pacientes están por fuera de los tratamientos porque no pueden, en la mayoría de los casos, establecer demanda desde la palabra? ¿Será que los equipos están fatigados o impotentes frente a estos sujetos? ¿Existe una rehabilitación de primera (que incluye a aquellos pacientes en los que puede observarse alguna mejoría) y una de segunda (para los pacientes crónicos)? ¿Es porque no se espera nada de ellos, que se les limita el tratamiento? La mayor parte de la bibliografía sobre Cuidados Paliativos sólo incluye a las personas con pronóstico de vida limitado. ¿Qué ocurre con estos pacientes que suelen tener una larga sobrevida? ¿Quién se ocupa de ellos?

Nuestra propuesta consiste en una postura crítica frente a nuestro desempeño profesional, para ir más allá de la tarea asistencial y a la vez englobarla.

BIBLIOGRAFIA

“Actas del Octavo Congreso de la Asociación Internacional para el estudio científico de la deficiencia mental” (IASSMD), 1990. Temas Clave en investigación del retraso mental Edición española SIIS. Centro de Documentación e Información, (Madrid), España

Ardid Tomás, Mayo, 2001. Conceptos en Cuidados Paliativos [en línea] <<http://www.paliativos.com>> [Consulta: Marzo de 2005]

(1) **Aznar, Andrea y González Castañón, Diego,** Octubre de 2001. “Autodeterminación y constitución subjetiva. Estudio sobre el imaginario institucional”. Simposio: Autodeterminación y proyecto de vida. Publicado en los Anales del Primer Congreso Argentino sobre el Adulto con Discapacidad Mental, (Buenos Aires)

Blasco, E., Octubre de 2001 “Calidad de Vida y autodeterminación. Reflexiones sobre el programa de acogida en un hogar”, Simposio: Apoyos para adultos con discapacidad mental severa y profunda. Publicado en los Anales del Primer Congreso Argentino sobre el Adulto con Discapacidad Mental (Buenos Aires), Argentina.

“Carta para los años 80”, 1980. Rehabilitación Internacional.

Casado, Demetrio, Febrero de 1991. Panorámica de la discapacidad, C. Casacuberta impresor, (Barcelona), España.

“Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías” (CIDDM-1), 1980 Colección Rehabilitación. Instituto de Trabajo y Servicios Sociales. INSERSO. 3ª edición (Madrid), España.

Organización Mundial de la Salud “Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud” (CIDDM-2), 2001. Borrador Final, Versión completa, Suiza

“Declaración de Cartagena de Indias sobre Políticas Integrales para las personas con Discapacidad en el Área Iberoamericana” 1992, INSERSO

Fainblum A., Abril 2004 “Discapacidad: Una perspectiva clínica desde el Psicoanálisis”, 1ª Edición, Tekné Letras y Páginas Universitarias SRL. (Buenos Aires), Argentina.

Organización de las Naciones Unidas, 1994: “Normas Uniformes sobre igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad”, (Naciones Unidas).

Paganizzi, L., Octubre de 2001 “Centro de Día para adultos con trastorno mental severo. Evaluación de resultados, trabajo preliminar”. Publicado en los Anales del Primer Congreso Argentino sobre el Adulto con Discapacidad Mental, (Buenos Aires), Argentina.

Universidad Estatal de Nueva York “Procedimiento para calificar la medida de independencia funcional” (FIM), Guía para el Conjunto de Datos Uniformes.

Verdugo, M. A. y Schalock, R. L., 2001 “El concepto de calidad de vida en los servicios humanos”. Editorial Amarú, España.

Verdugo, M. A., Octubre de 2001. “Calidad de vida” Conferencia publicada en los Anales del Primer Congreso Argentino sobre el Adulto con Discapacidad Mental, (Buenos Aires), Argentina.

Verdugo, M. A. 1994 “El cambio de paradigma en la concepción del retraso mental: La nueva definición de la AAMR”, Siglo Cero, España.

Las disfunciones neurológicas de la edad adulta y de la vejez y la CIF

Ms. Ciomara Maria Pérez Nunes

*Professora de la Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG – Brasil
E-mail: ciomara_nunes@uol.com.br*

Resumen

Introducción: La formación profesional del Terapeuta Ocupacional relacionada con las disfunciones neurológicas de la edad adulta e vejez es desarrollada por una enseñanza orientada con amplitud e profundidad.

Metodología: El aprendizaje es dado por el raciocinio clínico en el proceso cognitivo donde los terapeutas ocupacionales procesan análisis y síntesis en las decisiones del diagnóstico ocupacional e de la elección de abordajes y procesos de intervención en la búsqueda de una solución de los problemas clínicos y ocupacionales. Para decidir el Terapeuta Ocupacional debe utilizar el método hipotético deductivo relacionado a los objetivos que pretende y la efectividad esperada frente a las alternativas disponibles en las evidencias científicas en el raciocinio clínico.

Resultados: Las informaciones son evaluadas relacionado precisión, relevancia y aplicabilidad en la clínica. Se inicia con el decisivo proceso de evaluación utilizando medidas objetivas y estandarizadas y culmina en la elección de los procedimientos. A partir del análisis de los resultados de las evaluaciones funcionales los casos clínicos son el recurso didáctico que propicia, al mismo tiempo, la adquisición de conocimiento y la formación profesional.

Conclusión: Nuestro objetivo es presentar la intervención clínica de la Terapia Ocupacional en las disfunciones neurológicas de la edad adulta y vejez a partir de los componentes de la salud organizados por la Clasificación Internacional de Funcionalidad, Discapacidad y Salud – CIF, de Organización Mundial de la Salud – OMS.

Palabras claves: disfunciones neurológicas; CIF; raciocinio clínico.

Presentación

Las disfunciones neurológicas de la edad adulta y vejez se mantienen en los primeros lugares de morbilidad y de mortalidad en el Brasil y e en el mundo, a pesar de los avances del conocimiento etiológico, de la difusión de informaciones, de las políticas de promoción de la salud y prevención de enfermedad, de la evolución en las técnicas de intervención y de control clínico, medicinal y quirúrgico, e de los procedimientos para la recuperación y la rehabilitación. La Terapia Ocupacional actúa directamente en todas las dimensiones de la atención a la salud dirigida a las funciones y a las disfunciones neurológicas a través de la formación profesional desarrollada por la enseñanza orientada en amplitud y con profundidad. Para tomar una decisión el Terapeuta Ocupacional debe utilizar el método hipotético deductivo relacionado a los objetos pretendidos y a la efectividad esperada de acuerdo con las alternativas disponibles dada por las evidencias científicas.

Las informaciones utilizadas para tomar una decisión clínica, que pueden obtenerse de la metodología de la práctica que se basa en las evidencias – PBE, son evaluadas tomando en

cuenta su precisión, notabilidad y aplicabilidad en la clínica. Se Inicia con el proceso decisivo de evaluación utilizando para ello medidas objetivas y estandarizadas y que culmina con la elección de los procedimientos de intervención inmediatos y de largo plazo, del cuidado de la persona debido a las intervenciones socio-ambientales y en las anticipaciones del proceso de reinserción comunitaria. A partir del análisis de los resultados de las evaluaciones funcionales en diferentes disfunciones neurológicas y etapas de evolución, los casos clínicos son el recurso didáctico que propicia, al mismo tiempo, la adquisición de conocimientos y la formación profesional.

El objetivo de este trabajo es presentar a la intervención clínica de la Terapia Ocupacional en las disfunciones neurológicas de la edad adulta y vejez tomando en cuenta los componentes de la salud organizados por la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud – CIF, de la Organización Mundial de la Salud – OMS como es dado en las clases prácticas de la Terapia Ocupacional de la Universidad Federal de Minas Gerais – UFMG.

Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud – CIF

Después de cinco años de la publicación por la CIF las discusiones sobre los modelos de intervención de la Terapia Ocupacional y la clasificación aumentaron. Para la Terapia Ocupacional comienzan a aparecer registros de insuficiencia en la CIF relacionados al significado de la experiencia subjetiva y de la autonomía en las pequeñas realizaciones cotidianas, además de cierta restricción de la CIF con relación a la captura de la participación variada en diferentes papeles socio-familiares.

El análisis de la integración entre los conceptos y terminologías de la CIF y de tres de los modelos de Terapia Ocupacional: Model of Human Occupation – MoHO; Occupational Performance Model (Australia) - OPM(A) Canadian Model of Occupational Performance – CMOP, muestra un paralelismo conceptual significativo con la clasificación de la OMS. Las pocas excepciones entre los conceptos de los modelos de la Terapia Ocupacional y de la CIF son: ‘sensación de espacio’ del OPM(A), ‘habitación’ o percepción de proximidad a la experiencia del ambiente del MoHO y el concepto de ‘descanso’ o ‘reposo’ que suscito diferentes interpretaciones entre los modelos. El estudio concluye que los terapeutas ocupacionales tienen contribuciones importantes para los equipos multidisciplinares con la adopción de la CIF porque, adicionan elementos y dimensiones detalladas al modelo global de la OMS del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud. Es de consenso, no obstante, el avance del concepto de salud de la CIF, ahora tan próximo de la perspectiva conceptual y de los modelos de la Terapia Ocupacional – el concepto de salud de la CIF es hoy la concepción de la salud que direcciona la Terapia Ocupacional a lo largo de su historia. Esta proximidad conceptual requiere atención en la

utilización de la nomenclatura correcta y apropiada, cuanto se adopta uno de los modelos teóricos de la Terapia Ocupacional, o cuando se utiliza la CIF como referencia.

Este trabajo es parte del primer dominio de la CIF, en el que las funciones del cuerpo pueden ser atacadas por afecciones neurológicas, para contextualizar el funcionamiento y la discapacidad en las actividades y en la participación, considerando el ambiente y incluyendo las estructuras del cuerpo. La nomenclatura utilizada es exclusivamente de la CIF y son recomendables la lectura y la familiaridad con la clasificación para un mejor aprovechamiento de las informaciones desarrolladas en este capítulo.

1. Funciones mentales globales y específicas

1.1 Funciones mentales globales

Entre las funciones mentales globales, las funciones de la conciencia como la obnubilación mental, estupor y coma acompañan los acometimientos súbitos como el Traumatismo Cráneo Encefálico – TCE y, en casos graves, el Accidente Vascular Cerebral –AVC, este último con un diagnóstico con mayores índices de morbilidad y de mortalidad. La incapacidad de interacción con el ambiente decurrente de las disfunciones de conciencia y orientación afectan todas las actividades y la participación. Las evidencias en la literatura muestran que la rehabilitación cognitiva en las disfunciones después del TCE y AVC es substancial y incluye estrategias diferentes en la organización y los detalles, así como énfasis distintas, algunas veces en direcciones específicas de una u otra disfunción cognitiva, otras veces globales, para discapacidades de memoria, atención e comunicación. El análisis comparativo de los procedimientos de intervención apuntan a un beneficio diferente y efectivo favorable a las estrategias de entrenamiento de las actividades descompuestas en etapas secuenciales y jerárquicas para alcanzar la funcionalidad a través de la participación.

1.2 Funciones mentales específicas – memoria

Entre las funciones mentales específicas, la memoria es una función comúnmente afectada cuando ocurren acontecimientos neurológicos, ya sea por un corto periodo, y también se pueden asociar deficiencias de atención, funciones de cálculo, de la experiencia personal con el tiempo a las funciones cognitivas superiores. Las evidencias de la literatura científica son diferentes e difusas con relación a las estrategias de los programas de memoria después del AVC con mejores

resultados para los programas de sollicitación de memoria simple que es aplicada a los problemas cotidianos. Envuelven una práctica repetitiva de las actividades con una exigencia de la memoria y disminución progresiva de los recursos adaptables apuntando una mejora significativa en el desempeño específico de las actividades entrenadas, no obstante, con pocas evidencias sobre la memoria del control funcional y generalización en el uso de las adquisiciones en la participación.

1.3 Funciones mentales específicas – lenguaje

Las funciones mentales específicas incluyen también el lenguaje donde las disfasias e afasias, tanto motoras o de expresión del lenguaje, así como las sensitivas o de recepción del lenguaje, presentan gran impacto de participación en las interacciones interpersonales y fácilmente provocan el aislamiento de la vida comunitaria, social y cívica por discriminación social y por ser confundidas con limitaciones cognitivas o demenciales, particularmente en las afasias de recepción del lenguaje. Las evidencias científicas mostraron que el entrenamiento de los símbolos lingüísticos concretos puede promover la adquisición del lenguaje, ser mantenidos y generalizados en casos de anomia cuando la intervención es consistente y la continuidad orientada. Los resultados de las evidencias en las investigaciones realizadas muestran la adquisición y la manutención bien realizada de palabras entrenadas, sin embargo, sin ninguna generalización de las palabras no entrenadas. La generalización debe ser programada dentro de la asociación de actividades concretas del cotidiano en un procedimiento continuo, en vez de la desistencia o lamentación de los profesionales con relación a la ineficacia de las intervenciones de corto plazo.

2. Funciones sensoriales de la visión, de la audición e del aparato vestibular

2.1 Funciones vestibulares

Las funciones sensoriales de la visión y de la audición requieren entrenamientos especializados de profesionales de la salud, inclusive de terapeutas ocupacionales, y ambientes adaptados que raramente ocurren en centros de rehabilitación y ambulatorios generales de atención a las personas con disfunciones neurológicas y, por lo tanto, no serán abordados en este capítulo. Por otro lado, las funciones vestibulares que envuelven el sentido de las posiciones, del equilibrio y del movimiento acompañan a las ataxias y a otras disfunciones cerebelares, también aparecen como alteraciones de la sensibilidad cinético-postural y propioceptivo como discapacidades asociadas. En Esclerosis Múltiple – EM, en la enfermedad de Parkinson – DP y en el TCE son comunes las discapacidades de andar y de mantener el sentido de movimiento, así como en el síndrome de la negligencia que acompaña a los AVCs principalmente para ultrapasar la línea media corporal en múltiples actividades y

en la movilidad. Las consecuencias son el riesgo grave de caídas y deficiencia para mantener la alineación postural, movilidad y principalmente, desplazamiento y alcance de objetos.

2.2 Funciones sensoriales – dolor

Las alteraciones de las funciones sensoriales relacionadas con la temperatura y otros estímulos nociceptivos son deficiencias comunes en la mayoría de las disfunciones neurológicas y deben ser incorporadas todas las posibilidades de estimulación directa en todas las etapas de la intervención, además del abordaje adaptable de la utilización de la visión como estrategia compensatoria para el funcionamiento en la participación con menor posibilidad de riesgo de accidentes perforo-cortantes y quemaduras.

3. Funciones de los sistemas cardiovascular e respiratorio – fatiga

Las alteraciones cardíacas, vasculares e de presión sanguínea son las causas mas frecuentes de acometimientos neurológicos por AVC y merecen atención especial durante el proceso de intervención de la Terapia Ocupacional. Las funciones respiratorias implican la capacidad de tolerancia a los ejercicios que es determinada tanto por la capacidad aeróbica así como por la resistencia física general y a la fatiga, este síntoma que produce incapacidad en enfermedades degenerativas como a EM, DP y la Esclerosis Lateral Amiotrófica - ELA.

Las evidencias no tan substantivas apuntaban para la necesidad de diseños metodológicos mas eficaces y estudios de largo plazo con alternativas variadas de orientación, intervención educativa y acompañamiento de las técnicas de conservación de energía, hasta la presentación del abordaje de auto-eficiencia - Self-Efficacy demostrando que SEPECSA – auto-eficiencia en la ejecución y evaluación de las estrategias de conservación de energía es confiable y válida para EM.

4. Funciones neuromusculoesqueléticas y las relacionadas con el movimiento

Las funciones neuromusculoesqueléticas ciertamente son las mas enfatizadas durante la formación del terapeuta ocupacional, talvez por ser también las discapacidades mas visibles y, aparentemente, el de mayor impacto en el funcionamiento, datos no confirmados en las

evidencias que registran equilibrio de todas las discapacidades entre las disfunciones neurológicas y confirman la prevalencia de los diagnósticos del AVC entre los acometimientos.

4.1 Funciones relacionadas con la movilidad de las articulaciones – ortesis

Las discapacidades en la movilidad de las articulaciones, como la movilidad carpo-metacarpiano y metacarpo-falangiano, de hecho, acompañan la inmensa mayoría de los atendimientos de la Terapia Ocupacional, generalmente como consecuencia del desuso por paresias, parálisis, alteraciones del ton muscular o dolor. Los recursos de la tecnología asistida y las ortesis, junto con los procedimientos del FNP y la quinesioterapia son algunas de las opciones de las modalidades de intervención siendo que, sea en fases finales de recuperación del control motor como consecuencia de los AVCs, ellos permanecen como un desafío en la manutención de las funciones relacionadas a la movilidad de las articulaciones y de las amplitudes de los movimientos en las actividades y participación dificultadas por alteraciones del ton muscular y de la discapacidad del control pleno de los movimientos voluntarios. La eficacia en la utilización de las ortesis no pudo ser comprobada principalmente por la asociación de procedimientos, sin embargo, hubo una mejora en la funcionalidad, permaneciendo poca dificultad para vestirse y alimentarse, en ambas actividades que recurren a la manipulación bimanual.

4.2 Funciones relacionadas al control de los movimientos voluntarios

La deficiencia en el control voluntario de los movimientos es caracterizada por la presencia de los movimientos globales, no selectivos o movimientos en masa, acompañada de alteraciones en las funciones del ton y de las sensaciones con impacto en las actividades de la movilidad y del miembro superior en alcance y prensión que alcanzan participación total. El control de los movimientos voluntarios es sinónimo de capacidad de control selectivo de los movimientos, de la recuperación y desenvolvimiento de habilidades. No obstante que todas las técnicas de intervención se propongan los mismos objetivos, ya sea que basadas en preceptos y

informaciones diferentes como la evolución neurológica, son adecuadas para el desenvolvimiento de la destreza y de habilidades en las actividades, desempeño y participación y, por lo tanto, deben ser consideradas en el proceso de decisión de la intervención, no obstante las evidencias aún sean escasas.

Consideraciones Finales

Las disfunciones neurológicas de la edad adulta y de la vejez ocupan un lugar preponderante en la formación del terapeuta ocupacional, generalmente es un contenido que se desarrolla lentamente a lo largo de las estructuras curriculares, tanto por la complejidad como por la amplitud, y principalmente por la dificultad de los académicos para la asociación de las diferentes técnicas y tecnologías de evaluación y de intervención debido a la necesidad eminente del raciocinio clínico y de la práctica basada en la evidencia. La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud – CIF orienta la organización de muchas facetas del conocimiento y facilita el aprendizaje.

Referencia Bibliográfica

*NUNES, Ciomara M.P. A Terapia Ocupacional e as disfunções neurológicas da idade adulta e velhice: CIF em casos clínicos. In: DRUMMOND, Adriana F. & REZENDE, Márcia B. **Intervenção Clínica em Terapia Ocupacional**. Belo Horizonte (MG), Editora UFMG, in prelo. 2007.*

**.Rehabilitación de personas con Trastornos Adictivos.
Lic. Liliana Paganizzi, T.O.
Proyecto Atuel. Asoc. Civil. Correa 2520 CP 1429 CBA. 011 45424380
Paganizzi com.ar. Fax 011 47028739**

Notas sobre la .Rehabilitación de personas con Trastornos Adictivos.
Lic. Liliana Paganizzi.

Este trabajo procura aportar una forma de pensar la participación de la Terapia Ocupacional en el tratamiento de las personas con trastornos adictivos en dispositivos ambulatorios realizados por voluntad del concurrente.

Las estrategias de trabajo se encuadran en conceptos actuales de la Rehabilitación psicosocial, se propone la Instrumentación del CIF (Clasificador Internacional de estados de salud y discapacidad) y se reconoce como escenario clínico el campo de tratamiento de los impulsos.

Planteamos la rehabilitación de las personas con trastornos adictivos cuando el consumo de la sustancias produce limitaciones en el desempeño de las áreas principales de la vida.

La evaluación y seguimiento de las mismas nos permite ampliar los criterios de éxito del tratamiento más allá del binomio consumo –abstinencia que con razón corresponde al punto de vista médico y por cierto no alcanza a representar los posibles logros alcanzados en Rehabilitación

Bibliografía.

Clasificación Internacional del Funcionamiento, la discapacidad y la salud. OMS Ginebra Suiza. 2001, disponible en www.who.ch/icidadh. (2002).

David Puchol Esparza. La adicción a las drogas : Claves biológicas, psicológicas y sociológicas.

Disponible en Internet en www.interpsiquis.com. (2005)

-Temas en Salud Mental en la Comunidad. La Rehabilitación en Egri_Salud Mental con base en comunidad. . Serie Paltex. Cuaderno técnico nro. 19. OPS. OMS. Washington 1992.

Rehabilitación – Trastornos adictivos- CIF. Clasificador internacional de Funciones.

Introducción.

Este trabajo procura aportar una forma de pensar la participación de la Terapia Ocupacional en el tratamiento de las personas con trastornos adictivos en dispositivos ambulatorios realizados por voluntad del concurrente.

Las estrategias de trabajo se encuadran en conceptos actuales de la Rehabilitación psicosocial, se propone la Instrumentación del CIF Clasificador Internacional de estados de salud y discapacidad y reconoce como escenarios clínico el campo de tratamiento de los impulsos.

1. Generalidades de los trastornos adictivos

Se trata aquí a los Trastornos Adictivos como un fenómeno de naturaleza multicausal, interactiva, compleja y multidimensional.

La Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE (1992) define la Adicción como “Un patrón de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognitivas, en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el más alto valor.”

El escenario clínico trata de las personas que padecen de escaso control de los impulsos., conductas de riesgo (actuaciones fuera de límites sociales/ marginales a ley) rápido deslizamiento de la palabra a la acción. Escasas herramientas para anticipar y/o planificar.

2. Notas sobre la evolución del concepto de Rehabilitación.

La Rehabilitación inaugura en la Argentina en la década de los '50 se centra en el mejoramiento de la funcionalidad del lisiado, funcionalidad que se ve afectada por alguna enfermedad neuromotora de carácter crónico.

A partir de los años '80 la OMS redefine la Rehabilitación y la plantea como una estrategia de salud “...uso combinado de medidas médicas, educativas y sociales que procuran la mayor participación posible de la persona minusválida” (CDDM, 1997).

Por los años '90 y a consecuencia de los movimientos de desinstitucionalización de los asilos psiquiátricos iniciados por los años 70 en Europa comienza a desarrollarse en la campo de la salud mental el concepto de **Rehabilitación** ahora **Psicosocial**. La **Rehabilitación Psicosocial** se redefine así misma como una estrategia de salud que trata sobre la recuperación de los derechos de las personas que padecen alguna discapacidad. Se recupera el carácter **transitorio** de la discapacidad. Las consecuencias de una enfermedad sobre la capacidad de realizar actividades puede ser móvil, fluctuante y esta es una diferencia crucial entre la rehabilitación de trastornos neuro motores y los trastornos de

origen psicosocial .Al hablar de Rehabilitación en el campo de las Adicciones nos referimos hoy día a la estrategia de salud que hace un uso combinado de medidas médicas, educativas y sociales que colaboren en la reducción de las consecuencias que provoca el consumo abusivo de sustancias.

3. ¿El sujeto de la rehabilitación: lisiado, discapacitado o minusválido u otro?

Los conceptos de discapacidad, minusvalía y aún el de deficiencia son utilizados de aun hoy de manera indistinta. “Legos” y “doctos” nos encontramos atravesados por una representación social de la Discapacidad en la que el logo de la silla de ruedas ha dejado de ser un signo para “ser” la discapacidad misma. Persiste aún la rehabilitación de los años 50: del lisiado que a causa de una enfermedad neuromotora tiene un problema, no puede ni podrá caminar. La consecuencia de la enfermedad es definitiva.

Desde 1980 la OMS propone la reconsideración de conceptos claves en Rehabilitación a través del Clasificador Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalía (CDDM), de uso actual en nuestro país. (**Discapacidad** a la restricción que padece un sujeto para realizar actividades acordes a su edad y sexo en un determinado contexto cultural social. **Deficiencia** señala la pérdida o ausencia de una estructura (física, psíquica o sensorial). **Minusvalía** situaciones de desventaja que un sujeto padece según el contexto cultural social en el que vive

Recientemente la OMS (Organización Mundial de la Salud) promueve un nuevo clasificador denominado Clasificador Internacional del Funcionamiento (CIF) que pretende valorar positivamente (y no por su carencia) estos conceptos fundamentales. La palabra clave es **limitación** y se valoran las **estructuras**, la **actividad**, la **participación** y los **factores contextuales** .Estos componentes son evaluados según su severidad: una limitación desde leve hasta severa .

Así pensamos en la Rehabilitación de una persona con Trastornos Adictivos cuando el nivel de consumo se torna prioritario provocando limitaciones en distintas áreas de su vida

4. ¿Qué evaluar? ¿Para qué?

Las limitaciones en el desempeño de distintas áreas de la vida de una persona con trastornos adictivos dan cuenta de la intensidad de su alianza con una sustancia.

Proponemos el estudio y utilización del CIF Clasificador Internacional de Funciones como herramienta de evaluación y seguimiento de las limitaciones en Componente Actividad y Participación cuyos dominios abarcan distintos aspectos de la vida. (1 .Aprendizaje y

aplicación de los conocimientos; 2. Tareas y demandas generales: llevar a cabo tareas sencillas o complejas, organizar rutinas 3. Comunicación; 4 Movilidad; 5. Cuidado personal; 6. Vida doméstica; 7. Interacciones Personales; 8.Áreas principales de la vida: educación, empleo y 9. Vida Comunitaria, cívica y social: participación en actividades sociales y cívicas.

En síntesis.

Planteamos la rehabilitación de las personas con trastornos adictivos cuando el consumo de sustancias produce limitaciones en el desempeño de las áreas principales de la vida.

La evaluación y seguimiento de las mismas nos permite ampliar los criterios de éxito del tratamiento más allá del binomio consumo –abstinencia que con razón corresponde al punto de vista médico y por cierto no alcanza a representar los posibles logros alcanzados en Rehabilitación.

Bibliografía

-Yamilet Corona Carnero; Leonides Díaz Fernández; Ricardo Núñez Sevajanes
Caracterización de la población con riesgo de adicción en la comunidad.

Disponible en Internet en www.interpsiquis.com. (Octubre 2006)

-David Puchol Esparza. La adicción a las drogas: Claves biológicas, psicológicas y sociológicas. Disponible en Internet en www.interpsiquis.com. (2005)

-Mejores Prácticas. Alcoholismo y Toxicomanía. Tratamiento y Rehabilitación. Cáp. 1. Eficacia de Modalidades de tratamientos específicos. Ministerio de Salud de Canadá.1999. Disponible en Internet en www.csc-csc.gc.ca. (2005)

-Toxicomanías y Adolescencia. Realidades y consecuencias. Comp. Gutiérrez Baró. Aneira Riba. Cáp. Toxicomanía: conceptualización. Bandera Rosell. L Habana 1999.

-Temas en Salud Mental en la Comunidad. La Rehabilitación en Salud Mental con base en comunidad. Egri. Serie Paltex. Cuaderno técnico nro. 19. OPS. OMS. Washington 1992.

-Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Colección Rehabilitación. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 3era. Edición 1997. Madrid.

-Clasificación Internacional del Funcionamiento, la discapacidad y la salud. OMS Ginebra Suiza. 2001, disponible en www.who.ch/icidh. (2002)

PROGRAMA DE ESTIMULACION SENSORIAL Y MOTORA.
EVALUACION Y TRATAMIENTO DE PACIENTES EN ESTADO
VEGETATIVO Y ESTADO DE MINIMA CONCIENCIA.

Autores: Lic. Melania Ron; Lic. Juliana Abalo, Lic. Verónica Cremonte

Institución: Fundación para la Lucha de Enfermedades Neurológicas Infantiles FLENI.

Sede Escobar. Ruta 9 Km 52.5B1625XAF Bs. As. Argentina. E-mail mron fleni.org.ar

Resumen

Introducción y objetivos: Presentar el programa de estimulación sensorial y motora (PES y M) , desarrollado para la atención de pacientes en estado vegetativo (EV) y estado de mínima conciencia (EMC). Una de las herramientas básicas para la implementación de este programa es contar con una batería objetiva y estandarizada de evaluaciones. Este abordaje esta basado en una mirada centrada en el paciente y la familia.**Métodos:** Pacientes en EV o ECM de 1-6 meses de evolución. Han recibido 4 hs de tratamiento diario, con una modalidad de abordaje interdisciplinario (T.O, TF, fonoaudiología y enfermería) .El PES y M tiene como objetivos optimizar la recuperación del estado de alerta, a través de la estimulación sistemática de todas la modalidades sensoriales, prevenir la deprivación sensorial, preservar el cuadro motor y capacitar a la familia . Las evaluaciones utilizadas son: Coma Recovery Scale- revised (Johnson), Disability Rating Scale (DRS) y Glasgow Outcome Scale Extended (GOS-E), las cuales permiten realizar de forma objetiva el diagnostico clínico del paciente y su evolución. **Resultados:** En el PES y M han participado 58 pacientes desde el 2001 al 2006, 31 fueron secuela de Traumatismo Encéfalo Craneal (TEC), 23 pacientes con TEC han emergido del EV y MC, 8 persisten en EV o EMC. De los pacientes que emergieron, al seguimiento luego de los dos años el 25% retomaron alguna actividad laboral, según la GOS-E obtuvieron un nivel de Buena Recuperación Baja.

Conclusiones: Pensar en programas específicos de tto con evaluaciones estandarizadas que faciliten el diagnostico clínico de esta población de paciente es necesario para efectivizar los programas de rehabilitación, orientar a la familia en relación al pronostico y evolución de estos pacientes priorizando la calidad de vida de los mismos y sus familiares

Introducción:

En los últimos años ha ido aumentando de forma significativa el número de pacientes en los centros de rehabilitación, que permanecen en EV y EMC como secuela de traumatismo de cráneo.

Uno de los aspectos relevantes a tener en cuenta en la atención de estos pacientes es poder determinar el nivel de funcionamiento con respecto a su conexión con el medio, para eso hacemos referencia de las definiciones:

- *Coma*, se define como un estado en el cual el paciente no responde a ningún tipo de estímulo, permanece con los ojos cerrados y no presenta ciclos sueño-vigilia.
- En el Estado Vegetativo (EV) permanece conservada la capacidad de alternar entre la vigilia y el sueño, pero no existe conciencia de sí mismo, ni del entorno.
- El estado de Mínima Conciencia (EMC), cuya reciente definición clínica involucra un mínimo estado de conciencia de uno mismo o del entorno en forma no consistente, debe presentar al menos un comportamiento que manifieste presencia de conciencia. Este ocurre inconsistentemente pero puede ser reproducido o sostenido por un tiempo largo para ser diferenciado de un comportamiento reflejo.

Diferentes trabajos de investigación sostienen la importancia de contar con un adecuado programa de estimulación, teniendo en cuenta diferentes factores tales como una estimulación estructurada, así como la participación activa de la familia en el proceso de rehabilitación.

Desarrollo

Para la atención de esta población de pacientes hemos desarrollamos el *Programa de Estimulación Sensorial y Motora (PES yM)*. Este programa tiene como objetivos optimizar la recuperación del estado de alerta, a través de la estimulación sistemática en todas la modalidades sensoriales (visual, auditiva, propioceptiva, táctil, olfatoria, gustativo y oro facial de forma graduada), prevenir la privación sensorial, preservar el cuadro motor, realizar cuidados posicionales, capacitar a la familia en el cuidado y estimulación del paciente.

Durante el periodo 2001 al 2006 en FLENI han participado en el *Programa de Estimulación Sensorial y Motora (PES yM)* , 58 pacientes, 31 de los cuales fueron secuela de Traumatismo Encéfalo Craneal (TEC).

Los pacientes que son admitidos en este programa deben presentar las siguientes características:

-pacientes con secuela de TEC cuyo nivel de respuesta en la escala Rancho los Amigos es del I al IV.

- menos de tres meses de evolución desde la injuria cerebral.

- mayores de 18 años.

-paciente clínicamente estable.

Los pacientes reciben 4 hs. de tratamiento diario a cargo del equipo de profesionales, respetando los periodos de descanso.

El abordaje se realiza en forma interdisciplinaria, participando en un mismo ámbito de trabajo, un terapeuta físico, una fonoaudióloga, un terapeuta ocupacional y un enfermero; siendo uno el mínimo de pacientes y tres el máximo. También contamos con profesionales en psicología y psiquiatría quienes están a cargo de las clínicas psicoeducacionales. El equipo médico esta conformado por un neurólogo, un fisiatra y un neurorehabilitador, que abordan específicamente el tema de la estimulación farmacológica que se va realizando en forma paralela al programa de estimulación sensorial y motora.

Una de las herramientas más importantes del PES y M es la batería de evaluaciones que utilizamos, las cuales nos permiten diferenciar el nivel de respuestas a estímulos y su nivel de conexión con el medio.

Las herramientas mas utilizadas para evaluar estado de conciencia en pacientes con TEC son Glasgow Coma Scale (GCS) y Rancho Los Amigos (LFCS). Otras escalas se han desarrollado con el objetivo de evaluar, en detalle, los comportamientos y respuestas de estos pacientes para poder determinar el estado en que se encuentran y así orientar el programa de rehabilitación.

Con este fin utilizamos la Coma Recovery Scale- Revised donde se evalúa el nivel de respuesta auditiva, visual, motora, comunicación, actividad oral y conexión con el entorno (vigilia), la cual se administra de forma semanal. La evaluación se filma para poder ser observada en otra instancia y así poder valorar de forma objetiva la respuesta del paciente, esta herramienta nos ha permitido ir comparando los cambios mínimos y fluctuantes realizados por esta población de pacientes.

De forma mensual se administra la Disability Rating Scale (DRS) Rappaport: esta escala incluye los ítems de la Glasgow Coma Scale invertidos (apertura ocular, respuesta motora y respuesta verbal), patrones cognitivos sobre autocuidado, nivel global de dependencia y capacidad de reinserción laboral. Resulta no ser sensible a cambios mínimos pero nos permite realizar un seguimiento durante todo el proceso de rehabilitación del paciente. Y la Glasgow Outcome Scale Extended (GOS-E) que nos permite evaluar el estado de conciencia, independencia dentro y fuera del hogar y fuera, retorno al trabajo, actividades

sociales y de esparcimiento, relaciones familiares y amistades así como el retorno a la cotidianidad.

Resultados: De los 31 paciente con secuela de TEC que participaron en el PES y M, 23 han emergido del EV y MC, 8 persisten en EV o EMC.

De los pacientes que emergieron, al seguimiento luego de los dos años del alta de la internación, según la GOS-E el 25% obtuvo un nivel de Buena Recuperación Baja, retomaron una actividad laboral. El 52% presentan un nivel de severa discapacidad alta requieren de supervisión en el hogar. Esto nos llevó a desarrollar una escala que nos permita medir el nivel de supervisión requerido por estos pacientes. Y el 23 % presento un nivel de discapacidad moderada baja, puede permanecer solo en el hogar pero no lograron retomar actividades productivas.

El 70% de los pacientes que persisten en EV y EMC retornaron al hogar con una modalidad de internación domiciliaria, en estos casos se trabajo en el entrenamiento de familiares y cuidadores, las escalas de evaluación utilizadas no mostraron cambios significativos en relación al nivel de conexión con el medio ambiente, permitiéndonos objetivizar el nivel de respuesta de los mismos y así poder orientar a la familia en relación al outcome funcional.

Conclusiones: Pensar en programas específicos de tratamiento con evaluaciones estandarizadas que faciliten el diagnostico clínico de esta población de paciente es necesario para efectivizar los programas de rehabilitación, orientar a la familia en relación al pronostico y evolución, priorizando la calidad de vida de los pacientes y sus familiares.

Palabras Claves:

Programa de Estimulación Sensorial y Motora

Estado Vegetativo

Estado de Mínima conciencia

Outcome funcional

Bibliografía:

- 1- Giacino JT et al. The minimally conscious state: definition and diagnostic criteria. *Neurology*, 2002 Feb 12;58(3):349-53
- 2- Jennet B, Plum F. Persistent vegetative state after brain damage: a syndrome looking for a name. *Lancet*, 1972; i: 734-7.
- 3- Giacino JT, Kezmarsky MA, DeLuca J, Cicerone KD. Monitoring rate of recovery to predict outcome in minimally responsive patients. *Arch Phys Med Rehabil.*, 1991 Oct;72(11):897-901.
- 4- Stephen Mccauley, Julia Hannay and Paul Swank. Use of the Disability Rating Scale recovery curve as a predictor of psychosocial outcome following closed-head injury. *Journal of the international Neuropsychological Society* , 2001 7;457-467.
- 5- Saenz, De Pobes, Bove, Tases, Noguera, Soriano. Terapia Ocupacional en el estado vegetativo y de mínima conciencia: estimulación sensorial. *MAPFRE Medicina*, 2004 vol. 15, N° 2
- 6- Lombardi F, Taricco M, De Tanti A, Telaro E, Libertati A. Estimulación sensorial para individuos con lesión cerebral en coma o estado vegetativo. En: *La Cochrane Library plus en español*. 2002.
- 7- nathan Zasler, Jeffrey Kreutzer, Donald Taylor. Coma Stimulation and recovery. *Neurorehabilitation* 1991,3 33-40
- 8-Jennett. The Vegetative State. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2002;73:355-356
- 9- Giacino, Trott. Rehabilitative management of patients with Disorders of consciousness. *Head Trauma Rehabilitation* 2004, Vol 19, 262-273.
- 10- Jhon White, Di Pasquale. Assessment of command following in minimally conscious brain injured patients. *Arch Phys Med rehabilitation*. 1999; Vol 80 .
- 11- Wood, Wnkowski, Miller. Evaluating sensory as a method to improve awareness in patients with altered status of consciousness: a pilot study. *Brain Injury* 1992: vol 6 N° 411-418-
- 12- Rader, Ellis. The Sensory Stimulation Assessment Measure (SSAM) : a tool for early evaluation of severely brain- injured patients. *Brain Injury* 1994 vol, 8 N°309-321.
- 13- Giacino. The vegetative and minimally conscious status: consensus- based criteria for establishing diagnosis and prognosis. *Neurorehabilitation* 2004

- 14-Bekinschtein, Tiberti, Nikilson, Tamashiro, Ron, Leiguarda, Manes. Assessing level of consciousness and cognitive from vegetative state to full recovery. *Neuropsychological rehabilitation*; 2005.
- 15- Hosack, Rocchio. Serving families of persons with sever brain injury in an era of managed care. *Head Trauma Rehabilitation*; 1995.
- 16- Giacino , Kathleen, Whyte The JFK coma Recovery Scale- Revised: Measurement characteristics an diagnostic Utility. *Arch Phys med Rehabil*; 2004, Vol 85
- 17- Ashley, Clark. Long-term follow-up of post-acute traumatic brain injury rehabilitation: a statistical analysis to test for stability and predictability of outcome. *Brain Injury* 1997;11(9):677-690
- 18- Wilson, Pettigrew, Tesdale. Structured Interviews for the Glasgow Outcome Scale and the Extended Glasgow Outcome Scale: Guidelines for their use. *Journal of Neurotrauma*.1998

PROPUESTA DE ACTUACIÓN DE LA TERAPIA OCUPACIONAL CON MUJERES SOMETIDAS A LA CIRUGÍA DE CÁNCER DE PECHO, EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA EN ONCOLOGIA DEL RIO GRANDE DO NORTE

Angela Cristina Galo Dos Santos, Gidyonne Christine Bandeira Silva, **Vanina Tereza Barbosa Lopes Da Silva**.
Universidade Potiguar.

El cáncer de pecho es una molestia común entre mujeres, causando muchas reacciones biopsicosociales. Su tratamiento envuelve quimioterapia y radioterapia agregadas, posteriormente la cirugía. Después la intervención cirujica, la mujer puede presentar cambios en la imagen corporal y sentimientos negativos como indagación y aislamiento. También puede presentar complicaciones como linfedema, limitación de la amplitud de movimiento y adherencia cicatricial, dificultando la realización de las actividades diarias. Este trabajo objetiva la prevención y/o que disminuya las complicaciones después de la cirugía y la rehabilitación biopsicosocial de esas mujeres. Los materiales elegidos para la realización de la pesquisa fueron libros, monografías, artículos, revistas científicas y entrevistas estructuradas, las informaciones fueron analizadas con el método análisis del contenido y fue comprobado que independiente de la cirugía, las mujeres tienen dificultad en realizar las actividades diarias. En este escenario fue elaborada una propuesta de actuación de la Terapia Ocupacional con mujeres cirujiaza por el cáncer. La propuesta fue dividida en dos etapas, una intervención en el hospital enseguida la cirugía con orientaciones y posicionamientos. Y la segunda etapa es la formación de un equipo de mujeres para hacer actividades terapéuticas ocupacionales. Con esta pesquisa fue posible verificar la importancia de la Terapia Ocupacional en la rehabilitación de esas mujeres.

Palabra Clave: Mujeres, terapia ocupacional, cirugía, oncología, cáncer de pecho.

BURKHARDT, A. Oncología. In: PEDRETTI, L. W. Terapia Ocupacional: capacidades prácticas para as disfunções físicas. São Paulo: Roca, 2004. 1033-1043.

BASEGIO, D. L.; SOLDATELLI, M.M. Aspectos psicossociais no câncer de mama. In: BASEGIO, D.L. Câncer de mama – abordagem multiprofissional. Rio de Janeiro, Revinter, 1999, 333-343.

Introducción

La incidencia do cáncer de pecho en las mujeres tiene aumentado en el Brasil en los últimos años. Por regla geral el tratamiento es realizado por meio de la quimioterapia, radioterapia y cirugía. Normalmente son cirugías agresivas, atingido unos de los órganos mas significativos para la mujer, el pecho, alterando su estado funcional, psicológico e social e, consecuentemente, presentando dificultad en la realización das tareas en la casa, en el trabajo e no relacionamiento interpessoal e sexual.

En el contexto, o terapeuta ocupacional se encuadra como en un profesional fundamental en la abordaje de la cliente operada de cáncer de pecho porque: avalúa su funciones físicas, psicológicas e socias de lo individuo, identificando áreas de disfunciones e envolviendo la misma en un programa estructurado de actividades; encorajando e posibilitando a su participación, con seguridad, en las actividades diarias, auxiliando o retorno a su vida sexual, familiar, profesional y social.

De esta forma lo estudio tiene como objetivo a estructuración de un programa terapéutico ocupacional para mujeres submetidos las cirugías por cáncer de pecho, para un hospital de referencia en oncología del Rio Grande do Norte.

Método

El estudio es resultado de una pesquisa cualitativa que tuvo inicio con o levantamiento bibliográfico en la literatura nacional y internacional para que fuera posible la construcción de lo programa de intervención. Los materiales seleccionados para a la realización de este trabajo

fueron libros, monografías, artigos, revistas científicas, endereces electrónicos y entrevista semi-estructutadas, seguidas de analise y interpretación de los dados colhidos.

A segunda etapa da pesquisa fue la construcción de lo programa terapéutico ocupacional, que constituye inicialmente a cliente receberá orientaciones el lo lecho luego después de la cirugía. Orientación en relación de actividades cinesioterapicas con intuito de prevenir complicaciones pos cirugías. La etapa seguinte la cliente será invitada a participar de un equipo terapéutico ocupacional que auxiliian no retorno a su vida psicossocial.

Las orientaciones en el lecho será acompañada de una cartilla informativa, con conducciones adecuadas para a realización de las aticvidades de la vida diaria.

El equipo será compuesto de no máximo 15 miembros ,los encuentros acontecerán dos veces por semana con una hora de duración. E lo mismo tiene como criterio de selecto mujeres con edad arriba de 30 años , alfabetizadas e pos cirugiadas. Será aplicada las evaluación da escala de depressão de Yasavage e físico funcional. As actividades que poden ser usadas son las creativas, expresivas, ocasionáis , adentre otras.

Conclusión

A través de esta pesquisa fue posible constatar que la actuación de lo terapeuta ocupacional es fundamental en las mujeres submetidas a cirugía de cáncer de pecho, pues avalúa las funciones físicas y psicossociais de lo individuo, identificando áreas de disfunciones de envolviendo a misma en un programa estructurado de actividades, para que esas presentan buena evolução e retornen, precozmente, as sus tareas diarias. Verificó-se que a conducta do terapeuta ocupacional no se restringe ao processo da enfermedad, ela visa a cliente como um todo, observando suas reações emocionais como medo de morir, desespero e angustia. De esa manera, fue elaborado una propuesta que pretende auxiliar mujeres que submeterem-se a cirugía , por cáncer de pecho, em la prevención y el tratamiento de las posibles complicaciones pós-cirugías y en la rehabilitación psicossocial.

I. **Programa de Reinserción Social de pacientes con Daño Cerebral Adquirido en un Hospital Público**

II. Stefanolo, Marcela; De Cillis, Verónica

III. Hospital de Rehabilitación “Manuel Rocca” C.A.B.A.

IV. Resumen del trabajo:

El objetivo de este trabajo es compartir una experiencia que desde hace 5 años venimos implementando en un Hospital Público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires especializado rehabilitación de personas con discapacidades motoras.

Los sentimientos de incapacidad de las personas adultas con daños cerebral adquirido (DCA), la sensación de pérdida de control y de oportunidades que poseen, y perciben, nos llevó a poner énfasis en intervenciones orientadas hacia la integración al medio natural. Para ello, se propuso incorporar a sus terapias “tradicionales” un programa de abordaje en el “mundo real”.

La modalidad de dicho Programa consistió en utilizar los recursos de la comunidad: supermercado, transporte público, confitería, negocios etc. a fin de obtener el perfil funcional para la puesta en marcha de recursos que puedan compensar las incapacidades y permitan la plena integración al medio. La inclusión de esta modalidad nos permitió obtener mayor información sobre su desempeño ocupacional, delinear nuestros objetivos, planificar el tratamiento, prepararlos mejor para el alta hospitalaria y por sobre toda las cosas, contribuir a que el paciente desarrolle actitudes saludables, un mayor nivel de independencia y alcance una óptima reinserción social.

V. Desarrollo del trabajo:

1- Introducción:

Este trabajo pretende compartir una experiencia que desde hace 5 años venimos implementando en un Hospital Público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires especializado rehabilitación de personas con discapacidades motoras.

Estudios actuales aseguran que las personas DCA esta aumentando principalmente por el actual estilo de vida y los avances del sistema sanitario que hacen capaz de mantener vivas a personas en situaciones que hace unos pocos años atrás eran impensables (1).

Esto implica un mayor incremento de pacientes que padezcan secuelas que pueden ser múltiples e incluso graves, abarcando trastornos de carácter físico, psíquico sensorial, y emocional.

Para los afectados con DCA iniciar a tiempo una rehabilitación multidisciplinar aumenta las posibilidades de recuperación de la lesión cerebral. Dada la complejidad de alteraciones que presentan estos pacientes, requieren de un equipo rehabilitador conformado por médicos, enfermeros, terapeutas ocupacionales (TO), terapeutas físicos/kinesiólogos, fonoaudiólogos, psicopedagogos, psicólogos, asistentes sociales. Su propósito es que la persona con DCA logre recuperar sus funciones, potenciar sus capacidades, adaptarse a sus limitaciones e integrarse socialmente, es decir alcanzar la máxima autonomía posible (1).

Pese a que el hospital ofrece un tratamiento integral, y aún con el mejor de los pronósticos, los problemas continúa una vez dada el alta médica por carencias en la adaptación del paciente con su entorno (social, familiar, laboral).

El paciente durante su período de internación se siente entre pares; algunos más, otros menos pero todos con dificultades similares, pueden desplazarse cómodamente por el Hospital, conocen al personal y son ínfimas las dificultades que se le presentan en este medio. Basándonos en nuestra experiencia, observamos que estos pacientes presentan dificultades para enfrentarse a la sociedad, las mismas van desde mostrarse con su discapacidad hasta dificultades de tipo ambientales; para ellos, el mundo exterior es todo un desafío, que muchas veces se vive con temor, inseguridad y prejuicios.

Es de conocimiento que las intervenciones tradicionales de TO que trabajan en instituciones son de adaptación y readaptación, es decir, intervenciones que apuntan a ayudar al individuo a superar, ajustarse o compensar un problema de salud, una incapacidad o una limitación funcional. Las intervenciones apuntan a lograr la mayor autonomía posible. (2).

El propósito de este trabajo es compartir la experiencia de incorporar a nuestras terapias “tradicionales” un programa que enfatice la integración de la persona con DCA en forma saludable a la comunidad.

2- Material y Método

El Hospital Manuel Rocca es un Hospital monovalente que cuenta con 80 camas de las cuales el 75% están ocupadas con pacientes con DCA, entre las causas más frecuentes figuran: traumatismo craneoencefálico (TEC) y accidente cerebrovascular (ACV); y en el servicio de Hospital de Día (HD) el 90 % de la población atendida sufre DCA.

La modalidad del Programa consiste en utilizar los recursos de la comunidad: supermercado, transporte público, confitería, cyber y realizar las evaluaciones y entrenamiento correspondiente.

El equipo de profesionales esta integrado por : Kinesiólogos y TO.

La frecuencia es quincenal.

Criterio de selección de pacientes: internados y de HD, que se encuentren bajo tratamiento en terapia ocupacional, con un nivel II de independencia personal según la Evaluación del Nivel de Autoatención (ENA) (3) (4); en todos los casos se debe contar con la autorización del Jefe de Departamento.

Criterio de exclusión: pacientes dependientes, aquellos que ya fueron dados de alta por la Institución y pacientes judiciales.

Las salidas terapéuticas son planificadas paciente-equipo: se elige el destino, fecha, se dan pautas sobre la modalidad y definen objetivos individuales a cumplir.

Durante la salida se realiza un registro y evaluación del desempeño individual y de las relaciones interpersonales

a- objetivos generales del programa

Favorecer la reinserción social del paciente internado.

Preparar al paciente para la mejor aceptación del alta.

Entrenar al paciente para afrontar posibles barreras arquitectónicas.

Acompañar al paciente en el enfrentamiento con el mundo “no discapacitado”.

Contribuir a mejorar la autoestima del paciente, reconocimiento de logros por parte del paciente, pares y familia.

Contribuir en recuperar el rol del paciente en su familia como en la comunidad.

b- Guía para evaluación y entrenamiento:

Desempeño funcional del paciente fuera del hospital para reforzar o reprogramar actividades específicas en cada área como así también evaluar los déficit de los componentes del desempeño (manejo de silla, orientación, comunicación, manejo del dinero, resolución de problemas, etc.)

Evaluar si el paciente puede trasladar los logros adquiridos dentro de la institución al mundo exterior.

Detección de barreras arquitectónicas (calles rotas, accesos para discapacitados cerrados etc.) por parte de los pacientes y *profesionales* y su desempeño frente a las mismas.

Entrenar al paciente en el manejo de adaptaciones y tecnología moderna (uso de cajeros, sillas de ruedas eléctricas, sistemas automáticos de información, etc.)

3- Resultados:

Resultados preliminares indicaron que esta modalidad permitió detectar la falta de conciencia de limitaciones que no se ponen de manifiesto en el ambiente estructurado del hospital.

Se registró la transferencia del aprendizaje a otros contextos y en aquellos casos que no lo lograron nos permitió replantear y delinear nuevas estrategias en el tratamiento “tradicional”.

Contribuyó a preparar mejor al paciente y familia frente al alta institucional, dejando de ser un tema tan conflictivo.

La incorporación de esta modalidad de trabajo fue aceptada por todos los pacientes intervinientes, quienes se sintieron motivados para repetir la experiencia.

Como inconvenientes surgidos, podemos aludir a que no se pudo cumplir con la frecuencia con la que fue ideado originalmente debido a requerimientos administrativos (solicitudes de autorización, suspensión de otras actividades, etc.), a ello se sumaron las condiciones climáticas y la cantidad de personal que se requiere contar en cada salida a fin de minimizar los riesgos.

Inicialmente el programa fue ideado solamente para pacientes internados pero dado el impacto favorable que generó su implementación, fueron incorporados también los pacientes de HD.

4- Conclusión

Si bien aún no hemos implementado un método estandarizado de evaluación, podemos considerar importante la implementación de este programa debido a que colabora eficazmente con el proceso de rehabilitación: mejorando la actitud del paciente hacia su tratamiento, promoviendo la posibilidad de elegir, tomar decisiones y resolver situaciones nuevas, además contribuye a mejorar su organización en el quehacer cotidiano y puesta a prueba de sus capacidades cognitivas-sensitivo-motoras y emocionales..

Consideramos de relevancia formar un equipo especializado en reinserción comunitaria que diseñe evaluaciones específicas y fichas de seguimiento, la cuales permitirán volcar los resultados de la eficacia del programa y brindar de esta manera a la comunidad personas capacitadas para vivir saludablemente en ella.

También sugerimos promover desde cada lugar de trabajo la incorporación de modalidades “extra muros”, si pretendemos brindarle al paciente una verdadera reinserción social, buscando contar con políticas sanitarias específicas de recursos sanitarios y de reinserción social que compartan y respalden esta idea. Asignatura pendiente no solo en nuestro país sino en otros que figuran como del primer mundo (1).

VI. Bibliografía

- 1- CONSUMER. ES.EROSKI. Daño cerebral adquirido. Los afectados reclaman programas específicos de rehabilitación y reinserción social que les ayuden a recuperar capacidades. http://www.consumer.es/accesible/es/salud/problemas_de_salud/2006/02/23/149646.php
- 2- M. Pellegrini. Marzo 2006. Terapia Ocupacional en la Rehabilitación basada en la Comunidad –RBC. http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Rehabilitacion_comunidad_terapia_ocupacional_Pellegrini.shtml
- 3- V. De Cillis, V.; M. Stefanolo., 1997. Modalidad de Abordaje de la Autoatención: Programa de entrenamiento en la Independencia Personal (PEIP) Parte I. Materia Prima; **3**, 1:21-24.
- 4- M. Stefanolo; V. De Cillis.,1997. Modalidad de Abordaje de la Autoatención: Programa de entrenamiento en la Independencia Personal (PEIP) Parte II. Materia Prima, **4**, 2:21-24.

EQUIPAMIENTO TÉCNICO:

Computadora-cañon

Rutina Ocupacional y Percepción de Autoeficacia en Personas con Enfermedad de Parkinson pertenecientes a La Liga Contra el Mal de Parkinson de la V Región de Chile, Septiembre a Noviembre 2006

Evelyn Contreras Schultz

Leonor Lagos Rodríguez

Carolina Lazo Reyes

Elías Vega Rivera

Andrés Walsh Payacán

Universidad de Playa Ancha de Ciencias de la Educación.

Valparaíso, V Región, Chile.

Facultad de Educación Física, Fono: (56-32) 2500115 – 2500181

Fax: (56 – 32) 2285021

RESUMEN

Rutina Ocupacional y Percepción de Autoeficacia en Personas con Enfermedad de Parkinson pertenecientes a La Liga Contra el Mal de Parkinson V Región Septiembre a Noviembre 2006

La Enfermedad de Parkinson es una enfermedad neurológica crónica con compromiso motor progresivo que modifica el desempeño de las actividades, pudiendo a su vez influir en la independencia con la que la persona se desenvolvía previamente a la aparición de la enfermedad.

La Terapia Ocupacional es una disciplina del área de la salud que se encarga de abordar a las personas con una mirada integral a través del uso de diferentes modelos de intervención. La Enfermedad de Parkinson es intervenida del punto de vista de Terapia Ocupacional como una forma de tratamiento no farmacológico que centra su intervención en el Desempeño Ocupacional. Así el Modelo de Ocupación Humana aporta una mirada global, que evalúa el desempeño ocupacional y a la vez posibilita la utilización de herramientas para valorar otras áreas de la Ocupación Humana, como son la rutina y percepción de autoeficacia, abordadas en la presente investigación.

Se realizó un estudio de tipo descriptivo exploratorio; realizado durante los meses de septiembre y noviembre del año 2006, cuyo objetivo fue describir la rutina y la variedad de actividades que la componen, así como la percepción de autoeficacia de 14 personas de un grupo comunitario de autoayuda, que participaron voluntariamente en la investigación y cuyas edades fluctúan entre 54 y 86 años, con diagnóstico de Enfermedad de Parkinson, actualmente en tratamiento farmacológico.

Estas variables se estudiaron en dos situaciones diferentes: respecto de un día de semana tipo (lunes a viernes) y un día de fin de semana (sábado o domingo).

Los resultados mostraron una variedad de actividades, así como una tendencia a mantener el mismo patrón durante el fin de semana. También se observa que las personas tienen una buena percepción de autoeficacia, valorando positivamente su desempeño general.

Al hacer la clasificación de actividades las personas con Enfermedad de Parkinson, éstas no desarrollan actividades de trabajo y no presentan una variabilidad importante en su rutina diaria.

Palabras Claves: Terapia Ocupacional, Enfermedad de Parkinson, Percepción de Autoeficacia, Rutina Ocupacional.

INTRODUCCIÓN

El ser humano a lo largo de la vida desarrolla actividades que tienen un propósito como parte de su rutina diaria. Las actividades en sí, pueden estar afectadas tanto por factores de orden personal como por factores externos. Al ser multidimensionales, las actividades realizadas a diario, son difíciles de clasificar, pues se complementan o influyen entre las mismas, provocando un cambio en el desarrollo vital.

Dentro de los cambios más abruptos y menos aceptados de los factores de orden personal, se encuentra el padecer una enfermedad como la Enfermedad de Parkinson, la cual corresponde a uno de los principales síndromes rígidos acinéticos, siendo una enfermedad de tipo crónica y progresiva de origen desconocido. Esta patología no causa la muerte, por lo tanto, durante los años que le restan de vida, la persona deberá aprender a vivir con las limitaciones que lo acompañarán durante la lenta progresión de la enfermedad. Además, al no cursar con deterioro cognitivo en sus primeras etapas, la persona está consciente de los cambios físicos que va experimentando, por lo cual podría ver alterada la percepción que tiene acerca del desarrollo de sus actividades cotidianas y cómo éstas han variado en relación a su capacidad de desempeño previa a la presentación de la patología. Las alteraciones propias de la EP más el cambio en la percepción, posiblemente llevarían a abandonar las actividades que en el pasado le eran significativas, como por ejemplo: las actividades laborales, pasatiempos, etc.

Durante la realización de esta investigación se utilizaron principios e instrumentos del Modelo de Ocupación Humana (MOH), propio de la Terapia Ocupacional; aspecto relevante si se considera que en Chile no se han difundido estudios de la aplicación del MOH en patologías propias del área de salud física.

El presente estudio busca conocer las características de la rutina diaria y la percepción de autoeficacia de las personas con Enfermedad de Parkinson participantes de la Liga Contra el Mal del Parkinson V región, Chile; para lo cual se aplicó el instrumento Cuestionario Ocupacional perteneciente al Modelo de Ocupación Humana durante los meses de Septiembre y Noviembre del año 2006, definiendo qué tipos de actividades componen la rutina diaria y cuál es la percepción de autoeficacia de dichas personas, registrando cada una de las actividades que realizan durante un día tipo de la semana y otro sobre un fin de semana, para identificar la variedad de rutina ocupacional que poseen.

Los resultados arrojados por nuestro estudio, podrían ampliar la labor del Terapeuta Ocupacional en el apoyo de la estructuración de rutinas ocupacionales tendientes a promover

o mantener el funcionamiento ocupacional en la vida de las personas para que se adapten mejor a los variados estilos de vida a los que enfrenta la discapacidad progresiva que produce la Enfermedad de Parkinson en quienes la padecen.

DESARROLLO

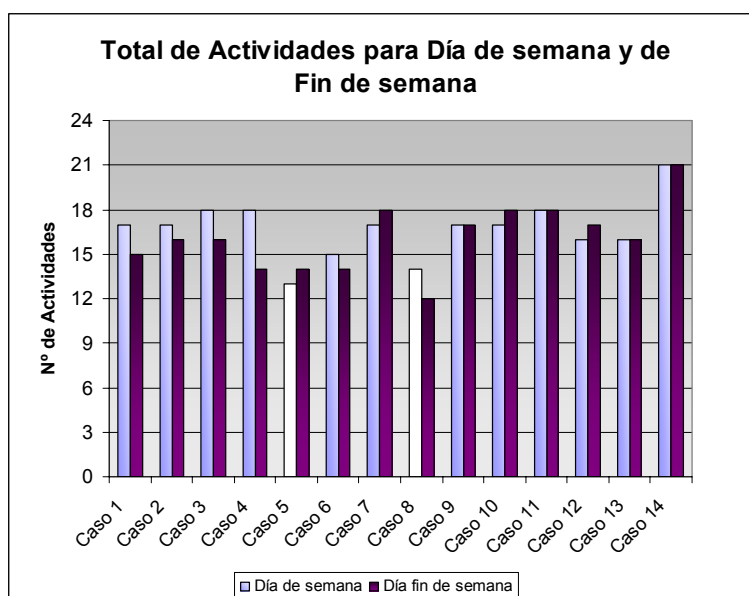
Luego de revisados los antecedentes en relación a los temas relacionados con nuestra investigación, y apreciadas diferentes interrogantes durante el proceso de recopilación de información, formulamos como principal objetivo el determinar la rutina diaria y la percepción de autoeficacia de las personas con Enfermedad de Parkinson que pertenecen a la Liga contra el Mal de Parkinson de la V Región, Chile.

Durante la realización de nuestro estudio, se consideraron aspectos importantes que se enmarcan dentro del Modelo de Ocupación Humana, propio de nuestra disciplina. Se debe recordar que este modelo entiende al ser humano como un sistema abierto y dinámico, que debe ser continuamente reorganizado para responder a las demandas personales y del grupo social a lo largo de su vida. Al ser un modelo integrador, centra más su atención en la persona que en la sintomatología misma de la enfermedad. A su vez se compone de 3 subsistemas que corresponden a Volición (causalidad personal, valores e intereses); Habitación (hábitos y roles) y Capacidad de desempeño.

Para objeto de nuestro estudio, nos centraremos en el concepto específico de Percepción de Autoeficacia, que pertenece al subsistema de causalidad personal, y que se define como la “Conciencia de la capacidades que la persona posee, y cómo éstas son aprovechadas en el desempeño, a favor de mantener o mejorar la calidad de vida de ésta y su familia”¹. Para obtener la información necesaria, y que nos proporcione datos acerca de la composición de la rutina diaria de las personas con Enfermedad de Parkinson, la clasificación de éstas y su percepción de autoeficacia se utilizó el Cuestionario Ocupacional, propio del Modelo de Ocupación Humana, completando sólo las 3 primeras columnas de dicho instrumento, las que aportarían los datos requeridos por nuestra investigación.

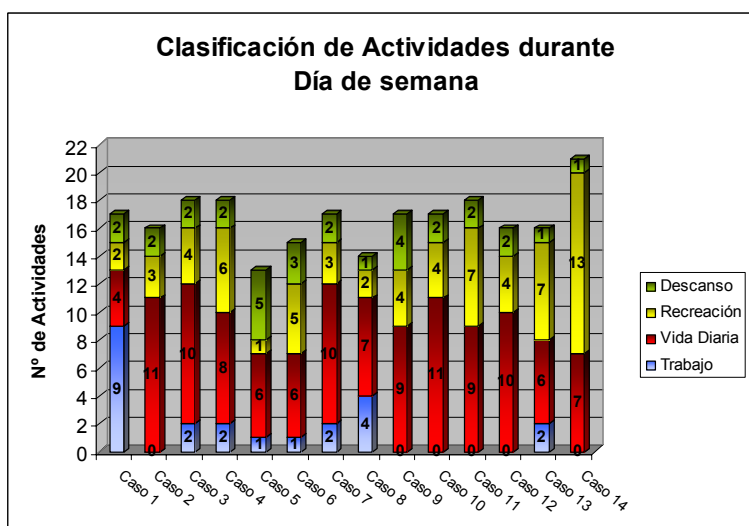
En definitiva, los datos obtenidos a través del instrumento entregaron los siguientes resultados:

Gráfico I



Al considerar en el gráfico I, el total de las actividades realizadas por los individuos tanto en el día de semana como en el día de fin de semana, podemos observar que en la mayoría de los casos no existe una diferencia significativa entre el número de actividades realizadas en el día de semana y el día de fin de semana.

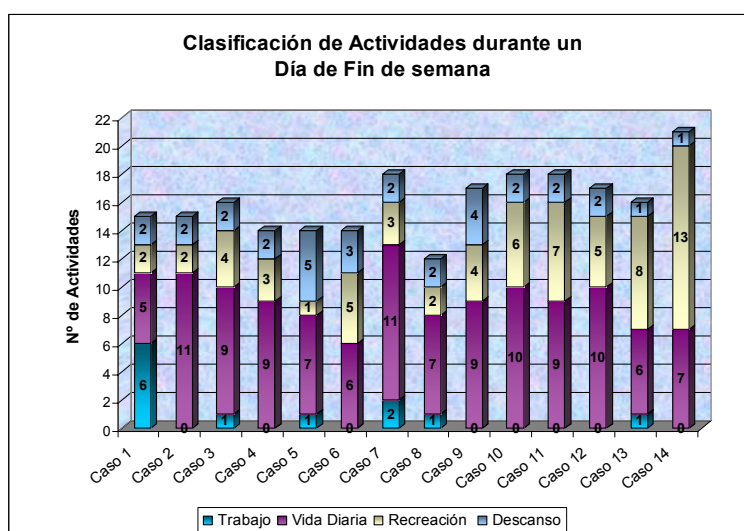
Gráfico II



Ahora bien si tomamos en cuenta en el gráfico II, la clasificación que cada uno de los individuos ha hecho de sus actividades cotidianas, podemos evidenciar que el mayor grupo es el de las Actividades de la Vida Diaria (AVD), seguido por el de las actividades de

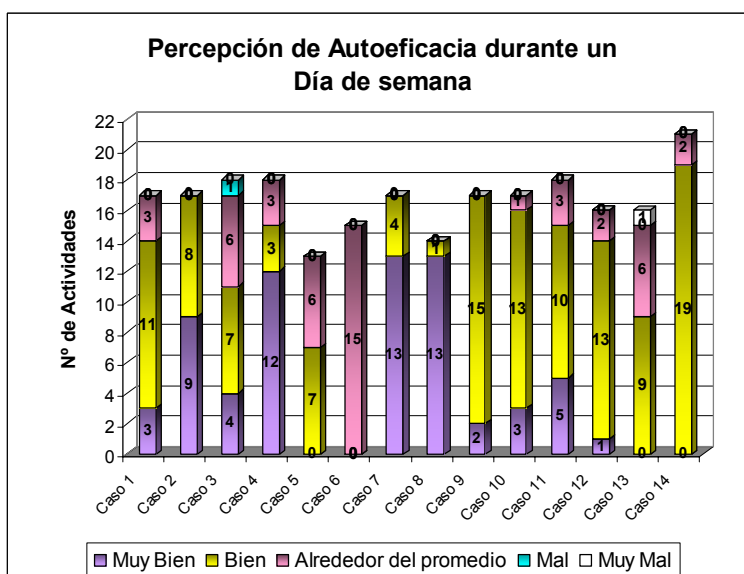
Recreación y luego el grupo de las actividades de Descanso. Finalmente podemos ver que el grupo menor es el de las actividades consideradas de Trabajo. El orden se mantiene en el gráfico III que contiene la clasificación de actividades que son realizadas durante un día de fin de semana, lo que señala una concordancia y estabilidad de la rutina.

Gráfico III



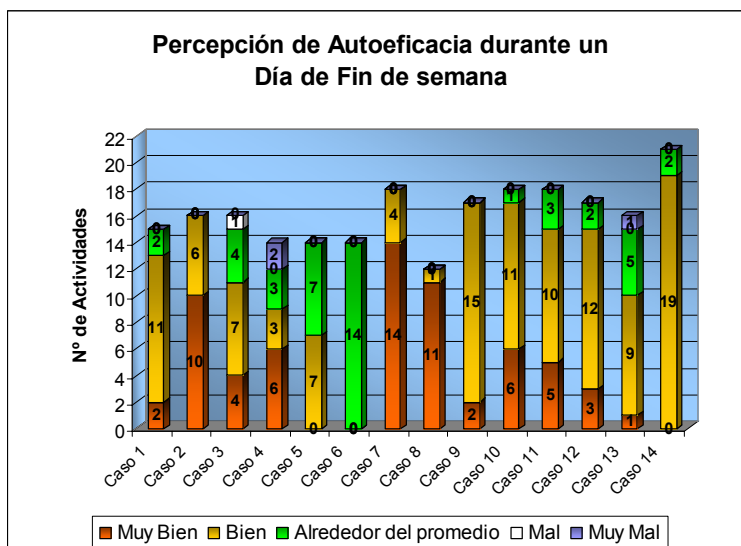
Respecto de la Percepción de Autoeficacia, es posible apreciar en el gráfico IV que la gran mayoría de las actividades realizadas durante un día de semana, son evaluadas por los individuos con el indicador “Bien”. A esta opción le siguen las opciones “Alrededor del Promedio” y “Muy Bien”, siendo menos escogidas las opciones “Mal” y “Muy Mal”.

Gráfico IV



Del mismo modo ocurre con las actividades realizadas durante un día de fin de semana, las que son mayoritariamente evaluadas como “*Bien*” realizadas. Esto es apreciable en el gráfico V, el que al igual que el gráfico IV permite inferir que existe satisfacción de parte de los individuos con su propio desempeño y a la vez, conciencia de las limitaciones propias de la enfermedad.

Gráfico V



CONCLUSIONES

En relación a los resultados obtenidos se concluye que la rutina diaria de las personas con Enfermedad de Parkinson, se conforma de variadas actividades que son identificadas y calificadas como actividades de la vida diaria, trabajo, recreación y descanso. La variabilidad de las actividades no es significativa en razón a día de semana/día de fin de semana, observándose una estructuración rígida de actividades; sin embargo se observa un aumento en las actividades consideradas recreación durante un día de fin de semana.

En la clasificación de actividades se observa que las actividades consideradas trabajo se presentan sólo en 8 personas en un día de semana, y 6 personas en un día de fin de semana, lo que indica que el resto de los individuos del estudio han dejado de realizar una de las áreas ocupacionales, que podría estar relacionado con diferentes variables, tales como la edad del individuo, el contexto social en que se desenvuelve, tiempo de diagnóstico, historia ocupacional, jubilación, entre otras. Del mismo modo, las actividades consideradas como vida diaria, recreación y descanso son realizadas por la totalidad de las personas participantes del presente estudio.

En relación a la Percepción de Autoeficacia en las personas referidas en este estudio, los indicadores sugieren que las personas se encuentran satisfechas con su desempeño escogiendo en su mayoría los indicadores más altos (Muy Bien, Bien) infiriendo que las personas con Enfermedad de Parkinson modifican su rutina para disminuir el impacto que tiene la patología en sus vidas; que va indicado por la poca variabilidad de las actividades día de semana- día de fin de semana, tendiendo a estructurar su rutina del día a día.

La percepción de las actividades se ve favorecida gracias al desarrollo de estrategias que facilitan el desempeño ocupacional, la adaptación del medio ambiente o la no realización de algún tipo de actividad (recreativa, o de tipo social) permitiendo así que las personas satisfagan sus expectativas, enfocando su desempeño hacia el objetivo de la actividad más que en el modo en que la realizan, desempeñando así, actividades previamente aprendidas, acordes a las capacidades determinadas por el desarrollo de la patología.

A través de la presente investigación se pretende fomentar estudios científicos relacionados a la intervención de la Terapia Ocupacional y la Enfermedad de Parkinson, tanto a nivel nacional como internacional, e incentivar a Terapeutas Ocupacionales y profesionales del área a que contribuyan y enriquezcan la información existente sobre esta enfermedad.

Como sugerencia a futuras investigaciones relacionadas con nuestro tema de estudio, podemos plantear la importancia de profundizar en el tema, a través de la realización un estudio longitudinal de la rutina ocupacional de las personas pertenecientes a la Liga contra el Mal del Parkinson, V Región Chile, que analice más en detalle la composición de su rutina diaria, considerando además los diferentes factores que rodean a la persona y afectan la percepción de autoeficacia. Interesante sería también abarcar en una siguiente investigación la totalidad del instrumento Cuestionario Ocupacional, para así obtener una visión total de la Volición.

En base a los resultados obtenidos, el presente estudio podría ser útil para enriquecer la intervención del Terapeuta Ocupacional en el ámbito de la salud física, abordado desde el ámbito comunitario, lo que sin duda beneficiará los objetivos del trabajo en este tipo de organizaciones comunitarias de autoayuda.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kielhofner, G.; 2004. **“Terapia Ocupacional: Modelo de Ocupación Humana. Teoría y Aplicación”**. Editorial Médica Panamericana 3ª Edición. (Buenos Aires – Argentina.)
2. Hoehn, M.; Yahr, M.; 1967. **“Parkinsonism: onset, progression and mortality”** Journal of Neurology, número 17.
3. Zarranz, J.; 2003. **“Neurología.”** 3ª Edición. Editorial Elsevier Science. (Madrid – España).
4. Crossman, A.; Neary, D.; 2002. **“Neuroanatomía: texto y atlas en color.”** 2ª Edición. Editorial Masson. (Barcelona – España.)
5. Lépori, L.; 2003. **“Miniatlas Parkinson”**. 1ª Edición. Editorial Clyna S.A. (Buenos Aires – Argentina.)
6. Beattie, A.; Harrison, J.; 2003. **“Terapia Ocupacional y Disfunción Física. Principios, técnicos y práctica.”** 5ª edición. Editorial Elsevier Science. (Madrid - España.)
7. Polonio, B.; 2003. **“Terapia Ocupacional en Discapacitados Físicos: Teoría y Práctica.”** 1º Edición. Editorial Médica Panamericana. (Madrid – España.)
8. Durante, P.; Polonio, B.; Noya, B.; 2001. **“Conceptos Fundamentales de Terapia Ocupacional.”** 1º Edición. Editorial Médica Panamericana. (Madrid - España.)
9. Programa de Trastornos del Movimiento. Pontificia Universidad Católica de Chile. **Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad de Parkinson**, [en línea disponible] http://www.med.puc.cl/servicios/parkinson/parkinson_diag_tratam.htm. (18-11-2006).
10. Chaná-Cuevas, P.; et al.; 2006. **Factores de riesgo asociados con la presentación de Episodios Depresivos Mayores en una población ambulatoria de pacientes con Enfermedad de Parkinson.** Revista Neurología Vol.42 Num.09 P0521 Fecha de publicación 01/05/2006 [en línea disponible] <http://www.revneurolog.com/VeureResum> (03-01-2007.)

Policización del Pulgar – Estudio de Caso

Dos Santos Cutrim Garros*, Danielle; Guzzo**, Regina Aparecida Rossetto, Da Costa***, Antônio Carlos; Chakkour****, Ivan.

Hermandad Santa Casa de Misericordia de San Pablo

Introducción:

La ausencia del pulgar es una anomalía congénita que compromete la capacidad de desempeño ocupacional. Este estudio se basó en un caso de polinización del pulgar izquierdo; técnica quirúrgica que realiza la transferencia de un dedo para la región y función del pulgar, desde el periodo pre operatorio hasta la adaptación funcional.

Objetivo: desenvolver un protocolo terapéutico ocupacional en la polinización.

Método: en el periodo pre - operatorio fue realizada una evaluación inicial de identificación, antecedentes familiares, medidas de independencia funcional, análisis de actividades de la vida diaria, medida canadiense de desempeño ocupacional, sensibilidad (monofilamentos, gnosis, táctil, térmica y dolorosa) y plan de tratamiento. En la primera semana, se realizó entrenamiento de las actividades de la vida diaria, orientación para el posicionamiento del miembro superior afectado. En la segunda semana, se retiró la tala con el objetivo de movilizar las articulaciones, masaje cicatricial y control de edema. En la sexta semana, se retiró la tala, se realizó movilización pasiva y activa del pulgar, se confeccionó órtesis para la abducción del pulgar, se trabajó en actividades funcionales dirigidas y entrenamiento en actividades de la vida diaria. Octava semana, la órtesis fue seriada y se agregó al plan de tratamiento el aumento de fuerza muscular, fue realizada la re - evaluación para el alta funcional.

Resultados: la independencia funcional presentó una mejora del 14 %, con una alteración en el área de auto-cuidado, es decir, en las actividades que necesitan del uso específico de la mano. En el análisis de actividades de la vida diaria, presentó una mejora del 50 %. En la medida canadiense de desempeño ocupacional, una media de 7,5. La sensibilidad se encuentra preservada.

Conclusión: 13 años usando la mano sin oponencia dan como resultado una adaptación funcional limitada y dependiente en la realización de las actividades de la vida diaria, repercutiendo esto en su autoestima, disminuyéndola y aumentando las problemáticas referentes a la etapa de la vida en que se encontraba, la adolescencia.

Un programa de tratamiento que no se reduzca al procedimiento quirúrgico sino también que incluya la preocupación funcional a través de un entrenamiento seleccionado, demuestra un resultado satisfactorio no solo en el aspecto físico, sino también en lo psicosocial y cognitivo.

INTRODUÇÃO

La ausencia del pulgar es una anomalía congénita que compromete la capacidad laboral en las áreas del desempeño ocupacional². El estudio fue sobre un caso de pulgarización del pulgar izquierdo, técnica quirúrgica donde se realiza la transferencia de un dedo para la región y función del pulgar, desde el periodo que antecede la operación hasta la adaptación de la función.

Paciente de sexo femenino, 13 años, estudiante, diestra, procedente de San Pablo, enviada en el 2006 al departamento de ortopedia de la Santa Casa de San Pablo, con diagnóstico de mano aveza radial y ausencia bilateral del pulgar para su tratamiento. Como antecedente familiar presenta madre, tía, tío y abuelo maternos con ausencia del pulgar y sin intervención quirúrgica; y con padre y cuatro hermanos sanos. Madre niega complicaciones durante la gestación, y refiere nacimiento por cesárea. En diciembre de 1996 fue realizada la centralización del carpo, osteotomía de la ulna e resección de la primera fila del carpo izquierdo. En marzo de 1999 fue realizada la pulgarización del 2º dedo derecho y en diciembre de 2006, la pulgarización del 2º dedo izquierdo. OBJETIVO: Normatizar un protocolo terapéutico ocupacional en la pulgarización.

MÉTODO: Se realizó un seguimiento así: evaluación inicial antes de la cirugía, identificación, antecedentes familiares, Medida de independencia funcional, análisis de las actividades de la vida diaria, medida canadiense de desempeño ocupacional, sensibilidad (monofilamentos, gnosis táctil, térmica-dolorosa). Plan de tratamiento: 1ª semana: entrenamiento en actividades de la vida diaria y orientación en posiciones del miembro superior; 2ª semana: retiro de la férula para movilización de las articulaciones, masaje cicatrizal y control de edema; 6ª semana: retiro de férula, movilización pasiva y activa del pulgar, confección de la órtesis para abducción, actividad funcional dirigida, entrenamiento en actividades de la vida diaria; 8ª semana: ganancia de la fuerza y remodelado de la órtesis, evaluación final para el alta, después de 3 meses de tratamiento.

RESULTADOS:

En relación a la sensibilidad: presento pérdida de la sensibilidad protectora y discriminativa entre caliente-frío en la región de la cicatriz, en los otros sectores presento sensibilidad conservada. Gnosis táctil positiva.

Gráfico 1: Medida de Independencia Funcional

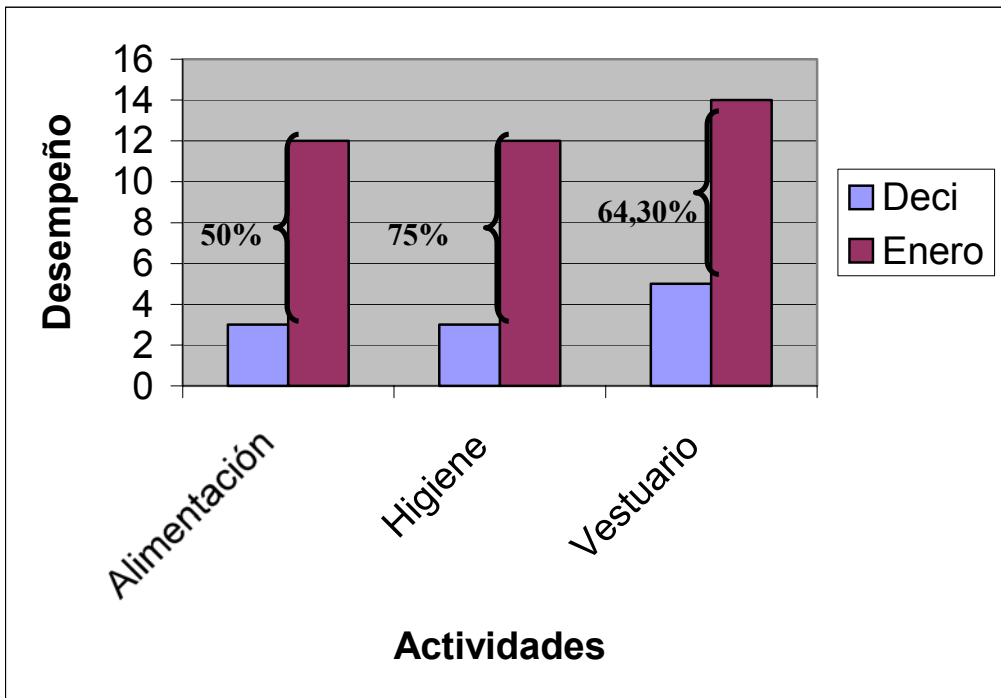
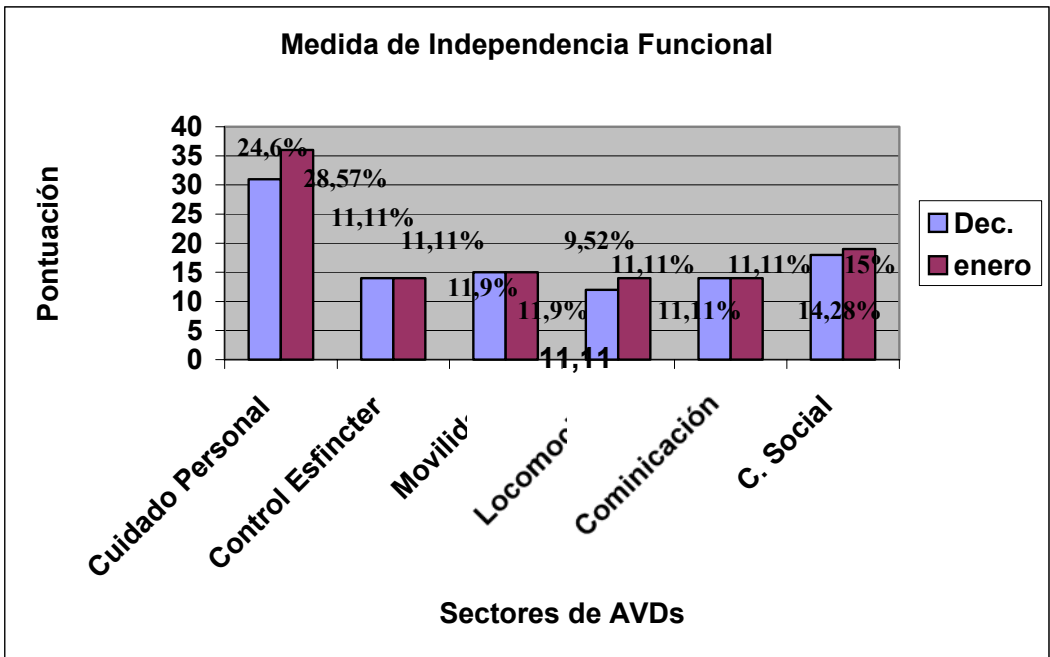
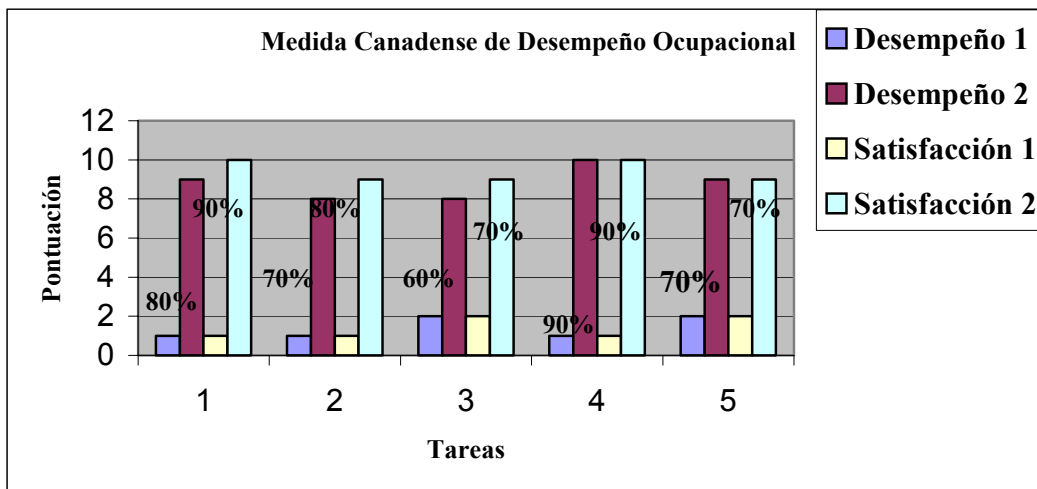


Gráfico 3: Medida Canadiense de Desempeño Ocupacional



- 1- **Coger el cabello**
- 2- **Agarrarse em el autobús**
- 3- **Coger los cubiertos**
- 4- **Agarrar una bola con las dos manos**
- 5- **Poner un asiento en su lugar**

DISCUSIÓN:

En los análisis de las actividades de la vida diaria, se partio de la realización de tareas con dificultad hasta tareas sin dificultad, como en las tareas de agarrar un vaso, llevarlo hasta la boca, secar loza, utilizar fogón, lavarse la cara, limpieza íntima, poner pantalones, cerrar cremallera, ponerse medias; en las tareas de coger un plato, un cubierto, picar alimentos, utilizar tenedor y cuchillo, cepillarse los dientes, peinarse el cabello, limpiarse las uñas, ponerse la camisa, abotonar, amarrar los cordnes, esto lo consiguio realizar sin dificultad, como se muestra en el gráfico 2¹. Ahora la paciente se encuentra independiente en su cuidado personal y alimentación. Como lo muestra el gráfico 1 de Medida de Independencia Funcional, en el que se contempla una ganancia de 4% en su cuidado personal y en actividades que necesita más específicamente la utilización de la mano. El protocolo utilizado con la inclusion del entrenamiento de la función, favorece la organización del sector cerebral, responsable por la representación del movimiento de determinada región, lo que consecuentemente lleva a una ganancia de amplitud del movimiento y uso funcional, aportando al procedimiento quirúrgico. En la medida canadiense de desempeño ocupacional presento: en lo relacinado al desempeño presento

una alteración de 7,4 y en satisfacción una alteración de 7,8 (máximo 9), destacando como tareas con prioridades que deban mejorar en el aspecto del desempeño y satisfacción, coger el cabello, agarrarse en el autobús, coger los cubiertos, agarrar una bola con las dos manos, poner un asiento en su lugar.

CONCLUSIÓN: 13 años de utilización de la mano sin oponente llevaron a una adaptación funcional parcial de la paciente que la hacia dependiente de otras personas para realizar sus actividades diarias, disminuyendo su autoestima y aumentando los problemas asociados a la adolescencia. Un programa de tratamiento asociado a el procedimiento quirúrgico y con el acompañamiento funcional a traves del entrenamiento seleccionado, resulta en satisfactorio, no sola en el aspecto físico, sino también en lo psicosocial y cognitivo.

REFERENCIAS:

1-CC; GJ. Client-centred practice in occupational therapy: a guide to implementation, Harcourt Brace & Company, 1999.

2-HHS. Pollicization for congenital deformities of the hand. *Poc.roy.soc. Med.* Volume 66 july 1973 (634-637).

3-PJ,AG. Cirurgia da mão lesões não-traumáticas. São Paulo: Medsi,1990.

SLING EN HOMBRO DOLOROSO POST ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR CASO CLINICO

Miriam Elorriaga

Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur

INTRODUCCION

El hombro doloroso es una de las complicaciones mas frecuentes del Accidente Cerebro Vascular. Objetivo: estudiar el dolor de hombro con subluxación y el uso del sling convencionales y el sling rediseñado denominado “tipo deltoides”

MATERIAL Y METODO

En el año 2005, un caso de hemiplegía, hombro doloroso subluxación, varón de 62 años de edad se realizo radiografias con los sling convencionales y el “tipo deltoides”; se utiliza la escala analógica visual para el registro del dolor, tiempo de uso de una semana: previamente se registró el dolor sin uso de sling y luego con sling. Previamente se realizaron las siguientes evaluaciones: CARACTERISTICAS ESCAPULOTORACICO, TONO MUSCULAR, EVALUACION DE LA MOVILIDAD ACTIVA, EVALUACIÓN GONIOMÉTRICA, FIM-FAM (MEDIDA DE LA INDEPENDENCIA FUNCIONAL)

RESULTADOS

El registro de dolor sin uso de swing fue de valor 8 de la escala analógica visual posteriormente uso el sling una semana: sling convencional de “rodillo axilar, cruzado en espalda” valor 6, sling común “tipo ocho” valor 5, sling “tipo deltoides” valor 5. Se observó que el sling “tipo deltoides” proporciona muy buena sensopercepción y liberación del miembro superior para la realización de movimientos.

FOTOS DE SLING TIPO DELTOIDES
FOTOS DE SLING CONVENCIONALES

CONCLUSION

La presencia de dolor de hombro resulta significativamente incapacitante para el paciente para lograr su máxima independencia funcional. Se propone confeccionar el cabestrillo “tipo deltoides”, realizar movilización precoz y cuidado postura.

“PRÁCTICA PROFESIONAL DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES CHILENOS EN EL PROCESO DE INTEGRACIÓN EDUCATIVA”

Realizado por: Esperanza Araya Orellana¹, Catalina Araya Saavedra², Pamela Caro Vines³, Alejandra Espinosa Valderrama⁴ y Claudia González Godoy⁵; TO guía: Dalila Goudeau Radical.⁶

RESUMEN

Objetivos: Conocer características demográficas, de formación profesional, y características de la **práctica profesional** de Terapeutas Ocupacionales que apoyan los **procesos de integración educativa** al Sistema Educativo Regular, en las regiones Quinta y Metropolitana, durante el año 2005.

Metodología: Estudio no experimental, transversal y descriptivo, muestra no probabilística, constituida por 41 Terapeutas Ocupacionales. Se construye el instrumento “Cuestionario para Terapeutas Ocupacionales en Educación Regular”, la muestra se subdivide en Terapeutas Ocupacionales que trabajan en Proyectos de Integración Escolar (PIE) y estrategias complementarias (SIN PIE).

Resultados y conclusiones: Existen Terapeutas Ocupacionales apoyando procesos de integración educativa, con diferencias en la práctica profesional entre ambas estrategias. Se desempeñan en Quinta Región y Metropolitana, egresan de Universidad de Chile y Universidad de Playa Ancha de Ciencias de la Educación, se perfeccionan en distintas áreas, la mayoría no realiza publicaciones. Diferencias en condiciones laborales y población intervenida; similitudes en nivel educativo de los estudiantes que reciben el apoyo y marcos teóricos utilizados. Ambos grupos evalúan distintos ámbitos del **desempeño ocupacional**, preferentemente con instrumentos no estandarizados; incluyen actividades en el **contexto de desempeño escolar** físico y social, modalidad de trabajo individual y grupal, y otras

¹ Terapeuta Ocupacional, Licenciada en Ciencias de la Ocupación, Universidad de Playa Ancha de Ciencias de la Educación.

² Ibid N° 1

³ Ibid N° 1

⁴ Ibid N° 1

⁵ Ibid N° 1

⁶ Magíster en Pedagogía Universitaria (C) Universidad de Playa Ancha de Ciencias de la Educación; Terapeuta Ocupacional, Universidad de Chile (1971)

funciones; trabajan mayormente en equipo multiprofesional. Terapeutas Ocupacionales de ambas estrategias apoyan integración y realizan acciones inclusivas.

Palabras claves: Práctica profesional, proceso de integración educativa, desempeño ocupacional, contexto de desempeño ocupacional.

INTRODUCCIÓN

Existen antecedentes del escaso acceso, mantención y egreso de personas con discapacidad en el sistema educacional, lo que plantea a las políticas nacionales la necesidad de respetar el derecho de todas las personas a la educación. Frente a esta situación, se implementan los PIE en establecimientos de educación regular, lo que coincide con el surgimiento de estrategias complementarias.

La puesta en marcha de los PIE establece la necesidad de trabajo conjunto con profesionales no docentes. Existe un escaso conocimiento de la Práctica Profesional del Terapeuta Ocupacional en el Sistema Educativo Regular lo que repercute la conformación del equipo profesional, pues no se cuenta con quien analice la forma en que el ambiente facilita o dificulta el desempeño ocupacional del estudiante; ni quien proponga los ajustes necesarios en el ambiente físico y/o social para colaborar en el mejoramiento de procesos de aprendizajes y favorecer la adaptación al contexto educativo. Esta situación incrementa las dificultades para el logro de la integración y la adquisición del aprendizaje.

En base a lo antes señalado, surgen dos preguntas de investigación: ¿Hay Terapeutas Ocupacionales (TTOO) apoyando el proceso de integración educativa?, si es así, ¿Cuáles son las características de su práctica profesional?

Objetivos del Estudio

1. Conocer características demográficas y de formación profesional de los TTOO que apoyan los procesos de integración educativa en las regiones Quinta y Metropolitana (número de TTOO, distribución geográfica, procedencia universitaria y caracterizar experiencias, perfeccionamiento y/o publicaciones).
2. Establecer características de práctica profesional de los TTOO que apoyan los procesos de integración educativa en las regiones Quinta y Metropolitana. (condiciones de trabajo, población intervenida, teóricos, estrategias de intervención y caracterizar el equipo profesional).

METODOLOGÍA

Diseño de investigación no experimental, transversal y descriptivo, en un estudio exploratorio descriptivo. Muestra no probabilística, criterio de inclusión considera a TTOO que apoyan procesos de integración educativa al sistema educativo regular desde PIE y/o experiencias complementarias, en las regiones Quinta y Metropolitana, durante al menos un mes del año 2005. Selección de la muestra construida en base a 63 TTOO contactados en distintas instancias nacionales; 41 de ellos contestan el instrumento, los que constituyen la muestra final (5,18% del total nacional de TTOO titulados) (12).

Los datos se recolectan con el instrumento "Cuestionario para Terapeutas Ocupacionales en Educación Regular", donde se incluyen las variables del estudio (identificación personal, formación profesional, condiciones laborales, características de la población e intervención). El instrumento es sometido a pruebas de validación y confiabilidad, lo que indica consistencia interna, es confiable y es posible su aplicación entre el 12 de diciembre del 2005 al 06 de enero 2006.

Principales limitaciones del estudio: escasa literatura e información referente al tema,; dificultad en convocatoria y contacto de TTOO,; disponibilidad de tiempo, sobrecarga laboral y fecha de aplicación.

RESULTADOS

De los 41 TTOO que contestan el instrumento, 15 se desempeñan en PIE y 26 en estrategias complementarias, en ambos grupos la mayoría son de sexo femenino y son titulados de la Universidad de Chile y sólo cinco de la Universidad de Playa Ancha de Ciencias de la Educación.

En cuanto a la región de trabajo, 11 TTOO intervienen en la Quinta región, 4 de ellos en PIE y 7 en estrategias complementarias. En la Región Metropolitana intervienen 30 TTOO, 11 en PIE y 19 en otras estrategias.

La mayoría de los TTOO que se desempeñan en PIE tienen una experiencia laboral de hasta dos años, lo que concuerda con año de egreso de la mayoría de ellos. El mayor porcentaje de los TTOO que se desempeñan en estrategias complementarias indica entre 6 y 7 años de experiencia laboral en el área. La mayoría de los TTOO de ambas estrategias no realizan publicaciones y se perfeccionan principalmente en temas de educación en Integración Sensorial.

En cuanto a la institución que contrata, la mayoría de TTOO que trabajan en PIE son contratados por Corporaciones Municipales, los que se desempeñan en estrategias complementarias son contratados mayoritariamente por otro tipo de institución.

Respecto a la cantidad de horas semanales y alumnos intervenidos, los TTOO que trabajan en PIE entre 13 a más de 42 horas, lo hacen principalmente en establecimientos con financiamiento municipal. En ambas modalidades, los TTOO que trabajan entre 13 y 24 horas semanales, intervienen en establecimientos municipalizados, con una población de más de 50 alumnos, principalmente con intervenciones con enfoque psicosocial. Considerando el rango de 31 a 42 horas, los TTOO que trabajan en PIE atienden entre 11 y 40 alumnos en establecimiento con financiamiento municipal, mientras que los que se desempeñan en estrategias complementarias atienden a una menor cantidad de alumno en establecimiento con financiamiento particular.

Los TTOO que trabajan en PIE dirigen su intervención principalmente a profesores, estudiantes con NEE asociadas a discapacidad y sus familias. Los TTOO que se desempeñan en estrategias complementarias atienden principalmente a estudiantes con NEE asociadas o no a discapacidad. En ambas estrategias el nivel educativo básico es el más intervenido.

En cuanto al tipo de discapacidad de los alumnos, los TTOO que se desempeñan en PIE atienden principalmente a alumnos con trastornos motores y deficiencia mental; por su parte, los que se desempeñan en estrategias complementarias, centran su atención tanto en alumnos con trastornos motores como en aquellos que presentan alteraciones de la relación y la comunicación oral. La información recopilada permite corroborar que los TTOO intervienen a alumnos con discapacidades no consideradas en los PIE, entre las que se mencionan aquellas de tipo sensorio-integrativa y las psicosociales.

Respecto al marco de referencia utilizado, el más señalado en ambas estrategias es el de Integración Sensorial. En cuanto al tipo de evaluación, en ambas estrategias utilizan preferentemente pautas no estandarizadas, siendo la observación clínica del desempeño ocupacional en el contexto habitual la modalidad mas mencionada.

Todos los TTOO que participan en el estudio refieren intervenir en alguno de los componentes del ambiente físico, siendo el mobiliario el más intervenido en ambas estrategias. En cuanto a la infraestructura, los TTOO que trabajan en ambas estrategias centran su intervención en la evaluación del entorno. En cuanto a los objetos, los TTOO de ambas estrategias realizan preferentemente diseño y elaboración de adaptaciones.

Con respecto al ambiente social, los TTOO de ambas estrategias realizan promoción, principalmente a docentes y técnicos en educación; el entrenamiento directo de habilidades funcionales y educación a la familia.

Respecto al tipo de intervención individual, la más señalada en ambas estrategias se relaciona con la evaluación de ingreso al establecimiento y la detección de NEE; las actividades se realizan en sala de clases y/o aula de recursos. Los TTOO que trabajan en estrategias complementarias llevan a cabo las actividades fuera del establecimiento educacional, principalmente en la consulta particular.

Los TTOO que se desempeñan en ambas estrategias realizan actividades grupales; los que trabajan en estrategias complementarias llevan a cabo talleres de habilidades funcionales, talleres grupales desde la perspectiva de Integración Sensorial y talleres preventivos según perfil psicosocial del niño. Además, los TTOO de ambas estrategias señalan colaborar en adaptaciones curriculares y trabajo administrativo.

En cuanto a los profesionales con los que se relacionan, los TTOO que trabajan en PIE señalan preferentemente a Psicólogo y Educador Diferencial. Por su parte, los TTOO que trabajan en estrategias complementarias mencionan relacionarse en distinto porcentaje con todos los integrantes del equipo multiprofesional señalado por el Ministerio de Educación. La modalidad de trabajo de los TTOO que se desempeñan en ambas estrategias es de tipo multidisciplinaria.

CONCLUSIONES

Existen TTOO apoyando el proceso de integración educativa en las regiones Quinta y Metropolitana, desde PIE y estrategias complementarias, presentando diferencias en las características de la práctica profesional.

Dada las limitaciones del estudio, no es posible determinar las características demográficas y de formación profesional. Los TTOO son titulados tanto de la Universidad de Chile y de la Universidad de Playa Ancha de Ciencias de la Educación, ambos se perfeccionan en diversas áreas y la mayoría no realiza publicaciones.

En relación a la práctica profesional, existen diferencias entre ambas modalidades, en cuanto a condiciones laborales, población intervenida y lugar de intervención. Se aprecian similitudes en relación al nivel educativo que intervienen, marcos teóricos que sustentan sus intervenciones y proceso de Terapia Ocupacional.

En ambas estrategias los TTOO evalúan diferentes ámbitos del desempeño ocupacional utilizando preferentemente evaluaciones no estandarizadas. La intervención incluye diferentes actividades en ambiente físico y social, con enfoque individual y/o grupal, participan en trabajo administrativo, adaptaciones curriculares, gestión e investigación. Los TTOO que se desempeñan en PIE y en estrategias complementarias se relacionan con otros profesionales en modalidad multidisciplinaria, aún cuando el TO puede no pertenecer al equipo de apoyo del establecimiento.

Los TTOO del estudio efectivamente apoyan los procesos de integración educativa y además realizan acciones inclusivas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Aguilar M. Síntesis en Español del Informe Warnock, 1991. <Disponible en: <http://didac.unizar.es/jlbernalwarnock.html>> [consultado el 23 de junio de 2005]
- (2) UNESCO. 1994. “Declaración de Salamanca y Marco de Acción para las Necesidades Educativas Especiales”. (Salamanca, España).
- (3) Diario Oficial de la República de Chile.1990. “Decreto Supremo de Educación N° 490/90”.(Santiago, Chile)
- (4) Diario Oficial de la República de Chile.1994. “Ley 19.284”. (Santiago, Chile).
- (5) Diario Oficial de la República de Chile. 2000. “Decreto Supremo de Educación N° 01/98” (Santiago, Chile).
- (6) Consultora de Estudios, Asesorías y Planificación en Desarrollo Local – CEAS Ltda. Estudio a Nivel Muestral de la Calidad del Proceso de Integración Educativa. <Disponible en: http://www.mineduc.cl/biblio/documento/1433_ResumenejecutivoEstudioMuestral.pdf> [consultado el 15 de junio de 2005]
- (7) Ministerio de Educación. 2005. “Política Nacional de Educación Especial: Nuestro Compromiso con la Diversidad” (Santiago, Chile) Capítulo 3, página 35.
- (8) Flores, R. 2005. “Perfil por Ocupacional por Competencias del Terapeuta Ocupacional” (Santiago, Chile)
- (9) The American Occupational Therapy Association. 2002. “Occupational therapy practice framework: Domain and Process. American Journal of Therapy”. Vol. 56 (Pennsylvania. U.S.A.) 609 – 639
- (10) Consejo de Rectores Universidades Chilenas. Anuario Estadístico. Santiago, Chile: Secretaria General del Consejo de Rectores, 1962 a 1980 y 1981 a 2004.

Titulo del trabajo:

Programa de integración comunitaria de sujetos con padecimiento psíquico a a procesos autogestivos de hábitat.

Autoras:

Lic. Vanina Polenta, Lic. Andrea Medina, T. O. Marcela Giménez, Lic. María Eugenia Frías.

Operadoras Comunitarias: Cras. Nahir Benites, Patricia Fernández, Virginia Reynoldi

Institución:

Movimiento de Ocupantes e Inquilinos (M. O. I) Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Carrillo 578 Tel.011-43044614-15-51153888

Correo electrónico: marcelgim@hotmail.com

Resumen de trabajo:

En la Ciudad Autónoma de Buenos está vigente la Ley de salud Mental 448, cuyo eje central es la reforma del sistema de Salud Mental y el reconocimiento de los usuarios como sujetos de derechos.

A pesar el marco legal y los grandes presupuestos, el modelo que hegemoniza las prácticas es el hospitalocentrismo: los grandes hospitales monovalentes, obsoletos e ineficaces concentran el 90 % del presupuesto para el área.

Cerca de 3000 ciudadanos continúan internados en condiciones violatorias a sus derechos.

La Ley Básica de Salud 153 y la 448 de la ciudad, proponen la desinstitucionalización como práctica, los organismos internacionales (O. M. S y O. P. S) establecen claras directivas al respecto.

La desinstitucionalización, es una práctica concreta, que debe ser sostenida con recursos propios, la capacitación específica del recurso humano y ser llevada adelante en conjunto con la comunidad.

Ante la falta de programas de externación (sólo existe el Programa de externación asistida de Ministerio de Derechos Humanos de la Ciudad), una organización popular junto a un grupo de trabajadores de Salud Mental y un grupo de usuarios produjeron un espacio colectivo que se conformó en el actual Programa de Integración Comunitaria de sujetos con padecimiento psíquico.

Este Programa se desarrolla en el seno del MOI (Movimiento de Ocupantes e Inquilinos), organización social de vivienda y hábitat que promueve el cooperativismo por autogestión y ayuda mutua en la población en situación crítica de hábitat de la Ciudad de Buenos Aires.

La cooperativa es tomada como una herramienta básica para la organización, desde donde las familias pueden abordar distintas necesidades, comenzando por la habitacional, como reivindicación de sus derechos ciudadanos.

El MOI cuenta con Programas de Vivienda Transitoria (P. V T), en tanto garantizan la estabilidad habitacional de las familias involucradas en procesos cooperativos, posibilitan la canalización de los recursos hacia la concreción de las viviendas definitivas y generan un ámbito de capacitación y fortalecimiento del proceso colectivo.

En la actualidad doce sujetos con padecimiento psíquico forman parte de esta organización, logrando su externación y retomando el ejercicio pleno de los derechos de ciudadanía.

Palabras Claves:

Integración –Comunidad-Cooperativas –Desinstitucionalización-Salud Mental

El Programa apunta a resolver, desde la perspectiva de un movimiento social, la problemática habitacional y laboral de personas con padecimiento psíquico, en una experiencia de integración a procesos de autogestión del hábitat.

Este Programa que lleva más de tres años desde sus inicios, se creó a partir de la iniciativa de personas internadas en el hospital Borda, trabajadores de la salud mental insertos en diferentes dispositivos colectivos que funcionan dentro y fuera del hospital, en articulación con el MOI, como contexto organizativo colectivo de inserción comunitaria.

El mismo se inscribe en el marco de un trabajo de articulación de organizaciones sociales entre sí y con el Estado a fin de garantizar herramientas comunitarias necesarias para la integración social de personas con sufrimiento psíquico, para quienes la internación en instituciones totales se ha convertido en el único medio de vida.

Esta experiencia se orienta en un perfil de práctica comunitaria que se cristaliza en la puesta en marcha de un Programa Piloto de Externaciones que comenzó a desarrollarse a partir del año 2002.

Un primer acercamiento se produce a raíz del encuentro entre trabajadores de varios dispositivos de inserción socio-comunitaria que funcionaban en el Hospital Borda que, en conjunto con el MOI, generaron un ámbito común de trabajo.

En el proceso de conformación del Programa podemos distinguir diversas etapas:

-Una primera etapa se caracterizó por la necesidad de los integrantes de las organizaciones antes mencionadas de apostar a la construcción de programas de integración comunitaria en el campo de la salud mental, superadores de las prácticas manicomiales habituales en los hospitales psiquiátricos.

Es así que, en el inicio de la experiencia se puso énfasis en el conocimiento e intercambio de las distintas prácticas específicas que en cada ámbito se llevaban a cabo. El equipo profesional que se fue conformando contó con la participación de trabajadores pertenecientes a la Red de Salud Mental de la Ciudad.

Es de destacar que, al mismo tiempo, un grupo de usuarios del programa de emprendimientos sociales, acompañados por técnicas de éste dispositivo, comenzaron a hacer el recorrido por las instancias de ingreso a la Organización.

-Una segunda etapa se orientó a profundizar las líneas de trabajo que comenzaron a visualizarse en el periodo anterior: criterios de admisión para los usuarios que quisieran formar parte de la experiencia; dinámica de funcionamiento; integración de coordinadoras cooperativistas de la organización MOI en el acompañamiento, sostén y seguimiento de los usuarios del Programa; búsqueda, reconocimiento y articulación con actores de la comunidad, que pudieran realizar aportes al desarrollo del Programa; afianzamiento de un equipo profesional; comienzo de la gestión del Programa con ámbitos del Gobierno de la Ciudad a fin de formalizar la experiencia (Ministerio de Salud. Dirección General de Salud Mental).

-La actual etapa se identifica con el desafío que significa generar herramientas de contención para enfrentar los momentos de crisis que atraviesan los usuarios, potenciando los ámbitos colectivos que funcionan como grupos de referencia y que permiten apelar al recurso de la internación desde otra perspectiva, únicamente como instrumento terapéutico de última instancia.

Esto se traduce en internaciones en las que las personas en cuestión pueden recuperarse en un tiempo breve sin perder los lazos sociales que ya han construido

durante el desarrollo de la experiencia, reintegrándose rápidamente al proceso cotidiano cooperativo del cual ya forman parte.

En la línea de trabajo de búsqueda de recursos económicos, nuestro accionar se orientó en dos sentidos en vinculación con la Secretaría de Desarrollo Social, - actualmente Ministerio de Derechos humanos y Sociales, por un lado, a través de la presentación del Programa para la obtención de subsidios o programas de ayuda económica, tal como el Programa de Apoyo a Instituciones que Asisten a Personas con Necesidades Especiales y por otro, en la gestión de recursos que forman parte de la oferta regular del Ministerio: “Programa Nuestras Familias”, “Programa Atención para familias en Situación de Calle”, “Programa de Becas de Capacitación Laboral para Personas con Discapacidad”.

Actualmente se continúa trabajando para concretar la formalización y reconocimiento efectivo del Programa ante el Ministerio de Salud y demás organismos de gobierno pertinentes, a fin de poder replicar la experiencia con un mayor número de usuarios.

Fundamentación:

El quehacer cotidiano se sustenta en una práctica que busca un cambio profundo en la forma tradicional de concebir al trabajo en salud mental. Se trata de un enfoque que considera fundamentales las condiciones sociales, las relaciones interpersonales y los derechos de ciudadanía.

En la Ciudad de Buenos Aires sigue vigente la ley de Salud Mental 448, cuyo espíritu es el derecho de los ciudadanos con sufrimiento psíquico a vivir en comunidad. Sin embargo, la mayoría de la población internada en los hospitales monovalentes carece tanto de vivienda como de inserción laboral.

La Ley 448 señala además la necesidad de inclusión de O. N. G. que participen con el Sistema de Salud Mental complementándose sus prácticas con las del sistema de cuidados formales.

Explícitamente, el artículo 2 dice que la garantía del derecho a la salud mental se sustenta en:

Inciso e) “la articulación operativa con las instituciones, las organizaciones no gubernamentales, la familia y otros recursos existentes en la comunidad, a fin de multiplicar las acciones de salud y facilitar la resolución de los problemas en el ámbito comunitario.”

Se cree conveniente señalar experiencias de salud mental comunitaria que acreditan el desarrollo de esta práctica.

E. Venturini, ¹ Director del Departamento de Salud Mental de Imola, Italia, ha realizado un estudio comparativo entre los programas de externación: “Taps Project”, desarrollado en el norte de Londres y el “Proyecto Valerio”, implementado en la ciudad de Imola. Ambos programas tienen varias coincidencias pero los usuarios del proyecto Valerio evidencian indicadores de mayor inserción comunitaria que los ingleses. El autor atribuye esta diferencia al capital social desarrollado por las cooperativas de la ciudad (Imola es una de las ciudades del mundo de mayor concentración en número de cooperativas) y por la inserción real de los usuarios en los procesos cooperativos.

El sostén de nuestro Programa son los procesos colectivos de las diferentes cooperativas de vivienda y de trabajo donde los usuarios construyen su cotidianeidad.

¹ Para ampliar información remitirse a E. Venturini, “Rehabilitar la ciudad. La des-institucionalización y el protagonismo e los ciudadanos”. Revista Psiquiatría Pública. Volumen 11, núm 5,6 Septiembre-Diciembre 1999.

El recorrido cooperativista implica una forma de trabajo donde todas las personas son reconocidas como tales y las opiniones aparecen en el mismo nivel de valoración. Esto promueve la reconstrucción de identidades fragmentadas al otorgar modelos simétricos de identificación, viabilizando la posibilidad de establecer relaciones de igualdad, donde cada sujeto pueda situarse desde su singularidad en una posición activa frente a otros. Por otro lado, este sentimiento de comunidad y de pertenencia a un colectivo social genera un marco de contención donde se restablecen lazos sociales.

Además de contar con un modelo horizontal de trabajo, este tipo de encuadre responde a la intención de recuperar la capacidad de contractualidad como ciudadano, principalmente desbastada en las instituciones totales.

El objetivo general del Programa está orientado a crear las condiciones adecuadas en los planos de salud, trabajo, vivienda y jurídico para posibilitar la reintegración comunitaria de personas que atraviesan situaciones de vulnerabilidad psicosocial, incrementada por la exclusión que genera una discapacidad mental.

Se trata de usuarios provenientes del Subsector Estatal del Sistema de Salud Mental, en su mayoría de los Hospitales Borda y Moyano ; se intentará incluir a familias provenientes del Hospital Tobar García.

En este sentido se apunta a la conformación de redes integradoras que favorezcan la autonomía de cada uno de ellos.

El Programa incluye también la detección de factores de riesgo que podrían ocasionar recaídas en los cuadros psíquicos de base.

El objetivo específico del Programa, prioriza la inserción en el proceso colectivo autogestionario de hábitat. Este proceso se realiza mediante la incorporación a los espacios de Guardia de Autogestión (vía de entrada a la Organización), así como en el ingreso a los Programas de Vivienda Transitoria. Aquellos usuarios que no puedan acceder al Programa de Vivienda Transitoria serán sostenidos y acompañados a través de otras modalidades: hoteles, pensiones u otras formas de alojamiento.

Los usuarios ingresan a las cooperativas de la Organización que estén gestionando o hayan gestionado la compra de un inmueble en la ciudad y participan en la transformación de dicho inmueble en un conjunto habitacional, a través del sistema de ayuda mutua, hasta lograr la solución definitiva de la vivienda.

Una línea de trabajo importante de este Programa es facilitar la revinculación de los usuarios con sus familias, grupos de referencia anteriores a la internación y con todo grupo social relevante para el mismo.

Conclusiones:

El derecho a vivir en la comunidad de sujetos con padecimiento psíquico, debe traducirse en prácticas concretas, sostenidas en el reconocimiento de la libertad como un derecho inalienable de las personas. Este trabajo señala la potencia de la sinergia entre los cuidados formales del Sistema de salud y los informales: los que brinda la Comunidad.

Demuestra también que una organización popular y solidaria marcó una práctica posible, concreta; sostenida por trabajadores de Salud Mental, entre ellos Terapeutas Ocupacionales cuyo rol está orientado al acompañamiento de la construcción de ciudadanía EN LIBERTAD.

Asumimos todos: cooperativistas y técnicos “Los Riesgos de la Libertad”, como siguen haciendo los Rionegrinos porque hoy más que nunca y en la Ciudad de Buenos Aires también:

LA LIBERTAD ES TERAPEUTICA

Referencias Bibliográficas:

Basaglia F A. " La institución Negada ", Río de Janeiro, Graal ,1985

Organización Panamericana de la Salud, Editores J. M .Caldas de Almeida, Torres González, Francisco, 2005 Washington. " Atención Comunitaria a personas con trastornos psicóticos "

Rosales Ortega, Rocío y otros, edición 2006 " La Interdisciplina en las ciencias sociales "Anthoropos Editorial (Barcelona)

Saraceno, B .La Rehabilitación Psicosocial .En Cuba, Cooperación Italiana .Enfoques para un debate en salud mental .La Habana: Ministerio de Salud Pública.

Equipamiento Técnico:

Video y proyector multimedia (cañon)

PROGRAMA DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES LUEGO DEL ALTA

Autores: Lic. Verónica Cremonte, Lic. Melania Ron, Lic. Lorena Degue.

Institución: Fundación para la Lucha de Enfermedades Neurológicas Infantiles FLENI Sede Escobar:
Ruta 9 Km 52,5, Escobar. Bs. As. Argentina; Teléfono 03488-410000. E-mail
verocremonte@hotmail.com

Resumen

Introducción y objetivos: Presentar el programa de seguimiento (PS) de pacientes internados en Fleni durante el 2005. El PS tiene como objetivo investigar la efectividad de la intervención de Terapia Ocupacional (TO) en la atención de pacientes neurológicos. Estudios sustentados en la práctica basada en la evidencia definida como “el uso conciente, explícito y prudente de la mejor evidencia al tomar decisiones acerca del tratamiento de un paciente” (Sackett, Richardson, Rosenberg y Hayne 1997), demuestran la importancia de la misma. Por tales motivos surge la necesidad de crear un sistema de Outcome que sirva para medir resultados. **Métodos:** Se realizó el PS a los pacientes que recibieron tratamiento de TO. Se confeccionó un Cuestionario de Seguimiento (C S) donde se evalúa el nivel de desempeño en AVD básicas, participación en la comunidad y retorno a actividades productivas. El CS es completado al alta de la internación. El PS es telefónico a los 3, 6, 12 y 24 meses del alta. **Resultados:** Entre los 6 meses y el año de alta se realizaron seguimiento a 73 pacientes y se obtuvo que:

- En AVD básicas continuaron mejorando: ACV: 20% TEC: 9% LM: 8%
- En participación en la comunidad continuaron mejorando: ACV: 26% TEC: 9% LM: 20%
- En reinserción laboral: ACV: 15% TEC: sin cambios con respecto al alta LM: 32%

Conclusiones: contar con un PS nos permite valorar la consolidación de los logros a través del tiempo y a través de esto focalizar los programas de tratamiento que se implementan, mejorando la eficacia de los mismos.

Introducción y objetivos: Presentar el programa de seguimiento (PS) luego del alta de pacientes internados en Fleni durante el periodo 2005. El PS tiene como objetivo principal investigar la efectividad de la intervención de TO en la atención de pacientes neurológicos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que la salud no solamente se ve afectada por las estructuras y funciones del cuerpo (lo específicamente físico), sino también por inhabilidad de la persona para realizar actividades y participar en situaciones de vida, reconociendo en esto la influencia del entorno y los factores personales de cada uno. Y es así como aprueba la Clasificación Internacional de Funcionalidad de la Discapacidad y de la Salud (CIF) en la cual trata de ir mas allá del campo médico e incluir ámbitos sociales.

Define: “limitaciones de actividad” como las dificultades que un individuo puede tener para realizar actividades; habla de “participación” como la implicación en una situación vital, describe lo que el individuo hace en su ambiente/ entorno real; y “restricciones en la participación” son problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones, tales como relaciones interpersonales, empleo, etc. en el contexto real en el que vive; y por último define calidad de vida como “percepción personal de un individuo dentro del contexto cultural y de valores en que vive y en relación a sus objetivos, expectativas e intereses”.

La integración a la comunidad es entonces tomada o definida como la participación del individuo en su comunidad y es el objetivo final de la rehabilitación.

La mayoría de las personas que participan de un programa de rehabilitación esperan reinsertarse en sus roles sociales, familiares y ocupacionales que desarrollaban antes de la lesión.

Es en este marco de la Salud donde la intervención de TO cobra su verdadero rol teniendo como objetivo prioritario mejorar la calidad de vida de la persona con discapacidad capacitándola para participar en las diferentes áreas de su desempeño cotidiano que le son significativas.

Para lograr estos objetivos utilizamos como marcos de abordaje el Modelo de la Ocupación Humana centrado en apoyar a las personas en el logro de un desempeño satisfactorio en roles ocupacionales significativos en las diferentes actividades de la vida diaria (básicas, de trabajo, estudio y tiempo libre). El desarrollo de habilidades para el desempeño ocupacional involucra la intervención en el desarrollo y/ o mantenimiento de capacidades sensoriomotoras, de procesamiento y sociales para lograr la integración ocupacional satisfactoria en sus ambientes relevantes; y el Modelo de Desempeño Ocupacional Canadiense, centrado en el cliente. Su mirada está basada en la necesidad del cliente/ paciente, jugando éste un rol activo en el tratamiento y estableciendo desde el inicio del

mismo sus prioridades e intereses en función de su cultura y estilo de vida, teniendo en cuenta siempre las ocupaciones que desempeñaba antes de la lesión. Este abordaje nos permite encontrar en el paciente un aliado comprometido a generar cambios en su independencia, sabiendo que la motivación del paciente juega un rol importantísimo en el proceso de rehabilitación. (Kielhofner. G, 1994).

Si tenemos en cuenta que el objetivo principal de la TO es capacitar a la persona para participar en las actividades de la vida diaria que le son significativas, ¿cómo sabremos si el trabajo cotidiano ofrecido a estos pacientes resulta efectivo una vez que se van de alta de la institución? ¿Cómo sabremos si logran mantener el nivel de independencia alcanzado, si son capaces de participar en actividades significativas recuperando así calidad de vida?

Diversos estudios sustentados en “la práctica basada en la evidencia” definida como el uso conciente, explícito y prudente de la mejor evidencia al tomar decisiones acerca del tratamiento de un paciente (Sackett, Richardson, Rosenberg y Hayne 1997), demuestran la importancia de la misma ya que no hay demasiada información sobre el trabajo que hacemos.

Por tales motivos surge la necesidad de crear un sistema de outcome que sirva para medir resultados y que además refleje las expectativas de nuestro trabajo, aquello para lo cual se trabajó, ya que creemos que solo midiendo los resultados y analizando la intervención se puede examinar la eficacia de la misma.

Es por ello que creamos el PS en el mes de Mayo del año 2002.

Métodos: Para poder llevar a cabo el PS requerimos de la confección de un sistema de outcome conformado por alguna escala estandarizada y preguntas estructuradas y semiestructuradas que conforman “El Cuestionario de Seguimiento” (CS) a utilizar. En el CS evaluamos las diferentes áreas de desempeño ocupacional basándonos en los Marcos de Referencia antes mencionados. Estas áreas son nivel de independencia funcional (IF), nivel de participación en la comunidad (PC) y nivel de reinserción laboral (RL).

El CS es completado al momento del alta del paciente por la terapeuta que llevó a cabo su tratamiento, por ser ella quien mas conoce al paciente y ha trabajado sobre sus intereses y expectativas. Luego el Seguimiento (S) es telefónico y se realiza a los 3, 6, 12 y 24 meses posteriores al alta definitiva del paciente. Los datos se analizan en forma anual.

Resultados: durante el año 2005 se realizaron un total de 73 seguimientos de pacientes entre los 6 meses y el año posteriores al alta de internación. Se contactaron 35 pacientes con accidente cerebro vascular (ACV), 11 pacientes con traumatismo de cráneo (TEC) y 25 pacientes con lesión medular (LM).

- En cuanto al nivel de IF continuaron mejorando: ACV: 20% TEC: 9% LM: 8%
- En cuanto al nivel de PC: ACV: 26% TEC: 9% LM: 20%
- En cuanto al nivel de RL mejoraron: ACV: 15% TEC: sin cambios LM: 32%

El análisis de los datos del periodo 2005 nos demostró que, aunque los pacientes con ACV por características de la patología, continúan mejorando su nivel de independencia y participación, los impedimentos cognitivos suelen ser factores predictivos y determinantes para la reinserción laboral y comunitaria para pacientes con TEC y ACV. Los pacientes con LM son la población que mas participa en estas actividades.

De los resultados obtenidos en este período, surgió la necesidad de crear dos programas: el Programa de salidas a la comunidad y el Programa de reinserción laboral, en los cuales se incluye al paciente en actividades que desafíen su desempeño (tanto cognitivo como físico) en situaciones reales de vida antes que se vaya de alta de internación.

El próximo análisis nos aportará datos relevantes sobre la eficacia o no de dichos programas.

Conclusión:

Teniendo en cuenta que todo programa de rehabilitación tiene como prioridad maximizar el nivel de participación en situación de vida de la persona, poder contar con un programa de seguimiento nos permite valorar la consolidación de los logros a través del tiempo, permitiendonos pensar nuevos programas de tratamiento que se implementan para realizar con mayor eficacia nuestro trabajo.

Palabras Claves: Seguimiento de pacientes

Outcome

Mejora continua

Bibliografía:

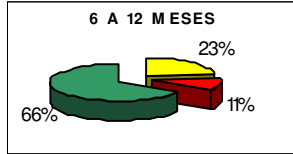
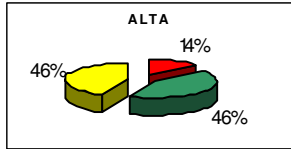
- W.H. Williams, J.J. Evans, and B.A. Wilson, Oliver Zangwill Centre for Neuropsychological Rehabilitation, Princess of Wales Hospital, Ely, UK, and Cognition and Brain Sciences Unit, Chancer Road, Cambridge, UK. “Outcome Measures for survivors of acquired brain injury in day and outpatient neurorehabilitation programmes”.
- A. Tyerman, Community Head Injury Services, Bedgrove Health Centre, Aylesbury, UK: “Outcome measurement in a community head injury services”.
- Tom Novack, PhD presented at the recovery after TBI Conference, Sep 1999: “What to expect after TBI”
- Pimjai Sudsawad (Assistant Profesor, Occupational Therapy Program, Department of Kinesiology, University of Wisconsin-Madison) 2005: Concepts in Clinical Scholarship: “A conceptual framework to increase of outcome research for evidence-based practice”
- Guía para el Conjunto de Datos Uniformes para la Rehabilitación Médica (FIM Adulto) Versión 40 vigente desde el 1º de enero de 1994.
- Catherine Trombly, Hui-ing Ma: “A Síntesis of the Effects of Occupational Therapy for persons with Stroke: Restoration of roles, tasks and activities” 2002.
- “Mary Ann Mc Coll, PhD, Diana Davies , McS, Peter Carlson, PhD, Jane Johnston, BA, BScN, Patricia Minnes, PhD. The community Integration Measure: Development and Preliminary validation. Arch Phys Med Rehabil Vol 82, April 2001”
- “J Powell, J Heslin, R Greenwood, Community based rehabilitation after severe traumatic brain injury: a randomized controlled trial. J Neurol Neurosurg psychiatry 2002.”
- “ John Corrigan PhD Community Integration following traumatic brain Injury. Neurorehabil 1994” Abreu Beatriz C, Suzanne M. Peloquin, Kenneth Ottenbacher. Competence in Scientific Inquiry and Research. *The American Journal of Occupational Therapy* 1998.
- Abreu B. C. Evidence –Based practice. *The Occupational Therapy Manager*; 2003 pp, 351-373.
- Bodiam, C. The use of the Canadian Occupational Performance Measure for the assessment of outcome on a neurorehabilitation unit. *British Journal of Occupational Therapy* 1999; 62, (3), 123-126.

GRAFICOS

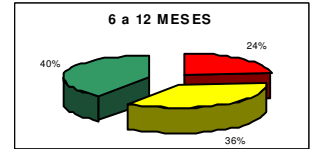
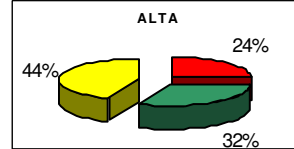
Referencias: **Independiente** **Asistido** **Dependiente**

1-“Grado de Independencia Funcional”

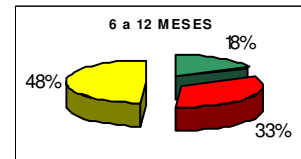
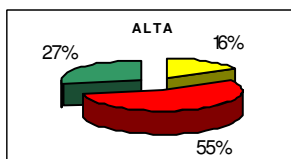
ACV (35)



TEC (11)

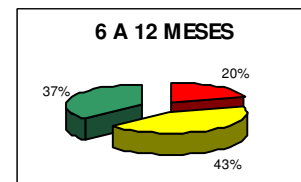
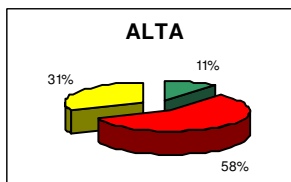


LM (25)

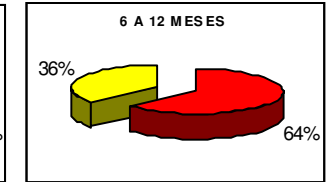
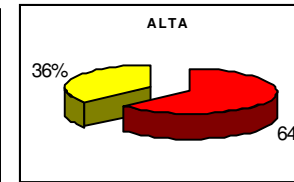


2-“Participación en la Comunidad”

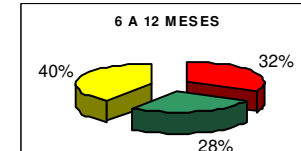
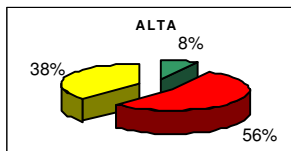
ACV (35)



TEC(11)

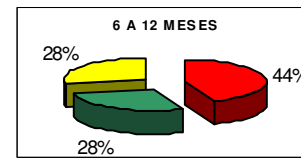
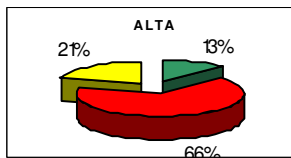


LM(25)

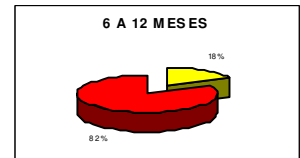
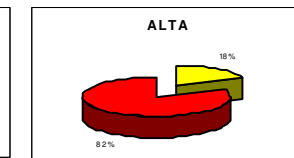


3- “Reinserción Laboral”

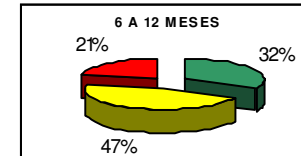
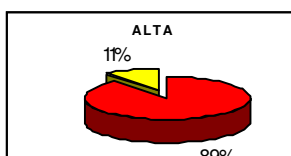
ACV (24 ACTIVOS AL MOMENTO DEL EVENTO)



TEC(11)



LM(25)



La Terapia Ocupacional y la Promoción de la Salud en el trabajo

Ciomara Maria Pérez Nunes – Terapeuta Ocupacional, Professora Orientadora do Departamento de Terapia Ocupacional DTO - UFMG

e-mail: ciomara_nunes@uol.com.br

Karina Ferreira de Oliveira – Terapeuta Ocupacional Pós Graduada em Saúde e Trabalho pela UFMG

e-mail: kakaufmg@yahoo.com.br

Marina Ferreira Duca - Terapeuta Ocupacional Pós Graduada em Saúde e Trabalho pela UFMG

e-mail: maducato@gmail.com

Sheyla Novaes Faria Sampaio – Terapeuta Ocupacional do Núcleo de Saúde do Trabalhador SMSa – SUS/BH, Pós Graduada em Saúde e Trabalho pela UFMG

e-mail: sherob@ig.com.br

Resumen:

Introducción y Objetivo: La Promoción de la Salud es tenida, como una herramienta eficaz en la reducción de las enfermedades provocados por la actividad laboral y en la mayor producción de las empresas. La terapia ocupacional se ha destacado como ocupación profesional con la capacidad de comprender las relaciones entre salud-enfermedad-trabajo, logrando intervenir, generando calidad de vida a los empleados de las empresas. El objetivo de este fue identificar artículos brasileños de diarios o periódicos indexados que traigan las acciones o propuestas de acciones de promoción de la salud para el empleado y de la realidad de actuación del terapeuta ocupacional com en esta situación.

Métodos: fueron realizadas búsquedas en las bases de datos SCIELO, (CIR)-FSP/USP, ENSP/FIOCRUZ e LILACS con las palabras clave Promoción de la Salud y Terapia de Ocupación mezcladas y como también en combinación con las palabras: salud del trabajador y trabajador. Los artículos seleccionados fueron analizados a través de la calidad de las evidencias a partir de la metodología de Práctica Basada en Evidencias (P.B.E.) propuesta por LAW, et al (1998).

Resultados: Fueron pre seleccionados 87 artículos para la lectura de los resúmenes, y de estos 6 artículos fueron analizados por el modelo de P.B.E.

Conclusion: El número de artículos que tratan de la intervención o propuesta de intervención en P.S. del trabajador es restringido, por más que, conceptualmente, la P.S. se presente como herramienta eficaz para la reducción de las enfermedades del trabajo. **El terapeuta ocupacional aparece como un profesional capaz de implantar acciones de P.S. en el sitio de trabajo, buscando la mejora de las condiciones de salud de los trabajadores y el aumento de la producción de las empresas.** Desta forma, deben ser desarrollados estudios que traten de la intervención en la P.S. con los trabajadores resaltando índices que puedan dimensionar su efectividad.

Palabras –clave: promoción de la salud, salud del trabajador y terapia de ocupación

Introducción

El escenario actual del mundo laboral caracterizado por la globalización e innovación tecnológicas es acentuado por grandes y rápidas transformaciones en relaciones laborales. La búsqueda de las empresas por calidad, productividad y competencia tiene como efectos colaterales: el acelerado ritmo de trabajo; los cambios en la organización y en la forma de producción; la aparición de nuevas especializaciones profesionales; el aumento de cesantía y trabajos informales; el traspaso, a trabajadores que no pertenecen a la lista de empleados de

una empresa, funciones ejercidas por empleados de esa misma empresa y, principalmente, la formación de una clase de trabajadores que han sufrido accidentes en el trabajo^(1 y 2).

En la década de los 90, según datos del INSS⁽³⁾, el número de muertos por accidentes en el trabajo en Brasil fue de 3.634 personas y el número de inválidos por el trabajo fue de 5.217. En 2005, fueron registrados 2.706 muertos y 30.334 inválidos. Analizando los datos, se puede notar que las prácticas preventivistas, centradas en los accidentes laborales y en la eliminación de los riesgos han sido efectivas para disminuir el número de muertos, sin embargo, se nota que ese logro se ve reducido en relación al número de inválidos, producto de las nuevas formas de organización del trabajo. De esta forma, se hace necesaria la implementación de estrategias que estimulen el avance de los logros de prevención destinados a mejorar las condiciones de salud y calidad de vida, poniendo énfasis al incremento de la productividad y competencia de las empresas⁽⁴⁾.

La Promoción de la Salud nace a partir de la preocupación con los límites de la medicina y por lo tanto, contempla la visión positiva de la salud, englobando acciones educativas que se diferencian de la educación en salud para promover cambios colectivos, envolviendo los sectores internos, la autonomía y el empowerment. La base de la Promoción de la Salud es la capacitación del individuo para elegir las condiciones de vida más saludables⁽⁵⁾. El concepto de Promoción de la Salud fue definido en la I Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, en Canadá, que fue escrito en la Carta de Ottawa en 1986, donde como:

[...] proceso de capacitación de la comunidad para actuar en la mejora de su calidad de vida y salud, incluyendo una mayor participación en el control de este proceso. Para llegar a un estado completo de bienestar físico, mental y social los individuos y grupos deben saber identificar aspiraciones, satisfacer necesidades y cambiar el medio ambiente para mejor⁽⁶⁾.

En el mundo laboral, individuos más saludables son también más productivos y la empresa, por consiguiente, se hace más competitiva. De esta forma la Promoción de la Salud puede presentarse como una herramienta efectiva para la reducción de los accidentes en el trabajo y el incremento de la productividad.

El terapeuta ocupacional es un profesional del área de la salud que tiene como objetivo de estudio, el entendimiento de las relaciones del hombre con el trabajo en un contexto. Este entendimiento global y contextualizado del trabajador es un determinante que ayuda a la producción y fortalecimiento de la capacidad de elegir por una vida saludable, prioridad de la Promoción de la Salud.

Los presupuestos de este trabajo son que la Promoción de la Salud puede ser una rama de la Salud Pública eficiente para optimizar la aplicación de recursos o inversiones en salud

reduciendo los gastos de la Previdencia Social y del sector privado; y, el Terapeuta Ocupacional es un profesional del área de la salud capacitado para actuar en Promoción de la Salud del trabajador.

El presente trabajo propone hacerse una revisión bibliográfica sobre la intervención o propuestas de intervención de Promoción de la Salud para la población trabajadora y reflejar sobre las posibilidades de actuación de la Terapia Ocupacional en esa área.

Metodología

El trabajo se configura como revisión bibliográfica comentada, sistematizada en el modelo de Práctica Basada en Evidencia (PBE)⁽⁷⁾, que es una de las herramientas del razonamiento clínico y de la práctica reflexiva. Configurase en la utilización de la mejor evidencia disponible en pesquisas para dar soporte a clínica, o sea, es una conexión entre la información científica y la ocupación profesional^(7 e 8).

Fue realizada una búsqueda sistemática de la literatura en el periodo de mayo a septiembre de 2006. El conjunto de estudios analizados fue identificado en las bases de datos: SCIELO; (CIR)-FSP/USP; ENSP/FIOCRUZ; LILACS; OPAS y WHOLIS. Las palabras claves utilizadas fueron: promoción de salud y terapia ocupacional combinadas entre si, y también combinadas con el trabajador, salud del trabajador y trabajadores.

Fueron establecidos los siguientes criterios de inclusión: artículos de periódicos indexados publicados en el periodo de enero de 1990 a septiembre de 2006; la palabra clave promoción de salud debería aparecer como descriptor de temas asociados a las palabras: terapia ocupacional, trabajador, trabajadores o salud del trabajador, que a su vez pueden aparecer en el título, síntesis o en descriptores del tema; artículos publicados en portugués, artículos que trataran específicamente de propuestas de intervención o de intervención, propiamente tal para la promoción de salud del trabajador.

El Critical Review Form – Qualitative Studies (Ruta para revisión crítica – estudios cualitativos)⁽⁷⁾ basados en el modelo de PBE, fue aplicado en los artículos seleccionados y estos fueron analizados según objetivos específicos, muestras, dibujos del estudio y principales resultados.

Resultados

La pesquisa inicial realizada en las bases de datos electrónicas mencionadas identificó 6.089 referencias, con la palabra clave promoción de salud. Aplicados los puntos de corte descritos se nota que las bases de datos OPAS y WHOILIS no incluyeron artículos en ese

estudio. En las demás bases fueron identificados 313 referencias: 3 de la combinación de los términos de promoción de salud con terapia ocupacional; 132 de la combinación de los términos de promoción de salud y trabajador; 135 de la combinación de promoción de salud y trabajadores y 43 de la combinación entre promoción de salud y salud del trabajador. La lectura del título dio paso a la identificación de artículos en idioma extranjero y estos no fueron incluidos en el estudio, quedando 188 referencias en portugués de las cuales fueron eliminadas tesis, conferencias, capítulos de libros, quedando 87 artículos.

Fue hecha una lectura sistemática de los resúmenes, lo que dio paso a la eliminación de: 7 artículos publicados antes de 1990; 40 artículos que se referían a la promoción de salud del trabajador pero que no dejaban explícitos ningún tipo de intervención o propuesta de intervención; 4 artículos sobre promoción de salud pero que no tenían relación con la población trabajadora y 11 artículos que se referían a una categoría profesional específica, como nutrición, odontología y otras, quedando 25 artículos.

En estos 25 artículos restantes, fueron identificados 19 sobre posiciones entre las bases de datos quedando 6 artículos: 3 en la base SCIELO y 3 en la base LILACS, en los cuales, fue utilizado el Critical Review Form – Qualitative Studies (Ruta para revisión crítica – estudios cualitativos)⁽⁷⁾.

Discusión

De los estudios analizados, cuatro investigan y proponen acciones de Promoção da Saúde, pero no implementan las acciones^(9, 10, 11 y 12), siendo tres volcados a profesionales de salud^(9, 11 y 12) y un a trabajadores de una industria petroquímica⁽¹⁰⁾. Todos investigaron el perfil socio-demográfico de los trabajadores e identificaron aspectos relevantes a los trabajadores a ser incluidos en el programa de Promoção da Saúde.

Las acciones volcadas a la Promoción de la Salud fueron descritas en dos artículos^(13 e 14) un volcado a trabajadores de salud⁽¹⁴⁾ y otro a trabajadores de una industria de transformación mecánica⁽¹³⁾. En este último el programa de Promoção da Saúde fue desarrollado por Terapeutas Ocupacionales. Ambos artículos no hacen una evaluación previa o posterior a las acciones de Promoção da Saúde con el fin de identificar los efectos de ese tipo de intervención⁽¹³⁾.

El estudio realizado por la Terapia Ocupacional se distinguió de los otros por posibilitar la expresión individual de los trabajadores en la intervención colectiva, donde estos tuvieron la oportunidad de reflejar sobre los propios sentimientos a partir del trabajo y

despertar su conciencia para elecciones por estilos de vida más saludables, que es el objetivo de la Promoción de la Salud.

Los estudios encontrados abordan principalmente el ámbito del desarrollo de habilidades individuales como factor clave en la promoción de salud. Sin embargo, es importante destacar que programas de Promoción de la Salud poseen estrategias más completas de acuerdo a lo mencionado en la Carta de Ottawa⁽⁶⁾, que incluyen: elaboración e implementación de políticas públicas saludables, creación de ambiente favorable a la salud, fortalecimiento de la participación comunitaria y reorientación de los servicios de salud.

Conclusión

La pesquisa sistemática de revisión literaria de artículos en periódicos indexados, facilitó la contextualización detallada acerca del tema Promoción de la Salud y culminó en la convicción de la importancia de esa nueva perspectiva en salud del trabajador, para atender a los fallos del sector público y optimizar los gastos con salud del sector privado.

El número de artículos que se refieren a la intervención o propuesta de intervención en Promoción de la Salud del trabajador es restricto y eso se debe a factores como: concepto reciente con poco más de una década; disminución de inversiones políticas en el área de la promoción; los trabajos publicados priorizan la identificación de riesgos, sugieren, pero, sin la implementación de programas de Promoción de la Salud; falta de desarrollo de metodologías evaluativas de ese tipo de programa que puedan comprobar su efectividad y deficiencia de publicación de experiencias que puedan incentivar a otras.

Aunque la revisión de literatura haya encontrado pocos estudios de análisis sistemáticos sobre resultados de intervención, durante la búsqueda fue posible identificar que innúmeros autores han cuestionado las prácticas de prevención y, principalmente, se han preocupado con la situación actual de los trabajadores debido a: números de invalides, nuevas formas de invalidez, montante anual gasto con salud tanto en sectores públicos como privados.

El análisis de los artículos permitió visualizar que la propuesta conceptual de la Promoção da Saúde para el trabajador es una herramienta efectiva para la disminución de accidentes de trabajo e incapacidades y que el terapeuta ocupacional es un profesional capacitado para actuar en programas específicos del mundo laboral. De esta forma estudios sobre los efectos de las acciones de Promoção da Saúde en lugar de trabajo deben ser estimulados, así como los de actuación del terapeuta ocupacional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BUSS, P. M., 2000. *Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciênc. Saúde Coletiva*, 5 (1): 163-177.
2. LANCMAN, S.; SANTOS, M. C.; ROMERO, M.; BONEQUINI, R., 2003. *Informar e refletir: uma experiência de terapia ocupacional na prevenção de riscos à saúde do trabalhador. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 14 (1): 1-9, jan./abr.
3. INSS. Disponível em: <http://www.mpas.gov.br>. Acesso em novembro de 2006.
4. HAHN, M. S., 1995. *A Promoção da Saúde e Terapia Ocupacional. Rev. Centro de Estudos de Ter. Ocup*, 1(1).
5. LIVEIRA, D., L. de, 2005. *A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. Rev. Latino-Am. Enfermagem*: vol. 13, no. 3, pp. 423-431.
6. BRASIL, 2002. *Ministério da Saúde. As Cartas de Promoção da Saúde. Brasília, DF.*
7. LAW, M.; STEWART, D.; LETTS, L.; POLLOCK, N.; BOSCH, J.; WESTMORLAND, M. *The Critically Appraised Topic - CAT - McMaster University - Canadá) Critical review from quantitative studies. Disponível em <<http://www.fhs.mcmaster.ca/rehab/ebp>>. Acesso em setembro de 2006*
8. SAMPAIO, R. F; MANCINI M. C e FONSECA, S. T., 2002. *Produção Científica e Atuação Profissional: aspectos que limitam essa integração na Fisioterapia e na Terapia Ocupacional. Revista brasileira de fisioterapia*, vol6, n 3 : p. 1-6.
9. NASCIMENTO, C.; MENDES, I. J. M., 2002. *Perfil de saúde dos trabalhadores de um Centro de Saúde-Escola. Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 10 (4): 502-508, jul.
10. CARRILLO, L.; PIEDADE, L.; MAURO, M. Y. C., 2003. *Uso e abuso de álcool e outras drogas: ações de promoção e prevenção no trabalho. Rev. Enfermagem UERJ*, 11(1): 25-33.
11. CAMARGO, R. A .; BUENO, A. A.; VILLELA, S. M., 2003. *Lazer, a vida além do trabalho para uma equipe de futebol entre trabalhadores de hospital. Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 11 (4): 490-498, ago.
12. MANETTI, M. L.; COSTA, J. C. S. de., 2006. *Prevenção de acidnetes de trabalho com amterial biológico segundo o modelo de Green e Kreuter. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre (rs), mar: 27 (1): 80 – 91.*
13. MEDEIROS, M. H. R.; DAKUZAKU, R. Y.; GARVES, W. C. T., 1999. *A dor do trabalho: reflexões a partir de uma intervenção de terapia ocupacional junto a um grupo de trabalhadores dentro da indústria. J. bras. Psiquiatria*, 48(11): 509-12, nov.
14. MENDES, I. J. M. et al, 1994. *Um programa sobre promoção da saúde do adulto para trabalhadores em saúde. Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2 (1): 95-108, jan.

La calidad de la vida en la visión de los graduandos de la terapia ocupacional

Átala Lotti Garcia – terapeuta ocupacional , maestra en la atención a la salud colectiva para el PPGASC/Universidad federal del Espirito Santo - UFES; profesor del curso de la terapia ocupacional de la universidad de la salud y del ambiente de la Victoria, Espirito Santo, El Brasil.

Rua Tobias Barreto s/n bl.705-B ap 402

Vila Velha-E.S

CEP: 29102-620

atalagarcia@hotmail.com

Samira Lima da Costa - Terapeuta Ocupacional, doutoranda en Psicociologia de las Comunidades y Ecologia Social – Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Rio de Janeiro, Brasil.

Rua Tobias Barreto s/n bl.705-B ap 402

Vila Velha-E.S

CEP: 29102-620

biasam@uol.com.br

Te: 55-27-3235-1244

Flávia Mazentelli

Flávia Mazitelli de Oliveira

Formação: Terapeuta Ocupacional, UFSCar 2000

Merstrado em Educação - UNESP 2005

La calidad de la vida en la visión de los graduandos de la Terapia Ocupacional

Resumen

El estudio buscó, a partir de la visión de los alumnos del último año del curso de Terapia Ocupacional, discutir la necesidad de un nuevo perfil del profesional de Terapia Ocupacional tendo como meta la Calidade de Vida dos sus clientes. Se considera la importância de que, dentro de esta perspectiva, formen profesionales de Terapia Ocupacional concientes da esencialidad de la Calidade de Vida na abordagem en Terapia Ocupacional. El objetivo del trabajo fue proponer el debate sobre este nuevo perfil del profesional em Terapia Ocupacional voltado para la importância de la Calidade de Vida, visando mejor atender las complejas cuestiones que la modernidad presenta para la salud. La metodología adotada fue del tipo cualitativa, descriptiva e exploratória a respecto del tema. Para tratamiento de los datos obtidos fue utilizada la modalidad temática de análise de conteúdo. Las categorías temáticas foram: Importância del estudio sobre Calidade de Vida y Inovaciones y câmbios em el cotidiano del Terapeuta Ocupacional. En los relatos de los graduandos de Terapia Ocupacional es possible evidenciar que la mayoría se posicionó positivamente en relación à importância de dar ênfase à la calidade de vida en la salud, aunque la a mayoría también verifique que, en la práctica, o ideal de esta propuesta está distante. Partindo de uno concepto amplo del proceso salud-enfermedad y de sus determinantes, de la articulación de saberes técnicos y populares y de la movilización de recursos institucionales y comunitarios, públicos e privados, consideramos que la variável Qualidade de Vida ofereça aquilo que temos identificado como meta das profissões de saúde. Por este motivo, la formación de nuevos terapeutas ocupacionais debe tener un perfil volvido para la Calidade de Vida, objetivando mejor atender las complejas cuestiones que la modernidad presenta para la salud.

Palavras-Clave: Terapia Ocupacional; educación; Calidad de Vida

La terapia ocupacional es una de las profesiones de la área de la salud que desarrolla actividades de la promoción y de la prevención, de la recuperación y de rehabilitación de la salud, se hace responsable de la calidad de la vida de sus pacientes. Todas las modalidades de la ayuda mencionan el ambiente y su impacto a él en el humano; a calidad de vida é un presupuesto que debe ser siempre incluído para integrarse entre estos componentes. Los profesionales de Terapia Ocupacional deben tener un proyecto de intervención perspectivando siempre a calidad de vida. Para tal, el nuevo perfil del profesional de Terapia Ocupacional deve contemplar como meta de este profesional la Calidad de Vida de sus clientes. Se considera la importancia de que, dentro de esta perspectiva, formen profesionales de Terapia Ocupacional concientes de la esencialidade de la Calidad de Vida en la abordage en la Terapia Ocupacional.

Así, el objetivo de este trabajo es discutir, la visión de los alumnos del año pasado de la graduación en terapia ocupacional en la importancia práctica de la “calidad de la vida ” en el período profesionalizante del treinamento la necesidad de un nuevo perfil del profesional en Terapia Ocupacional vuelto para la importancia de la Calidad de Vida, para mejor atender las complejas cuestiones que la modernidad apresenta para la salud.

Se trata de un estudio de la naturaleza calicativa, del tipo descriptiva e exploratória al respecto de la opinión de los graduados del séptimo e octavo período de Terapia Ocupacional sobre la importância de la calidad de vida en la realización del plano de tratamiento en el ano de 2006.

La pesquisa calitativa presupuene llevar en consideracion el sujeto del estudio, sus creencias, sus valores e significados. Para el tratamiento de los datos obtenidos fue utilizada la modalidad temática de análisis de contenido propuesta por Bardin (1). Las categorías temáticas fuerom: Importância del estudio sobre Calidad de Vida, Inovaciones y mudanzas en el cotidiano del Terapeuta Ocupacional e transformaciones en el plano del tratamiento del terapeuta ocupacional. Por tanto fueron recoletados relatos y narrativas de los alumnos del último año del curso de graduação em terapia ocupacional sobre lo que piensan de la Calidad de Vida de sus pacientes, y como verifican esa variante en sus prácticas del estágio profesionalizante con los pacientes.

En las historias de los graduandos de la terapia ocupacional es posible evidenciar que la mayoría establecida positivamente en lo referente a la importancia para dar énfasis a la calidad de la vida en la salud. Sin embargo, la mayoría también verifica que en el o ideal práctico de esta oferta sea distante. Consideramos importante incluir una visión em este contexto en relación al futuro, esto es, como el profesional que actuará podrá incluir Calidad

de Vida delante del contexto cada vez mas complejo en el Brasil debido a los niveles de desigualdad en el que a población se encuentra submetida.

En la literatura se relacionó con el área de la salud que el concepto de la calidad de la vida se parece presentar significados diversos. Aunque no todavía existir un consenso en lo referente a la definición, la organización mundial de la salud - OMS (2) define la calidad de la vida como “la opinión del individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en los cuales ele vive e en relación a los sus objetivos, expectativas, padrones y preocupaciones”. La expresión calidade de vida es un termino compartí lado por los cientistas sociales, filósofos y políticos. La preocupación con el concepto de calidade de vida refere-se a um movimento dentro de las ciências humanas y biológicas que procura valorizar parâmetros mas amplos que el controle de sintomas, la disminución de la mortalidad o el aumento de la expectativa de vida. Assunção Jr. et al. (2000) (3) afirman que la calidade de vida representa uma tentativa de nomear algunas características de la experiência humana, siendo elle el fator central que determina la sensación subjetiva del bem-estar.

Conforme Minayo, (2000) (4), la calidade de vida es una noción eminentemente humana que se aproxima del grado de satisfacción encontrado en la vida familiar, amorosa, social y ambiental. Presupone una sintiese cultural de todos los elementos que determinada sociedad considera como su padrão de conforto y bem-estar. Los varios modos de vida y las condiciones de vida se inter-relacionan con los ideales de desenvolvimiento sustentable, ecología humana y democracia.

Este concepto envía, por lo tanto, a una relatividad cultural, por lo tanto uno está sobre una construcción social y se determina históricamente, concebido según el grado de desarrollo de una sociedad específica. Parámetros subjetivos (bienestar, felicidad, amor, placer, inserción social, libertad, solidaridad, espiritualidade, realização pessoal) y objetivos (satisfacción de las necesidades básicas y de las necesidades criadas pelo grado del desenvolvimiento econômico y social de determinada sociedade: alimentação, acceso à la agua potable, habitación, trabajo, educación, salud y lazer) se interagem dentro da cultura para constituir a noción contemporânea de calidad de vida.

En el campo económico, la evaluación de la calidad de la vida asiste a la definición de los costes de la relación ventaja, en el impacto que una enfermedad, la fatiga o la inhabilidad y la poder mental se determinan en la capacidad productiva de un ciudadano, más allá de evaluar la calidad de los recursos disponibles de la salud (ÉXITO, 1998) (5).

El debate sobre calidade de vida e saúde tiene también razonable tradición tanto em el Brasil quanto en la América Latina. Se tiene realizado revisões sobre estudos que relacionan

condiciones de vida y saúde. Nos trabalhos relacionados à epidemiologia social, ciências sociais e saúde coletiva, se destacan en sus trabalhos pioneiros de Josué de Castro, Samuel Pessoa, Hugo Bemh (Chile), e otros mas recientes, como os de Breilh y Gandra, em el Ecuador; Laurell, no México; e Monteiro, Possas, Arouca, y el próprio autor, Buss, no Brasil, todos de cuño teórico-conceptual o que demueñstran as mencionadas relaciones através de trabajos empíricos (BUSS, 2000) (6).

Consideraciones finales:

Los profesionales de salud son un de los segmentos responsables sobre las repercusiones positivas y negativas que las políticas públicas tiene sobre la situación de salud y las condiciones de la vida. Los cambios del legislación y la introducción de inovaciones em las políticas de la salud pueden ocasionar impulso à la calidade de vida y las condiciones de la salud de la población sobre la óptica da promoción de la salud (BUSS, 2000) (6).

La Calidade de Vida representa uma estratégica promisoría para enfrentar los múltiples problemas de la salud que afectan las poblaciones. Partiendo de um concepto amplio del proceso salud-enfermedad y de sus determinantes, se propuene la articulación de los saberes técnicos y populares, y la movilización de recursos institucionales y comunitarios, públicos e privados, para su enfrentamiento e resolución. Por este motivo, la formación de nuevos terapeutas ocupacionales debe tener un perfil volvido para la Calidade de Vida, objetivando mejor atender las complejas cuestiones que la modernidad presenta para la salud.

REFERÊNCIAS

(1) BARDIN L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.

(2) ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS)/ ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA. Promoción de la salud: uma antologia. Washington: OPAS; 1999. Primera sección-desarrollo de la estructura.

(3) ASSUMPÇÃO Jr. FB et al. 2000. Escala de avaliação de qualidade de vida (AUQEI Autoquestionnaire Qualité de Vie Infant Imagé). **Arq Neuropsiquiatr**; 58:20-8.

(4) MINAYO M.C.S, Hartz Z.M.A, Buss P.M. 2000. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc Saúde Coletiva**; 5:7-18.

(5) SUCESSO, E. 1998. **Trabalho e qualidade de vida**. Editoras Qualiymark edit E Dunga Edit. (Rio de Janeiro, Brasil).

(6) BUSS, P. M.; LABRA, M. E. 1995. **Sistemas de Saúde: continuidades e mudanças**. Editoras HUCITEC e FIOCRUZ, (São Paulo e Rio de Janeiro, Brasil). 61-102.

La vida cotidiana antes y después de la enfermedad mental

Mariana Moraes Salles

Sônia Barros

Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo, Departamento de Enfermería Materno-infantil y Psiquiátrica. Avenida Dr. Enéias de Carvalho Aguiar, 419. CEP 05403-000. Tel. (55 11) 3066-7611.

Resumen

Este trabajo es parte de una investigación que ha buscado conocer el cotidiano del enfermo mental re-internado en institución psiquiátrica. Se buscó conocer el camino recorrido por el enfermo a lo largo del tiempo anterior a la enfermedad, las consecuencias psicológicas y sociales que atingen el cotidiano del paciente y sus expectativas para el futuro.

Se ha empleado la metodología cualitativa para abordar este tema y el concepto de cotidiano de la autora Agnes Heller como fundamento de la investigación. Han sido realizadas entrevistas con pacientes y sus familiares, que pasaron por la análisis del discurso, enseñando una proximidad entre las expectativas de los pacientes y las propuestas de reforma psiquiátrica.

Fue identificado que los pacientes pasan por un momento de ruptura en su cotidiano con la manifestación de los síntomas de la enfermedad, siendo necesaria una reestructuración de su vida. Al final, notase que los deseos de los pacientes para el futuro están relacionados con las actividades socialmente aceptas, que son esferas de la vida cotidiana: amor, trabajo, diversión, salud y dinero. Estes deseos tienen conexión con las propuestas de la Rehabilitación Psicosocial, en afinidad con las propuestas de políticas de salud y el discurso de los pacientes.

Introducción

Este trabajo estudió el cotidiano del enfermo mental internado en institución psiquiátrica y que estuvo fuera de la institución por un período de tiempo inferior a los seis meses. El paciente que retorna al hospital psiquiátrico tuvo una experiencia de vida en la que buscó un lugar en la sociedad. El análisis de esta vivencia es un análisis de como ocurre, o no ocurre, la inserción social de este paciente.

Brasil adopta como directriz para la salud mental las propuestas de Reforma Psiquiátrica y Rehabilitación Psicosocial, buscando reducir el número de hospitales psiquiátricos y aumentar los CAPS para atender a esta población, de acuerdo con la *Legislação em Saúde Mental*⁽¹⁾.

La preocupación principal de la Rehabilitación Psicosocial es con las conversiones que ocurren en la vida del paciente y en su manera de relacionarse con el mundo en el que vive, por más sutiles que son estos cambios.

Así, la cuestión sobre como los pacientes se organizan en su cotidiano, donde están, lo que hacen y como manejan su cotidiano, es algo relevante para el tratamiento. Y también un factor importante para propiciar la inserción social.

La Rehabilitación Psicosocial presupone que la comunidad y el tratamiento sean dimensiones posibles de propiciar la inserción social del paciente. Pero el gran número de reinternaciones en hospitales psiquiátricos va hacia los presupuestos de la Rehabilitación Psicosocial y de la Reforma Psiquiátrica. Por eso, brota la cuestión sobre lo que pasa con el enfermo mental tras una internación. En este artículo se intenta investigar como la enfermedad ha tocado las posibilidades de vida e inserción social del paciente cuando el está convivido en la sociedad.

Metodología

El abordaje cualitativo ha sido utilizado en el proceso metodológico de esta investigación, buscando aclaramiento sobre las relaciones sociales que informan sobre el campo de la salud.

Se ha elegido por basar esta investigación en el concepto del cotidiano de Agnes Heller, que realiza un análisis crítico del real, ofreciendo un soporte para el conocimiento de la actividad práctica social de los sujetos históricos concretos.

Estar inserido en la sociedad es organizar una vida cotidiana capaz de conducir a una continuación, in interacción con los otros a su rededor y con el modo de producción de la sociedad ⁽²⁾.

Puntuado en la vida cotidiana, el individuo se inserte en la sociedad, asimilando y participando del cotidiano de la comunidad. Las actividades del cotidiano de cada persona están relacionadas con las actividades cotidianas de su familia, amigos, compañeros de trabajo, constituyendo una red de relaciones sociales vinculadas a las distintas actividades del día ⁽²⁾.

Como categoría de análisis, en esta investigación, ha sido utilizado el concepto de Rehabilitación Psicosocial; en síntesis, sus presupuestos son: la construcción de una nueva manera de vida autónoma, inserida en la sociedad; el proceso de restitución del poder contractual del usuario, que se desarrolla en los escenarios hábitat, mercado y trabajo, considerados espacios de cambio; y la referencia a la micro y a la macro variables del contexto social que determina resultados para la Rehabilitación Psicosocial.

El fundamento del cotidiano se relaciona con los presupuestos de la Rehabilitación Psicosocial, cuando afirma que el portador de trastorno mental puede construir una vida en la sociedad, articulada con las distintas esferas sociales, sin perder su particularidad.

La investigación ha sido realizada en un hospital experto en psiquiatría de la ciudad de São Paulo, en el estado de São Paulo.

Fueron sujetos de esta investigación personas con trastornos mentales que han sido internadas en el hospital psiquiátrico descrito y su familia; a lo total, fueron llevadas en cuenta trece entrevistas con los pacientes y nueve con la familia de estos pacientes.

El análisis del discurso ha sido utilizado como forma de interpretación y aprehensión de la realidad apoyado en material recogido, teniendo en vista “*comprender el modo de funcionamiento, los principios de organización y las formas de producción social del sentido*”⁽³⁾. El discurso es producido en el interior de instituciones, de grupos, de un determinado contexto social y a partir de una construcción histórica.

Cotidiano antes y tras la enfermedad

Ha sido relevante la separación realizada por los sujetos de la investigación sobre la ruptura causada por la enfermedad, que los condució a hablar de un cotidiano antes de la enfermedad y un cotidiano tras la enfermedad. También brotó como tema el “deseo por lo que hacer”, a pesar de la enfermedad.

En los testimonios analizados, el pasado es relatado con posibilidades más grandes de actividades e inclusión social. Aparece una rotura con el “antes de la enfermedad”, cuando había más probabilidad y opciones de trabajo, diversión y amigos.

P10 – *Perdí el interés de profesión, de novia, de la vida de casado.*

P9 – *Ahora no hice nada más. Después que volví enfermo.*

P3 – *Ya hace un año que no trabajo. Desde que volví enfermo.*

Es marcada por la enfermedad una ruptura en el tiempo, una interrupción de la continuidad de la vida, de las actividades, relaciones y del lugar social del sujeto. La enfermedad lleva consigo un vacío para la vida del paciente y es relacionada por los sujetos de la investigación a la falta de gana, a la inacción, a la restricción de posibilidades y capacidades.

Por un lado, los testimonios confirman la falta de posibilidades, una situación de ausencia de intereses, en cotidiano monótono, en una circunstancia de aislamiento.

Pero, en contrapunto, el abatimiento causado por la comparación con lo que se podía hacer “antes de la enfermedad”, al investigar el cotidiano de esta población, aparecen distintas ocupaciones que están presentes en el cotidiano de los pacientes y que les ponen en un lugar social.

En lo que es considerado como “no hay nada para hacer”, al investigar el cotidiano con una lupa, brotan micro posibilidades de actividades e inclusión social, como: deportes, diversión, limpieza y organización del hogar, ver a la tele, oír música, leer al periódico, actividad religiosa y caminar por el barrio.

Estas actividades se oponen a la apatía, supliendo los pacientes de temas que pueden ser compartidos. La elección de la actividad enseña iniciativa e búsqueda personal. De una manera general, las actividades son importantes para que se tenga satisfacción en la vida, para estar bien donde está y con lo que hace. En los discursos de los pacientes también han sido identificados sus deseos y proyectos para el futuro.

En contrapunto a la apatía, paralización y sensación de pérdida vivenciada por los pacientes al referirse al pasado, al “antes de la enfermedad”, las expectativas para el futuro son prósperas, presentan vivacidad.

La principal perspectiva es de poder vivir mejor, constituir familia, intensificar las relaciones, trabajar y no hacer falta internaciones como modo de tratamiento.

P10 – *(Me gustaría) mi vida, construir una familia, construir una vida, porque ya he sufrido demasiado.*

P8 – *Yo lograría un empleo. Empleo. Con registro. Para toda la vida, hasta volver mayor.*

También aparece el placer con las pequeñas cosas de la vida, como pasear, comer algo distinto, salir con los amigos, ir a la playa, tener una religión. Parecen detalles, pero es a partir de la constitución de los pequeños fragmentos, momentos agradables y significativos, que se acercan de un bienestar con la construcción de su vida.

La intención de los servicios sustitutivos favorece la manifestación de la persona enferma, para poder aprehender la enfermedad como una experiencia singular. La mirada del equipo pasa a *“encontrar el enfermo, su historia, sus costumbres, su ambiente social, su manera de vivir la vida y ayudarlo a manejar mejor estas dificultades, creando condiciones y posibilidades para que ellos puedan participar del juego social”*⁽⁴⁾.

El que los pacientes quieren para el futuro es participar de las actividades socialmente aceptas, que son esferas de la vida cotidiana: amor, trabajo, diversión, salud y dinero.

Conclusiones

El proceso de rehabilitación se atribuye a la posibilidad del paciente practicar su ciudadanía, lograr autonomía, formación profesional, capacidad social, bienes materiales. Está en la capacidad de las personas en practicar sus derechos, construir su habilidad de acceso al valor, en el camino de la emancipación.

Es el propio paciente, en el interior del sistema de relaciones en el que se encuentra, que podrá desarrollar nuevas formas de autonomía, *“mismo que la enfermedad mental no presente remisión, es posible desarrollar potencialidades afectivas que reduzcan la vulnerabilidad y posibilitan la formación de vínculos sociales”*⁽⁵⁾.

Aquello que los pacientes quieren hacer, sus expectativas para el futuro, es nada más que la rehabilitación. Ellos quieren tratarse, cuidar de la salud, constituir familia, tener amigos, trabajar; quieren un cotidiano inserido en la comunidad, quieren un proceso de rehabilitación de éxito.

En este sentido, el discurso de los pacientes se alinea con las propuestas políticas de salud mental y con los presupuestos de la Rehabilitación Psicosocial.

Referencias bibliográficas

1. Ministério da Saúde, 2002. “Legislação em saúde mental 1990-2002”. Secretaria Executiva Ed. (Brasília) I. 56-64.
2. Heller A., 1994. “La revolución de la vida cotidiana”. Ed. Península (Barcelona) I. 71-91.
3. Minayo MCS., 2004. “O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde”. Hucitec (São Paulo) I. 94-106.
4. Melman J., 1998. “Repensando o cuidado em relação aos familiares de pacientes com transtorno mental”. [dissertação] Faculdade de Medicina da USP (São Paulo) 41-99.
5. Lussi IAO y Col., 2006. A proposta de reabilitação psicossocial de Saraceno: um modelo de auto-organização? Rev. Latino-Am. Enfermagem; **14**, 3: 448-456.

VII Congreso Argentino

y

VII Congreso Latinoamericano de Terapia Ocupacional

**“Terapia Ocupacional basada en la calidad de vida,
ideologías, teorías, espacios y prácticas”.**

Mar del Plata - Argentina

Septiembre 2007

Trabajo de Investigación

Título: Modalidad de Intervención en Dispositivos Laborales de Salud Mental

Autor: Daniela Testa

Institución: Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial José T. Borda

Ciudad de Buenos Aires - Argentina

Dirección Postal: Portela 708- (1406) Ciudad de Buenos Aires Argentina

Te: 011- 4612 1791

Email: danitestu@yahoo.com.ar

INDICE

<u>I- Introducción</u>	<u>3</u>
Antecedentes	4
Marco teórico	6
Objetivos de la Investigación	10
<u>II- Aspectos Metodológicos</u>	<u>11</u>
Las variables teóricas y sus indicadores	12
Descripción de la estrategia metodológica	15
<u>III- Presentación y Análisis de los Datos</u>	<u>16</u>
<u>Taller Protegido Terapéutico</u>	17
Características del dispositivo	18
La Modalidad de Intervención	19
<u>Taller Ocupacional</u>	20
Características del dispositivo	20
La Modalidad de Intervención	21
<u>Emprendimiento Social en Salud</u>	21
Características del dispositivo	22
La Modalidad de Intervención	24
<u>Programa de Voluntariado Comunitario</u>	25
Características del Programa	25
La Modalidad de Intervención	27
<u>Programa de Inserción Laboral</u>	27
Características del Programa	27
La Modalidad de Intervención	28
<u>IV- Resultados</u>	<u>29</u>
<u>V- Consideraciones Finales</u>	<u>30</u>
<u>VI- Referencias Bibliográficas</u>	<u>31</u>
<u>VII- Anexo</u>	<u>35</u>
Instrumento empleado para la recolección de los datos	35
Cuadros	40
Datos	44

Título: Modalidad de Intervención en Dispositivos Laborales de Salud Mental

Institución: Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial José T. Borda

I- Introducción

La instrumentación de actividades laborales como recurso terapéutico en torno a los que sufren psíquicamente ha estado presente en la historia del hombre, acompañando los diferentes intentos de mejorar el estado de la salud. Esta situación no ha sido ajena al campo de la salud mental.

En Terapia Ocupacional (de ahora en más T.O), el trabajo ha sido utilizado tanto como fin o medio terapéutico, con distintos propósitos (adaptativo-normalizador, moralizador, de re-inserción social, etc.) de acuerdo con los diferentes marcos ideológicos y filosóficos que fueron surgiendo como productos socio-históricos. Del mismo modo las actividades laborales han estado presentes en el desarrollo de las conceptualizaciones y de las prácticas de la Terapia Ocupacional.

La Lic. T,O Elizabeth Gómez Mengelberg se refiere a los antecedentes históricos de la instrumentación de actividades laborales en nuestro país y señala que el uso de las actividades y el trabajo de los pacientes como recurso en el tratamiento ya se practicaba mayoritariamente en los asilos y hospitales psiquiátricos antes de las guerras Mundiales.

En nuestro país se comenzó a utilizar la mano de obra de los internos para la producción de bienes en los hospitales psiquiátricos, como unos de los efectos de la revolución industrial.¹

El desempleo con su consecuente marginación del mundo laboral, constituye una de las situaciones de desventaja que sufren con mayor gravedad las personas con enfermedades mentales

Coincido con la Lic. Aguiar al afirmar que como trabajadores de la salud mental es necesario interrogarse no sólo sobre *“la articulación de las representaciones sociales e intersubjetivas que se ponen en juego con la desocupación”*, sino también sobre qué respuestas daremos y cómo pensaremos nuevas alternativas que se traduzcan en las instituciones y en las prácticas, acordes a la situación de crisis social.

El desarrollo de mi práctica profesional se ha focalizado en el campo de la salud mental principalmente, y mi formación está en concordancia con el mismo en el ámbito público, donde me desempeño desde el año 1991. Dentro de este contexto social antes mencionado, me he confrontado con la necesidad de reformular mi práctica cotidiana, su metodología y objetivos. Surgieron de este modo los motivos, tanto vivenciales como teóricos, que generaron este trabajo, en un intento de

sistematización acerca de las prácticas en dispositivos laborales en salud mental, a través de conocer la modalidad de intervención de los terapeutas ocupacionales (de ahora en más t.os / t.o) en dispositivos laborales para adultos en salud mental.

La T.O Nicasio reflexiona acerca del “trabajo terapéutico” y los procedimientos y programas, señalando la importancia que tienen las técnicas y modalidades de intervención, ya que a partir de las prácticas concretas se haría posible una práctica superadora de la tradicional lógica asistencialista.ⁱⁱ

No obstante, Benetton señala como problema de los t.os la dificultad de crear un cuerpo teórico que de cuenta de las distintas intervenciones, especialmente en la utilización de actividades.ⁱⁱⁱ

Este tema convoca el interés científico-técnico de la comunidad de terapeutas ocupacionales por su referencia a un ámbito de aplicación específico de la profesión, como es el campo Laboral en salud mental, destacándose la importancia de teorizar y sistematizar acerca de las intervenciones y sus modos de instrumentarlas, basados en la posibilidad que éstas conllevan de generar y transformar las prácticas concretas en salud mental. Implicando, a su vez, una maduración en la praxis específica de la Terapia Ocupacional.

1- Antecedentes

Para el desarrollo y análisis de todo proceso de atención en salud, no sólo se deben conocer las estrategias de intervención adecuadas, con un mínimo rigor metodológico, sino que también se deben considerar aquellos elementos del contexto que inciden directamente en ellos.

En este sentido es que se han gestado los procesos de transformación en las prácticas de atención en salud. Estos movimientos se desarrollaron a partir de los años sesenta, en distintos países, y constituyeron los contextos ideológicos y organizativos que determinaron los distintos modelos de atención sanitaria en salud mental, propiciando el abandono de las prácticas centralizadas hacia el desarrollo de prácticas de atención comunitaria.

Aunque estas experiencias han tenido sus propios desarrollos y particularidades que las diferencian, es posible reconocer algunos vectores básicos que se han hecho presentes en todas, y que caracterizan los modos de dar respuesta al problema de la salud mental, tales como: la crítica al hospital psiquiátrico, la desinstitucionalización, la articulación de servicios por territorialización y la comprensión del problema de salud mental reconociendo los factores psicosociales.

Luego de la caída del Estado de bienestar, surgió como alternativa en Europa la idea de empresa social como transformadora de las prácticas y las modalidades de intervención. Se desarrolló desde el enfoque de la desinstitucionalización, que da gran impulso a las acciones de rehabilitación en todas sus etapas, poniendo mayor énfasis en la situación de desventaja.

En nuestro país, a mediados de los años '50, un grupo de psiquiatras “reformistas”, promovieron cambios en las prácticas de las instituciones psiquiátricas.

Dentro del marco de las políticas del Estado de bienestar se creó en 1957, el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM), que dispuso una política activa por parte del Estado en los problemas de la salud mental y proponía la descentralización, desburocratización y formación en salud pública para Salud Mental.

En 1967, se aprobó el Plan de Salud Mental, que incluyó una serie de medidas comprometidas con estas concepciones, y se creó Talleres Protegidos de Rehabilitación Psiquiátrica, primera institución pública destinada a la rehabilitación laboral de pacientes psiquiátricos con capacidad laboral remanente.

En este período la rehabilitación se asocia a la idea de recuperación de una determinada capacidad física y / o mental y de preparación para el trabajo en lo posible remunerado. Por lo cual, si consideramos los cuatro aspectos o etapas que comprende el proceso de rehabilitación: patología, deficiencia, discapacidad y desventaja^{iv}, este dispositivo pone mayor énfasis en sus esfuerzos en reparar la deficiencia y la discapacidad, partiendo desde la patología.

.Los modelos teóricos que se afianzaron entre los terapeutas ocupacionales argentinos para esa época fueron el kinesiológico y el psicoanalítico.

Con el golpe militar de 1976, la destrucción de lo conseguido en el campo de la salud mental fue una constante, muchos trabajadores de la salud mental desaparecieron y otros de exiliaron. Las instituciones se cerraron y aislaron.

“Durante la dictadura (los t.os) fueron los únicos profesionales que lograron continuar trabajando con grupos de pacientes, tal vez porque la idea de hacer no parecía tan peligrosa como la de hablar, aunque aislados entre sí y del exterior, y con escasa o nula circulación de bibliografía.”^v

El enfoque terapéutico de la desmanicomialización se desarrolla en nuestro país en la provincia de Río Negro desde 1983, año en el cual se inició esta experiencia de transformación en el campo de la salud mental. Desde esta perspectiva se intenta abordar el problema de la locura y los

que padecen sufrimiento mental, a través de un modo de atención que involucra no sólo a los especialistas sino a diferentes actores sociales en su conjunto.

Dentro de este marco se implementan iniciativas de inserción socio-laboral a través de las empresas sociales. La Ley 2440 ofrece el marco teórico legal a esta modalidad a partir de su promulgación en 1991.

Publicaciones y comunicaciones en Jornadas, Congresos y otros encuentros científicos de Terapia Ocupacional, reflejan una preocupación de esta comunidad relacionada con el tema, acompañadas de una profunda reflexión y crítica de las propias prácticas y sentido de las mismas. En este contexto, se han presentado dentro de las prácticas de la Terapia Ocupacional, dispositivos laborales con diferentes modos de organización, tales como talleres ocupacionales, microemprendimientos cooperativos, empresas sociales, etc. con el objetivo de disminuir la situación de desventaja y vulnerabilidad psicosocial y mejorar la situación laboral y de inserción relacional.

Se encontraron referencias de abordaje a partir de dispositivos laborales desde esta perspectiva en diferentes campos en los que trabajan las t.os: con ancianos, con personas con trastorno mental severo, con personas que portan discapacidades mentales, y con discapacidades motoras.^{vi}

Según los datos que surgen del relevamiento realizado en el inicio de esta investigación en el año 2005, en las instituciones efectoras de la red de salud mental del GCBA, están en funcionamiento varios dispositivos laborales para adultos en los hospitales monovalentes de salud mental.^{vii}

2- Marco teórico:

Como ya se mencionó en la introducción, las formas en que se piensan las respuestas a los problemas sociales y de salud están relacionadas íntimamente con los paradigmas científicos-filosóficos característicos y particulares de cada época y lugar.

Se tomarán en consideración para este estudio los aportes que realiza la Lic. Liliana Paganizzi relacionados con la instrumentación de las actividades y sus referencias teóricas. Ésta considera que *“la oferta teórica para los t.os es múltiple, a tal punto que se puede hablar de distintos modelos de pensamiento: sensorio-integrativo, psicodinámico, comportamental, psicoanalítico, que en la práctica posibilitan formas de ejercicio profesional muy diversas”*.

La misma autora propone a “*las actividades como una de las estrategias de las que se vale el t.o para mejorar una determinada situación subjetiva, comunitaria o social, junto al actor / usuario / paciente o grupo*”.^{viii}

De esto se desprende que la actividad propia de los dispositivos laborales guardará correspondencia, en tanto instrumentación de esa actividad específica, y en tanto estrategia de intervención con objetivos determinados, con el marco filosófico y teórico básico que explica cuestiones referidas al hombre, la naturaleza y la cultura.

Según la autora citada, es posible distinguir a los modelos Positivista y Humanista como representativos de las dos corrientes teóricas que han estado presentes en el desarrollo de la T.O como disciplina.

Dentro del modelo positivista la Terapia Ocupacional se propone intervenir sobre el desarrollo de habilidades en pos de lograr un mejor nivel de desempeño. La línea neurológica biológica prevaleció en las prácticas asilares, que se caracterizaron por la administración de psicofármacos dentro de una organización de asistencia y cuidados especiales para resguardar al paciente de la potencial peligrosidad intrínseca de la enfermedad.

Algunos autores de referencia de este modelo son Spackman y Mac Donald como representantes del modelo Neurológico. Jeans Ayres, referida al modelo de integración sensorial.

Dentro de la T.O toman relevancia dentro de esta corriente, las siguientes intervenciones terapéuticas:

- La **evaluación**, dirigida especialmente a valorar las capacidades e incapacidades del paciente,

- El **análisis de la actividad**, que releva los requerimientos motores, intelectuales, sensoriales y afectivos de la misma. Se realiza con el propósito de intentar establecer lo que estas pudieran producir como efectos deseados en la situación del paciente. De este modo se procede a seleccionar aquellas más adecuadas para favorecer la funcionalidad y / o realizar entrenamiento para lograr mejoras en el nivel de desempeño en las ocupaciones. Se utilizan las actividades al modo de la prescripción médica.

- El **propósito** que persigue el tratamiento está dirigido desarrollar capacidades funcionales y adaptativas.

La corriente Humanista, en la que se ubican la Fenomenología Existencial, el Psicoanálisis y la Psiquiatría Comunitaria, considera a los problemas psíquicos como expresión de un conflicto en la

constitución de la subjetividad, dando importancia a las relaciones intersubjetivas tanto del presente como del pasado. Autores referentes dentro de esta corriente para la T.O son, Chamome Rui que desarrolló sus aportes a partir del Existencialismo y los Fidler y Azima en el Psicoanálisis, entre otros.

Las intervenciones terapéuticas que se destacan para esta corriente son:

-La *entrevista*, que apunta a investigar los deseos y expectativas de la persona

-El *plan de Intervención*, que se desarrolla de acuerdo a las expectativas de satisfacción del paciente en relación con lo personal y lo interpersonal.

-El *análisis de la actividad* que se modifica en tanto se incorporan los aspectos psicodinámicos. Las actividades se clasifican en libres o estructuradas, tomándose en cuenta la forma de ejecución y las funciones psicológicas predominantemente requeridas para la realización de las mismas.

-El *propósito* que persigue el tratamiento se dirige a la habilitación de espacios de subjetividad e intersubjetividad.^{ix}

Paganizzi propone un enfoque que le es propio, que denomina “*dinámica de la realización de actividades*”. Este se basa en la articulación de producciones teóricas provenientes del campo de la salud mental, de la semiótica y de la práctica psiquiátrica comunitaria. Aborda y reconsidera los fundamentos teóricos que sostienen la instrumentación de las actividades en Terapia Ocupacional. Desde esta perspectiva toman un lugar central el sujeto y su historia en un contexto determinado junto con las particularidades técnicas de la actividad con la cual se trate. Propone la identificación y la articulación de los distintos componentes que intervienen, para lograr un acercamiento a las significaciones reales y simbólicas que se ponen en juego con la instrumentación de las actividades.

-Desde esta perspectiva propone el *Análisis de la Realización de Actividades*, el cual parte de considerar este proceso como fenómeno comunicativo que produce el intercambio de diferentes tipos de signos. Toma en cuenta los elementos lingüísticos, los no lingüísticos, (tanto los emitidos por el sujeto como los provenientes de los objetos) y los elementos no lingüísticos que son traducibles a elementos lingüísticos y viceversa.^x

A continuación se mencionarán algunos conceptos desarrollados por la T.O Rita Martínez Antón, quien propone realizar el recorrido inverso, ya que parte para abordar este problema, desde cómo se realiza el análisis de la actividad para llegar al marco teórico que lo sustenta. Esta autora ubica a la actividad como objeto de estudio y/o intervención de la T.O. Diferencia y describe las

características principales referidas al análisis de la actividad entre el *Análisis Funcional* y el *Análisis Ocupacional* correspondientes a diferentes momentos históricos y orientaciones teóricas.

El Análisis Funcional está ubicado dentro del paradigma reduccionista (según el análisis histórico de Kiehlhofner, Burke y Gillette). Está en vigencia en un momento en el que el modelo médico es ampliamente hegemónico. La actividad es considerada exclusivamente como medio de tratamiento, orientado a la reducción de las consecuencias de la enfermedad o al estímulo y desarrollo de las funciones remanentes y aspectos sanos del paciente.

El Análisis Ocupacional, está centrado en el desempeño ocupacional, siendo la enfermedad un factor más de los capaces de producir una alteración en el mismo, junto con otros también capaces de impactar en el bienestar de la persona, que también son tomados en cuenta por la T.O.

Este enfoque intenta superar el concepto reduccionista de actividad funcional, proponiendo complejizar este concepto considerando a la ocupación como elemento esencial de la cultura y como elemento de identidad singular de la disciplina. No descarta el análisis funcional reduccionista, al que sitúa en un campo más amplio, aplicando al mismo diferentes elementos del contexto.

Rita Martínez Antón propone el *Análisis de la Actividad Caso por Caso*, donde se estudia el proceso de apropiación subjetiva de los recursos culturales, considerando a la actividad como producción subjetiva. Desarrolla esta visión desde su conceptualización de ocupación como el cumplimiento de una función a partir de la cual se es convocado y nombrado.^{xi}

Esto implica necesariamente la ubicación de alguna producción en el orden de los intercambios y forma parte de la producción de subjetividad en tanto miembros de una cultura. “*La participación en actividades y ocupaciones organiza nuestra existencia, nos ubica en el orden simbólico (...)*”. La función ocupación, “*(...) implica un cierto posicionamiento básico en relación con el lenguaje, con el orden simbólico, con la cultura. Lo cual es lo mismo que decir posición en relación con el mundo y con los otros, (...) jugándose para cada sujeto en su singularidad.*”^{xii}

El autor Benedetto Sarraceno, al referirse a la Rehabilitación Psicosocial reflexiona acerca del modo en que se instrumentan las actividades dentro de un servicio de salud. Destaca la importancia de las prácticas cotidianas y concretas en la construcción / reconstrucción de la validación de una dimensión interactiva entre sujeto y contexto.

La rehabilitación no aparece ligada a la figura de la realización de actividades de cualquier tipo (artísticas, deportivas, culturales, laborales, etc.) “per se”, sino que está ligada a la posibilidad de recuperar o crear un sentido y un valor cultural transformador de la lógica alienante.

El sentido de la rehabilitación es el restablecimiento de la contractualidad de ciudadano. La dignificación de ese sentido, será el acompañamiento del paciente en la recuperación de los espacios no protegidos, más socialmente abiertos, siendo estos criterios los que se proponen como guía para establecer el modo en que se instrumenten las actividades dentro de un proceso de rehabilitación.^{xiii}

Dicho autor sitúa el propósito de las intervenciones de salud dirigidas hacia modificar la situación de vulnerabilidad psicosocial de los pacientes o usuarios del sistema de salud. Desde estos conceptos se piensa al trabajo como productor de valores, poderes y posibilidades imprescindibles para la transformación de la realidad, a fin de ampliar y fortalecer las relaciones de igualdad. Restituir el lugar de ejercicio de los derechos civiles en el ejercicio de la ciudadanía, promoviendo la participación activa y productiva en el campo de lo social^{xiv}

El autor José Schiappa Pietra plantea las diferencias sustanciales entre dos modelos de atención en salud, denominados como Modelo Asistencial Tradicional y Modelo Curativo Promocional. Plantea como ejes de análisis para comparar ambos modelos algunas preguntas referidas a la cura: ¿Qué es curar?, ¿Quién, cuándo, dónde y con qué se cura?, ¿Qué es lo que cura y cómo se cura?^{xv}

Según sea el modelo del que se trate serán las respuestas a estas preguntas, y desde allí se desprenderán las diferentes modalidades de intervención correspondientes a cada cual.^{xvi}

Este autor toma en cuenta algunos aspectos que dimensionan según su prevalencia y combinación, las características de los Modelos: el lugar donde se realiza la asistencia, los modos de abordaje, el propósito o finalidad del tratamiento, los métodos, técnicas y recursos terapéuticos, lo autogestivo y la utilización u organización del tiempo en el tratamiento^{xvii}.

3- Objetivos de la Investigación

Objetivo General: Conocer la modalidad de intervención de los terapeutas ocupacionales en dispositivos laborales en salud mental para adultos en dependencias del GCBA.

Objetivos específicos: Conocer las características principales de los dispositivos laborales en los cuales los terapeutas se desempeñan.

Conocer las características de la evaluación, asesoramiento y orientación, entrenamiento, que realizan los terapeutas ocupacionales en los dispositivos laborales en salud mental.

Conocer el objetivo general de las intervenciones que realizan.

Conocer la relación existente entre el contexto de los dispositivos, los objetivos generales y las características de las intervenciones del terapeuta ocupacional

II- Aspectos Metodológicos

Las características de este trabajo en cuanto a su diseño y desarrollo corresponden a los estudios de tipo cualitativo exploratorio.

Las fuentes de datos se obtuvieron de la lectura de documentación referida al tema, tratándose en su mayoría de textos inéditos o mimeografiados, comunicaciones en eventos científicos, y por relevamiento de información proporcionada individualmente a través de entrevistas a los terapeutas ocupacionales que conformaron la muestra.

La delimitación geográfica para este trabajo se estableció en las Instituciones asistenciales de salud mental para adultos, dependientes de la secretaria de salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

La población en estudio esta constituida por los terapeutas ocupacionales que se desempeñan en dispositivos laborales para adultos en el ámbito de la salud mental.

Del relevamiento realizado en las distintas instituciones efectoras de la Red de Salud Mental se desprendió que:

Un total de 27 t.os de la red de salud Mental del GCBA, dedican su carga horaria, en parte o en su totalidad, a desempeñarse profesionalmente en dispositivos laborales para adultos, de los cuales: -2 profesionales t.os con cargo de planta se desempeñan en Talleres Protegidos de Rehabilitación Psiquiátrica.

-18 profesionales t.os se desempeñan en dispositivos laborales del Hospital José T. Borda, de los cuales 12 tienen cargo de planta y 6 se encuentran en calidad de observadoras no participantes.*

-7 profesionales t.os con cargo de planta se desempeñan en dispositivos laborales del Hospital Braulio Moyano.

Dado que al momento de la realización de este estudio no se desarrolla un dispositivo laboral específico en el Hospital Torcuato de Alvear, donde esta problemática es considerada desde otros abordajes, no se incluyó a los profesionales que allí se desempeñan en el trabajo de campo.

El Universo está constituido por las modalidades de intervención de los t.os de las instituciones monovalentes de salud mental del GCBA que participan en dispositivos laborales para adultos; el cual está conformado por las modalidades de intervención que desarrollan los terapeutas ocupacionales en los diferentes dispositivos.

La muestra está conformada por las modalidades de intervención de 21 terapistas ocupacionales, que se desempeñan en distintos dispositivos laborales de Hospital José T. Borda, Hospital Braulio Moyano y Talleres Protegidos de Rehabilitación Psiquiátrica. (Ver cuadro 1)

Seis de las t.o restantes no accedieron por distintos motivos a este trabajo. El total de las entrevistas realizadas es de 23, ya que hay dos t.os que se desempeñan en dos dispositivos laborales diferentes que realizaron dos entrevistas cada una.

La unidad de análisis está constituida por la modalidad de intervención que cada terapeuta ocupacional desarrolla en un dispositivo laboral determinado.

1- Las Variables Teóricas y sus Indicadores

Las variables principales son:

a) Evaluación. b) Asesoramiento y orientación c) Entrenamiento d) Objetivo general de las intervenciones

Se considera que estas variables relacionadas entre sí posibilitan conocer acerca de los modos de abordar la problemática de salud mental propuestas desde los dispositivos laborales. Se realizó la selección de las intervenciones ya mencionadas, porque se considera que el relevamiento de los datos a obtener a través de ellas, contienen los conceptos y nociones que caracterizan las intervenciones terapéuticas de los t.os dentro de un contexto determinado.

Consideraré, dentro del marco del presente estudio, los términos concepto y noción, como los define Souza Minayo, quien plantea que los conceptos teóricos son unidades de significación que definen no sólo la forma y el contenido de las teorías, sino también como operaciones mentales que reflejan cierto punto de vista de la realidad, focalizando y jerarquizando determinados aspectos de los fenómenos, constituyendo un orden de la realidad, una particular mirada de los hechos y de las relaciones, construyendo de ese modo un camino del pensamiento.

Desde esta perspectiva se distinguen las nociones que puedan surgir de los datos, considerándolas como aquellos elementos de una teoría que todavía no presentan claridad suficiente y son usados como “imágenes” en la explicación de lo real, ya que ellos expresan la relación intrínseca entre la experiencia y la construcción del conocimiento.^{xix}

Se presentan a continuación las principales definiciones operacionales delimitadas a los fines de la presente investigación:

Intervención: Intervenir implica tomar parte en un asunto, mediar, interponerse. Se utiliza el término “intervención” para designar en general las acciones del terapeuta, incluyendo acciones referidas no sólo a lo que se entiende habitualmente como el campo de la salud, sino también en el campo comunitario, laboral, etc.

Por lo tanto al mencionar Intervención se hace referencia a aplicación de técnicas y métodos que implementa el terapeuta ocupacional en el ejercicio de su práctica profesional.^{xx}

Modalidad de intervención: Es el modo en que el t.o trata con aquello que convoca su intervención, se refiere al cómo desarrolla y/o aplica en la práctica el conjunto de técnicas y métodos instrumentados con el propósito de lograr un objetivo determinado

En la investigación se consideran los siguientes aspectos en relación con las técnicas de intervención: la evaluación (dirigida al paciente y el proceso terapéutico), el asesoramiento y orientación, y el entrenamiento.

Evaluación: se entiende como evaluación al proceso por el cual se realiza la valoración de un estado de situación, orientado tanto hacia sus caracterizaciones cualitativas como cuantitativas o ambas. Esta valoración tendrá relación con la intervención a realizar luego.

Se designan como instrumentos de evaluación a aquellos específicamente utilizados para las evaluaciones estandarizadas o semiestandarizadas.

El concepto de evaluación, sus instrumentos y los modos de realizarlas son específicos de cada modelo teórico, aunque existen instrumentos que se utilizan en varios de ellos, (como puede ser, por ejemplo el caso de algunos test).

Rita Martínez Antón describe cinco tipos de evaluación que son utilizadas en nuestro país a la vez que señala las características e instrumentos específicos que se utilizan en cada una de ellas. Estas son: la Evaluación Funcional, la Evaluación del Desempeño Ocupacional, la Evaluación de las Áreas Ocupacionales, la Evaluación del Desempeño Ocupacional y la Evaluación del Ambiente.^{xxi} Cada una de ellas nos muestra una manera de entender la realidad y de intervenir sobre ella.

Asesoramiento y orientación: consiste en las intervenciones dirigidas a guiar u orientar con respecto a tomar conocimiento, obtener y / o utilizar recursos de distintos tipos que el paciente necesitare, así como también con respecto a la organización en las actividades.

Entrenamiento: es la técnica que consiste en intervenciones para lograr la adquisición de una determinada función, habilidad o nivel de desempeño en la realización de una actividad o de alguna tarea.

Según el modo en que el t.o se acerque o relacione con la situación en la que interviene, se establecerán distintas formas de abordaje: Individual (participa el t.o y el paciente), Grupal (grupo constituido con el fin del tratamiento, con participación de uno o más t.os), Individual - grupal (tratamiento individualizado en la tarea y en el seguimiento del paciente que se desarrolla en un espacio en común con otros pacientes que concurren con el mismo fin), Familiar (con la familia u otros referentes similares) y Comunitario (en relación con un grupo más amplio que la familia que constituye un referente cultural).^{xxii}

Dispositivo Laboral: se refiere a un contexto, con fines terapéuticos (delimitado en un espacio y tiempo determinados) organizado a partir del eje actividad laboral. Se considerarán dispositivos de distinta complejidad en su organización, tanto el que constituye una institución en si mismo, como los que se incluyen en otras instituciones, como programas, proyectos, etc. siempre y cuando tengan alguna inscripción institucional.

Dispositivo Laboral en salud mental: se refiere a aquellos que se desarrollan y están dirigidos específicamente a personas con padecimiento psíquico.

Objetivo general de las intervenciones: se refiere al propósito que sustenta y otorga sentido y dirección a las intervenciones que implementa el terapeuta ocupacional.

Las variables contextuales correspondientes al presente estudio son:

a) Características del Dispositivo Laboral b) Localización c) Población objetivo y d) Actividades de enlace.

Éstas fueron seleccionaron como tales por su importancia en relación con las variables principales pudiendo ser facilitadoras directas o no, de las intervenciones y las modalidades a ser desarrolladas por las t.os.

Las variables a) Características del Dispositivo y b) Localización, se refieren a describir algunas características de organización y funcionamiento de los dispositivos laborales. La variable c) Población Objetivo describe algunos datos de la población que participa y / o asiste a los mismos, y la variable d) Actividades de Enlace, describe cómo se relaciona cada dispositivo con otros actores de la comunidad, ya sea dentro de la institución de referencia o por fuera de la misma.

2- Descripción de la Estrategia Metodológica

Este trabajo se realizó en tres etapas:

a- Etapa exploratoria de la investigación, que se extendió por seis meses. Comprendió la selección del tema, la búsqueda bibliográfica, la delimitación del problema, la definición de los objetivos y elaboración del marco teórico conceptual. También se construyeron los instrumentos de trabajo, a través de la planificación de la entrevista y del criterio de observación a tenerse en cuenta.

La planificación de la entrevista consistió en la elaboración de una guía para la recolección de datos en función de las variables planteadas, que focalizaron la entrevista en cuestiones precisas y pertinentes.

Se formularon preguntas abiertas, debido al interés de recabar predominantemente datos cualitativos, aunque también se realizaron algunas preguntas cerradas referidas específicamente a relevar datos o características del contexto.^{xxiii}

b- Etapa de trabajo de campo, requirió de un lapso de tiempo de cuatro meses. Los componentes utilizados para el mismo fueron la aplicación de las técnicas de Entrevista.

Se utilizó la técnica de entrevista ya que es considerada como el instrumento privilegiado de recolección de informaciones para la ciencias sociales, dada la posibilidad del habla de ser reveladora de sistemas de valores, normas y símbolos, a la vez que puede transmitir a través de un portador, las representaciones de un grupo determinado en condiciones socio- históricas, económicas y culturales específicas.

La modalidad utilizada fue la de entrevista semi-estructurada, la cual permite una mayor libertad a la iniciativa de expresión del entrevistado, por tratarse en su mayoría de preguntas abiertas que se realizan cara a cara dentro de una conversación. Ofrece también mayor flexibilidad al entrevistador para adaptarse a las diferentes circunstancias concretas que caracterizan al trabajo de campo.

Estas se efectuaron en su totalidad en el lugar de trabajo o dispositivo laboral estudiado. La duración aproximada de las mismas fue de 60 minutos.

Todas las entrevistas fueron grabadas en cassette, previo acuerdo con el entrevistado, lo que permitió repetir su escucha con posterioridad para un mejor trabajo con los datos.

c- Etapa del Tratamiento de los Datos: requirió de cuatro meses para su realización. A partir del material recabado se procedió al análisis los mismos. Se utilizó la técnica de Análisis Temático, el cual consiste en *“descubrir los núcleos de sentido que componen una comunicación cuya*

presencia o frecuencia signifiquen alguna cosa para el objetivo analítico trazado''^{xxiv}, orientado a detectar las unidades de significación que definen el discurso, ya que cualitativamente la presencia de determinados temas denota los valores y modelos de referencia presentes.

Se desarrolló en tres pasos, el del pre-análisis, en el cual se determinó la forma de categorización y los conceptos teóricos más generales que orientaron el análisis.

Luego, se realizó la explotación del material, donde se elaboró la Matriz de Datos, seguida de la transformación de los datos obtenidos en bruto para llegar a la comprensión global del material.

Por último el análisis final de los resultados, proponiendo inferencias y realizando interpretaciones previstas en el cuadro teórico.

III- Presentación y Análisis de los Datos

Como resultado de la etapa exploratoria y de trabajo de campo se obtuvieron los siguientes datos en relación a la existencia de diferentes dispositivos y programas laborales en salud mental para adultos que dependen del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Se identificaron cinco tipos de dispositivos laborales.

1- Taller Protegido Terapéutico, donde es posible ubicar a los Talleres Protegidos de Rehabilitación Psiquiátrica, al Taller Protegido Terapéutico Intrahospitalario y al Taller Pre Laboral del Hospital Braulio Moyano.

2- Taller Ocupacional

3- Emprendimiento Social en Salud, con sus 3 Unidades Productivas: Ybytú- Vientos de Cambio, Ciclopapel y Los Amigos- Vivero Huerta

4- Programa Comunitario de Voluntariado

5- Programa de Inserción Laboral

A continuación presentaré una síntesis de los datos referidos a las características de cada dispositivo laboral y la modalidad de intervención en cada uno de ellos. A los fines de abreviar esta presentación me referiré solo a un dispositivo correspondiente a cada uno de los tipos que han sido estudiados, que he seleccionado por considerar más representativos en sus características. Se presentan datos exhaustivos acerca de las intervenciones terapéuticas en el anexo.

1-Taller Protegido Terapéutico

Talleres Protegidos de Rehabilitación Psiquiátrica

Es pertinente mencionar los antecedentes de Talleres Protegidos de Rehabilitación Psiquiátrica en nuestro país, ya que es ésta una institución de complejidad en su nivel de organización, que se ha desarrollado a través de 40 años.

Surgen en el marco de las políticas de un estado de bienestar en crisis para dar respuesta a la demanda de reinserción social y laboral a través del trabajo terapéutico.

En ese momento histórico se sustentaba la integración social en la imagen del trabajador. El “universalismo” de las prestaciones de la seguridad social se restringe en ese entonces a los trabajadores, con lo cual quedan ubicados en el campo de la asistencia social aquellos que no pueden integrarse al mercado de trabajo.

Por lo tanto el trabajo adquiere un valor social endógeno en sí mismo, ya que determina el lugar de la inclusión y está ligado a la imagen de salud.

En concordancia con este contexto, el marco teórico de este dispositivo propone a la actividad laboral como un fin terapéutico en sí mismo y sostiene la concepción de controlar la enfermedad y disminuir las secuelas que produce para promover la integración del paciente al sistema social en vigencia.

Cuentan con la protección del estado que brinda los recursos económicos y de infraestructura para sostenerlo. Por lo tanto, los bienes que producen no se incluyen en el circuito de comercialización del mercado competitivo, sino que son adquiridos por el estado, y los recursos para mantenerse, insumos, maquinarias, herramientas e instalaciones son brindados por la Secretaría de Salud en su totalidad.

Con la transferencia de los Hospitales Nacionales Psiquiátricos a las Provincias, los Talleres Protegidos también fueron transferidos a la dependencia administrativa de cada provincia correspondiente.

Características del Dispositivo

Talleres Protegidos de Rehabilitación Psiquiátrica (TPRP) integra la Red de Establecimientos Asistenciales del Área de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Es el único establecimiento de Trabajo Protegido para pacientes Psiquiátricos en el ámbito del Gobierno de la Ciudad.

Promueve un proceso de rehabilitación con diferentes modalidades terapéuticas en cada una de las etapas del mismo. En este tratamiento el trabajo es considerado como una actividad terapéutica en sí misma que promueve modificaciones como estructurante del aparato psíquico, inmerso en la desorganización psicótica, y como facilitador de la integración socio-relacional, rompiendo el circuito de aislamiento que produce la enfermedad mental.

El anterior propósito se lleva a cabo a través de la articulación de las prestaciones profesionales y de los auxiliares de rehabilitación en el marco del trabajo terapéutico que apunta a promover la reinserción social y se propone como superador del aprendizaje de la tarea de oficio, ya que apunta a propiciar la apertura a nuevos proyectos y recursos más allá del vínculo institucional.

Atiende a una población de ambos sexos, cuya edad oscila entre los 18 y 60 años, con el siguiente perfil psicopatológico: psicosis Esquizofrénicas (Subtipos clínicos), psicosis Afectivas (Subtipos clínicos), Paranoia (Subtipos Clínicos), Trastornos de Personalidad y Alcoholismo.

Los criterios de admisión son los siguientes: que el paciente se encuentre compensado psiquiátricamente, y reciba tratamiento psiquiátrico y / o psicológico. Es necesaria la derivación del profesional tratante solicitando el ingreso del paciente.

Se plantean distintas etapas en el proceso del tratamiento y se desarrollan actividades de diferentes oficios, cuya duración se estima entre dos y tres años, trabajándose con el paciente y su familia el proceso de alta, por un período de dos a tres meses.

El equipo de profesionales es interdisciplinario y está compuesto por: psiquiatra, psicólogo, trabajadoras sociales, enfermeras y terapistas ocupacionales.

Los pacientes asisten al dispositivo de lunes a viernes de 7:30 hs. a 12:30 hs., lo cual suma una carga horaria de 25 hs. semanales. La cantidad de pacientes que integran este dispositivo es aproximadamente de 150 usuarios.

Reciben mensualmente, desde el inicio al tratamiento una retribución o incentivo económico llamado Peculio.

La modalidad de intervención

La década de los noventa marcó un cambio en algunos conceptos básicos del marco teórico tenidos en cuenta hasta ese momento, que se traducen en 1995, cuando

- Toma centralidad el concepto de lo ocupacional como eje de análisis, intervención y organización del dispositivo.

- La actividad / ocupación es considerada ahora el medio de tratamiento por excelencia.
- Aparece la noción de cronificación de la institución, del tratamiento y del paciente. A partir de ésta se instrumentan modificaciones en la organización del funcionamiento institucional y en los objetivos del tratamiento.
- Surgen cuestionamientos acerca del papel de la institución y del concepto de enfermedad que se sostiene.
- Aparecen nociones ligadas a una perspectiva más compleja de la relación con el contexto social: ya no se trata de re-insertar a un paciente con una problemática psiquiátrica, sino que se piensa intervenir en una situación de salud integrada por una mayor cantidad de factores sociales que se interrelacionan en el abordaje de la misma, tales como la desocupación, la situación de pobreza, la desarticulación familiar, etc.
- Toman la denominación de Talleres Protegidos Terapéuticos por la de Talleres Protegidos de Producción.
- Se determina un período de tiempo para el tratamiento y permanencia en el dispositivo.
- Cambian los objetivos de lograr la rehabilitación laboral por los de lograr una mejoría en la situación de salud promoviendo la integración del individuo al sistema social vigente.

La modalidad de intervención de los t.os en este dispositivo, ha tenido presentes a lo largo del tiempo, la utilización de las técnicas específicas de T.O para realizar las evaluaciones e instrumentar las distintas y variadas intervenciones y formas de abordaje, según se requiera en las diferentes etapas del proceso terapéutico.

Dichas intervenciones han sido utilizadas con coherencia y flexibilidad de acuerdo a los objetivos y el marco teórico de referencia, acompañando y sustentando los cambios desde las prácticas concretas.

2-Taller Ocupacional

Características de Dispositivo

Este taller inició sus actividades en el año 1998. La principal difusión de este espacio se realizó en el Área ambulatoria del Hospital José T. Borda: Consultorios Externos, Hospital de Día y Centro de Intervención en Crisis.

Se plantea como un espacio de taller abierto centrado en una actividad convocante, en este caso constituida por la búsqueda o el sostenimiento de la actividad laboral.

Constituye una de las ofertas terapéuticas del Servicio de Terapia Ocupacional del Hospital en mención. Se ofrece *“bajo la convocatoria de que el usuario pudiera ubicarse en relación con alguna de las siguientes dificultades: en la organización de la búsqueda de trabajo, en la organización de los hábitos laborales, en el sostenimiento de los hábitos laborales, en sus vínculos laborales.”*^{xxv}

Este taller funciona con una frecuencia semanal durante noventa minutos bajo la coordinación de 2 t.os que pertenecen a la planta profesional del hospital y que crearon este dispositivo bajo la motivación de abordar la problemática laboral en la desocupación, que consideraron de incumbencia profesional para la terapia ocupacional, a partir de la recepción de consultas sobre la problemática laboral por parte de pacientes, sus familiares y distintos profesionales, asumiendo *“el desafío de encontrar nuevas vías para un camino que parece cerrado”*^{xxvi} en la situación de desocupación y la flexibilización laboral imperante en nuestro país desde fines de los años noventa

Para la creación e implementación de este Taller las autoras analizan los conceptos de trabajo y de desocupación y sus significados en la Argentina actual como elementos de un proceso económico, político, social e histórico, que produce efectos en la subjetividad.

Consideran a la desocupación como una *“nueva forma masiva de exclusión”*, y al trabajo como un elemento que estructura y organiza la cotidianeidad de las personas, dando la oportunidad de desarrollar contactos sociales por fuera del circuito familiar y lograr un status e identidad social, representando, a su vez un valor predominante en la sociedad actual.

Para participar de este taller, sólo es necesario identificar alguna de las dificultades anteriormente mencionadas, no se requiere derivación de algún profesional o estar cumpliendo con un tratamiento de salud mental, ya que no se considera como un espacio de tratamiento terapéutico, sino que se mantiene claramente el encuadre y los propósitos característicos del Taller que se dirigen a profundizar el abordaje de un tema en particular que está definido de antemano.

Este espacio se mantiene con un encuadre mínimo referido al tiempo, el lugar de encuentro, la identificación de la dificultad y el interés por parte del usuario de abordar ese problema en dicho encuadre.

Aunque es un espacio abierto a la comunidad en general, debido a las características de la difusión y convocatoria del taller, la población que asiste a este dispositivo en su mayoría se asiste

en forma ambulatoria en el Hospital Borda, y en Talleres Protegidos de Rehabilitación Psiquiátrica. Es de ambos sexos, y no pasa de los 50 años.

La Modalidad de Intervención en el Taller Ocupacional

Claramente definido desde el encuadre y el propósito, como taller centrado en una actividad convocante, plantea el abordaje y el análisis de la problemática laboral en la situación de desocupación y las dificultades en la organización, mantenimiento y desempeño de la actividad laboral.

El eje sobre el que se basa este taller parte de la concepción del usuario como sujeto inmerso en las vicisitudes de un proceso socio histórico que modela los modos de vivir y de enfermar.

Desde esta posición interviene sobre los efectos que produce ese determinado proceso social e histórico (en este caso la desocupación) sobre el sujeto y cómo éste se relaciona con su situación laboral.

La modalidad de intervención se caracteriza por la relevancia de las intervenciones de orientación, acompañamiento y asesoramiento, favoreciendo en los usuarios la posibilidad de encontrar nuevos modos de posicionarse en la situación que los involucra.

3- Emprendimiento Social en Salud Mental

El Programa de Emprendimientos Sociales en Salud (E.S.S.) surge en el marco del Servicio 48 de Terapia Ocupacional del Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial “Dr. José T. Borda” de la Capital Federal, en el año 1997.

La propuesta de este dispositivo guarda relación directa con el contexto social, las políticas sociales y las concepciones teóricas, ya que surge a partir de los cambios en la demanda de la población a ser asistida, el impacto de la desocupación y la crisis en la salud.

Se basa en el marco de la desmanicomialización / desinstitucionalización presentes en la Ley básica de salud, la ley de salud mental de la ciudad de Buenos Aires y el plan de salud mental del GCBA, así como en legislación internacional vigente. Se impulsa en la motivación por parte del equipo de t.os de contribuir a una transformación del hospital psiquiátrico a través de la modificación en la propia práctica profesional.

La naturaleza del Emprendimiento Social en Salud (ESS) resulta de la necesidad de crear una nueva estrategia de atención en salud mental, que genere un entramado social contenedor, dirigido a

aquellos sujetos que atraviesan una situación de fragilidad psíquica y/o social, que afecte directa o indirectamente su inserción social y su vida relacional.

Subyace a éste programa la firme intención de generar un proceso de transformación de la institución en sus aspectos “asilares” hacia un servicio de salud mental que tenga en cuenta a la salud como un derecho y a los asistidos como ciudadanos con derechos y responsabilidades.

Podrán integrar los Emprendimientos Sociales de Salud en calidad de beneficiarios los usuarios del sistema público de Salud Mental que requieran alguna forma de asistencia que favorezca su integración socio-laboral; así como también miembros de la comunidad en situación de desocupados que se encuentren en situación de fragilidad psicosocial

Se plantea efectuar la evaluación del mismo utilizando distintos instrumentos metodológicos según se trate de evaluar objetivos, resultados o etapas de desarrollo del mismo.

A la fecha de realización del trabajo de campo*, este Proyecto se desarrolla a través de tres unidades de producción.

Características del dispositivo

El emprendimiento tiene una forma de organización inspirada en el cooperativismo, ya que propone la horizontalidad y la activa participación de los integrantes.

Está conformado por usuarios de salud mental (en cualquiera de sus etapas de tratamiento), por los técnicos en salud mental y los técnicos de oficio, en este caso diseñador industrial, diseñador gráfico y serigrafista.

Esta composición guarda una relación numérica aproximada del 60% de usuarios de salud mental y el 40% de la comunidad. Se considera como número máximo de usuarios la cantidad de veinte y como número mínimo la cantidad de seis.

Esto hace que la población que lo conforma se constituya con características heterogéneas, teniendo en cuenta la problemática de salud, el sexo, la edad y la situación social en general.

Es un espacio de tránsito, donde se hace presente como eje de trabajo esta transitoriedad en sí misma, por lo cual no permanecen en el dispositivo por más de tres años, aunque esto no se implementa de una manera rígida o inamovible.

Realizan en forma permanente actividades de organización, producción, gestión y administración del mismo, en relación con el diseño de los productos, la producción de los objetos,

la comercialización, la administración interna y la capacitación técnica. Cumplen con una carga horaria de 20 hs. semanales.

Es relevante y profusa la participación en Ferias y eventos de exposición y ventas establecidas por diferentes organizaciones, que realizan la invitación al emprendimiento, con el objetivo de brindarle apoyo a través de la difusión y / o la oportunidad de comercialización.

Recibe el soporte de Programas de generación o promoción del empleo, tanto del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires como del Ministerio de Trabajo de la Nación, a través del otorgamiento de subsidios nominales a los usuarios del dispositivo, y otros destinados a la financiación de capacitación, insumos y máquinas/herramientas.

Los responsables técnicos del emprendimiento son tres terapeutas ocupacionales de la planta funcional con una carga horaria de 24 horas semanales.

El criterio de inclusión que se requiere para ingresar al emprendimiento guarda relación con la situación de vulnerabilidad psico-social del usuario en concordancia con la capacidad del dispositivo de albergarlo. No es indispensable la derivación de otro terapeuta, pero sí el interés y la posibilidad de establecer una relación de compromiso y responsabilidad con el grupo. En el caso que el usuario sea del sistema de salud, se intenta establecer acuerdos básicos en la estrategia de tratamiento con otros profesionales que intervienen en el mismo.

Es una característica de este dispositivo el establecimiento de relaciones con otras y diferentes instituciones comunitarias a través de la planificación y ejecución de actividades de distinto tipo (de capacitación, culturales, de promoción, etc.), así como también mantener relación con otras áreas y servicios del Hospital J.T. Borda. Estas relaciones o actividades de enlace, son llevadas a cabo de distintas formas, de acuerdo a responsabilidades y funciones, por todos los integrantes del dispositivo.

La Modalidad de Intervención en el Emprendimiento Social en Salud

Los conceptos de *salud, trabajo, rehabilitación psicosocial y vulnerabilidad psicosocial* son presentados como las ideas fundamentales que dan marco a la organización de los ESS y a las intervenciones terapéuticas instrumentadas.^{xxviii}

Esta modalidad rota el eje de la enfermedad mental hacia el de la situación de vulnerabilidad psico-social, donde se interviene ya no para reducir o controlar la enfermedad, sino para crear un

contexto real de vida que produzca salud, solidaridad y creatividad. Se incluye la problemática de los derechos humanos y su incidencia en la situación social y de salud.

Las intervenciones se dirigen hacia el nivel grupal, comunitario e individual, a partir de la cotidianidad, los modos de vincularse y establecer las relaciones. La vida cotidiana en los contextos de los dispositivos, constituye el campo privilegiado sobre el cual operan las intervenciones

Se pueden señalar como distintivas en estos dispositivos laborales las siguientes intervenciones de los t.os:

- Intervenciones dirigidas hacia favorecer la Solidaridad. Esta se propone no sólo como un valor ético y social, sino como una práctica concreta a través de la conciencia de unidad experimentada a través de la realización del proyecto u actividad y como una vía de posible transformación de la situación de vulnerabilidad particular del sujeto.

- Intervenciones que favorecen la Creatividad y estimulan la capacidad presente en toda persona de inventar algo nuevo o diferente. Esto se sostiene en el valor agregado e intangible de los objetos que se producen, en relación a lograr la modificación de las imágenes negativas en relación con la locura y la posibilidad de lograr el estatus de creadores de cultura.

- Intervenciones de Autogestión: éste tipo de intervenciones favorecen la autogestión en distintos niveles de profundidad, que no son excluyentes. En un primer nivel se refiere a la situación personal, que apunta a cuestionar el circuito de queja y beneficio secundario que provoca el lugar de “ser asistido”. Un segundo nivel que se dirige a sostener el grupo con sus necesidades y proyectos. Por último, un tercer nivel que apunta a lograr recursos económicos y materiales que posibilitan desarrollar y mantener la estructura del dispositivo.^{xxix}

- Intervenciones de Gestión administrativa, de recursos económicos y de espacios de intersectorialidad: se reflejan en las actividades de enlace con diferentes instituciones y actores sociales que se realizan cotidianamente, según las responsabilidades, posibilidades y recursos con que se disponga.

- Intervenciones de Participación:^{xxx} en espacios legislativos y administrativos, a través de los canales de expresión y representación correspondientes, en los niveles referidos a la proyección de salud mental a través de la planificación en los niveles tácticos-estratégicos y operativos-técnicos pertinentes.

- Este tipo de intervenciones propician un modo de relación flexible entre la Interioridad y la exterioridad de la institución, ya que se intenta lograr la modificación en la utilización de los

espacios y recursos hospitalarios, tratando de propiciar zonas y canales de comunicación, intercambio y participación entre los diferentes actores sociales

Se puede caracterizar entonces como una modalidad de intervención específica de operar, que da respuesta a la problemática de salud a través de la práctica de la Terapia Ocupacional, planteada como promotora de transformación de la institución psiquiátrica y de los modos de atención a través de la creación de espacios de intercambio e inclusión social.

4-Programa Comunitario de Voluntariado

Características del Programa

El Programa "Creando Lazos Solidarios", se lleva a cabo en el Servicio de Rehabilitación del Hospital Moyano, desde el año 2001, bajo la coordinación de 2 t.os de planta de ese hospital.

Surgió a partir de la demanda de las pacientes de contar con un espacio de mayor participación, la cual fue detectada por parte de algunas t.os de ese Servicio.

Está planteado desde el marco teórico de la Rehabilitación Basada en la Comunidad, a partir del cual se acercan a “lo comunitario”, tratando de integrar los principios básicos que ese marco teórico propone, desde el rol y la práctica cotidiana desarrollados dentro del marco de la institución. Las t.os coordinadoras de este dispositivo consideran la Rehabilitación basada en la Comunidad, y por ende, el programa que desarrollan como *“una estrategia para mejorar la calidad de vida de las personas discapacitadas, incrementando los servicios, proveyendo mas oportunidades, y promoviendo y protegiendo sus derechos.”*^{xxxix}

Por lo tanto, en concordancia con estos principios proponen este dispositivo como una contribución para el abordaje de las patologías psiquiátricas, brindando oportunidades para el desempeño de un “nuevo rol” de voluntario, diferenciado del rol de paciente, a la vez que plantean el desafío de posibilitar una mirada distinta en la sociedad, donde cada miembro pueda realizar aportes y ser aceptado con sus diferencias.

Definen el trabajo voluntario como *“el trabajo que se realiza sin ánimo de lucro y que contribuye con una causa, cuyo fin es el bienestar del prójimo, es un acto para otro, aportando a la persona que lo realiza reconocimiento, satisfacción, agradecimiento por lo hecho.”*

Este Programa comunitario con fines solidarios promueve la integración de las pacientes, a través de establecer contactos entre la comunidad y la institución, a través de producir cambios que

favorezcan el proceso de inserción social y mejoren el grado de autonomía de todos los grupos que participen del mismo.

El criterio de inclusión en este Programa está referido al interés de participar en el mismo, y está dirigido a pacientes internadas, en tratamiento ambulatorio o con alta, que son denominadas como voluntarias / pacientes.

Se reúnen en un grupo de trabajo con periodicidad para realizar la actividad de reparación y reciclado de juguetes que luego de ser recolectados a través de donaciones, son entregados a otras instituciones o poblaciones de niños carenciados. Participan del Programa pacientes, profesionales, técnicos, miembros de la comunidad y alumnos universitarios, quienes conforman un dispositivo de trabajo, donde cada uno aporta sus conocimientos aunque desempeñe distintos roles desde un encuadre de igualdad de oportunidades y con un propósito común.

Las pacientes participan en calidad de voluntarias, ya que se considera que desde éste rol y con la realización de una actividad significativa y valorada por la sociedad, es posible favorecer la inclusión social de personas que padecen discapacidad.

La Modalidad de Intervención en el Programa Comunitario Solidario

A partir de considerar la situación de aislamiento propia de la institución psiquiátrica, este programa propone desestigmatizar el rol de paciente ligado históricamente a las ideas de pasividad e improductividad. Para ello ofrece la posibilidad de ejercer el rol de voluntario a través de la participación en las actividades con fines solidarios.

Plantea lograr un mayor acercamiento a la comunidad a partir de favorecer el intercambio a través de actividades significativas y valoradas socialmente.

La Modalidad de intervención desarrollada guarda coherencia con el marco teórico que sustentan el Modelo de la Ocupación Humana y la Rehabilitación basada en la Comunidad y se caracteriza por la relevancia de las intervenciones de:

- Planificación y Evaluación del programa y sus resultados
- Participación
- Autogestión.
- Solidaridad.

La modalidad de intervención instrumentada en este programa constituye una posible forma de abordaje para favorecer y promover la inclusión social de las personas con patologías psiquiátricas a partir de promover el ejercicio del rol de voluntario.

5-Proyecto de Inserción Laboral

Características del Proyecto

Definido como un proyecto de integración laboral con apoyo, aún no ha cumplido un año de ejecución ya que se inició a fines de 2004. Es desarrollado en conjunto por el Centro de Gestión y Participación N° 3 de la Ciudad de Buenos Aires y el Servicio de Hospital de Día del Hospital José T. Borda.

Fue creado a partir de la dificultad para lograr la inserción laboral detectada en la población de pacientes ambulatorios que asistían al servicio de Hospital de Día del mencionado hospital, quienes son los beneficiarios del mismo.

El programa tiene como objetivo lograr la integración laboral de los beneficiarios.^{xxxii}

Toma como fundamento el concepto del trabajo como derecho inalienable, así como también el derecho de la persona con discapacidad mental a integrarse al ámbito social y a una ciudadanía plena como individuo productivo en una institución que contemple sus necesidades. Está inspirado en la Responsabilidad Social Empresaria, que busca integrar la organización de la empresa a su entorno local y comunitario con el objetivo de reducir las externalidades negativas* que producen y que el mercado no corrige.

Sin desconocer el contexto desfavorable de desocupación actual en la Argentina y en relación con las posibilidades de acceso al mercado laboral, el presente proyecto intenta orientar una perspectiva que integre el subsidio estatal con la inserción laboral en el ámbito privado.

Este proyecto es coordinado por una t.o de planta del Hospital Borda con una carga horaria de 40 horas semanales, que integra el equipo terapéutico del Hospital de Día. Participan un grupo de diez beneficiarios de ambos sexos, (con una pequeña mayoría de varones), que llevan adelante un servicio de mensajería y distribución de papeles y / o folletos en los barrios de la Boca y Barracas, los cuales están ubicados en el área correspondiente al C.G.P N° 3 de la Ciudad de Buenos Aires.

Cumplen una carga horaria de 20 horas semanales, y disponen de una oficina en el C.G.P mencionado. Cada beneficiario recibe un subsidio nominal de apoyo al empleo del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires o del Ministerio de Trabajo de la Nación.

Esta primera etapa del programa tiene como objetivo la capacitación en tarea con el propósito de favorecer la adquisición y el desarrollo de las capacidades de autogestión del grupo. En una etapa posterior se plantea la integración con empresas privadas.

La Modalidad de Intervención en el Programa de Inserción Laboral

Se propone lograr una forma de participación y complementariedad que involucre a otros actores de la comunidad a través de organizaciones de distinto tipo, con el fin de construir otro posible abordaje de la situación de desventaja laboral.

La modalidad de intervención del t.o se caracteriza por la relevancia de las intervenciones de Autogestión en los tres niveles, de Gestión administrativa y de Participación, y la implementación de actividades de enlace que, más aún debido a la doble inserción institucional de este programa, vinculan cotidianamente la interioridad y la exterioridad de la institución psiquiátrica.

Esta modalidad pone énfasis en la función del t.o como “tejedor social” que enlaza y establece relaciones, construyendo a través de estas intervenciones otras posibles tramas y contextos reales de circulación e inserción laboral para los usuarios.

IV- Resultados

De acuerdo a la información relevada y el análisis de la misma, se señalan los siguientes resultados.

-En relación con la creación y desarrollo histórico de los dispositivos estudiados:

De los cinco tipos de Dispositivos Laborales identificados en la red de salud mental del GCBA, cuatro fueron creados en la última década por terapeutas ocupacionales: el Taller Ocupacional, el Programa de Inserción Laboral, el Emprendimiento Social en Salud y el Programa Comunitario Solidario.

Asimismo es de destacar, considerando su historia, la importancia de relación entre las condiciones socio- históricas en las cuales surgieron los dispositivos laborales y las características de los mismos. La crisis y la desocupación de la década del 90 y sus repercusiones en las condiciones de exclusión y marginalidad, representaron un factor de influencia importante no sólo en la modificación de las prácticas terapéuticas en los talleres protegidos, sino en la creación de los cuatro últimos dispositivos mencionados anteriormente.

-En lo que atañe a las intervenciones relevadas en los distintos dispositivos:

Se observa que es posible establecer una modalidad de intervención particularizada en cada tipo de dispositivo laboral, según la relación que guardan las intervenciones terapéuticas que se realizan con mayor prevalencia, los objetivos generales de las mismas y las metas o misión que se propone cada dispositivo. (Ver cuadro 5)

Por otra parte es dable identificar que en tres de esos cuatro dispositivos (el emprendimiento social en salud, el programa comunitario solidario y el programa de inserción laboral), se describen rasgos en común en las modalidades de intervención implementados por los t.os en cada uno de ellos, dados por:

La presencia de las intervenciones de ***autogestión, participación, solidaridad y gestión*** como prevalentes y el ***objetivo general*** de favorecer la ***integración social a través de la creación de nuevos espacios sociales de circulación, intercambios e inclusión.***

- En relación con las intervenciones mencionadas, todas estas presentan la peculiaridad de operar en diferentes niveles de profundidad. *La autogestión* en el aspecto personal, de sostén del grupo y de capacidad de generar recursos para afianzar la estructura del dispositivo. *La participación* desde estar informado, opinar hasta modificar. *La gestión* administrativa, a nivel personal, institucional o intersectorial.

Por último el concepto de solidaridad, que abarca una multiplicidad de significaciones y también distintos niveles de profundidad. En este caso, la noción identificada en las intervenciones, guarda relación especialmente con la mutualidad y la cooperación, alejándose de la noción de solidaridad emparentada con la caridad y el paternalismo. Se basa en la capacidad de modificar los contextos de vida a través de las acciones y actitudes de todos los días, desde el espacio de lo cotidiano.

- Además aparecen como relevantes en los distintos dispositivos las intervenciones de creatividad, orientación y asesoramiento, así como también las actividades de enlace entre distintas instituciones y actores sociales, que desdibujan los límites del adentro-afuera de las instituciones psiquiátricas.

V- Consideraciones Finales

En todos los casos analizados en el presente estudio, se manifestó la intención de reformular o transformar la práctica profesional, asumiendo el desafío de dar una respuesta viable a una problemática determinada, lo cual se vio reflejado en la modalidad de intervención instrumentada.

Las intervenciones que se implementan en los dispositivos laborales en mayor o menor medida, ejercen potencia sobre la lógica del asistido, y transversalizan a través de su implementación en lo cotidiano, los tres niveles que van desde lo personal y lo grupal hasta lo comunitario, intentando restablecer la lógica del ciudadano, tanto para el usuario como para el técnico en salud mental, ya que ambos intentan la creación y o transformación a pequeña escala de un espacio social.

Es posible entonces, señalar una lógica de pensamiento presente en las distintas modalidades de intervención, que se refleja en el modo de analizar y concebir el problema de la salud mental, que se puede identificar con el llamado paradigma de la complejidad.^{xxxiii} Dicho paradigma propone asumir la complejidad del ser humano como constitutiva y propia de su naturaleza e integrar las múltiples dimensiones que lo componen.

En las distintas modalidades de intervención, se revela la coexistencia de elementos propios de diferentes discursos (médico, filosófico, social, antropológico, jurídico, del poder, etc.), que combinados de variadas formas se traducen en las prácticas concretas.

Es dable identificar en consecuencia un recorrido de las mismas que va desde la complejidad hacia la especificidad de la Terapia Ocupacional en el campo de la salud mental.

VI- Referencias Bibliográficas

ⁱ Elizabeth Gómez Mengelberg, (en línea) www.terapia-ocupacional.com, 2005: Referentes históricos de la utilización de actividades en Sudamérica. Formación de los Terapistas Ocupacionales en Argentina, *"En Buenos Aires, alrededor del 1800 en el hospital general de hombres, se creaba el cuadro de dementes y se comenzaba a seleccionar pacientes que eran destinados a ocuparse en la plantación de las arboledas, para embellecer y urbanizar la zona, con el advenimiento de la Casa de dementes, anexo del hospital, se pasó a albergar a enfermos mentales siendo su nombre modificado en 1863 por Hospicio de San Buenaventura, para más tarde llamarse Hospicio de las Mercedes. (Hoy Hospital José T. Borda) En la Dirección del Hospicio de San Buena Ventura encontramos al Dr. José María de Uriarte, (1873-1876) quien comenzaba a suprimir los elementos utilizados para la contención y organizaba el trabajo entre los enfermos como recurso terapéutico de suma importancia e instaló talleres adecuados a la época siguiendo los dictados de Pinel."*

ⁱⁱ F. Nicasio, 1997: Proyectos de inserción en el trabajo: producción de autonomía, itinerarios de ciudadanía, en Revista Materia Prima, Año3 N° 11, p. 23.

ⁱⁱⁱ M. Benetton, 1996: Terapia ocupacional e rehabilitacao psicossocial: uma relacao possivel?, en Revista de Terapia Ocupacional de la Universidad de San Pablo, v. 4/7.

^{iv} Levav, 1992: "Temas de salud Mental en la Comunidad", Organización Panamericana de la Salud.

^v M. R. Martínez Antón, 1998: La Terapia ocupacional. Historia y actualidad. Apuntes de Cátedra, Materia: Teoría y Técnica de Terapia Ocupacional, Carrera de Terapia Ocupacional, Universidad de Buenos Aires.

^{vi} S. Rubinstein, 1999: Microempredimiento Productivo en Tercera Edad, "Terapia Ocupacional.Trabajo y Comunidad.Serie 3", COLTOA, p.93.

L. Paganizzi (en línea) www.terapia-ocupacional.com, 2005, Actuação da terapia ocupacional no corpo marcado" VII Congreso Brasileiro de Terapia Ocupacional Octubre de 2001-e "Inserción social y trabajo informal. Experiencia y resultados. Avatares de la crisis.

E. Clérici, E. Isla, 1999: Microempredimiento con Hemipléjicos Adultos "Terapia Ocupacional.Trabajo y Comunidad.Serie 3", COLTOA, p.101.

S. Konig, 2003: Una manera de hacer. Experiencias de Integración socio-laboral en VI Congreso Argentino de Terapia Ocupacional, Bs. As.

^{vii} Los hospitales monovalentes que integran la red de salud mental del G.C.B.A son el Hospital Braulio Moyano, Carolina Tobar García, José T. Borda y Torcuato de Alvear.

^{viii} L. Paganizzi, 1997: *Actividad. Lenguaje particular*, Bs. As., p. 11

^{ix} L. Paganizzi, op. cit, Sección A, p.9.

^x L. Paganizzi, op. cit, Sección B, p. 25

^{xi} R. Martínez Antón, 1997: *Análisis Funcional y Análisis Ocupacional*, Apuntes de Cátedra, Teoría y Técnica de Terapia Ocupacional I. Carrera de Terapia Ocupacional. Universidad de Buenos Aires.

^{xii} R. Martínez Antón, 2000: *La Actividad y la Ocupación*, publicado en *Rev. Terapia Ocupacional Materia Prima*, n° 14 –, p. 9.

^{xiii} B. Sarraceno, 1999: “*Libertando Identidades-Da Reabilitacao Psicossocial â cidadania possível* ” Instituto Franco Basaglia- Tê Corá Editora.

^{xiv} B. Sarraceno, B, 1998.: *A concepcao de rehabilitacao psicossocial como referencial para as intervencoes terapeuticas em saude mental*, en revista de *Terapia Ocupacional de la Universidad de San Pablo*, ,v. 9/1- p. 26-31.

^{xv} J. Schiappa Pietra, 2003: “*La leyenda continúa- Temas y narraciones en Salud Mental modalidad rionegrina*”, Publifadecs- Universidad Nacional del Comahue .Río Negro, Argentina.

^{xvi} J.Schiappa Pietra, op.cit. cap. 3, p. 37.

^{xvii} J. Schiappa Pietra, op.cit. cap. 8, p. 139

* Se denomina observadora no participante a las terapistas ocupacionales que realizan actividades de asistencia y colaboración a modo de pasantía. No figuran en los registros de la Planilla de Recursos Humanos citada.

^{xix} M. C. Souza Minayo, op.cit. p.80

^{xx} R. Martínez Antón, 1997: teórico XII: *La Intervención*, Materia: Teoría y Técnica de Terapia Ocupacional I. Carrera de Terapia Ocupacional. Universidad de Buenos Aires.

^{xxi} R. Martínez Antón, teórico XI: *La Evaluación*, loc. cit.

^{xxii} R. Martínez Antón, teórico XII, loc. cit.

^{xxiii} E. Ander Egg, 1983: “*Manual de Metodología de la Investigación*”, El Cid Editor, , Cap. 10

^{xxiv} M. C. Souza Minayo, op.cit. p. 175

^{xxv} - M Capozzo,- E Mengelberg Gomez,. 1998: *Un taller Ocupacional*, en *Materia Prima*, Año 3 N° 10, , p. 7.

^{xxvi} M. Capozzo, E. Mengelberg, op.cit.

• Es necesario hacer esta referencia contextual temporal, ya que el estado del Proyecto se encuentra en franco proceso de expansión y replicabilidad, por lo cual al momento del trabajo de campo se planificaba en corto plazo el inicio de otras unidades de producción en sinergia con las ya funcionantes.

^{xxviii} *Está presente el postulado de concebir la salud como un concepto integral, un derecho básico y un producto social, desde donde se desprende que las acciones sanitarias deben tender a jerarquizar las propuestas comunitarias, la solidaridad social y la recuperación de la historicidad, vinculando el concepto de salud al de ciudadanía.*

El trabajo es considerado como productor de valores, poderes y posibilidades imprescindibles para la transformación de la realidad, a fin de ampliar y fortalecer las relaciones sociales.

La rehabilitación psicosocial, desde la visión que trasmite B Sarraceno, que plantea una práctica que considera al sufrimiento psíquico como la pérdida de la capacidad de generar sentido y como la intermitencia entre los períodos de sufrimiento.

La Vulnerabilidad Psicosocial se propone como uno de los ejes de análisis e intervención, a partir del cual se ubica como sujeto vulnerable a aquél susceptible de ser dañado. A partir del aporte teórico realizado por Robert Castel^{xxviii}, consideran que la situación de vulnerabilidad se juega predominantemente en el campo de lo social, entendiendo a la vulnerabilidad psicosocial como el grado de fragilidad psíquica que la persona sufre por haber sido desatendida en sus necesidades básicas.

^{xxix} P. Scarponetti, E. Naidés., H. Buriyovich, 1995: “La rehabilitación a través de la creatividad – Aplicación y propuesta de un modelo evaluativo para la implementación de las estrategias terapéuticas no convencionales”. Narvaja Editor, Córdoba, p.65.

• ^{xxx} Robirosa y otros, 1992: Participación: Participar significa tomar parte de algo con otros, repartir o entrar activamente en la distribución. Esta definición integra tres aspectos: - Formar parte, en el sentido de pertenecer, ser integrante; Tener parte, en el desempeño de las acciones, y - Tomar parte, o sea influir a partir de la acción. Existen tres niveles de participación, que se refieren a: Información, Opinión y Decisión, que varían de una participación más restrictiva a otra más amplia. Cf. “Turbulencia y Planificación Social”, Ed. Siglo XXI, p.19

^{xxxi} G. Martínez, M. Torrilla, Programa Creando Lazos Solidarios, 2004, en ponencia Congreso A.A.P.

^{xxxii} Otros objetivos del programa de Inserción Laboral: -promover en ellos: *El conocimiento y reconocimiento de las posibilidades con relación a capacidades y potencialidades, intereses y motivaciones a través de la experiencia laboral*

-promover *“la posibilidad de desarrollar la integración con su comunidad a partir de la solidaridad con sus miembros más vulnerables”*. *“La integración intersectorial con agentes*

estatales como el Centro de Gestión y Participación de su zona como así también el Hospital José T. Borda”. “La posibilidad de adherir a las estrategias de Responsabilidad Social Empresaria”^{xxxii}

• Sagrera, Greco, 2004: *Una externalidad negativa es la influencia negativa de las acciones de una persona física o jurídica en el bienestar de la otra. El equilibrio y el interés del mercado no maximiza el beneficio de la sociedad en su conjunto, por. Ej. Destrucción ambiental, aumento de desocupación por mayor tecnología son “externalidades negativas”, op. Cit.*

^{xxxiii} E. Roger Ciurana, 2005, en Complejidad, Cultura y Solidaridad, en apuntes de clase 1-Cátedra Abierta de Solidaridad, Prof Oscar García, UNSM, p30. Sitúa el paradigma de la complejidad como una forma de pensar, como una cultura y un espacio de pensamiento que tiende a superar el reduccionismo, relacionando los distintos aspectos y dimensiones de los hechos.

VII – Anexo

1-Instrumento empleado para la recolección de datos

Guía para la Entrevista

Institución

Datos del entrevistado: identificación, carga horaria, relación laboral (concurrente, observador no participante, planta profesional)

Fecha

Variables contextuales:

a) Dispositivo Laboral

a.a - Forma de organización

Taller Ocupacional

Microemprendimiento cooperativo

Talleres de producción

Empresa social

Otros

a.b - Producción

Bienes

Servicios

Mixto

Industrial

Artesanal

a.c - Nivel de protección

Protegido

Asistido

No protegido-Competitivo

a.d - Antigüedad

Fecha de inicio de actividades

b) Localización

b.a - Intra- institución

Servicio de T.O

Servicio de Internación

Consultorios Externos

Taller de producción

Otros

b.c - Extra-institución

Taller barrial

Local a la calle

En puesto de trabajo

Otros

c) Población Objetivo

c.a - Grupo etáreo

Joven

Adulto

Adulto Mayor

c.b - Sexo

Masculino

Femenino

c.c - Tipo de atención que recibe

Internación

Ambulatorio

No recibe

d) Actividades de Enlace que se realizan a través del Dispositivo

d.a - Intra-institucional

Otros servicios

Área Programática

Cooperadora de la institución

Otros

d.b - Extra-institucional

Otros talleres

Organizaciones No Gubernamentales

Organizaciones Gubernamentales

Organizaciones Privadas

d.c - Modalidad de enlace

Formal (convenios, etc.)

Informal (comunicaciones frecuentes)

d.d - Finalidad

Desarrollar actividades de capacitación

Cooperación mutua e intercambios

Recibir apoyo y beneficios

Difusión

Otros

Variables principales:

a) Evaluación

a.a -Tipos:

Psicofuncional.

Psicosocial

Laboral

Otras

a.b - Objetivo:

Diagnóstica

De Proceso

De Resultados

a.c -Técnicas:

Con instrumentos específicos (profesiograma, escalas, guías)

Sin instrumentos Específicos.

Otras.

a.d - Instrumentación:

Individual

Individual-Grupal

Grupal

Comunitario

b) Asesoramiento y Orientación

b.a - Focalización: Organización de la búsqueda laboral

Vocacional

Otras

b.c - Instrumentación:

Individual

Individual-Grupal

Grupal

Comunitario

c) Entrenamiento

c.a - Ejes:

Habilidades sociales necesarias para desempeñarse en el trabajo

Ejecución de las tareas

Ambas

Otros

c.b - Instrumentación:

Individual

Individual-Grupal

Grupal

Comunitario

d) Objetivo general de las intervenciones

d.a - Salud (mejorar aspectos relacionados con la situación de salud)

Promoción y prevención

Asistencia

Rehabilitación

d.b - Social (mejorar aspectos relacionados con la situación social)

Manejo de recursos sociales

Autonomía básica y social

Disminuir riesgo y/o efectos de exclusión social

d.c - Laboral (mejorar aspectos relacionados con la situación laboral)

Nivel de desempeño

Motivación

Adaptación

Ubicación selectiva

Otros

Comentarios y Observaciones:

2- Cuadros

Cuadro 1: Cantidad de Terapistas Ocupacionales que participaron de entrevistas según Dispositivos Laborales.

Dispositivo Laboral	Profesionales entrevistados
Taller Protegido	6
Taller Pre- Laboral	4
Taller Ocupacional	1
Emprendimiento Social en Salud	9
Programa Comunitario de Voluntariado	2
Programa de Inserción Laboral	1
Total	23

Fuente: elaboración propia según trabajo de campo realizado, 2005.

Cuadro 2: Inserción Institucional de los Dispositivos Laborales

Dispositivo Laboral	Institución
Taller Protegido -Talleres Protegidos de Rehabilitación Psiquiátrica -Taller Protegido Intrahospitalario	Talleres Protegidos de Rehabilitación Psiquiátrica. Hospital Braulio Moyano
Taller Pre-Laboral	Hospital Braulio Moyano
Emprendimiento Social en Salud -Ybytú -Ciclopapel -Vivero-Huerta Los Amigos	Hospital José T. Borda
Taller Ocupacional	Hospital José T. Borda
Programa Comunitario de Voluntariado	Hospital Braulio Moyano
Programa de Inserción Laboral	Hospital J.T. Borda y Centro de Gestión y Participación N° 3

Fuente: elaboración propia según datos de entrevistas realizadas, 2005.

Cuadro 3: Talleres Protegidos de Rehabilitación Psiquiátrica en nuestro país, y su fecha de creación.

Taller Protegido	Ciudad-Provincia	Fecha de Creación
Nº 1	Ciudad de Buenos Aires	1967
Nº 2	Ciudad de Buenos Aires	1967
Nº 3	Ciudad de Buenos Aires	1968
Nº 4	Laboratorio-Ciudad de Buenos Aires	1968
Nº 5	Ciudad de Buenos Aires	1969
Nº 6	Ciudad de Buenos Aires	1969
Nº 7	Diamante- Entre Ríos	1976
Nº 8	Hospital Moyano-Ciudad de Buenos Aires	1977
Nº 9	Ciudad Federal	1977
Nº 10	Oliva -Córdoba	1977
Nº 11	Oliva -Córdoba	1977
Nº 12	Bel Ville- Córdoba	1977
Nº 13	Punilla - Córdoba	1977
Nº 14	Ciudad de Buenos Aires	1977
Nº 15	Colonia Montes de Oca- Buenos Aires	1977
Nº 16	San Juan	1979
Nº 17	Ciudad de Buenos Aires	1983
Nº 18	Ciudad de Buenos Aires	1984
Nº 19	Intrahospitalario- Hospital Borda- Ciudad de Buenos Aires	1984
Nº 20	Alta Gracia- Córdoba	1985
Nº 21	Formosa	1987
Nº 22	Formosa	1990
Nº 23	Ciudad de Córdoba	1988
Nº 24	Mar del Plata- Buenos Aires	1989
Nº 25	Mar del Plata- Buenos Aires	1989
Nº 26	Mar del Plata- Buenos Aires	1991

Fuente: “XXX Aniversario de los Talleres de rehabilitación Psiquiátrica”, 1997

Cuadro 4: Los Dispositivos Laborales y su fecha de creación.

Dispositivo Laboral	Fecha de Creación
Talleres Protegidos de Rehabilitación Psiquiátrica	1967
Taller Pre-Laboral	1991
Emprendimiento Social en Salud	1997
Taller Ocupacional	1998
Programa Comunitario de Voluntariado	2001
Programa de Inserción Laboral	2004

Fuente: elaboración propia basada en los datos de entrevistas realizadas, 2005.

Cuadro 5: Los Dispositivos Laborales, sus Objetivos Generales y las Intervenciones Terapéuticas que prevalecen.

Dispositivo Laboral		Objetivo General	Intervenciones
Taller Protegido Terapéutico	Talleres Protegidos de Rehabilitación Psiquiátrica	-Mejorar la situación de salud para lograr la inserción social del paciente	Implementación de variedad de recursos terapéuticos, técnicas, instrumentos y formas de abordaje para la evaluación, planificación y tratamiento.
	Taller Protegido y Taller Pre-Laboral (Hospital Moyano)	-Mejorar la situación de salud para disminuir las desventajas y/o secuelas de la enfermedad	Evaluación psico-funcional Entrenamiento Asesoramiento Gestiones internas
Emprendimiento Social en Salud		-Transformar la institución psiquiátrica y los modos de asistencia. -Crear espacios de intercambio e integración social	Autogestión Gestión Solidaridad Creatividad Participación
Taller Ocupacional		-Acompañar y guiar el proceso de implicación del sujeto en la situación laboral	Orientación Asesoramiento
Programa Comunitario Solidario		-Lograr la inserción social del paciente a través de la realización de actividades solidarias. -Crear un espacio de participación para el ejercicio del rol solidario	Evaluación y Planificación Autogestión Participación Solidaridad
Programa de Inserción Laboral		-Crear espacios de integración laboral	Orientación Asesoramiento Autogestión Gestión Participación

Fuente: elaboración propia basada en los datos de las entrevistas realizadas, 2005.

3- Datos

A continuación se presentan los datos detallados de las Intervenciones Terapéuticas desarrolladas por los t.os en cada Dispositivo Laboral.

- Las Intervenciones Terapéuticas en Talleres Protegidos de Rehabilitación Psiquiátrica.

En el año 1988 las Terapistas Ocupacionales Suter, Arqueros, Arias y González, describen las prestaciones de Terapia Ocupacional en Talleres Nacionales de Rehabilitación Psiquiátrica, a las que codifican de la siguiente manera:

- Entrevista de Admisión,
- Entrevista de Evaluación de Terapia Ocupacional
- Entrevista-Evolución
- Entrevista Familiar
- Análisis Ocupacional
- Evaluación en puesto de trabajo
- Reunión con Operarios Discapacitados
- Reunión General de Profesionales
- Reunión de Terapia Ocupacional
- Reunión de equipo de cada Taller
- Reunión con Supervisores
- Visita Domiciliaria

- Tratamiento Específico: *“está referido a aquellas acciones que se implementan a diario y que intentan resolver situaciones particulares de los pacientes en el Taller: Comunicaciones con el médico tratante, con la familia, con el supervisor y otros; entrevistas informales con pacientes; evolución en legajo laboral, registros e informes; control de peculio.”*^{xxxiii}

Las autoras mencionadas discriminan entre las anteriores a las prestaciones que consideran pasibles de ser aplicadas en cualquier institución de rehabilitación laboral, de las comprendidas en Tratamiento Específico, que consideran como una modalidad originaria de Talleres Protegidos de Rehabilitación Psiquiátrica.

Este tipo de acciones que los t.os consideran originarias y características del dispositivo, está en relación con lo “imprevisto” de lo cotidiano, y con establecer comunicaciones, relaciones entre

los diferentes actores participantes del proceso de tratamiento: el paciente, el médico, el supervisor, la familia y otros.

Actualmente, (año 2005), se desempeñan en esta institución dos terapeutas ocupacionales, con una carga horaria de 40 horas semanales.

La cantidad de pacientes que integran este dispositivo es aproximadamente de 150 usuarios.

Ambos terapeutas ocupacionales participan en todas las etapas del tratamiento, en los diferentes talleres que integran este Dispositivo, donde implementan diferentes técnicas e intervenciones.

Realizan evaluaciones con técnicas o instrumentos específicos de terapia ocupacional.

Durante la etapa de Adaptación en el Taller de Adaptación y Orientación realizan:

- Profesiograma,
- Análisis Ocupacional (OIT),
- Cotejo de Intereses (UNQUI)
- Mini Mental, en caso de dudas de diagnóstico,
- Historia Ocupacional
- Pastel Ocupacional de Kiehlhofner.

Con la información recogida por medio de estos instrumentos, y a través de la observación y de la participación en las reuniones de equipo, realizan la evaluación y valoración, en base a las cuales definen la continuidad y el camino que tomará el tratamiento de cada paciente.

Además realizan las siguientes intervenciones:

- Registros escritos periódicamente en la Historia Clínica.
- Observación y evaluación en puesto de trabajo
- Adaptaciones ambientales y en los pasos de la tarea.
- Grupos de pre-Alta, en el que realizan orientación y asesoramiento relacionados con el “después” (*sic*). Derivan y / o sugieren la participación en recursos que ofrece la comunidad para la realización de cursos de capacitación o con fines recreativos y de tiempo libre, con el propósito de favorecer la integración a la vida social comunitaria luego de finalizado el período de tratamiento en la institución.

Implementan las diferentes actividades con distintos modos de abordaje, tanto grupal e individual, como familiar y comunitario.

Realizan la gran mayoría de sus intervenciones dentro del ámbito intrainstitucional, aunque participan en espacios referidos a la discusión de leyes y normativas relacionados con el área profesional y de la rehabilitación específicos.

Las t.os entrevistadas refieren un cambio en la modalidad de abordaje de la problemática de salud a la cual dan respuesta, a partir del año 1995, cuando se propusieron desde el área de Terapia Ocupacional - jerarquizar y sostener a “lo ocupacional” como base central del tratamiento, donde la actividad es considerada como un medio de tratamiento, y no sólo como un fin terapéutico en si mismo.

- establecer un tiempo límite de permanencia en el dispositivo para evitar la cronificación en y del mismo.

Ubican como de mayor relevancia los objetivos dirigidos a mejorar la situación de la salud y de lo social, ya que postulan perseguir el logro de los principios de la prevención terciaria, en concordancia con los objetivos expresados en la reglamentación de la Ley artic. N° 2 ya citada. Formulan los objetivos relacionados con lo laboral en un segundo plano.

Desarrollan varios tipos de evaluaciones que se integran al momento de la recopilación de los datos para valorar la situación del paciente en particular:

-Evaluación Funcional. Esta es propia del paradigma reduccionista. Utilizan el Mini-Mental Test, en oportunidades de realizar un diagnóstico diferencial y el Profesiograma como una de las técnicas específicas de terapia ocupacional.

-Evaluación del desempeño ocupacional .Propio de los modelos teóricos que se centran en los resultados de la acción humana como el objeto de intervención de la terapia ocupacional Utilizan el Cotejo de intereses.

-Evaluación de la áreas Ocupacionales. Se centra en la determinación del desempeño en una o todas las áreas ocupacionales. Aplican la técnica del Pastel de la vida, como evaluación no estandarizada.

-Evaluación de Historia Ocupacional, implementada como técnica no estandarizada, proponiendo un corte longitudinal, donde se recaba la información.

En relación con los criterios con los cuales piensan e instrumentan la actividad, los t.os de este dispositivo laboral realizan

-análisis ocupacional, estudiando la organización socio-cultural de las actividades y los requisitos de desempeño (roles, hábitos y destreza) y,

-análisis funcional, teniendo en cuenta los requerimientos funcionales para el desempeño de la técnica el aprendizaje del oficio.

En relación con los criterios de análisis que los t.os aplican en sus intervenciones, predomina el modelo Funcional, donde la actividad es considerada el medio de tratamiento -la actividad científicamente aplicada según varias definiciones- dirigida fundamentalmente a la reducción de las consecuencias de la enfermedad, y a la conservación de las capacidades remanentes o aspectos sanos del paciente. Considera que la enfermedad altera las funciones, lo cual redundaría en posibles limitaciones de los niveles de autonomía de las personas afectadas. Consideran la influencia de los factores ambientales en el desarrollo de la función, para evitar los factores que disminuyen el desempeño adecuado de la misma, con el fin de lograr el máximo de autonomía.

También toman en cuenta conceptos que se desprenden del modelo ocupacional, que considera a la actividad en su contexto de realización, con una pertenencia social y cultural determinadas, aspectos que toman mayor relevancia en la etapa de asesoramiento y orientación para el “después”.

-Las Intervenciones Terapéuticas en el Taller Ocupacional

Es un espacio predominantemente de orientación y acompañamiento, cuyo enfoque está centrado en la actividad laboral y en la forma en que cada persona se relaciona con la misma.

Los t.os que coordinan el taller, utilizan una planilla para registrar los datos personales e información básica acerca del desarrollo y desempeño ocupacional de las personas, con el fin de clarificar y confrontar las expectativas de cada uno con la propuesta del taller.

De este modo realizan una evaluación inicial del usuario donde pesquisan cómo y para qué llega a este espacio, aplicando el criterio de inclusión establecido.

El objetivo general de las intervenciones se dirige a mejorar una situación laboral, favoreciendo la apropiación de herramientas que alivianen las dificultades en el ámbito laboral, *“para que se ubique en una relación diferente a la ya establecida con su problemática laboral; orientar y acompañar sin guiar ni aconsejar.”* ^{xxxiii}

Las intervenciones son de asesoramiento y orientación, y se dirigen a facilitar la organización de la búsqueda laboral, las dificultades laborales, los aspectos vocacionales y de intereses, la confrontación entre las condiciones y los requerimientos que plantea un trabajo, el reconocimiento de las posibilidades de cada uno, la identificación de los hábitos laborales, la

reformulación de estrategias para la búsqueda laboral, la orientación hacia la utilización de las ofertas y / o dispositivos de la comunidad, la conformación de una red de sostén.

También se implementan intervenciones de entrenamiento de habilidades sociales necesarias para desempeñarse en el trabajo, si surgiera como una demanda puntual, pero no se constituye como un dispositivo de tratamiento ni de entrenamiento, sino que se centra en dicha demanda.

Se implementa en grupo a la manera de individual - grupal, ya que las problemáticas que se despliegan son concebidas desde lo individual

Este dispositivo no se plantea el logro de contactos interinstitucionales como parte de sus objetivos y razón de ser.

Los t.os coordinadores realizan contactos intra institucionales a través de las comunicaciones informales que sostienen con los terapeutas que se interesan y / o sugieren la participación en el mismo de alguno de sus pacientes, aunque nunca a modo de interconsulta* sino al modo informativo si es considerado pertinente.

La actividad desde la perspectiva del sujeto y su historia en un contexto determinado, considerada en sus dimensiones singular, grupal, social y comunitaria es el foco de reflexión y de intervención principal de este dispositivo.

Se implementa el análisis de la “*dinámica de la realización de la actividades*”^{xxxiii} tomando en cuenta la amplia perspectiva que ésta modalidad propone.

- Las Intervenciones Terapéuticas en el Emprendimiento Social en Salud

Los siguientes conceptos referidos a *la salud, el trabajo, la rehabilitación psicosocial y la vulnerabilidad psicosocial* son expresados con énfasis de importancia por las t.os entrevistadas ya que consideran que toman relevancia en la organización del dispositivo y en las intervenciones terapéuticas instrumentadas.

Está presente el postulado de concebir *la salud* como un concepto integral, un derecho básico y un producto social, desde donde se desprende que las acciones sanitarias deben tender a jerarquizar las propuestas comunitarias, la solidaridad social y la recuperación de la historicidad, vinculando el concepto de salud al de ciudadanía.^{xxxiii}

El trabajo es considerado como productor de valores, poderes y posibilidades imprescindibles para la transformación de la realidad, a fin de ampliar y fortalecer las relaciones de

igualdad. Restituir el lugar de ejercicio de los derechos civiles en el ejercicio de la ciudadanía, promoviendo la participación activa y productiva en el campo de lo social y entrar en el mundo del trabajo implica entrar en el mundo del intercambio social; ello produce una modificación en la percepción de sí mismo, en su status social y capacidad contractual.^{xxxiii}

La rehabilitación psicosocial, desde la visión que trasmite B Sarraceno, que plantea una práctica que considera al sufrimiento psíquico como la pérdida de la capacidad de generar sentido y como la intermitencia entre los periodos de sufrimiento.^{xxxiii}

La Vulnerabilidad Psicosocial se propone como uno de los ejes de análisis e intervención, a partir del cual se ubica como sujeto vulnerable a aquél susceptible de ser dañado. A partir del aporte teórico realizado por Robert Castel^{xxxiii}, consideran que la situación de vulnerabilidad se juega predominantemente en el campo de lo social, entendiendo a la vulnerabilidad psicosocial como el grado de fragilidad psíquica que la persona sufre por haber sido desatendida en sus necesidades básicas: seguridad afectiva, económica, protección educación, comida, agua potable, trabajo y salud. *“Es un individuo precario en cuanto a su relación con el trabajo y frágil en su inserción relacional, es decir en calidad y cantidad de relaciones vinculares”*.^{xxxiii}

Los t.os desarrollan sus intervenciones en espacios intrahospitalarios así como en ámbitos extrahospitalarios, ya que este doble dimensionamiento hace a las características de estos dispositivos, a través de la implementación de actividades de distinta índole (tales como capacitación, ventas, difusión, gestiones, etc.) en los espacios comunitarios.

Realizan acuerdos informales que mantienen por medio de contactos y comunicaciones frecuentes, y también realizan convenios formales si así es necesario, como en el caso de las gestiones para lograr subsidios.

La finalidad que se plantean estos convenios y relaciones se corresponden con el objetivo de favorecer la circulación e integración social de los usuarios y los productos, obtener capacitación, cooperación mutua e intercambios, recibir apoyo, beneficios y difusión.

Realizan entrevista de evaluación no estructurada focalizada para el ingreso al dispositivo.

Esta se implementa en forma individual. Apunta a recolectar información acerca de la situación psicosocial, y a detectar aquellos factores de riesgo que ubican al sujeto en situación de vulnerabilidad, a partir de una perspectiva contextualizada, donde la calidad y el modo de vida son vectores importantes para la comprensión de la situación global del sujeto.

Se pregunta acerca de la historia ocupacional y laboral, de las significaciones y sentidos que se despliegan a partir de esas experiencias y acerca del estado de la situación vincular y relacional de la persona, dentro de su contexto vital particular.

En esta entrevista se establece un primer acuerdo de intentar un período de prueba o evaluación mutua (de no más de dos semanas de duración); por parte del usuario acerca del dispositivo y las actividades que éste propone, y por parte de la coordinación referida a las condiciones mínimas para incluirse, en relación principalmente a los intereses y a la posibilidad del usuario de trabajar en un grupo.

Realizan también evaluaciones no estructuradas del proceso terapéutico de cada usuario, a través de la observación y otras intervenciones implementadas en el ámbito de trabajo y / o con la implementación de entrevistas individuales con la frecuencia que consideren necesaria, o por demanda del usuario.

Con respecto a la evaluación de resultados y de impacto del programa en general, existe un trabajo de investigación realizado en el año 2003 que trata acerca de cómo se vieron modificados algunos aspectos del desempeño psicosocial de los usuarios que participaron de este emprendimiento y lograron mejoras significativas.^{xxxiii} También se encuentra en desarrollo actualmente un estudio que se propone conocer las características de las dimensiones que definen la vulnerabilidad psicosocial de los usuarios del emprendimiento.^{xxxiii}

Las intervenciones de asesoramiento y orientación están focalizadas hacia la organización de la búsqueda laboral, las dificultades laborales y la ejecución de las tareas, implementándose de forma grupal o individual, de acuerdo a las circunstancias en que sea necesario llevarlas a cabo.

Si es necesario se implementan actividades de entrenamiento de las habilidades sociales necesarias para desempeñarse en el trabajo y en la ejecución de las tareas, interviniendo desde lo cotidiano, a partir de la actividad y de los efectos que las dificultades en esta área causan en el grupo.

El objetivo general de las intervenciones terapéuticas que se proponen están orientadas de forma predominante hacia mejorar la situación social de los usuarios, ya que apuntan a mejorar el manejo de los recursos sociales, lograr la autonomía básica y social y disminuir los riesgos y / o efectos de la exclusión social, aunque también se considera de importancia mejorar la situación de salud y laboral.

Los t.os coordinadores distinguen en bibliografía del año 1999, realizar nuevas acciones que resultan imprescindibles para el sostenimiento y crecimiento de este programa referidas especialmente hacia las *-Intervenciones de Gestión:* de subsidios, capacitaciones y asesoramientos necesarios para el desarrollo del emprendimiento y para la obtención de un espacio físico fuera del Hospital y;

-La participación en *actividades de administración interna* del emprendimiento, *exploración del mercado y estrategias de venta.*^{xxxiii}

A la fecha de las entrevistas, (realizadas a principios de 2005), destacan como "novedosas" la implementación de intervenciones dirigidas a favorecer los niveles de *participación y autogestión* del grupo, dirigidas a estimular y sostener las iniciativas, intentando lograr un dinámico deslizamiento del t.o hacia el lugar de colaborador, acompañante o consultor, propiciando construir un espacio lo menos protegido posible.

Consideran la ocupación como aspecto central del proceso y como función de la cultura dentro de la cual se sitúa el sujeto, con sus sistemas de valores y creencias. Realizan el análisis caso por caso (R. Martínez Antón) que considera el proceso de apropiación subjetiva de los recursos culturales y el proceso de realización de la actividad en sus tres dimensiones (L. Paganizzi).

Todas las intervenciones se valen del soporte de la trama de la dinámica de la vida cotidiana que se produce en el contexto de trabajo. Esto implica la consideración simultánea e integradora de aspectos muy diversos que reúnen posibilidades de desarrollo contenidas en situaciones concretas.

- Las Intervenciones Terapéuticas en el Programa Comunitario Solidario

Realizan evaluaciones estandarizadas y no estandarizadas del desempeño ocupacional, dirigida hacia el cumplimiento de un determinado rol, considerando el desempeño adecuado de los roles sociales y las actividades propias de cada uno de éstos. Este tipo de evaluación sitúa como objeto de intervención de la T.O a los resultados de la acción humana.

Para la evaluación del Programa utilizan una grilla con una escala pre-establecida, que es completada por los coordinadores del Programa. Ésta consigna las siguientes conductas observables a las que califica como Lograda, Parcialmente lograda y No lograda.^{xxxiii}

- interacción entre participantes y comunidad
- identificación de intereses, destrezas y habilidades
- demostración de iniciativa y continuidad en el proyecto

-
- demostración del potencial hacia el bienestar de los otros
 - interés por el encuentro con los destinatarios de sus actividades
 - interés por emprender acciones comunitarias independientes y extrahospitalarias

Incluyen en sus intervenciones evaluaciones del ambiente con el fin de caracterizar el medio sociocultural, ya que los factores ambientales son considerados de importancia para el desarrollo tanto de la funcionalidad como de la discapacidad, estando directamente ligados con la situación social y de salud del paciente.

También realizan evaluación de la historia del desempeño ocupacional, a través de la construcción de un relato de manera no estructurada.

Consideran a la actividad voluntariado como actividad de tipo laboral. Las autoras Torrilla y Martínez destacan del siguiente modo algunas características que son de importancia para la implementación de este Programa en la institución psiquiátrica, ya que éste *“se apoya sobre motivaciones y opciones personales como forma de participación activa en la comunidad que contribuye a la mejora de la calidad de vida y a la construcción de un mundo más solidario.”*

Aunque este Programa tiene como un punto de partida a las disfunciones ocupacionales existentes como consecuencia de la enfermedad psiquiátrica, no sólo se detiene sobre estos aspectos sino que pone en escena la calidad de vida y el ejercicio de los derechos de las pacientes.

- Las Intervenciones Terapéuticas en el Programa de Inserción Laboral

La t.o realiza evaluaciones basadas en la historia ocupacional como técnica no estandarizada con el propósito de recabar datos acerca de la situación psicosocial del usuario.

Realiza el análisis de la actividad caso por caso, considerando el proceso de apropiación subjetiva de los recursos culturales y sociales dentro del contexto real de trabajo, en el cual se pone en juego el desempeño de la actividad.

Realiza la selección de los pacientes a los que se le ofrece la oportunidad de formar parte del proyecto, Para ello toma en cuenta el proceso histórico ocupacional que cada paciente ha realizado durante el tratamiento que recibió en el Hospital de Día, ya que todos han participado de los grupos de terapia ocupacional. Como aspecto central al momento actual de la selección considera el interés, la motivación y el nivel de autonomía logrados, debido a que cuenta con conocimiento cabal de los datos referidos al aspecto ocupacional.

La t.o realiza sus intervenciones y plan terapéutico tanto dentro como fuera de la institución, ya que establece relaciones entre las diferentes instituciones, grupos y personas que participan en éste programa.

Aunque las intervenciones son predominantemente referidas a los procesos grupales y sus posibilidades de organización y fortalecimiento en relación con lograr la autogestión y sostenimiento de las iniciativas, toma en consideración las tres dimensiones de la actividad que se despliegan simultáneamente, la dimensión personal / singular, grupal / convivencial y cultural / social.^{xxxiii}

En concordancia con ello la t.o interviene en los distintos ámbitos o escenarios, tanto en el consultorio y reuniones de equipo del Hospital de Día, como en los espacios de planificación y tareas con el equipo de trabajo y el personal del C.G.P, como con el grupo de usuarios en el ámbito laboral específico.

En esta modalidad toma relevancia la evaluación permanente o monitoreo del proceso y de los resultados parciales obtenidos.

También realiza asesoramiento en relación a las dificultades laborales y la planificación de las tareas, desde una posición de facilitador si es necesario.

Se realiza capacitación en la tarea a partir de personas que conocen el oficio, de forma grupal y horizontal, de acuerdo a los recursos con que cuenta el grupo.

El objetivo general de las intervenciones se dirige a mejorar la situación laboral, considerando que ésta incide favorablemente en la situación social y de salud.

Título del trabajo: “Motivación y Esquizofrenia. De la Teoría a la Práctica”.

Autora: Lic María Nelly Boiffier.

Diagnóstico: Esquizofrenia. “Un antes y un después”, así lo sienten, lo vivencian y lo expresan no solo las personas que padecen de esta enfermedad, sino también su entorno socio-familiar. Y quienes compartimos éste proceso, el diagnóstico nos lleva a pensar casi instantáneamente en una multiplicidad de signo y síntomas que se suman y se conjugan impactando y modificando una “historia de vida”.

Encontramos claras explicaciones neuroanatómo-fisiológicas acerca de las causas de la Esquizofrenia. Y como sinónimo devastador el resultado de los síntomas llamados positivos o negativos provocan la disrupción más significativa en la interacción de la persona con su ambiente. Los síntomas definidos son descriptos como: problemas preceptuales, del pensamiento, psicomotores y emocionales (aplanamiento afectivo, abulia, apatía, falta de energía), las personas se sienten y son vistas como “desmotivadas”.

Salud – Enfermedad. Pasado- Presente- Futuro, fronteras que quedan delimitadas a partir de un diagnóstico, y es en esa delgada línea donde los miedos, la desconfianza, los prejuicios y la hostilidad conllevan a la segregación del mundo social.

Conocemos el valor de la Ocupación, somos seres ocupacionales por condición innata “y comprenderla exige caracterizar la rica diversidad del hacer humano, que ocurre y se entrecruza en un contexto de tiempo, espacio, sociedad y cultura. Son los contextos culturales y sociales que nos invitan y dan forma, razones y significado a nuestro hacer”(Kielhofner 2004).

Pero si aunamos estos conceptos junto a las limitaciones y prejuicios sociales que deben padecer a diario las personas que sufren de una enfermedad psiquiátrica el mensaje concreto que se refleja de esta sociedad y cultura es limitado, carente de estimulación y motivación, son puertas que se cierran desgastando todas las áreas del Desempeño Ocupacional, llegando a provocar en la persona la creencia de la visión del mundo y de sí mismo basado en sentimientos de pérdida, confusión, miedos y angustias, provocando como consecuencia la ausencia de creer en sus habilidades y comportamientos activos para iniciar cambios, experimentar placer, disminución de la motivación, asumiendo una historia de pasividad.

Evaluar y reconocer en que medida el Proceso Volicional se encuentra comprometido nos permite organizar estrategias de intervención conceptualizando a la motivación desde una perspectiva funcional. El Razonamiento Clínico estará basado en intervenir cooperativamente “con la persona y sus contextos relevantes”, diada inseparable donde se entretjerán mensajes que logren reafirmar su valor como individuos para actuar en el mundo. Será a partir de las oportunidades y del feedback que proporcionemos, desde donde los caminos se abrirán `para darle sentido y significado al descubrimiento y re-descubrimiento de sí mismo, incrementando su autoestima, su sentido de eficacia y pertenencia, que guíen su Participación e Identidad Ocupacional.

La Mg Carmen Gloria de Las Heras , desarrolló un “Programa de Re-motivación para pacientes con déficit severos en la Volición.” Este Proceso se basa en la idea de que las personas progresan a través de un continuo Volicional que permite facilitar la re-construcción de la capacidad funcional de las personas.

El Objetivo de éste Programa es:

“Facilitar, influenciar y enriquecer el Proceso Volicional, promoviendo la motivación para el establecimiento de un sentido de vida y una continuidad de la propia experiencia en el mundo, experimentando, anticipando y eligiendo ocupaciones con significación individual”

Consta de 3(tres) Etapas Módulos: EXPLORACIÓN.
COMPETENCIA.
LOGRO.

En el Módulo de Exploración: el objetivo es:

“Facilitar el sentido de capacidad, sentido de seguridad y confianza en el ambiente”

Durante esta Etapa, se buscará fundamentalmente que las personas aprendan nuevas actividades, desarrollen habilidades, valores e intereses, desarrollen nuevos roles, o encuentren ocupaciones con significación personal. La exploración posibilita la percepción de sí mismo, estimulando la pertenencia y elecciones voluntarias que desarrollen su Sentido de Causalidad Personal, En ésta etapa el terapeuta juega un rol fundamental en la estructuración del ambiente para que sea seguro, alentador, interesante y poco exigente, debidos a los grados de inseguridad que vivencia la persona, por lo tanto las actividades están “centradas en la persona y son seleccionadas por ellas”, dándole a la actividad una relevancia social inmediata. Facilitando las experiencias positivas que permitan la emergencia del sentido de eficacia al enfrentar nuevos desafíos.

Es importante recordar que un ambiente exploratorio debe existir en todo momento durante el proceso de rehabilitación.

“UNA PERSONA QUE NO HA LOGRADO UN GRADO MINIMO DE EXPLORACION ES INCAPAZ DE APRENDER”(De Las Heras).

Módulo de Competencia: Su Objetivo es:

“Desarrollar el sentido de eficacia reafirmando el sentido de control sobre las propias decisiones y su Desempeño Ocupacional”

En ésta Etapa se solidifican aspectos trabajados anteriormente, porque la persona cuenta con más elementos y herramientas para interactuar con el ambiente físico y social y a su vez estructurar hábitos con mayor grado de independencia, conducente a un mayor sentido de eficacia.

La persona estará en condiciones de participar de tareas de beneficio terapéutico y a su vez trasvolar dichos aprendizajes a otros ambientes de relación y situaciones cotidianas, tiempo libre, trabajo, desarrollando su iniciativa, toma de decisiones y acciones de mayor responsabilidad.

El punto principal es conseguir un desempeño consistente y satisfactorio en un hacer que permita resolver problemas, corregir errores y permanecer involucrado, con mayor grado de calidad en su participación, enfrentando nuevos roles, negociando con el ambiente y logrando mayor auto-suficiencia.

El rol del terapeuta es establecer una relación cooperativa con la persona, acompañándolo a resolver situaciones de mayores exigencias y planificar objetivos.

Módulo de Logro: Sus objetivos son:

“Integrar de forma autónoma en nuevas áreas de Participación Ocupacional”.

“Facilitar el continuo aprendizaje de habilidades críticas y la exploración de nuevas estrategias y herramientas para buscar y enfrentar nuevos desafíos”.

En esta Etapa el rol del terapeuta pasa a ser el de consultor, apoyando a la persona en la búsqueda de su propio camino para alcanzar metas planificadas, monitoreando de forma externa el desempeño, y acompañándolo en el manejo del stress. La persona asume la total responsabilidad de enfrentar y negociar con las demandas, exigencias y limitaciones del ambiente. Tomando el control sobre las elecciones realizadas y los consecuentes roles asumidos.

Pero la importancia de toda teoría es poder realizar una conjunción dialéctica con la práctica, porque es de ésta manera que se nutre y enriquece. Dos Historias de Vida y Desempeño Ocupacional, frente a un Diagnóstico.

Lory de 31 años llega al Servicio de Hospital de Día para evaluación. Es acompañada por su padre, con quien convive actualmente. En ningún momento accedió a sentarse, ni a mirarnos, ni a quitarse su sombrero y sus gafas de sol. Su mirada permanecía fija en su padre quien nos hacía de interlocutor cuando le realizábamos alguna pregunta. El Padre refiere que los problemas de Lory comenzaron en la adolescencia, evidenciando conductas atípicas (marcada introversión, aislamiento, falta de relación con sus pares y auto agresiones), en medio de una situación familiar crítica y particularmente disfuncional. En un comienzo se le diagnosticó Excitación Psicomotriz, que requirieron más de 8 internaciones, donde en cada una de ellas las capacidades y habilidades se iban deteriorando, coartando inclusive toda posibilidad de continuar con su rol de estudiante.

A los 21 años se le diagnostica Esquizofrenia Paranoide. Con el correr del tiempo su Motivación y Sentido de Causalidad Personal también se comprometían severamente, hasta llegar a una historia de Funcionamiento Ocupacional con características de dependencia. Sus patrones de comportamientos estaban estructurados por terceros. En su rutina diaria no se relevaban actividades de interés. A nivel vincular se relacionaba solo con su abuela y hermano menor, pero con dificultades para asumir de forma competente con estos roles.

Se estableció una jornada de adaptación de 2 días semanales. Sus destrezas y habilidades motoras estaban integradas en un cuerpo vivido con escaso control interno, exponiéndose a reiteradas situaciones de fracaso. El mayor compromiso se relacionaba con sus habilidades de Comunicación e Interacción (en el ACIS se relevaba un valor Desempeño Ineficaz), lo que sabíamos que interferiría severamente en su adaptación al servicio y a la dinámica grupal. Evidentemente las reiteradas internaciones habían dejado una huella dolorosa, el miedo, la desconfianza y la angustia parecían ser barreras difíciles de traspasar.

Sin duda el aislamiento social desgastaron sus habilidades, su auto confianza y la visión personal, con tanta fuerza como la misma enfermedad. El retraimiento era el lugar más seguro donde refugiarse y a la vez tan peligroso.

La Etapa de EXPLORACION debimos iniciarla a partir del reconocimiento del espacio físico ya que para Ella era vivido como amenazador, intentando escaparse del servicio en reiteradas oportunidades. Así pudiendo desechar la posibilidad de quedar internada pudimos comenzar a buscar actividades que le fueran gratificantes, trabajamos con diferentes materiales, de los más simple a los más complejos, encontrando en la “pintura en tela” una actividad con significación personal que se iba abriendo camino hacia un sentido netamente ocupacional. Sus destrezas y habilidades Motoras y de Procesamiento, iban favoreciéndose en este proceso hasta alcanzar un Desempeño Competente. El feedback proporcionado desde el ambiente no solo en el ámbito

terapéutico sino también familiar posibilitaron que Lory comenzara a percibir mayor confianza persona. En la Etapa de Competencia Lory no solo había logrado ejecutar actividades significativas sino que era capaz de organizar en el hogar una rutina diaria con mayor grado de autonomía asumiendo de forma competente con roles familiares y sociales. En el Servicio podía vincularse no solo con el terapeuta sino también con sus pares, alcanzando un Desempeño Competente (Valor 3), en el ACIS.

Actualmente nos encontramos alcanzando objetivos de la Etapa de Logro, ya que Lory ya ha alcanzado mayor control interno sobre las demandas de los ambientes en los cuales se relaciona, interactuando en espacios sociales extra- institucionales, que le proporcionan Identidad Ocupacional, y se relacionan directamente con la amplia gama de intereses y formas ocupacionales que le dan un sentido personal.

Laura llega al consultorio a la edad de 22 años. Contaba con una Historia de Vida y de Desempeño Ocupacional sumamente rica y variable. Su familia estaba compuesta por 3 hermanas, siendo Ella la menor, y su madre. Su padre había fallecido durante su infancia. Siempre valoró su rol de estudiante graduándose en Bellas Artes (pintora y escultora de vocación), modelo publicitaria y bailarina de ballet. A los 16 años se emancipa y al finalizar sus estudios secundarios, migra a España a vivir con una hermana. Allí comienza sus estudios universitarios en Comercio Exterior y se desempeñaba laboralmente como administradora en un café. Pero pronto algunos síntomas alarmarían a su familia (abulia, apatía, trastornos alimenticios, retraimiento, aislamiento, pérdida de todo contacto con amigos, rigidez, que podía durar segundos a días), le fue diagnosticado Depresión con el tratamiento farmacológico respectivo. Ante el progresivo y abrupto deterioro de Laura deciden que vuelva a Mendoza donde se le diagnostica Esquizofrenia Catatónica y recibe un verdadero bombardeo de medicación con antipsicóticos típicos y atípicos más antidepressivos, que deterioraban más sus destrezas y habilidades Motoras y cognitivas, llegando a requerir apoyo de terceros para realizar hasta la más simple actividad de la vida cotidiana (la alimentación e higiene personal). Laura podía darse cuenta de sus deterioros comprometiendo severamente su motivación y Sentido de Causalidad Personal, no logrando ejecutar ninguna actividad que era significativa con su historia de vida.

La Etapa de Exploración la iniciamos intentando recuperar destrezas y habilidades motoras requeridas para la pintura y escultura, ya que ella manifestaba su necesidad de reconectarse con sus ocupaciones significativas. Graduando la manipulación de materiales de lo más simple a lo más complejo Laura fue mejorando su motivación. Realiza un cambio de médico reduciéndose la medicación significativamente por lo que se podían ver mejorías a nivel motor y cognitivo, pudiendo permanecer en una actividad por más tiempo concentrada y conectada con el ambiente. Inicia actividades de Tiempo Libre (natación y gimnasia), logrando percibir otras vivencias corporales que le permitían mejorar su auto- estima y valoración personal.

Desde la Etapa de Competencia si bien sus destrezas y Desempeño Ocupacional se iban modificando, pero los logros eran siempre comparados con sus estándares de desempeño del pasado, con lo cual al pintar en este tiempo lo producido generaba angustia y retrocesos en su proceso de rehabilitación, ya que las destrezas y habilidades manuales seguían comprometidas. Por lo que decidimos comenzar a Explorar otras actividades, descubriendo en la escritura y la lectura nuevas Formas Ocupacionales que le proporcionaban Identidad. Escribir para Laura no solo fue la forma de expresar sensaciones y vivencias sino también proyectarse objetivos a futuro, ya que inició los medios para compilar sus escritos y editar un libro.

Actualmente Laura se re insertó laboralmente como secretaria en una empresa de seguros, continúa con Actividades de Tiempo Libre (Bailar Tango y gimnasia), es Profesora de Pintura en un grupo particular con adultos mayores, aunque aún no logra volver a producir un cuadro ya que no se siente preparada para enfrentar el reto, pero se re-conectó con la actividad a partir de las clases que dicta, lo cual le genera placer y satisfacción personal. Habiendo alcanzado la Etapa de Logro, dejó de asistir a T.O. en diciembre del 2006. Mi función continúa siendo desde el monitoreo o de acuerdo a la demanda de Laura. (por ej. Frente a la decisión de re-tomar sus estudios, eligiendo la carrera de secretariado judicial.)

Reflexión:

Sin duda la persona frente a una enfermedad psiquiátrica enfrenta el dolor de re- hacer su Historia de Vida, la que seguramente sufrió un cambio a lo que estaba planeado. Lory encontró en la pintura la posibilidad de emprender un ciclo de cambio, Laura apeló a nuevas Formas Ocupacionales que le proporcionaron Identidad Personal. Por ello nada mejor que sus palabras para concluir mi presentación porque en ellas se refleja lo que dijera Patricia Deegan PH-D “El proceso de rehabilitación implica reconstruir la vida en los 3 (tres) pilares fundamentales ESPERANZA-VOLUNTAD Y ACCION RESPONSABLE, conjunción de elementos tangible e intangibles. Lao Tsé expreso.

“Hacemos una vasija de un pedazo de arcilla,
y es el espacio vacío en el interior de la vasija
lo que la hace útil.

Hacemos puertas y ventanas para una estancia
Y son esos espacios vacíos
Lo que la hacen habitable.
Así mientras que lo tangible posee cualidades
Es lo intangible lo que la hace útil”.

Hablar de valores, intereses, motivación, autoestima, roles, quizás elementos intangibles pero indispensables para estimular y organizar su Participación Ocupacional, fortaleciéndose para alcanzar un proyecto de vida con la máxima significación personal.

Bibliografía:

-“Manual de Re- Motivación para pacientes con severos déficit en la Volición” De Las Heras C. Edit en Reencuentros.

-“ Modelo de Ecuación Humana . Teoría y Aplicación” Dr. Gary Kielhofner. Edit Médica Panamericana -3era Edic. 2004.

- “Arboles de decisiones en Psiquiatría” Dr. J Vallejo. Edit. JIMS. S.A. 1era Edic. 1998.

¿A qué jugamos?

OBJETIVO

Contrastar el concepto de juego, como ocupación central en la infancia, con nuestra experiencia diaria con niños y niñas de cero a cinco años con patologías neurológicas, traumatológicas y psiquiátricas, que asisten al área de Terapia Ocupacional en el Servicio de Rehabilitación Pediátrica en el Hospital Italiano.

AUTORES

BELLO, PATRICIA; CALÍ, NATALIA F.; MOFFAT, CAROLINA B.; PEÑA, CAROLA M. LOFIEGO, MARCELO H.

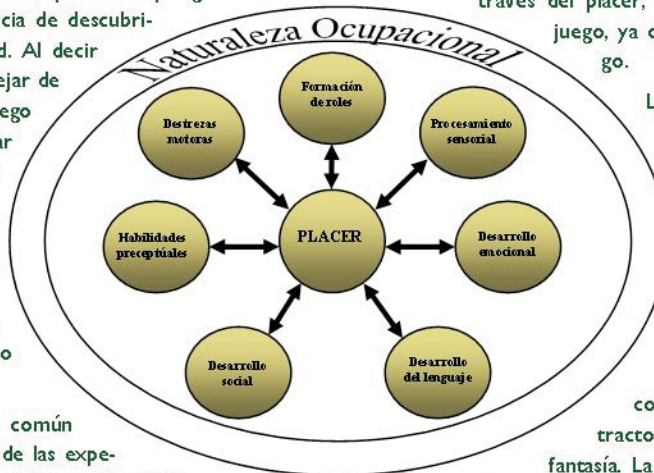
Al hablar de la infancia tenemos que mencionar obligatoriamente el juego, pues éste responde a la necesidad propia de cualquier niño o niña, por eso lo consideramos un fenómeno universal. La curiosidad que se desprende de la naturaleza ocupacional del ser humano es definido como un interés inicial que incentiva a la exploración, es el *inner drive*, que es lo que guía al niño en la experiencia de descubrimiento y creatividad. Al decir esto no podemos dejar de mencionar que el juego es a su vez particular para cada niño, no todos juegan de la misma manera, debemos respetarlo y a su vez ofrecer el desafío justo en el momento apropiado.

Es un error muy común subestimar el valor de las experiencias lúdicas para la formación de la personalidad y habilidades. Como señaló Reilly (1974), "el juego le permite al niño desarrollar experiencias en habilidades que luego podrá usar en varias situaciones de la vida diaria." El juego es una actividad global que incluye aspectos físicos, sociales, emocionales y cognitivos de la persona que juega. Cuando el niño juega con su propio cuerpo

y con los objetos está experimentando las primeras estrategias de acción: busca soluciones a los problemas encontrados y evoluciona gradualmente hacia el dominio de sí mismo y del material que utiliza, de esta manera el juego favorece la adaptación.

En otras palabras jugar es aprender acerca del mundo a través del placer, componente esencial del juego, ya que sin placer no hay juego.

Los niños con discapacidad necesitan del juego y a su vez de experiencias de placer igual que los demás niños. Al estar su conocimiento del mundo concreto limitado, estos niños pueden experimentar dificultades en conquistar niveles más abstractos de juego, simbolismo y fantasía. La experiencia de descubrimiento, creatividad y sentimiento de control, que se da a través del juego, puede estar seriamente comprometida en niños con limitaciones físicas o psíquicas. En consecuencia, es poca la experiencia que estos niños tienen de sentimiento de control, y en algunas ocasiones es limitado el placer que reciben de poner su imaginación a trabajar.

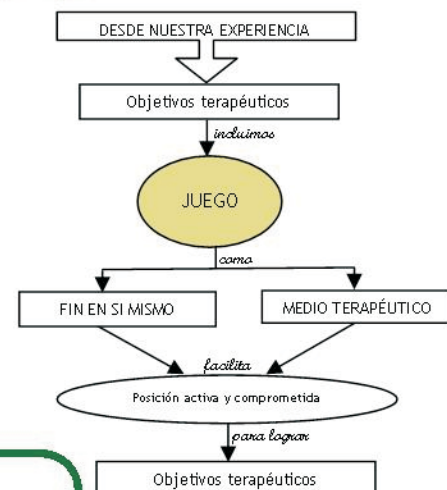


desde nuestra experiencia...

Nos preguntamos: ¿A qué jugamos?. Ésta es la pregunta que nos guía y es el punto de partida de todo tratamiento. Por un lado es el niño el que elige en cada encuentro a qué jugar; y por el otro, nos planteamos como utilizamos ese juego para cumplir los objetivos terapéuticos.

En la mayoría de los casos utilizamos el juego como **medio terapéutico**, a fin de mejorar el desempeño en los roles ocupacionales. Con esto logramos que, al jugar, el niño tome una posición activa y comprometida.

Cuando esta actitud lúdica no está presente o está disminuida, el juego deja de ser un instrumento para transformarse en un **fin en sí mismo**.



En conclusión...

Planteamos un argumento que nos permitió reevaluar el lugar del juego en nuestra práctica diaria, considerándolo fundamental ya que es parte del desarrollo natural de todo niño y de la participación como ser ocupacional.

En esta área de Terapia Ocupacional, debido a un cambio progresivo de la visión en el campo de la salud, se comenzó a derivar niños con dificultades específicas en el desempeño del rol. A partir de esto se toma conciencia de la necesidad de continuar transmitiendo la importancia del juego en el desarrollo del niño al resto de los profesionales de la rehabilitación.

El juego, y con él el placer, probaron ser la manera ideal de optimizar nuestras estrategias terapéuticas con pacientes pediátricos: jugar es aprender acerca del mundo a través del placer.

Referencias bibliográficas:

- Sheridan, M. Observación del juego espontáneo.
- Ferland, F. "Play, children with physical disabilities, and occupational therapy: The Ludic Model". Ed. University of Ottawa. (Canadá, 1997).
- Marín, I. <http://www.jugueteseguro.com/webkas05>. Consulta 13 de Enero de 2007
- Gaitán, C. www.jugueteseguro.com/webkas05. Consulta 13 de Enero de 2007
- Bechi, L. www.zonapediatria.com. Consulta: 13 de Enero de 2007.

**ANÁLISE DO CONHECIMENTO MÉDICO SOBRE A ATUAÇÃO DA TERAPIA
OCUPACIONAL NA PSIQUIATRIA**

**ANALYSIS OF THE MEDICAL KNOWLEDGE ABOUT THE PERFORMANCE OF
OCCUPATIONAL THERAPY ON PSYCHIATRY**

Cristiane de Melo Pereirinha – Terapeuta Ocupacional, aperfeiçoanda de Terapia Ocupacional pelo Hospital de Base de São José do Rio Preto – SP.

Maysa Alahmar Binachin – Terapeuta Ocupacional, Doutora em Nerociências pela Universidade de São Paulo, Coordenadora de aprimoramento e chefe do serviço de Terapia Ocupacional no Hospital de Base de São José do Rio Preto - SP

Adriana Maira Marini Carvalho – Terapeuta Ocupacional do Hospital de de Base de São José do Riio Preto – SP.

Leila Maria Quiles – Terapeuta Ocupacional

Endereço para correspondência:

Cristiane de Melo Pereirinha

Rua Amador Segundo Cherubini, 165 – apto 21. Bairro São Manoel. CEP: 15091-250

São José do Rio Preto – SP. (crispereirinha@hotmail.com)

Resumo:

Introdução: considerando que é necessário o conhecimento médico sobre as profissões da área da saúde para que se tenha um melhor tratamento dos pacientes psiquiátricos, este estudo teve por **objetivo** analisar o conhecimento dos médicos psiquiatras sobre a atuação da terapia ocupacional (TO). **Metodologia:** trata-se de um estudo transversal e fizeram parte desta pesquisa 14 médicos psiquiatras do ambulatório de psiquiatria do Hospital de Base de São José do Rio Preto. O instrumento utilizado para obtenção dos dados foi um questionário elaborado pela pesquisadora para este estudo, composto por cinco questões dissertativas a respeito do entendimento médico sobre a intervenção da TO na psiquiatria. Foi realizada uma pesquisa qualitativa e quantitativa, na qual utilizou-se a análise de conteúdo balizada técnica de análise temática. As respostas foram avaliadas por 03 juízes e o índice de concordância avaliado segundo a fórmula $(NC:ND) \times 100$. Os dados quantitativos estão representados em gráficos. **Resultados e discussão:** obteve-se 04 categorias: *objetivo de tratamento* (149 respostas e 11,62% inapropriadas); *função na equipe interdisciplinar* (31 respostas e 71% inapropriadas); *população alvo* (27 respostas e 18,5% inapropriadas); e *definição de TO* (5 respostas e 100% inapropriadas). Nas categorias em que o índice de erros foi baixo, as respostas consideradas inapropriadas são bastante significativas implicando em um conhecimento baixo e arcaico em relação à profissão da TO. **Conclusão:** há um desinteresse e pouca informação sobre o que é TO e sua função na equipe interdisciplinar na psiquiatria. Os resultados obtidos apontam para um conhecimento arcaico sobre a profissão. É cogente que haja TOs em todos os campos de atuação de saúde mental e psiquiatria para haver melhores resultados na reabilitação dos pacientes. Também são necessárias campanhas de informação e esclarecimento sobre a TO nas equipes psiquiátricas.

Palavras-chave: Terapia Ocupacional. Conhecimento Médico. Psiquiatria.

Abstract:

Introduction: Considering that is necessary medical knowledge about professions of health area to have a better treatment of psychiatric patients, this paper has with **objective** to analyze the knowledge of psychiatrists about the actuation of the occupational therapy (OT). **Methodology:** it is a transversal study and took part of this research 14 physicians from the psychiatry out-patient clinic from the Base Hospital of São José do Rio Preto (S.P. / Brazil). The instrument utilized to obtain the data was a questionnaire elaborated by the researcher of this study, which one is composed of five dissertation questions regarding medical knowledge about the OT on psychiatry. This is a quantitative and qualitative research in which is utilized the analysis of content that was done through the thematic analysis technique. The answers were evaluated by 3 judges and the agreement rate was evaluated through the formula $(NC : ND) \times 100$ – number of agree answers divided by number of disagree answers multiplied by one hundred. The quantitative data are represented in graphics. **Results and discussion:** 4 categories resulted: *treatment objective* (149 answers and 11.62% inappropriate); *function on the interdisciplinary group* (31 answers and 71% inappropriate); *target population* (5 answers and 100% inappropriate); and *OT definition* (5 answers and 100% inappropriate). The categories in which the error rate had a small value, the answers that were considered inappropriate are rather meaningful implicating in a small and archaic knowledge of the OT's profession. **Conclusion:** There is a disinterest and little information about what OT is and its function in the interdisciplinary group in the psychiatry. The results obtained indicate an archaic knowledge about the profession. It's cogent that OT could be present in every activity field of mental health and psychiatry intending to have better results on patient's rehabilitation. It's also necessary there be campaigns to inform and clarify about OT among psychiatric groups.

Key words: Occupational therapy; medical knowledge; psychiatry.

ANÁLISE DO CONHECIMENTO MÉDICO SOBRE A ATUAÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL NA PSIQUIATRIA

Introdução:

Atualmente vivemos em um mundo globalizado, em que tudo se transforma a cada dia a fim de melhorar a qualidade de vida das pessoas. Dentre essas mudanças está a transformação na concepção de saúde. A Organização Mundial da Saúde afirma que “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença”, e isso implica melhora em todos os âmbitos da vida dos indivíduos, fazendo com que todos os profissionais da saúde atuem juntos para melhoria da qualidade de vida da população (1).

Outra mudança que ocorreu no âmbito da saúde foi em relação às doenças mentais. Antigamente, os doentes mentais eram vistos como perturbadores da ordem social, e tratados de forma desumana, sendo jogados em porões com poucas condições de reabilitação e condenados a ficarem lá por tempo indeterminado, até o surgimento da psiquiatria como especialidade médica. A psiquiatria se tornou um conhecimento científico, abordando as doenças mentais com uma visão biológica, utilizada em tratamentos em hospitais psiquiátricos (2), (3).

No início da década de 80, com o fim da ditadura deu-se início a Reforma Psiquiátrica no Brasil, renovando as capacidades terapêuticas no âmbito da psiquiatria. Os chamados doentes mentais deixaram de ser tratados somente em Hospitais Psiquiátricos para serem atendidos em ambulatórios e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) criando espaços alternativos de saúde na comunidade em que vivem (4).

Assim como a Psiquiatria a Terapia Ocupacional também passou por transformações, deixou de ser uma profissão que apenas ocupava os pacientes internados e mantinha a ordem nos hospitais, legitimando tanto na área de atuação

quanto na produção de saber, tendo como objeto de ação o homem e as necessidades que apresentam, e não somente a doença (5), (2).

A Reforma psiquiátrica passou a ter uma atuação na mudança dos cenários hospitalares e extra-hospitalares, reabilitando a partir da vida cotidiana, tornando os indivíduos capazes de desempenhar sua contratualidade social, sendo atendidos tanto em grupo como individualmente (4).

Em 2002, mostrou-se, por intermédio de uma pesquisa, que a Terapia Ocupacional vem se mostrando bastante eficaz no tratamento de pacientes esquizofrênicos refratários, casos em que não há tanta eficácia no tratamento medicamentoso, tendo estes uma melhor evolução quando acompanhados de tratamento terapêutico ocupacional (6).

Porém, para que isso seja realmente possível deve haver não somente a participação de um profissional, mas de todos os profissionais da saúde. É necessário que haja uma interdisciplinaridade, em que os profissionais tenham uma coesão de idéias, com o único objetivo de melhorar a condição de vida dos pacientes atendidos (7).

Outro estudo, realizado em 2004, retratou que há um baixo reconhecimento por parte dos alunos de medicina a respeito das demais profissões da saúde, principalmente da Terapia Ocupacional, culminando em um despreparo e desinteresse para atuação em equipe interdisciplinar (8). Sendo assim, o que acaba acontecendo é que quando se formam, tornam-se médicos, e acabam encaminhando pacientes à Terapia Ocupacional depois que todos os medicamentos já foram usados e não mais têm nenhum efeito (9). Entretanto, para que haja o encaminhamento para a Terapia Ocupacional no tempo exato é necessário que os médicos saibam o que ela é e representa.

Assim, este artigo busca saber sobre o conhecimento que os médicos possuem a respeito da Terapia Ocupacional e da sua atuação, para poder traçar estratégias para a melhoria do conhecimento e dos atendimentos junto à população.

Objetivo geral:

Analisar o conhecimento de psiquiatras a respeito da atuação da Terapia Ocupacional.

Objetivo específico:

Aplicar o questionário aos médicos psiquiatras que atuam no ambulatório de psiquiatria.

Analisar as respostas obtidas no questionário aplicado.

Verificar o conhecimento dos psiquiatras sobre a atuação da Terapia Ocupacional no ambulatório de psiquiatria.

Metodologia:

Trata-se de um estudo epidemiológico do tipo transversal, e fazem parte desta pesquisa todos os médicos psiquiatras atuantes no ambulatório de psiquiatria do Hospital de Base de São José do Rio Preto em que há a atuação ativa do terapeuta ocupacional (ambulatório de álcool e drogas; esquizofrenia e outras psicoses; triagem; infantil; e transtorno de humor).

O instrumento utilizado para obtenção dos dados foi um questionário elaborado especialmente para este estudo. É composto por cinco questões abertas a respeito do entendimento médico sobre a atuação da Terapia Ocupacional junto a pacientes psiquiátricos. Foi aplicado pela pesquisadora apenas uma vez, em sala reservada.

É uma pesquisa qualitativa e quantitativa. O tratamento dos dados da pesquisa qualitativa é a Análise de Conteúdo (10) que pode ser definida como “um conjunto de técnicas de análise de comunicação, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens” (Bardin, 1979, p. 42 apud Minayo, 1999, p. 199). Dentre estas

técnicas, foi selecionada a Técnica de Análise Temática no intuito de atingir os significados manifestados na pesquisa qualitativa, e por ser uma das duas formas que melhor se adequa à avaliação qualitativa dos dados obtidos em pesquisa de saúde (10). As respostas submetidas a esse tipo de análise, foram avaliadas por 03 juízes, e as respostas foram aceitas mediante índice de concordância, avaliado segundo a fórmula $(NC:ND) \times 100$ (11).

A pesquisa quantitativa refere-se à tabulação dos resultados obtidos, que foram disponibilizados em duas tabelas. Estes dados também foram avaliados segundo a descrição acima (11).

Deu-se início ao trabalho após ser aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), onde foi feita a pesquisa, sob o protocolo número 001-003878/2006.

Resultados:

Dos 14 médicos que se enquadravam na pesquisa, 100% aceitaram responder ao questionário. Apenas um médico não respondeu a uma questão proposta (1,4%).

O material foi pré-analisado e, posteriormente, explorado. Por último, foi feito o tratamento sobre os resultados obtidos e a interpretação destes.

As respostas foram agrupadas em 04 categorias que seguem abaixo. Foram consideradas como respostas apropriadas aquelas que correspondem à definição de cada categoria. As respostas inapropriadas são aquelas que não atendem à definição.

A tabela 01 representa a porcentagem de respostas inapropriadas a cada categoria, e a tabela 02 a porcentagem total das respostas dadas, dividindo-as em apropriadas e não apropriadas.

Vale ressaltar que o questionário teve 70 questões, com apenas uma em branco. Em cada uma das questões foi dada mais de uma resposta, o que representou um maior número de dados a serem agrupados.

A categoria 01 se refere a *objetivo do tratamento*, a categoria 02 à *função na equipe interdisciplinar*, a categoria 03 se refere à *população alvo* e, por fim, a categoria 04 é a *definição de Terapia Ocupacional* (Tabela 01) (Tabela 02).

A categoria objetivo de tratamento, definida como sendo os objetivos da atuação da Terapia Ocupacional (12), (13), (14), (15) junto a pacientes psiquiátricos, que consiste em reabilitar os pacientes para que consigam exercer a contratualidade na sociedade exercendo seu papel e suas funções nesta, englobaram respostas como reabilitação, reinserção, ressocialização, desenvolvimento de novas habilidades, atuação de caráter educativo, adesão ao tratamento, orientação ao familiar e ao paciente, indicação de atividades, estimulação e combate à ociosidade, tratamento pelo trabalho e objeto transicional.

A categoria função na equipe interdisciplinar definida como o papel da Terapia Ocupacional juntamente com outros profissionais visando à melhora da qualidade de vida do paciente em todos os âmbitos de sua vida (16), (17) abrangeram respostas como apoio à classe médica, encaminhamento de paciente a atendimento individual, discussão de caso e apenas compor a equipe sem nenhum papel definido.

A categoria população alvo, definida como toda a população que apresenta algum distúrbio ocupacional em relação à sua vida (14) englobaram respostas como: pacientes desabilitados, ociosos, com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, dificuldade de relacionamento, dificuldades nas atividades de vida diária, distúrbio de aprendizagem, apresentando quadros psicóticos, depressivos, transtorno invasivo do desenvolvimento, ansiedade, baixa auto-estima, e também quando o tratamento farmacológico não surge mais efeito.

A última categoria, definição de terapia ocupacional é definida como “um campo de conhecimento e de intervenção em saúde, educação e na esfera social, reunindo tecnologias orientadas para a emancipação e autonomia de pessoas que, por razões ligadas a problemáticas específicas (físicas, sensoriais, psicológicas, mentais e/ou sociais) apresentam, temporária ou definitivamente, limitações funcionais e/ou

dificuldades na inserção e participação na vida social” (18). Nesta, incluíram respostas como processo, recursos, técnicas terapêuticas, modalidade terapêutica e serviço de saúde.

Discussão:

Na primeira categoria, teve-se um índice de 11,62% de respostas inapropriadas. Esse índice é baixo, mas bastante significativo sobre o conteúdo das respostas que foram dadas: tratamento pelo trabalho, combate à ociosidade, e objeto transicional. Com base nas respostas se constata que ainda é comum o conceito de que a Terapia Ocupacional “*ocupa*” os pacientes e os colocam para trabalhar. A ocupação como forma de tratamento também data desta época, considerada como alienação. Hoje o objetivo da Terapia Ocupacional é reabilitar o paciente usando como instrumento a atividade e a análise desta. O *tratamento pelo trabalho* representa um conhecimento arcaico, da época anterior ao tratamento moral, em que consideravam que o tratamento era feito pelo trabalho e que os pacientes ocupados causavam menor transtorno nos hospitais psiquiátricos (5). Já objeto transicional é entendido como a relação que o bebê tem como a mãe. Este armazena a imagem da mãe e a utiliza quando sente sua falta. O objetivo da Terapia Ocupacional é favorecer que isso aconteça, principalmente quando há intervenção em grupo, e não ser este objeto transicional (19).

Na segunda categoria, *função na equipe interdisciplinar*, em que houve um índice de 71% de respostas inapropriadas, vale ressaltar que de acordo com a opinião dos médicos a função da Terapia Ocupacional é de encaminhar os pacientes, atendê-los e apoiar os médicos nas decisões e nas incertezas. Na realidade o terapeuta ocupacional tem um papel ímpar dentro destas equipes, pois tem a função de avaliar o paciente, indicando suas habilidades sociais, o desempenho de papéis na vida cotidiana, fornecer informações claras sobre os efeitos que a enfermidade está causando nas suas tarefas funcionais. Olhar o indivíduo como um todo é outra especificidade do terapeuta ocupacional que utiliza uma abordagem holística no

processo de avaliação e reabilitação. A discussão de caso é feita por todos os componentes da equipe em que cada um pode complementar o tratamento sem fragmentar o paciente (16), (17), (20). O encaminhamento de pacientes à terapia ocupacional pode ser feito por qualquer membro da equipe desde que conheça a atuação da terapia ocupacional. O terapeuta ocupacional não precisa necessariamente estar presente no momento da consulta para fazer esse encaminhamento.

Uma porcentagem baixa de respostas inapropriadas também caracterizou a terceira categoria: população alvo. Foram indicados pacientes com várias enfermidades nesta categoria. No entanto, é importante ressaltar que os médicos afirmam que um dos sujeitos potenciais da terapia ocupacional é aquele que não responde há mais nenhum tipo de medicamento. Isso confirma o que foi descrito em um estudo em 2003 (9) com pacientes com câncer, e em 2002 em que foi constatado que é realmente eficaz a intervenção da Terapia Ocupacional em pacientes refratários, como já citado anteriormente (6). Mas, se esses pacientes fossem encaminhados e recebessem a intervenção da terapia ocupacional esse quadro poderia ser revertido.

A quarta e última categoria, definição de terapia ocupacional, não obteve respostas apropriadas. Isso se deve ao fato de haver muitas definições dentro de um mesmo país, e porque cada país tem sua própria definição. Outro fato, em que culmina esta pesquisa é a desinformação sobre essa profissão. Quando não se sabe o que faz, quem cuida ou como atua, não há como apresentar uma definição concreta.

Conclusão:

O desinteresse e não informação vem da formação destes médicos, o que culmina no despreparo para atuarem em equipes interdisciplinares e o desconhecimento sobre o papel que cada profissional, ressaltando aqui o terapeuta ocupacional, exerce dentro da equipe interdisciplinar para a melhora do paciente (8).

Após este estudo pode-se dizer que o conhecimento por parte dos psiquiatras, principalmente sobre o que é terapia ocupacional e a função do terapeuta ocupacional na equipe interdisciplinar é relativamente baixo, e, em relação às outras categorias pode ser considerado arcaico.

Em uma outra pesquisa foram entrevistados 11 usuários de um centro de reabilitação para pacientes psiquiátricos e o intuito desta era saber qual o conceito que esses pacientes tinham sobre o processo de reabilitação. Uma das categorias foi **“tratar é estar em atividade”**. Os autores apontam que há grande importância na reabilitação desses pacientes o fato de estarem inseridos na sociedade. Isso se dá por meio da realização de atividades proporcionadas pela Terapia Ocupacional dentro deste centro de reabilitação (3).

Sendo assim, pode-se dizer que a atuação do terapeuta ocupacional é de fundamental importância na reabilitação de pacientes psiquiátricos, tendo necessidade de estar inserido em todas as equipes de saúde mental e psiquiatria para que haja melhoria no tratamento, saúde, qualidade de vida e reabilitação dos pacientes atendidos.

Para isso ainda é necessário que haja campanhas de informação e esclarecimento a respeito da Terapia Ocupacional para favorecer o melhor tratamento dos pacientes psiquiátricos e maior reconhecimento da profissão pela classe médica. Tais campanhas devem se estender a todos os meios de comunicação como documentários, novelas, jornais, que ainda hoje, normalmente, enfocam principalmente o trabalho do médico ou de apenas um outro profissional da saúde. O ideal seria que a classe médica, outros profissionais da saúde e toda a população soubessem o que é a Terapia Ocupacional. Outro meio é a atuação e inserção do terapeuta ocupacional em todas as equipes interdisciplinares.

Referências bibliográficas:

- 1 OMS: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Sa%C3%BAde> consultado em 15/07/2006.
- 2 RIBEIRO M B S, OLIVEIRA L R: Terapia ocupacional e saúde mental: construindo lugares de inclusão social. *Interface (Botucatu)*, Ago 2005, vol.9, no.17, p.425-431.
- 3 MOSTAZO R R, KIRSCHBAUM D I R: Usuários de um Centro de Atenção Psicossocial: um estudo de suas representações sociais acerca de tratamento psiquiátrico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Dez 2003, vol.11, no.6, p.786-791
- 4 MÂNGIA E F: A trajetória da Terapia Ocupacional: da psiquiatria às novas instituições de promoção da saúde mental. *Revista de Terapia Ocupacional da Usp*, SãoPaulo, v. 11, n. 1, p. 28-32, 2000.
- 5 MEDEIROS M H R: Terapia Ocupacional: um enfoque epistemológico e social. São Paulo: Hucitec, 2003.
- 6 BUCHAIN P C, VIZZOTTO A D B, NETO J H, ELKIS H: Randomized controlled trial of occupational therapy in patients with treatment-resistant schizophrenia. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, Mar 2003, vol.25, no.1, p.26-30.
- 7 BIANCHIN M A: Acidente Encefálico e reabilitação. Atividades de vida diária e prática, depressão, qualidade de vida e barreiras. Tese de doutorado.USP/SP, Brasil. 2003.
- 8 EMMEL M L G, KATO L G: Conhecimento da Terapia Ocupacional pelo estudante de medicina. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, 2004, vol. 12 nº2
- 9 OLIVEIRA A S: Reflexões sobre a prática da terapia ocupacional em oncologia na cidade de São Carlos. *Caderno de Terapia Ocupacional da Ufscar*, vol 11, nº2, 2003.
- 10 MINAYO M C S: O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 6ª ed. São Paulo: Hucitec; 1999.

11 BIANCHIN M A: : Representação Social do Residente e Aprimorando na saúde: Consonâncias e Controvérsias. Dissertação de mestrado. PUC-CAMPINAS, Brasil. 1995.

12 PITTA A: Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 2001.

13 VILLARES C C: Terapia ocupacional na esquizofrenia. In: SHIRAKAWA, I., CHAVES, A. C., MARI, J. J.: O desafio da esquizofrenia. São Paulo, Lemos, 2001, p. 183-196.

14 BARBOSA A D: Relato de um trabalho de terapia ocupacional realizado no ambulatório do projeto esquizofrenia do IPQ do Hospital das Clínicas da FMUSP. Revista do Ceto, ano 3, vol 3, nº3. 1998.

15 BENETTON M J: A terapia ocupacional como instrumento nas ações de saúde mental. Tese (doutorado). Unicamp, 1994.

16 GOLISZ K M, TOGILIA J P: Avaliação da percepção e cognição. In: NEISTADT M E, CREPEAU E B: *Terapia Ocupacional Willard & spackman*. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

17 SEYMOUR S G: Avaliação da habilidades psicossociais e componentes psicológicos. In: NEISTADT M E, CREPEAU E B: *Terapia Ocupacional Willard & spackman*. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

18 USP: <http://www.fm.usp.br/to/>, consultado em 02/09/2006.

19 MAXIMINO V S: A organização psicótica e a constituição do grupo de atividades - ou porque usar grupos como recurso terapêutico nas psicoses. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 9/2, p. 23-32, 1998

20 TOGILIA J P: Treinamento e reabilitação cognitivo-perceptual. In: NEISTADT M E, CREPEAU E B: *Terapia Ocupacional Willard & spackman*. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

Tabela 01

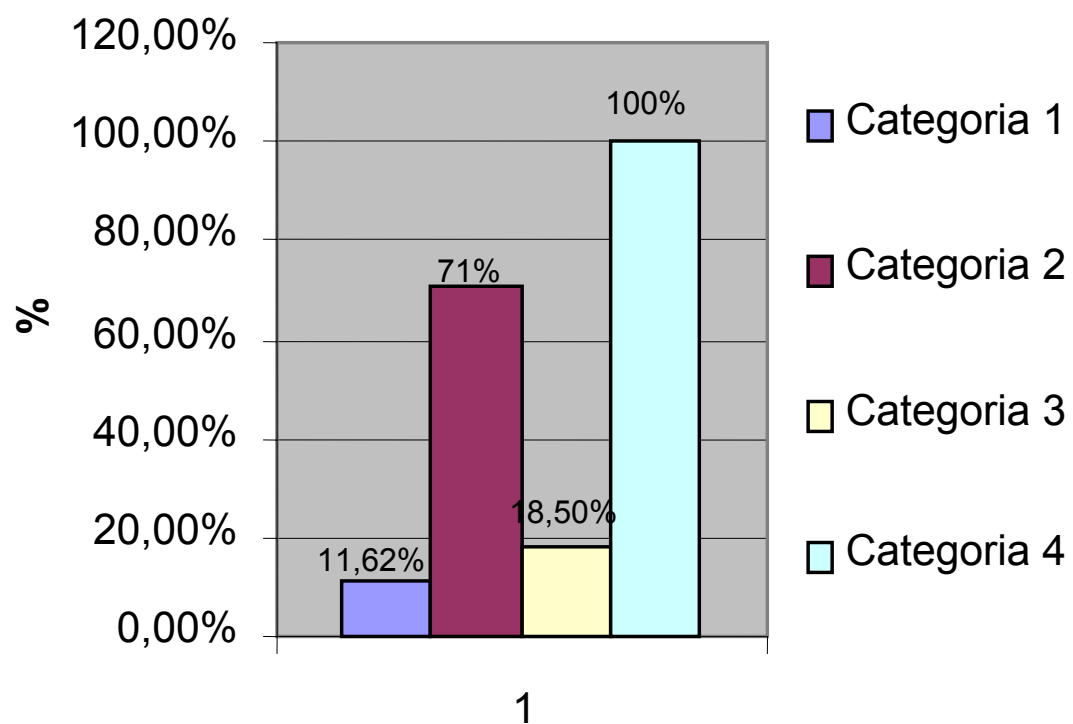
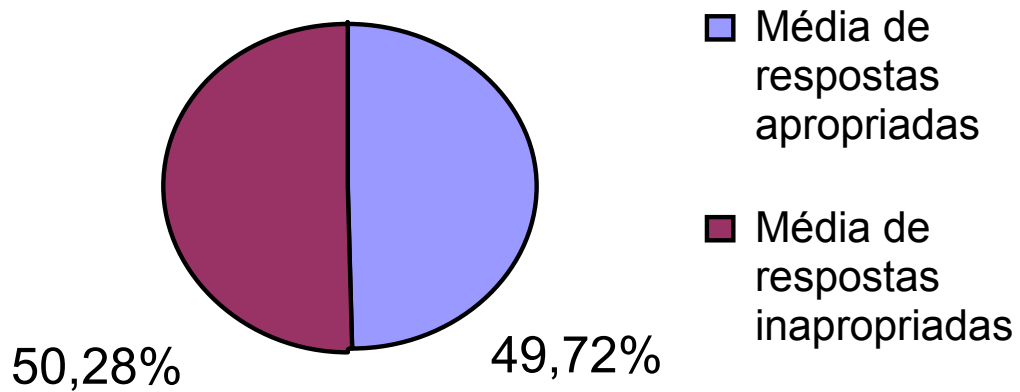


Tabela 02

Porcentagem das Médias de Respostas



CALIDAD DE VIDA DE NIÑOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN EL CONTEXTO DE LA INCLUSIÓN ESCOLAR

Julliene Érika Moreira Barreiro Soares
Maria Teresa Moreno Valdés

INTRODUCCIÓN

La calidad de vida en la escuela comienza ser objeto de estudios interdisciplinarios. El presente trabajo tuvo como objetivo investigar la calidad de vida (CV) de alumnos con discapacidad intelectual, con el fin de proponer estrategias inclusivas. Como supuestos teóricos se utilizaron las dimensiones de calidad de vida infantil de Sabeh, Verdugo y Prieto (2006), el modelo de Escuela Promotora de Salud (OPS, 2005) y las consideraciones más actuales de la Terapia Ocupacional, como profesión responsable en proponer ideas en el ámbito de la actividad humana basada en la comunidad.

MÉTODO

El estudio fue de tipo descriptivo, de tipo cualitativo, con 5 alumnos con discapacidad intelectual, alumnos de la Enseñanza Fundamental de una escuela de la red pública municipal de Cascavel-Ceará, Brasil, con edad entre 6 y 12 años incluyendo también a 5 padres y 5 profesores como informantes llaves. La investigación respetó las normas de ética en investigación con seres humanos y utilizó consentimientos informados previamente a la recogida de datos. Los niños participantes de la pesquisa respondieron inicialmente al cuestionario. A seguir, acerca del niño, fueron realizadas a padres y profesores una entrevista semi-estructurada abordando la dimensión de Calidad de Vida denominada Desarrollo Personal y Actividades

RESULTADOS

Las respuestas fueron transcritas y analizadas mediante el análisis constructivo-interpretativo de González Rey, (2005). Los resultados preliminares señalaron dificultades de los niños en su autodeterminación, posibilidades de tomar decisiones y una mayor percepción de los niños de sus propias habilidades en relación a la percepción de sus padres y profesores.

CONSIDERACIONES FINALES

La relación da Calidad de Vida e inclusión escolar de los niños con discapacidad, abordando las cuestiones de ambiente favorable y accesibilidad, así como el desarrollo de habilidades personales, son relevantes, una vez que, conociendo la CV según la percepción de los propios niños con discapacidad intelectual, es posible aplicar los conocimientos existentes de la Terapia Ocupacional en la promoción de la salud y mejoría de su calidad de vida en la escuela, enfoque innovador para la Terapia Ocupacional.

CÁNCER INFANTIL: QUE NOS CUENTAN LOS NIÑOS A TRAVÉS DEL JUEGO SIMBÓLICO

*Dayana Natalia Trifoni, Luzia Iara Pfeifer
Universidade de São Paulo – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto do
curso de Terapia Ocupacional*

Resumen

Este trabajo tiene como objetivo presentar el análisis del estudio comparativo realizado con dos niños con cáncer entre 5 y 6 años, estando el primero en tratamiento y la segunda considerada curada después de haber realizado el tratamiento clínico. Los datos fueron obtenidos a través de una encuesta con la familia de los niños, el profesional de referencia del equipo de oncología pediátrica, el registro y la observación de las consultas de Terapia Ocupacional realizados con los niños, con el objetivo de analizar el contenido presente en el juego simbólico, verificando como los niños exteriorizan sus sentimientos en relación a la enfermedad, como también si hay diferencia entre los niños, considerando la situación clínica.

Introducción

El niño expresa cuando está jugando contenidos de su cotidiano y las situaciones y conflictos que están presentes en su realidad. De esta forma se espera que el niño con una enfermedad como el cáncer, que trae tantas situaciones de impacto como la hospitalización, el cambio de imagen corpórea, el alopecia, el incómodo orgánico y el miedo de la muerte, pueda expresar a través del juego simbólico aspectos inherentes y relacionados a este contexto.

Así, en el contexto terapéutico ocupacional, explorar las situaciones del juego, amplían las posibilidades de intervenciones y de entendimiento de la singularidad del niño, potenciando la comprensión de los aspectos simbólicos.

Método

Considerando el fenómeno a ser investigado, este estudio caracterizase como siendo de naturaleza cualitativa e descriptiva. La colecta de datos se dio después de la aprobación en el comité de ética en investigación de la institución en que se ha desarrollado el estudio, a partir de eso, se utilizó como instrumento de investigación de datos obtenidos a través de una encuesta semi-estructurada con la familia de los niños, el profesional de referencia del equipo de oncología pediátrica, el registro y la observación participativa de las filmaciones realizados con los niños, con el objetivo de analizar el contenido presente en el juego simbólico, verificando como los niños exteriorizan sus sentimientos en relación a la enfermedad, como también si hay diferencia entre los niños, considerando la situación clínica. El análisis de los datos colectados en campo, se basó en la fundamentación teórica pertinente a la comprensión simbólica y en el contenido del discurso de los niños.

Resultados

Los resultados de este estudio muestran que la niña que fue sometida al tratamiento clínico considerada curada presentó contenidos relacionados a la enfermedad y de un cotidiano saludable y el niño que aun estaba pasando por el tratamiento estaba sumergido en contenidos de la enfermedad y aspectos inherentes a este proceso.

L.A. y su universo de niña curada:

L.A.: - *Ahora* (muñeca menor) *vas recibir una inyección* – y prepara la inyección dándola en los glúteos de la muñeca

L.A. saca la inyección más grande de la mano de P.: - *Bueno, ese tendrá que recibir una peligrosa*

P.: - *Humm, ¡ Dios mío!*

L.A. la “da” rápidamente: – *Ah, ¡terminó!*

P.: - *¿terminó?*

L.A.: - *Sí.*

P.: - *Ah, ¡¿sólo eso?! Pensé que fuera peor, has visto el tamaño que tenía?!*

L.A.: - *Sí, pero no duele. Ahora vamos jugar con la Barbie?*

L.W. y su universo de niño enfermo:

P.: - *¡ Mirá ese carrito! ¿Que son estos palitos? ¿ Son personas?*

L.W.: - *¡Sí! ¡Están yendo al hospital internarse!*

P.: - *¿Verdad?*

L.W.: - *¡ Vos también vas a ir! ¡Sin su madre!*

P.: - *Ay, ¡que miedo!*

L.W.: - *E van pinchar todo su cuerpo, ¡y vas ahogarse de tanto suero!*

P.: - *Ay, y por que voy quedar sin mi madre, la tuya está aquí, ¿por que la mía no va quedarse?*

L.W.: - *Porque ya está cansada de quedar aquí.*

Conclusiones

Estos resultados denotan la importancia del juego simbólico como una de las formas de expresión y exteriorización de sus sentimientos y percepciones de su cotidiano.

El terapeuta ocupacional es el profesional que tiene gran responsabilidad en proporcionar esos espacios de juegos, no solamente para alejar el dolor, como si no existiera, sino para permitir al niño que tenga voz y sea sujeto de sus acciones, para que comprenda lo que se pasa en su mundo externo y se haga comprender a partir de su mundo interno.

EL USO DE ACTIVIDADES COMO RECURSO TERAPEUTICO EM EL PROCESO DE REHABILITACIÓN DE NIÑOS CON BAJA VISIÓN

Maria Inês Rubo de Souza Nobre*, Mirela de Oliveira Figueiredo, Uira Cristina Viana Danelutti**, Rita de Cássia Ietto Montilha***

* Terapeuta Ocupacional, Docente en Educación Especial y Rehabilitación /DEER. Doctora en Ciencias Médicas/Oftalmología - CEPRE – FCM – UNICAMP.

**Terapeuta Ocupacional, Estagiária do CEPRE.

Centro de Estudios y Investigación en Pesquisas en Rehabilitación “Prof. Dr. Gabriel O. S. Porto” (CEPRE) - Facultad de Ciências Médicas (FCM) - Universidad Estadual de Campinas (UNICAMP)

INTRODUCCIÓN:

El Centro de Estudios e Investigación en Rehabilitación Gabriel de Oliveira Silva Porto (CEPRE), actuando en el área de rehabilitación de personas con deficiencia visual, tiene un Programa de Infantes con un equipo multidisciplinario.

Actualmente la Terapia Ocupacional viene atendiendo un grupo de niños con baja visión entre 08 a 13 años.

Preocupada con el desarrollo pleno de los niños con baja visión y utilizando actividades como recurso terapéutico, la Terapia Ocupacional tiene como objetivo primario la estimulación del hábito de mirar y observar (NOBRE, et al 2001), empezando de la consideración de que cuanto mas se utiliza la visión residual, mas funcional esta se hace (CARVALHO, 1993; VEIZTMAN, 2000)

OBJETIVO:

Describir el desempeño de niños con baja visión en actividades utilizadas como recurso terapéutico por el terapeuta ocupacional.

MATERIALES Y MÉTODOS:

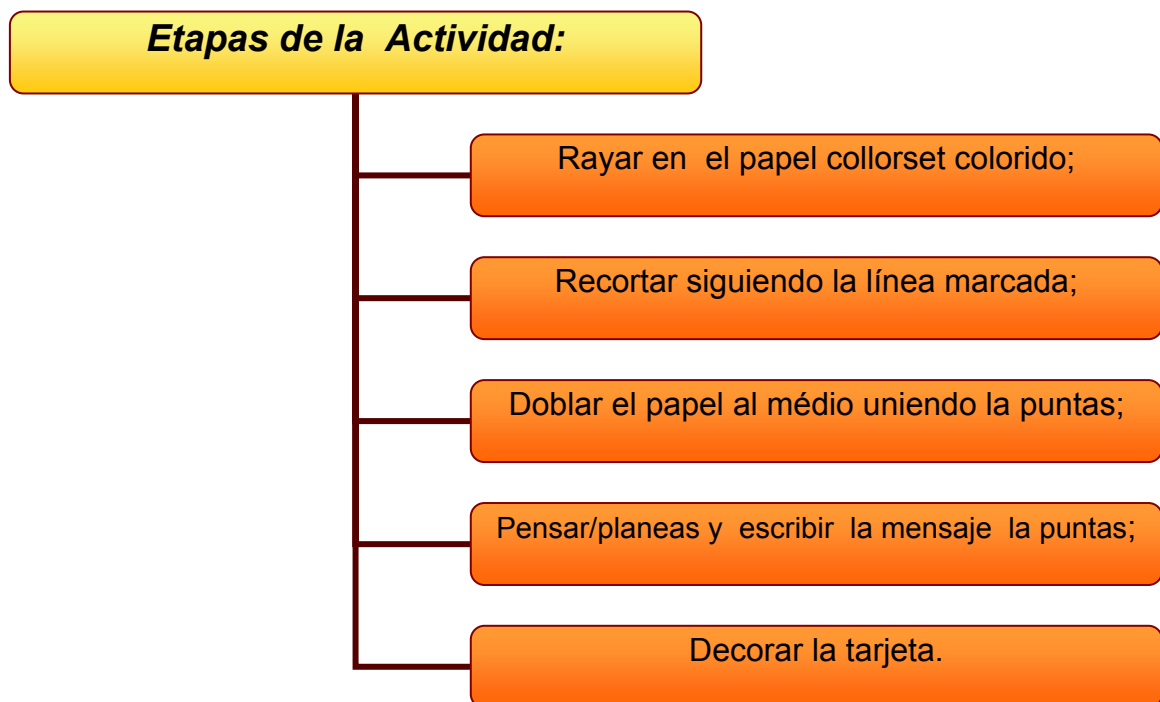
Se realizó un estudio descriptivo y cualitativo relacionado a las actividades y el desempeño de los niños durante la realización de las mismas. La muestra fue compuesta de niños de 08 a 13 años con baja visión. Para la obtención de los datos utilizamos un cuaderno de registro con las descripciones de las actividades basadas en las preguntas: cual la actividad del día actual; lo que aprendieron y cuales las dificultades para la realización de la misma, segundo la comprensión de cada niño. El terapeuta ocupacional hizo registros de acompañamiento, registrando las sesiones.

RESULTADOS:

El grupo fue compuesto por ocho niños, siendo tres niños y cinco niñas, siendo asistido por un equipo multidisciplinario compuesto por pedagogo y académicos de pedagogía, psicólogo, trabajadora social, profesor de actividades de la vida diaria y terapeuta ocupacional.

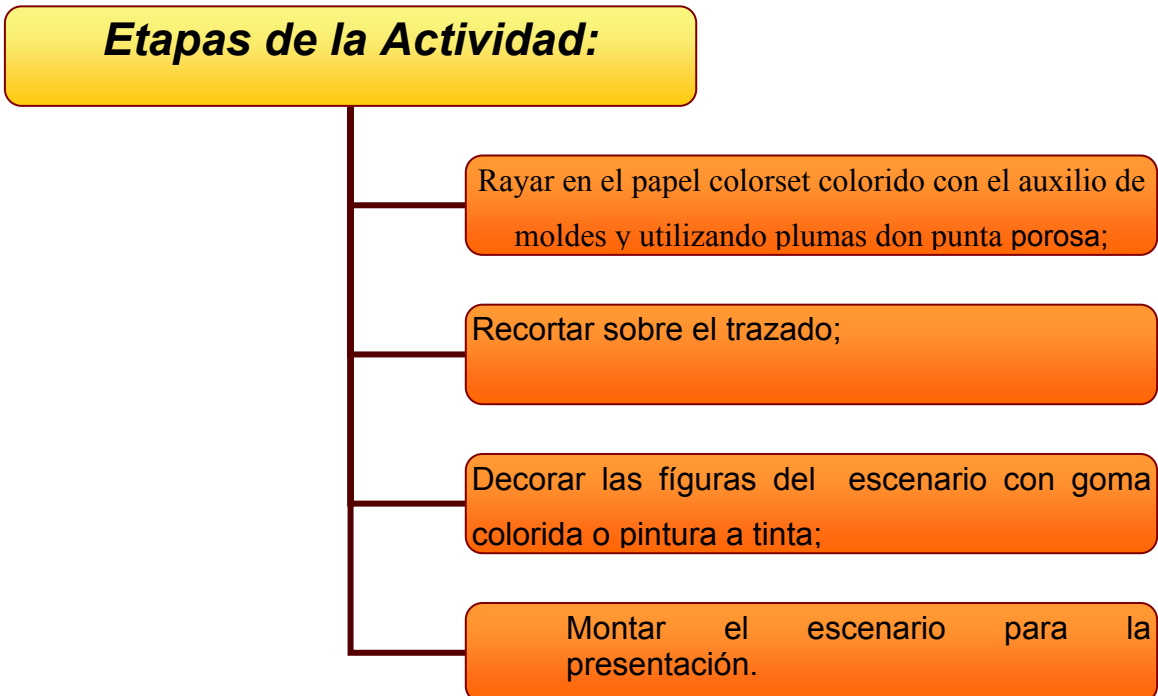
En las sesiones de Terapia Ocupacional, todas las actividades propuestas tuvieron como objetivo fundamental la estimulación y utilización del residuo visual, considerando que la respuesta visual se hace mas funcional en la medida que es utilizada. Además de esto, se tuvo como objetivo el desarrollo de la coordinación motora y viso-motor, raciocinio lógico organización y planeamiento de tareas y socialización.

Actividad: Tarjeta del día de las Madres



<i>Desempeño del niño en la perspectiva da la Terapia Ocupacional:</i>	<i>Desempeño de los niños en la perspectiva de los niños:</i>
Uno de los niños presentó iniciativa en rayar el papel;	Respuesta sucinta sobre el desempeño, como: "hice la tarjeta para mi mamá y aprendí a hacer tarjeta"
El papel colorset estimuló la función visual en la percepción de los colores favoreciendo la coordinación viso-motor;	
El grupo de niños presentó dificultades para recortar, siendo que apenas un niño consiguió y recortó para los demás integrantes del grupo;	
Todos los niños doblaron la tarjeta sin dificultad;	
La mayoría tuvo dificultad para organizar las ideas y escribir el mensaje en la tarjeta;	
La decoración de la tarjeta ocurrió con éxito, siendo los materiales utilizados de alto contraste.	

Actividad: Construcción de escenario para la fiesta del cierre del semestre



Desempeño de los niños en la perspectiva de la terapia ocupacional:	Desempeño de los niños en la perspectiva de los niños:
Presentaron interés y entusiasmo, realizando la tarea con suceso ;	Los niños respondieron detallando las figuras recortadas;
No presentaron dificultad;	No presentaron dificultades.
Los materiales: goma colorida y tinta, estimularon la función visual en la percepción de colores favoreciendo la coordinación viso-motor;	
La pluma con punta porosa facilitó el proceso de rayar.	

Conclusión: Aunque grande parcela del grupo presentó dificultades en las actividades de escribir. Observándose un buen desempeño en las actividades de coordinación viso-motor. El uso de actividades como recurso terapéutico actúa en la transformación del cotidiano de los niños en la medida en que se constituye un medio para el desarrollo de habilidades y capacidades y de superar dificultades y limitaciones, integrando el proceso de rehabilitación con baja visión.

Referencia Bibliográfica:

CARVALHO, K. M. M. **Visão subnormal: apresentação de um modelo de atendimento e caracterização das condições de diagnóstico e tratamento em um serviço universitário do Brasil.** Campinas – S.P. (Tese Doutorado – Universidade Estadual de Campinas), 1993.

NOBRE, M. I. R.; TEMPORINI, E. R.; KARA-JOSÉ, N.; MONTILHA, R. C. I. Deficiência visual de escolares: percepção de mães. **Temas sobre Desenvolvimento.** 10 (55): 24-27, 2001.

VEIZTMAN, S. **Visão subnormal.** Rio de Janeiro: Cultura Médica; São Paulo: CBO: CIBA VISION, 2000.

INFLUENCIA DE LAS ALTERACIONES DE COMPORTAMIENTO Y DEL DESEMPEÑO FUNCIONAL SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DE INDIVIDUOS CON ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y SUS RESPECTIVOS CUIDADORES/FAMILIARES.

Marcia Maria Pires Camargo Novelli^{1,2}, Elisabeth Barham³, Ricardo Nitri¹, Paulo Caramelli^{1,4}. 1Grupo de Neurología Cognitiva y del Comportamiento, Departamento de Neurología de la, Universidad de São Paulo, Brasil. 2Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de São Paulo, Brasil. 3Departamento de Psicología, Universidad Federal de São Carlos, Brasil. 4Grupo de Neurología Cognitiva y del Comportamiento, Facultad de Medicina de la Universidad Federal de Minas Gerais, Brasil. Correo electrónico: mnovelli@uol.com.br



Introducción

La evaluación de calidad de vida en enfermedades crónicas degenerativas es una de las formas de evaluación, comúnmente utilizadas para identificar el impacto de la enfermedad sobre la percepción de vida del individuo. Reconocer cuales son los factores que más influenciaron en la percepción de calidad de vida, permite identificar posibles áreas de intervención que puedan efectivamente contribuir para la mejora de calidad de vida del individuo.

Objetivo

Presentar los resultados encontrados en el estudio del impacto de las alteraciones de comportamiento y del desempeño funcional sobre la calidad de vida tanto en individuos con la enfermedad de Alzheimer (EA) como en sus cuidadores/familiares.

Métodos

Se aplicaron la escala de evaluación de calidad de vida (QOL-EA), el Inventario Neuropsiquiátrico (NPI) y la escala de evaluación funcional de Lawton y Brody en una muestra de 60 pacientes con el anuncio probable de EA y sus respectivos cuidadores/familiares, entre ellos, 30 pacientes con demencia suave y 30 pacientes con demencia moderada, según los criterios de NINCDS-ADRDA y de DSM-III-R, respectivamente. Se correlacionó la puntuación total de la evaluación de calidad de vida con las medidas siguientes: El NPI y la escala de evaluación funcional de Lawton y Brody.



Resultados

En el grupo de pacientes con enfermedad suave, la versión del paciente presentó correlación significativa con el NPI (-0,359, p<0,05). La versión del cuidador acerca de la calidad de vida del paciente presentó correlaciones significativas con: actividades instrumentales de la vida diaria (-0,486, p<0,01) y actividades básicas de la vida diaria (-0,382, p<0,01). La versión del cuidador sobre su propia calidad de vida presentó correlaciones significativas con: NPI (-0,419, p<0,01), actividades instrumentales de la vida diaria (-0,395, p<0,01). En el grupo de pacientes moderados se encontraron correlaciones significativas de la versión del cuidador sobre la calidad de vida del paciente con las evaluaciones siguientes: NPI (-0,685, p<0,01), actividades instrumentales de la vida diaria (-0,541, p<0,01) y actividades básicas de la vida diaria (-0,497, p<0,01). Con respecto a la versión del cuidador sobre su propia calidad de vida se encontraron correlaciones significativas con: actividades instrumentales de la vida diaria (-0,615, p<0,01) y actividades básicas de la vida (-0,512, p<0,01).

Tabla 1 – Perfil sociodemográfico de los pacientes y de sus respectivos

Características Sociodemográficas	Demencia Leve (n=30)	Demencia Moderada
Edad	74,74 ± 6,08	76,7 ± 8,06
Nivel educacional	6,35 ± 4,75	5,47 ± 3,99
Género	Fem – 74,19% Masc – 25,81%	Fem – 66,67% Masc – 33,33%
MEEM ^a	20,03 ± 2,68	13,03 ± 2,62

^aMEEM : Mini-examen del estado mental

Tabla 2 – Índices de correlación entre calidad de vida y otras medidas en la demencia moderada

Evaluaciones	QOL-EA (1)	QOL-EA (2)	QOL-EA (3)	Puntuación compuesta QOL-EA
Relato del paciente (1)		0,533**	0,128	0,946**
Relato del cuidador/	0,553**		0,346*	
Relato del cuidador/	0,128	0,346*		
Actividades instrumentales de la vida diaria ^a	-0,020	-0,486**	-0,395*	-0,197
Actividades básicas de la vida diaria ^a	-0,233	-0,382*	-0,084	-0,318*
NPI	-0,359*	-0,658**	-0,419**	-0,513**

(1) Relato del paciente sobre su propia calidad de vida.;
(2) Relato del cuidador/familiar sobre la calidad de vida del paciente;
(3) Relato de los cuidadores sobre su propia calidad de vida;
a Escala de automantenimiento física e instrumental;
*p<0,05 **p<0,01

Tabla 3 – Índices de correlación entre calidad de vida y otras medidas en la demencia leve

Evaluaciones	QOL-EA (1)	QOL-EA (2)	QOL-EA (3)	Puntuación compuesta QOL-EA
Relato de los pacientes (1)		0,307*	0,284	0,899**
Relato do cuidador/ familiar (2)	0,307*		0,513*	0,687**
Relato do cuidador/	0,284	0,513**		0,459**
Actividades instrumentales de la vida diaria ^a	-0,003	-0,541**	-0,615**	-0,247
Actividades básicas de la vida diaria ^a	-0,295	-0,497**	-0,512**	-0,454**
NPI	-0,342*	-0,685**	-0,285	-0,575**

(1) Relato del paciente sobre su propia calidad de vida.;
(2) Relato del cuidador/familiar sobre la calidad de vida del paciente;
(3) Relato de los cuidadores sobre su propia calidad de vida;
a Escala de automantenimiento física e instrumental;
*p<0,05 **p<0,01

Conclusiones

El impacto de las alteraciones del comportamiento y del desempeño funcional acerca de la percepción de calidad de vida cambia según el grado de gravedad de la enfermedad.

La intervención grupal de la Terapia Ocupacional en los pacientes con Fibromialgia

*Camila Souza Lima Fontes – bolsista PROEX UFMG – milaslima@yahoo.com.br
Ciomara Maria Perez Nunes – Professora UFMG – ciomara_nunes@uol.com.br*

Resumen

Introducción: *La gran cantidad de pacientes que buscan el Ambulatorio Bias Fortes del Hospital de las Clínicas de la Universidad Federal de Minas Gerais (UFMG) en Brasil diagnosticados con Fibromialgia y los beneficios que son alcanzados debido a la intervención grupal de la Terapia Ocupacional motiva el abordaje de este tema.*

Objetivos: *Identificar la importancia atribuida por el paciente al atendimento en grupo de la Terapia Ocupacional y cual seria el beneficio que el atendimento causa en la vida de esta población.*

Metodología: *Fueron entrevistados pacientes con diagnostico de Fibromialgia que participan del Proyecto de Extensión Universitaria (PROEX) de la UFMG denominado “La intervención de la Terapia Ocupacional en el Gerenciamiento del Dolor crónico en los DORTs y la Fibromialgia”.*

Principales resultados: *El grupo promueve un espacio de reflexión, discusión y intercambio; facilita la expresión y la comunicación entre los participantes y la búsqueda de alternativas en la presencia de un estado crítico; contribuye para la disminución de algunos de los síntomas de la Fibromialgia y aumenta las posibilidades de controlar el dolor crónico, propicia los cambios de habito en las actividades de la vida diaria, en el trabajo y en las actividades productivas para que el paciente sienta los beneficios.*

Conclusión: *Los pacientes que participan del proyecto tuvieron un aumento de su funcionalidad física, social, emocional y una percepción de la salud en general que contribuye para mejorar su calidad de vida.*

Palabras-claves: *Terapia Ocupacional, Grupo, Fibromialgia.*

Introducción

Considerando la prevalencia de la enfermedad en la población, se constata que la Fibromialgia ocurre con valores entre 0,66 y 4,4%, durante la edad adulta y mediana edad, siendo de mayor incidencia en las mujeres en comparación con los hombres (CAVALCANTE, 2005). La Fibromialgia es un síndrome doloroso generalizado y crónico, no-inflamatorio, de etiología desconocida. Se caracteriza por la presencia de un dolor músculo-esquelético difuso en el cuerpo, en ciertas regiones anatómicas, llamados de “tender points” o puntos sensibles. El síndrome relaciona el disturbio del sueño, rigidez matinal, fatiga crónica y los disturbios emocionales tales como depresión, ansiedad y angustia. Puede variar de síntomas leves a una fatiga y depresión intensa que interfieren en el desempeño funcional de la vida y en la rutina diaria (MOREIRA, C. & CARVALHO, 1996).

En 2001, la Organización Mundial de la Salud (OMS) concluyó la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud - CIF que, refleja un cambio en el abordaje de la salud basada en la patología y busca priorizar una visión amplia y

significativa de participación en el contexto de que la funcionalidad es el componente de la salud. La capacidad funcional ha sido, por lo tanto, abordado en relación a la interacción del individuo consigo mismo, con el trabajo, con la familia y con la vida social comunitaria (BATTISTELLA & BRITO, 2002). La Terapia Ocupacional, orientada por este modelo teórico, busca comprender los diferentes impactos desde la instalación de la enfermedad hasta las consecuencias funcionales que una condición, como la Fibromialgia, puede tener para un individuo.

Los grupos en la Terapia Ocupacional están siendo utilizados cada vez más en los servicios de salud como una intervención terapéutica eficaz. En la medida que se establece una articulación entre las personas del grupo, en la cual se asumen y delegan papeles unas a las otras, la comunicación tiende a ocurrir, posibilitando el aprendizaje y consecuentemente, la aprensión de la realidad. En una relación de vínculo la persona busca comunicar algo a alguien, buscando quien pueda comprender sus mensajes (BRUNELLO, 2002).

Objetivos

Este trabajo busca identificar la importancia atribuida por el paciente al atendimento en grupo de la Terapia Ocupacional en el Ambulatorio del Hospital de las Clínicas de la UFMG y, cual es el beneficio que esta forma de atendimento produce en la vida de esta población.

Metodología

Fueron entrevistados ocho pacientes con diagnóstico de Fibromialgia que ya pasaron por el proceso de evaluación y que actualmente participan del atendimento en grupo de la Terapia Ocupacional. Fue aplicado un cuestionario compuesto de seis preguntas para responder que abordaban los siguientes temas: Que es Terapia Ocupacional, como el grupo de Terapia Ocupacional contribuye para el tratamiento de la Fibromialgia, cuales son los puntos positivos y negativos relacionados al grupo, cual es la ventaja y desventaja cuando se comparan los atendimientos en grupo y en forma individual, y sobre el impacto en la calidad de vida después del inicio de la participación en el grupo.

El cuestionario fue aplicado en un solo día a todos los entrevistados y apenas una practicante fue la responsable por las entrevistas, cada paciente fue entrevistado individualmente y las respuestas fueron anotadas por la becaria y tiene por finalidad garantizar la mayor confiabilidad de los resultados. Este numero de pacientes entrevistados representa una parte del grupo de pacientes diagnosticado con Fibromialgia siendo que el numero máximo de participantes por grupo es de 15 personas.

Resultado y Discusión

1ª Pregunta – ¿Usted sabe que es la Terapia Ocupacional?

Si	06 (75.0 %)
No	01 (12.5 %)
Sabe poco	01 (12.5 %)

2ª Pregunta – ¿Cómo usted definiría esta profesión para una persona que nunca fue atendida por un terapeuta ocupacional? *

Profesión que ayuda a aliviar los dolores	03 (37.5%)
Profesión que orienta la manera correcta de realizar las actividades cotidianas	02 (25.0%)
Profesión que ayuda a distraerse	01 (12.5%)
Profesión que enseña el modo de realizar los ejercicios	04 (50.0%)
Profesión que enseña como realizar las actividades dentro de la limitación individual	01 (12.5%)
Profesión que ayuda al paciente a soportar las dificultades diarias	01 (12.5%)
Profesión que enseña actividades	01 (12.5%)
Profesión que prepara a la persona para el trabajo	01 (12.5%)
Profesión que ayuda a convivir con la enfermedad	02 (25.0%)

*respuestas agrupadas de 7 pacientes que respondieron a la pregunta si sabían lo que es la Terapia Ocupacional.

A pesar de la mayoría de las personas ha respondido que conoce lo que es la Terapia Ocupacional, ninguna de ellas consiguió dar un concepto más amplio de la profesión, pues abordaron sucintamente las intervenciones que son realizadas en el grupo. Lo que podría llevar al desconocimiento de la profesión es el proceso de evaluación, en el cual el terapeuta ocupacional pasa por encima del reconocimiento de la disfunción directamente para el planeamiento de un método para corregir o superarla y emprende usando un abordaje en el cual se debe evaluar y tratar los componentes de la función, tales como la fuerza, amplitud de movimiento (TROMBLY, 1993)

3ª Pregunta - ¿Cómo usted cree que el grupo de la Terapia Ocupacional contribuye para el tratamiento de la fibromialgia? *

* las respuestas fueron agrupadas, y todos los entrevistados respondieron esta pregunta.

Es posible percibir de acuerdo con las respuestas que la participación de las personas en el grupo de la Terapia Ocupacional contribuye para la disminución de algunos de los síntomas de la Fibromialgia.

La mitad de los pacientes respondió que el grupo ayuda a disminuir el dolor, siendo que esta es la principal limitación en el desempeño ocupacional y en el agravamiento del proceso de la enfermedad.

4ª Pregunta - *¿Cuáles son los puntos positivos y negativos que usted evalúa debido al atendimento grupal de la Terapia Ocupacional?*

Puntos positivos citados por los pacientes

<i>La unión, el apoyo, la acogida del grupo y de los profesionales</i>	<i>02 (25.0 %)</i>
<i>La convivencia con otras personas con el mismo diagnóstico</i>	<i>05 (62.5%)</i>
<i>El intercambio de ayuda y de experiencias</i>	<i>02 (25.0 %)</i>
<i>El diálogo y la posibilidad de nuevas amistades</i>	<i>02 (25.0%)</i>
<i>El aprendizaje de actividades</i>	<i>02 (25.0%)</i>
<i>Realización de ejercicios y orientaciones para las actividades diarias</i>	<i>02 (25.0 %)</i>
<i>La alegría del grupo</i>	<i>01 (12.5%)</i>

Puntos negativos citados por los pacientes

<i>El atendimento de apenas una vez por semana</i>	<i>02 (25.0 %)</i>
<i>Ningún punto negativo</i>	<i>06 (75.0 %)</i>

Como resultado de las respuestas es posible verificar que el grupo promueve un espacio de reflexión, discusión y cambio; facilita la expresión y comunicación entre los participantes y una búsqueda de alternativas en la presencia de un cuadro crítico; aumentando las oportunidades de controlar el dolor crónico, los cambios de hábitos en las actividades cotidianas, en el trabajo y en las actividades productivas, y que el paciente sienta el entretenimiento. El paciente debe aprender a escoger de acuerdo con la realidad del mundo externo, sin perder de vista sus propios deseos y necesidades, o sea, él podría realizarse personalmente viviendo de manera creativa sus necesidades y emociones, respetando los valores éticos fundamentales del hombre MOREIRA, C. & CARVALHO, 1996).

5ª Pregunta - *¿Cuáles son las ventajas y desventajas que usted distingue cuando se compara el atendimento individual con el atendimento en grupo? Puntos positivos del atendimento en grupo cuando es comparado con el atendimento individual**

<i>La ayuda de los propios participantes para corregir los errores durante las actividades</i>	<i>01 (12.5%)</i>
<i>La fuerza que un paciente da al otro</i>	<i>01 (12.5%)</i>
<i>El animo que el grupo muestra</i>	<i>01 (12.5%)</i>
<i>Mayores posibilidades de opinión y asuntos para comentar</i>	<i>03 (37.5%)</i>
<i>Intercambio de experiencias</i>	<i>01 (12.5%)</i>

*Puntos positivos del atendimento individual comparado con el atendimento en grupo**

<i>Atención mas direccionada del terapeuta sobre el paciente</i>	<i>03 (37.5%)</i>
--	-------------------

<i>Dificultad de exponer algunas preguntas al frente del grupo</i>	04 (50.0%)
--	------------

Los elementos del grupo, cuando se colocan en una posición de escuchar al otro y así mismo, se abren para un movimiento de reflexión, de movilización, de revisión de sus papeles intangibles y quiebra de estereotipos y, por lo tanto, de un enriquecimiento en sus formas de actuar y de relacionarse, interviniendo en las diversas situaciones provocando transformaciones (BRUNELLO, 2002).

La opción por el trabajo en grupo promueve la realización de actividades que suscitan preguntas y generan reflexiones sobre la patología, facilitan la expresión y la comunicación. Generan cambios del contexto individual para el colectivo y entonces, construcciones propias para los cambios y soluciones para las preguntas problemáticas que pueden transformar el cotidiano del paciente. (LANCMAN, 2004)

6ª Pregunta - *¿Usted percibe que su calidad de vida fue modificada después que empezó a participar en el grupo?*

<i>Si, mi calidad de vida mejoró</i>	08 (100.0 %)
--------------------------------------	--------------

Algunos relatan que antes de participaren en el grupo pensaban que no podían hacer mas nada, y encontraban que la vida seria perjudicada eternamente y hoy saben que pueden hacer, y que lo deben hacer de una manera correcta, sino será peor, y que pueden tener una calidad de vida mejor conviviendo con la enfermedad. Otros entrevistados relataron las mejorías relacionadas con la depresión, la ansiedad, nerviosismo y ayudo a trabajar mejor con los dolores, además de ampliar la comprensión de la enfermedad, factores que según los entrevistados, mejoró la calidad de vida. Los resultados mostraron una correlación entre el aumento de algunos aspectos de la calidad de vida, como la percepción de la salud en general, funcionalidad física, social y emocional, dolor, a partir de la participación en el grupo de la Terapia Ocupacional.

Conclusión

Considerando los resultados que se han obtenido en este trabajo, es posible observar la importancia que tiene la intervención de la Terapia Ocupacional, ya que la intervención no es solo direccionada para el alivio del dolor, sino también pretende la restauración de la función y de los estilos de vida funcionales, donde el paciente tiene la posibilidad de reaprender a vivir sus rutinas personales, de tener cuidado en sus relaciones, en sus relaciones corporales, promoviendo el bienestar y la calidad de vida.

Es posible verificar que los pacientes atendidos por la Terapia Ocupacional en grupo atribuyen bastante importancia a este tipo de abordaje, y que los beneficios alcanzados a través

de este tipo de atendimento causan modificaciones en la vida de los pacientes más activos ante el proceso del enfermamiento, de tal forma que la persona consiga desempeñar de manera satisfactoria y adecuada sus quehaceres personales, ocupacionales y sociales.

La intervención grupal a través del proyecto Gerenciamiento del Dolor Crónico en los DORTs y Fibromialgia asume una importante y rica modalidad de tratamiento empleada por la Terapia Ocupacional al paciente acometido por la Fibromialgia, pasando de un abordaje físico y grupal a un abordaje también psicosocial y educacional, se viene presentando en un espacio de intercambio, integración, instrucción y tratamiento eficiente en la mejora de los aspectos psicofísicos y, de la calidad de vida de los individuos acometidos por la Fibromialgia.

Bibliografía

- BATTISTELLA L. R. & BRITO C. M. M. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). “*Acta Fisiátrica*”, 2002, 9 (2): 98–101.
- BERBER, J. S. S.; KUPEK; E. CAÍRES, S. Prevalencia de la depresión y su relación con la calidad de vida en pacientes con síndrome de fibromialgia. “*Rev Bras. Reumatol*”. vol.45 no.2 São Paulo Mar./Apr. 2005
- BRUNELLO, M. I. B. La Terapia Ocupacional y los grupos. “*Revista de Terapia Ocupacional Universidade de São Paulo*”. v. 13 n. 1, p 9-14, jan./abr. 2002.
- CAVALCANTE, A. B. et al. La prevalencia de la fibromialgia: una revisión de la literatura. “*Rev. Bras. Reumatol*”. vol.46 no.1 São Paulo Jan./Feb. 2006
- LANCMAN, S. Construcción de nuevas teorías y prácticas en Terapia Ocupacional, salud y trabajo. In: LANCMAN, S. (org.) “*Saúde, Trabalho e Terapia Ocupacional*”. São Paulo: Roca, 2004. cap. 3, p. 71-83.
- MARTINS, L. M. M.; DUCCI, A. J.; PIMENTA, C. A. M. Programas educativos junto a los pacientes con dolor. In: FIGUEIRÓ, J. A. B.; ANGELOTTI, G.; PIMENTA, C. A. M. “*Dor e Saúde Mental*”. São Paulo: Atheneu, 2005. cap. 14, p. 139-146.
- MOREIRA, C. & CARVALHO, M. A. P. “*Nociones Prácticas de Reumatología*”. Editora Health, 1996. Belo Horizonte, MG.
- RICE, V. J.; LUSTER, S. Restauración de la competencia en el papel del trabajador. In: TROMBLY, C. A.; RODOMSKI, M. V.; “*Terapia Ocupacional para Disfunção Física*”, 2002 editor santos, Quinta edição.
- TROMBLY, C. Anticipando el futuro: evaluación de la función ocupacional. “*American Journal of Occupational Therapy*”. V.47, n.3 p.253 – 257, mar, 1993.

Título de la presentación: Movimiento de Mar

Area temática: comunidad

Forma de presentación: Póster

Trabajo con opción a premio

Síntesis:

La extensión universitaria es concebida a nivel regional, nacional y latinoamericano como la herramienta por excelencia para el mejoramiento de la calidad de vida de la población, a partir de la cual se generan espacios de verdadera transformación y oportunidades de crecimiento y fortalecimiento de los diferentes actores sociales que constituyen la comunidad.

Con esta visión, un grupo de extensión de la Universidad Nacional de Mar del Plata desarrolla actividades desde hace diez años con la comunidad marplatense, focalizando acciones hacia un sector vulnerable como lo son los niños y adolescentes con cáncer y sus grupos familiares.

Se plantea en esta presentación, un recorrido histórico a través de los diferentes servicios extensionistas, las alianzas con la comunidad, el trabajo conjunto y la reivindicación de la solidaridad como cultura.

Desarrollo:

Como en los movimientos de las mareas que acercan, alejan, mecen, acunan, contienen, los integrantes de este grupo extensionista concibieron allá por el '96 un proyecto que pudiera contener las necesidades expresadas por las familias de niños con cáncer.

El cáncer es la enfermedad que representa la *primer causa de muerte infantil*, quedando por debajo de las producidas por causas externas –como los accidentes-, y en la Argentina, uno de cada tres mil chicos padece hoy algún tipo de cáncer. Según la Sociedad Latino Americana de Oncología Pediátrica, se estima que para el 2010 en países desarrollados, *uno de cada mil adultos será un sobreviviente del cáncer infantil*, entendiendo entonces que en la actualidad, hablar de cáncer¹ infantil ya no es sinónimo de muerte.

No obstante, la OMS señala que “*pocas enfermedades se han rodeado de tanta incomprensión, prejuicios infundados y temor como el cáncer*”.

En la Argentina, los menores de veinte años son casi catorce millones², lo que representa al 35,2% de la población total.³ Por otra parte, el 37% de la población carece de cobertura médica; en la ciudad de Mar del Plata⁴ este porcentaje se eleva significativamente dado el nivel de desempleo imperante.

La salud entonces, no puede ser entendida sin tomar en cuenta aspectos fundamentales como los planteados por Dever⁵ cuando propone el concepto de campo de salud; este encuadre teórico permite considerarlo como “*un proceso de integración de cuatro*

¹ El cáncer es un proceso maligno celular que, al perder los procesos normales de control, da como resultado un crecimiento irregular, ausencia de diferenciación y dota a las células de la capacidad para invadir a otros tejidos y producir metástasis.

² según datos del INDEC

³ UNICEF, Salud Materno-Infantil-Juvenil en cifras.

⁴ La ciudad de Mar del Plata presenta actualmente una población cercana a los 700.000 habitantes permanentes, cifra que se modifica hasta el 100% durante el periodo de verano. Muchas de las familias que ingresan durante el verano en búsqueda de puestos de trabajo, se establecen de manera definitiva en las periferias de la ciudad, con condiciones paupérrimas de vivienda, servicios, salud e higiene. El trabajo es de tipo "golondrina", sin aportes jubilatorios ni cobertura social.

⁵ Dever, A; “Epistemología y administración de servicios de Salud” OPS, 1980

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

La salud se configura como un concepto relacional, ya que supone que ella tiene que ver con el *modo* en que el ser humano se sitúa en relación a su contexto vital, social y natural: lo que espera, lo que necesita, cómo categoriza o jerarquiza sus necesidades (cuidados, alimentación, afecto, pertenencia, autorrealización).

Las familias de niños con cáncer enfrentan desde el momento del diagnóstico retos constantes; hacerles frente desafía las relaciones entre los padres, hermanos, amigos, escuela, trabajo, vecindario. La familia debe velar por el cumplimiento de los derechos de este niño: a recibir educación, atención especializada, garantizar la satisfacción de sus necesidades básicas, brindarle protección, oportunidades de esparcimiento... *No solo tiene cáncer. Sigue siendo un niño.*

El diagnóstico inicial en la ciudad de Mar del Plata⁶ encontró gran semejanza al propuesto por Worm y García⁷ del Hospital de Niños de Buenos Aires, en donde planteaban:

- 1-Necesidad de abordaje multidisciplinario del *niño muriente*.⁸
- 2-Problema específica del niño y adolescente con cáncer: cambios emocionales, físicos, sociales, espirituales.
- 3-Necesidad de reestructuración del grupo familiar.
- 4-Ausencia de estructuras de contención de la familia (ayuda doméstica, apoyo en el duelo, etc).
- 5-Elevados costos del tratamiento y circunstancias que lo rodean (traslados, licencias, disminución de ingresos, cuidado de los otros niños).
- 6-Escaso nivel de información en la comunidad.
- 7-Falencia en la formación profesional (carreras de ciencias de la salud destinadas solo a "reparar, no a acompañar).
- 8-Escasa contención del personal que cuida de estos niños.
- 9-Deficiencias en el sistema de atención / internación domiciliaria.

La demanda de servicios efectuada al grupo desde 1996 a la fecha, surge de una población caracterizada por la *heterogeneidad* en cuanto a situación socio-económica y cultural del beneficiario: familias con nivel educativo superior, familias con nivel primario incompleto, analfabetos; familias con vivienda propia, inquilinos, con vivienda cedida, familias en estado de calle; cuentapropistas, profesionales, asalariados, desocupados; familias en estado de indigencia; familias con más de siete hijos, etc.

La procedencia de estas familias es de diferentes barrios y asentamientos del Municipio de General Pueyrredón, en su mayoría ubicados en la periferia y zonas de mayor incidencia de cáncer⁹.

Durante el 2006, el 80% de las familias contenidas se ubicaron bajo la línea de la pobreza; la conexión a servicios es disímil, contando algunos con agua potable y servicio de cloacas. En general utilizan gas envasado y reciben el servicio de luz de

⁶ Grupo Paanet, 1994, UNMDP

⁷ Investigación efectuada en 1976 en Capital Federal

⁸ El término surge del considerar todo el proceso de enfermedad, que comienza con el diagnóstico y culmina con la muerte del niño. Se observó que las familias aún no estando en períodos críticos de la enfermedad, continuaba considerándolos "condenados".

⁹ Barrio Autódromo, Don Emilio, Hipódromo entre otros.

manera precaria o ilegal. Las familias agrupadas dentro de este porcentaje¹⁰ habitan viviendas precarias, algunas de ellas de material, sobre calle de tierra o engranzado; no cuentan con cobertura de salud; algunos de ellos son beneficiarios de planes sociales.

Una característica común a todas las familias asistidas por el grupo extensionista, es la *búsqueda de soluciones ante la situación de crisis*¹¹ –sostenida durante largos períodos en algunos casos–, entendiendo que el apoyo social provee de alivio a lo vivido. Pese a las grandes diferencias individuales, iguala a las familias el sufrimiento experimentado por el desarrollo de la enfermedad y la generosidad para con los pares en cuanto a estrategias de afrontamiento¹².

A partir de la experiencia generada por el grupo, se confirma la necesidad de seguir conteniendo a una población vulnerable y muchas veces evitada como lo son los niños y adolescentes con cáncer. Uno de los aspectos fundamentales es el *adecuado manejo de la información* (para las familias, comunidad universitaria, comunidad en general, grupos de otras localidades). A través de la instrumentación de variadas actividades se abordan de manera simultánea los dos objetivos generales¹³, los que intentan brindar diferentes tipos de respuestas frente a las necesidades planteadas por la comunidad.

Así, se aglutinan a través de los años de experiencias de este grupo extensionista, ciclos de charlas en escuelas, talleres para docentes y padres, jornadas abiertas a la comunidad, edición de diferentes materiales (formato de cuento, video, trípticos, artículos en revistas, diarios, libros), sueltas de globos, certamen de grafitis.

Para los niños y adolescentes con cáncer y sus grupos familiares el adecuado manejo de la información marca la diferencia que se refleja en su calidad de vida; si comprende la gravedad del diagnóstico conservando la esperanza, articulando lazos de apoyo, compartiendo la problemática con pares, participando en actividades culturales y recreativas, el manejo que todo el grupo familiar realiza de la crisis que plantea la enfermedad resulta superador.

Para los compañeros de escuela, sus docentes, los padres de otros niños, el abordar un tema tabú como es el cáncer, beneficia enormemente tanto al niño enfermo como al resto de la comunidad educativa, quienes incorporan información para facilitar la comunicación ante la crisis, promueven hábitos saludables y se suman a la prevención del cáncer infantil.

Para los miembros de la comunidad universitaria, se abre un espacio de interacción con la realidad (“niños murientes”) que apela a su creatividad, sensibilidad y compromiso social sostenido; la experiencia (dentro del voluntariado o por medio de residencias o prácticas clínicas) articula su formación académica con actividades de extensión e investigación¹⁴. Como extensionistas, su participación activa en planificación de actividades, diseño de tareas, materiales, trabajo en equipo y ejecución de otras intervenciones, se convierte en un “plus” dentro de su formación académica y les permite ejercitar destrezas necesarias para el futuro ejercicio del rol profesional..

Para la comunidad en general, poder contar con información actualizada, presentada de manera amena y accesible, permite que la misma no se distancie de esta realidad.

Por último, se reafirma que ... “la universidad debe buscar la presentación de un ideal de servicio a la sociedad que tenga sus raíces en valores que puedan ser compartidos por personas de diferentes ámbitos culturales, religiosos y políticos. Este ideal no se

¹⁰ ...80% bajo la línea de la pobreza

¹¹ Experimentada de diferentes formas, instrumentada bajo estrategias particulares para cada familia.

¹² Búsqueda de información, cobertura de salud, derechos de los niños enfermos, etc.

¹³ “mejorar la calidad de vida del niño con cáncer y su grupo familiar” y “formar recursos humanos idóneos en el acompañamiento a niños con cáncer”

¹⁴ Se registran en estos años presentaciones de alumnos del PAANET en congresos, jornadas, seminarios y publicación de tesis de grado a partir de su experiencia en el grupo.

fundamenta únicamente en la reflexión intelectual, no se trata únicamente de adquirir *hábitos de la mente*, sino que suponen el desarrollo de lo que Tocqueville llamaba *hábitos del corazón*, que ayuden no solo a ganarse la vida, sino a vivirla con plenitud de sentido, especialmente por estar abiertos e involucrados en el bienestar de los demás y en la construcción del bien común”¹⁵.

... involucrados en el bienestar de los demás y en la construcción del bien común... La formación de esta manera entendida se constituye en un elemento central cuando quedan sobre la mesa de la extensión universitaria temas como el crecimiento y la inclusión social, aspectos fundamentales sobre los que se apoyan las intervenciones de terapia ocupacional en prevención primaria.

Las acciones son conjuntas, dado el nivel de participación, involucramiento y compromiso de las familias, los voluntarios, equipo interdisciplinario, organizaciones de la sociedad civil, empresas y gobierno municipal, provincial y nacional. Todos entrelazados, aportando desde la especificidad de cada función.

Conclusiones

Para la Terapia Ocupacional, el trabajo con la comunidad se ha convertido en las últimas décadas en un desafío permanente y un compromiso indisoluble con la calidad de vida de las personas. La extensión universitaria entonces, se yergue como una de las herramientas eficaces para la intervención desde nuestra disciplina, en relación permanente con las otras disciplinas, desde donde se intenta potenciar todas aquellas capacidades de las personas, en pos del logro de su máximo desarrollo.

De esta manera, escuchando lo que la comunidad realmente necesita, involucrándonos en el bienestar de los demás y en la construcción del bien común, podemos pensar en un movimiento similar al del mar, que acompaña, posee un ritmo, regularidad y constancia. Como cierre, se reitera una reflexión de Cajal presentada en el II Congreso Nacional de Extensión Universitaria que dice *“El maestro que enseña a leer, sin hacer comprender y sentir, ara pero no siembra”*. Propiciemos desde la Terapia Ocupacional además del conocimiento y la técnica, el compromiso, la participación y el sentir en cada una de nuestra intervenciones.

Bibliografía

- Durand, J & Pujadas, C. “La Universidad y los Valores de nuestra clase dirigente”. Escenarios para un nuevo contrato Social. Año 2 N°7, mayo 2004. Buenos Aires. ISSN 1668-2106
- (2) PNUD, Programa Naciones Unidas para el Desarrollo, 2004
- Tapia, N. “La solidaridad como aprendizaje”. Ministerio de Educación de la Nación. Programa Nacional Escuela y Comunidad. 1998.
- SIOP, International Society of Pediatric Oncology. “Recomendaciones del Comité de aspectos psicosociales en oncología pediátrica”. Ed. Fundación Flexer, 2000.
- Oudshoorn y cols. “Tejedores de redes, constructores de esperanza” Publicación en Un intercambio con la comunidad Libro de ponencias II Congreso Nacional de Extensión Universitaria. Universidad Nacional de Mar del Plata. Ediciones Suarez. ISBN 987-1314-07-8. Págs. 580-581
- Dever, A; “Epistemología y administración de servicios de Salud” OPS, 1980

¹⁵ Durand, J & Pujadas, C

OBESIDAD INFANTIL Y CALIDAD DE VIDA: educación nutricional mediada por actividades lúdicas

Marilene Calderaro Munguba - Universidade Federal do Rio Grande do Norte / Universidade de Fortaleza
María Teresa Moreno Valdés - Universidade de Fortaleza
Vanina Tereza Lopes Silva - Universidade Potyguar - RN
Carlos Antonio Bruno da Silva - Universidade Federal do Rio Grande do Norte / Universidade de Fortaleza – Ceará - Brasil



Resumen

Objetivo: Analizar el aprendizaje de conceptos nutricionales mediado por el terapeuta ocupacional a través de actividades lúdicas, para la prevención de la obesidad infantil y mejoría de la Calidad de vida del niño.

Palabras claves: Obesidad infantil. Calidad de vida. Educación Nutricional. Terapeuta ocupacional. Juego.

Introducción

La prevención de la obesidad infantil contribuye a garantizar la Calidad de Vida del niño. La Educación Nutricional (EN) es una de las estrategias para la autonomía del niño para escoger alimentos adecuados para su dieta. El terapeuta ocupacional puede dar apoyo a la nutrición proponiendo juegos para mediar el aprendizaje de conceptos nutricionales.

Material y Método

Estudio analítico, intervencionista, aplicado, longitudinal, cualitativo; en escuela pública de Fortaleza (CE), Brasil, en 2004. Muestra no probabilística, intencional, por conveniencia, de 200 niños y niñas, nacidos entre 1994 y 1996. Aplicación de actividades lúdicas, elaboradas para esta investigación: videogame, juego de tablero, juego de memoria, rompecabezas, caza-palabras y cartilla interactiva. Se empleó la entrevista semiestructurada, observación directa y estructurada.

Los niños afirmaron

*Es muy bueno aprender jugando, a escoger los alimentos
Yo no sabía que todos los alimentos son buenos, sólo necesito aprender a combinarlos
Solo comía carbohidratos pero ahora aprendí que es preciso comer de todo un poco
Esos juegos son muy divertidos y aprendemos a bajar de peso sin pasar hambre
Ahora que estoy más flaco, me siento mucho mejor*



Figura 1: Videogame



Figura 2: Juego de tablero



Figura 3: Juego de memoria



Figura 4: Rompecabezas



Figura 5: Caza-palabras



Figura 6: Cartilla interactiva

Se comprobó que actividades lúdicas educativo-nutricionales pueden ser utilizadas en el aprendizaje mediado de conceptos nutricionales, por el terapeuta ocupacional. Se resalta la necesidad de estudios a ser desarrollados por el terapeuta ocupacional referidos a la adecuación de los instrumentos utilizados en la EN del niño.

Performance ocupacional de los individuos obesos antes y después de la cirugía bariátrica

Lizandra Gomes Barbuto, Dr. Marco Túlio Costa Diniz, Mg. Adriana Valladão
Universidade Federal De Minas Gerais

Resumen

Introducción

La obesidad es una epidemia mundial que acarrea innumerables quebrantos de la salud. Un individuo es obeso grado III o mórbido cuando presenta el Índice de Masa Corporal (IMC) superior a 40 Kg/m². En las dos últimas décadas, la prevalencia de la obesidad aumentó en los países occidentales. En Brasil, la prevalencia de la obesidad es de 28%.

La cirugía bariátrica es indicada para obesos mórbidos que ya se sometieron a tratamientos sin logro. Los resultados de la mejora después de esa intervención son comprobados clínicamente, pero no documentan el impacto de la obesidad sobre la percepción del individuo y cuales actividades sufren mayor impacto.

Objetivos

Caracterizar, através de la percepción del individuo, las principales actividades afectadas por la obesidad mórbida y evaluar la mejora en el desempeño y satisfacción en las actividades cotidianas antes y después de la gastroplastia.

Metodología

La casuística: 30 individuos, IMC ≥ 40 Kg/m², ambos los sexos, edades entre 20 e 55 años. Fue utilizada la Canadian Occupational Performance Measure-COPM. Cada participante fue sometido a la evaluación un día antes de la cirugía y dos, seis y veinte y cuatro meses después.

Resultados

El IMC promedio, antes y después de seis meses fue 52 Kg/m² y 36, 92 Kg/m². Las actividades más citadas fueron higiene personal, relación sexual y comprar ropas. Satisfacción ($p=0,000$) y desempeño ($p=0,000$) demostraron correlación positiva entre las tres evaluaciones iniciales.

Conclusión

El uso del COPM permitió documentar por la percepción del individuo, las actividades funcionales relevantes impactadas por la obesidad y la mejora del desempeño y satisfacción en las actividades después de la pérdida de peso.

Palabras claves: Obesidad, actividades, desempeño, satisfacción.

INTRODUCCIÓN

Actualmente la obesidad es considerada una epidemia mundial. Un individuo como obeso grado III a aquel que presenta Índice de Masa Corporal (IMC) superior a 40 Kg/m². Este Índice de Masa Corporal es sugerido por la OMS para uso en práctica clínica y es factor que predispone otras condiciones de salud asociadas a la obesidad como diabetes, hipertensión, cáncer, artrosis, limitaciones sociales y físicas y peor calidad de vida.

En las dos últimas décadas la obesidad prevalece y ha aumentado en los países occidentales. En la población brasilera es de 28% con estimativas de alcanzar 48% para el 2015, con incidencia distribuida en casi todas las razas y sexos, atacando principalmente la población con edad entre 25 y 44 años y de menor nivel socio-económico.

Todos los estados mórbidos asociados están directamente relacionados al grado de obesidad, o sea, mientras mayor el grado de obesidad, mayor es el déficit funcional y menor la

calidad de vida de estos individuos. En el intento de minimizar estos aspectos los individuos se someten a diversos tipos de tratamiento como dietas y medicamentos, sin embargo, sin obtener el resultado esperado. Actualmente, la cirugía bariátrica ha sido indicada para obesos grado III que ya se sometieron a tratamientos sin éxito. Esta intervención proporciona la pérdida promedio de 30% a 40% de peso corporal en 12 a 18 meses post-cirugía.

Innumerables investigaciones analizan el éxito de esa intervención, no obstante, apenas bajo la perspectiva de pérdida de peso o mejora de las comorbidades, sin evaluar la percepción del individuo en la mejora de su condición de salud, en las actividades cotidianas o en la calidad de vida. De esa forma la literatura no pone a disposición evidencias que informen específicamente sobre las tareas cotidianas más acometidas en la obesidad ni sobre el impacto del tratamiento de cirugía en el desempeño ocupacional y satisfacción, desde la perspectiva de esos individuos.

De esa forma, los objetivos de este estudio fueron caracterizar los déficit en el perfil ocupacional de individuos con obesidad grado III antes y después de la cirugía bariátrica; identificar el impacto de dicha condición en las diferentes áreas de ejecución ocupacional; documentar cambios en el desempeño ocupacional y satisfacción de esos individuos en relación al desempeño comparando el pre y post cirugía bariátrica.

METODOLOGIA

Este estudio contó con la participación de 30 individuos con obesidad grado III que se sometieron a cirugía en el Hospital de las Clínicas de la Universidad Federal de Minas Gerais, en el periodo de agosto del 2004 a julio del 2005. Los criterios de inclusión fueron establecidos para la cirugía, índice de masa corporal arriba de 40 kg/m², ambos sexos, edad entre 20 y 55 años. Todos los participantes estaban en acompañamiento en el Grupo Multidisciplinar de Tratamiento de Obesidad Mórbida del Hospital de las Clínicas de la Universidad Federal de Minas Gerais, Brasil.

Los individuos firmaron un término de consentimiento libre y aclarado así como el estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Federal de Minas Gerais (COEP-UFMG) en junio del 2004 (Parecer 008/04), y por el Directorio de Enseñanza, Pesquisa y Extensión del Hospital de las Clínicas/UFMG, (Parecer 099/03).

Fue utilizada la Medida Canadiense de Performance Ocupacional-COPM. Este es un instrumento del tipo cuestionario, administrada por terapeutas ocupacionales de acuerdo con el modelo de práctica basada en el cliente, dirigida a ejecución ocupacional.

Administrado en la forma de entrevista semi-estructurada con el objetivo de mensurar la auto-percepción del cliente sobre su desempeño ocupacional y satisfacción. Ese teste evalúa la ejecución ocupacional en tres áreas: auto-cuidado, productividad y hobby.

La COPM es administrada en cuatro etapas. La primera etapa dirigida hacia la identificación de los problemas de desempeño ocupacional, la segunda etapa cuantifica la importancia de estas actividades para el cliente utilizándose una escala del 1 al 10. La nota 1 indica el grado menor en importancia o desempeño y la 10 el mayor grado de importancia y desempeño para el individuo. En la tercera etapa el paciente selecciona los principales problemas descritos en las etapas 1 y 2 que interfieren en su desempeño ocupacional y realiza una auto-evaluación cuantitativa de su desempeño. La cuarta etapa, las re- evaluaciones subsecuentes.

Cada uno de los participantes fue sometido a evaluación funcional (COPM) para la caracterización del perfil ocupacional en tres momentos longitudinales específicos: un día antes de la cirugía para primera auto-evaluación, pre- cirugía. Y a los dos y seis meses después, la evaluación de post cirugía reciente y tardío, respectivamente.

La aplicación de la COPM en este estudio fue realizada por un único examinador.

Fue usado el análisis descriptivo de los datos a través de medidas de tendencia central, de dispersión (promedio, desvío del padrón) y frecuencia, para las variables, sexo, edad, masa corporal y tareas. Es el teste ANOVA para medidas repetidas para las variables dependientes, desempeño y satisfacción, comparándose lo momento pre cirugico con los momentos referentes a dos y seis meses después la cirugía bariátrica, considerándose un nivel significativo $\alpha = 0.05$. Todos los análisis fueron realizados utilizándose el paquete estadístico SPSS (versión 13.0).

RESULTADOS

Lo total de la muestra foi 30 participantes, el promedio de edad fue de 36 años.

En relación a la sexo estaba equilibrada contando con 16 mujeres y 14 hombres. La figura 1 representa la distribución de IMC de los participantes en tres momentos de avaliación. Observase que la pérdida es progresiva a lo largo del tiempo.

La figura 2 demostra en porcentaje la pérdida de peso entre lo periodo post cirugía reciente e tardio con relación a los sexos. Registrase la misma tendencia en ambos los sexos.

La tabla 1 representa las actividades más citadas por los participantes que sufren impacto negativo debido a obesidad mórbida.

Las actividades fueron agrupadas en categorías de tareas conforme a la tabla 2, para facilitación de la analise de los datos.

Comparandose lo resultado con género, como en la figura 3, no hay diferencia estadísticamente significativa en tipo e frecuencia de las actividades. Con excepción de lo grupo higiene ($P = 0,020$).

Hubo diferencia estadísticamente significativa ($p=0,000$) en el desempeño de los pacientes con relación a los tres instantes de tiempo, en todas las comparaciones dos a dos entre los tiempos. Así como el desempeño, en la satisfacción de los pacientes también ocurrió mejora significativa con el decorrer del tiempo, pasando de un escore promedio 2,46 en pre cirugía, para 6,20 en post cirugía reciente y 8,14 en post cirugía, como mostrase en la figura 4. No hubo influencia de edad ($p= 0,675$) o sexo ($p=0,444$) con relación al desempeño y satisfacción.

Tanto el desempeño (Person= -0,436) como la satisfacción (Person= - 0,446), este estudio demostrou que ha correlación positiva, estadísticamente significativa con el porcentual de peso perdido, o sea, a mayor porcentaje de peso perdido mayor la satisfacción y el desempeño.

FIGURA 1
DISTRIBUIÇÃO DO IMC EM TRÊS MOMENTOS

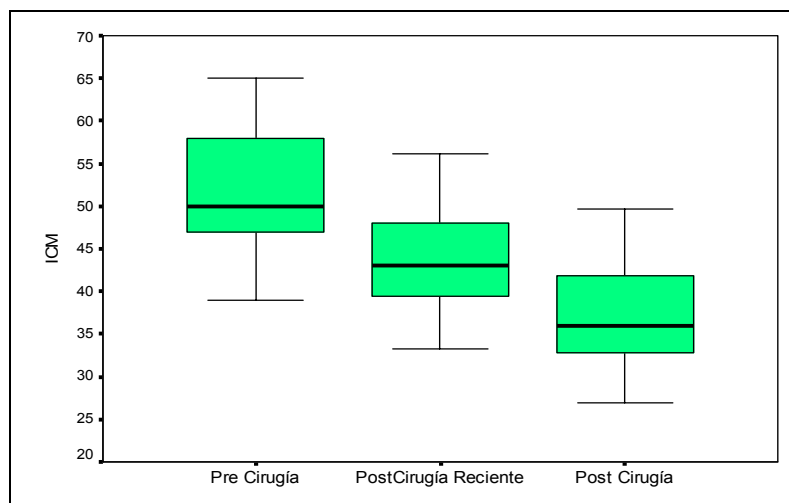


FIGURA 2
PESO PERDIDO % ENTRE SEXOS

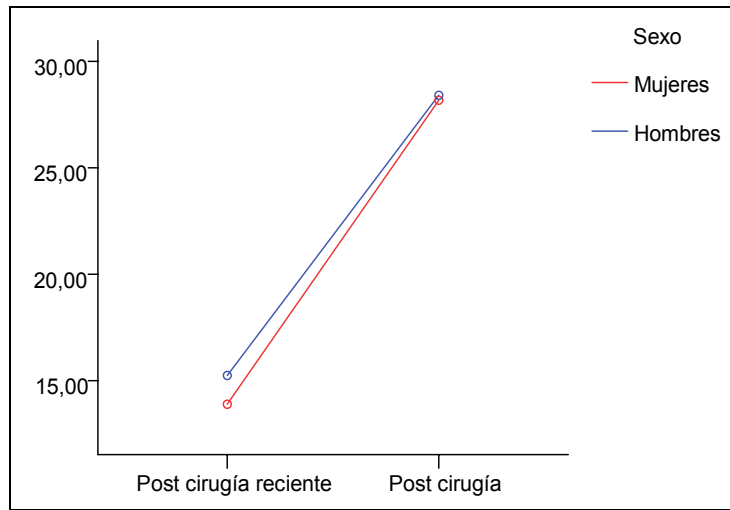


FIGURA 3
FRECUENCIA DE LAS ACTIVIDADES POR SEXO

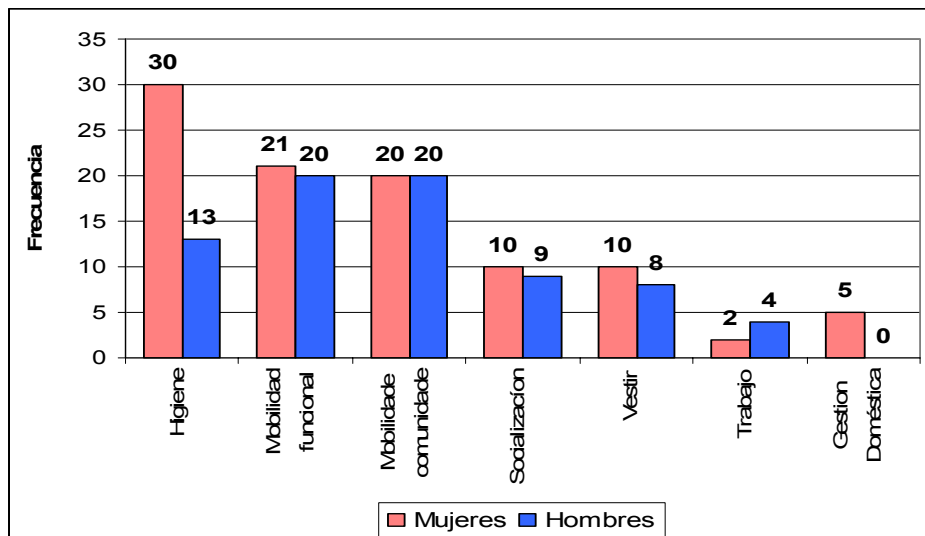


FIGURA 4
DESEMPEÑO Y SATISFACCIÓN A LO LARGO DEL TIEMPO

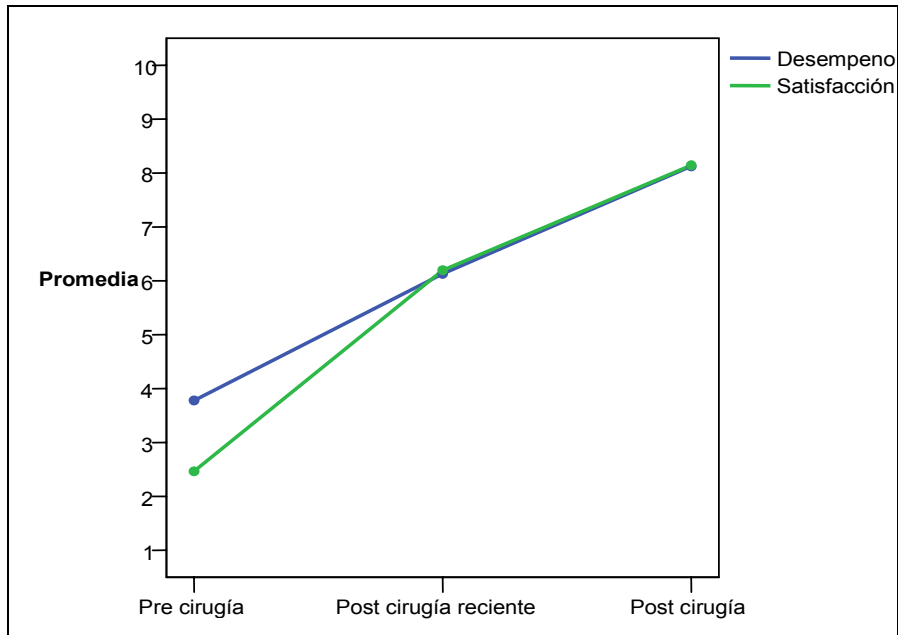


TABLA 1
FRECUENCIA DE LAS ACTIVIDADES MÁS CITADAS

Tarefa	Frequência	Percentual
Comprar ropa	14	46,7%
Relación sexual	13	43,3%
Higiene personal	11	36,7%
Calzar meias/ zapatos	8	26,7%
Lavar genitales	8	26,7%
Pasar ruleta del ómnibus	7	23,3%
Lavar miembros inferiores	7	23,3%
Cortar las uñas de los pies	7	23,3%
Agacharse	7	23,3%
Vestir pantalones	6	20,0%
Caminar	6	20,0%
Subir/ baja ómnibus	5	16,7%
Mirarse em el espejo	5	16,7%
Interacción social	5	16,7%

TABLA 2
DESCRIPTIVA DE GRUPOS DE TAREA

Grupo de Tarea	Total	Frecuencia (Total)	MPromedia	Desvio Padrão
Higiene	30	43	1,43	1,14
Mobilidade Funcional	30	41	1,37	1,19
Mobilidade Comunidad	30	40	1,33	1,12
Socialización	30	19	,63	,81
Vestir	30	18	,60	,62
Trabajo	30	6	,20	,48
Gestión Doméstica	30	5	,17	,46

CONCLUSIÓN

Los datos demuestran que los individuos obesos mórbidos poseen una limitación en todas las actividades cotidianas, en especial aquéllas en relación la higiene, movilidad funcional y movilidad en la comunidad. Este hecho compromete la vida ocupacional tanto en la frecuencia como en diversidad en sus actividades de hobby, trabajo y auto cuidado.

Así la cirugía bariátrica parece ser una opción para esos individuos, que en corto espacio de tiempo consiguieron reducir el peso y posibilita realizar actividades funcionales con buen desempeño, satisfacción personal e independencia.

Se concluye después del análisis de auto evaluación realizado que a lo largo del tiempo el desempeño y satisfacción en las actividades más importantes para ese grupo aumentan considerablemente, siendo que el mayor desempeño y satisfacción ocurrieron en el período post cirugía y el menor en pre cirugía.

Es válido considerar que para ese tratamiento, además de indicación médica es menester el acompañamiento del equipo interdisciplinar antes y después para un mejor resultado.