

016/4

Materia

P r i m a

Primera Revista Independiente de
Terapia Ocupacional en Argentina



Año 1 - Número 2 - Diciembre / Enero 1997
Precio de ejemplar \$ 7.-
ISSN 0328-7890

A.A.T.O.

Ana María Papiermeister

Del Exterior
Steve Morgan

**Enfoques teóricos
para la práctica**

Agenda

**La Pampa
Cuenta**

Correo

Akhenaton





STAFF

Editora - Directora
T.O. Andrea Monzón

Subdirectora
T.O. Carolina López

Consejo Editorial
T.O. Ana Ceneviva
T.O. Mónica von Wernich

Diseño Gráfico
Gladys M. Venturini
(01) 774 . 24 . 83

Colaboran en este Número

Terapistas Ocupacionales
María Marcela Bataglia
Mariana Belástegui
María Claudia Dittler
Natalia Leoni
Elizabeth Gómez Mengelberg
Mariel Pellegrini
De Inglaterra
Steve Morgan

Doctores
Luis Biganzoli
Oscar Noya

Lic. Miriam Arditti

Colaboradores Permanentes

Lic. Alejandro López
Walter Vázquez

**Registro de la Propiedad Intelectual
en Trámite**

ISSN 0328-7890

Propietaria Andrea S. Monzón

Correspondencia:
Gral. L. Mansilla 2665
(1425) Capital Federal
Tel. (01) 962-1101
Fax (01) 964 - 0091
786-6833

Los artículos publicados en
MATERIA PRIMA
pueden ser reproducidos total o
parcialmente en cualquier soporte,
citando la fuente y el autor.
La editora no se hace responsable por las opiniones
expresadas en los artículos o por las personas entrevistadas,
las que quedarán bajo exclusiva responsabilidad de los autores.

Sumario

Editorial

1

Editorial

1

El avance del modelo neoliberal manifestado en planes de ajuste, políticas de flexibilidad laboral, abogo presupuestario de la educación y la salud y un ataque al conjunto de conquistas sociales, aumentan día a día la fragmentación social.

Estilos

2

A.A.T.O.

Entrevista a Ana María Papiermeister, Presidenta de la Asociación Argentina de Terapeutas Ocupacionales

Del Exterior

5

Inmersos en esta realidad que descuida los valores solidarios, aumenta la indiferencia y obstruye la participación, pusimos en marcha una utopía que esperaba terreno fértil... creamos un medio de comunicación al servicio de toda nuestra comunidad profesional. Una invitación a formarnos juicios sobre la base de la información responsable, con multiplicidad de mensajes y opiniones, para tener la oportunidad de compartir y disentir garantizando el pluralismo y el derecho a la diversidad.

Dossier

7

"Bases teóricas para la práctica profesional"

Respondiendo a la demanda de nuestros lectores presentamos hoy algunos marcos de referencia generados en otros países, esperando sean disparadores para la práctica y la investigación profesional, sin perjuicio de la preservación de nuestra identidad cultural.

De Producción Nacional

14

"Reseña de nuestra profesión en La Pampa"

Los Terapeutas Ocupacionales no estamos ajenos al escenario político actual y, de cara al próximo milenio los desafíos conllevan nuevos y urgentes intentos por redefinir nuestra posición.

Reporte

20

Por eso celebramos la fuerza pujante en las Universidades que forman a futuros colegas, el esfuerzo en la organización de jornadas y cursos, como así también la aparición de nuevos libros recientemente publicados.

Noticias

21

Pero la realidad avanza y se impone en nuestro quehacer y tal vez sea momento de una profunda autocrítica que permita repensar nuestra conducta intelectual y profesional, porque somos responsables de las consecuencias derivadas de nuestra inacción.

Otra Puerta

22

"Las arenas del tiempo"

La libertad es inseparable de la responsabilidad y con ella podemos crear posibilidades de elección, pero no olvidemos cuánto más efectiva es la toma de decisiones en forma participativa.

Agenda

24

Tal vez, lo que a muchos se les aparezca como el comienzo del fin, a nosotros nos parece el comienzo de un camino sinuoso a desandar. Si nos dispusiéramos a construir un desenlace, complejo sí, pero efectivo, estaríamos por fin protagonizando una historia real, llena de incertidumbre, pero llena de futuro.

Correo de Lectores

24

Para Tener a Mano

Matices

"A Nicolás" por Ania Nanim

Andrea Monzón



ASOCIACION ARGENTINA DE TERAPISTAS OCUPACIONALES

por Carolina López

El 16 de agosto de 1964 se constituyó la Asociación Argentina de Terapeutas Ocupacionales (A.A.T.O.) y sus estatutos fueron aprobados por resolución N 2209 el 30 de octubre de 1968, obteniendo así Personería Jurídica. En sus inicios, colegas como Victoria Toscano, Alicia Torre, Mirella Santos, Marta Suter entre otros, y en los últimos años, Silvia Pontoriero, Liliana Sbriller, María Rita Martínez Antón, presidieron la comisión directiva de esta Asociación

Hoy entrevistamos a la Lic. en T.O. Ana María Papiermeister, quien es su presidenta desde 1989. Graduada en la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional (E.N.T.O.), se formó en el campo de la psiquiatría trabajando en la clínica del Dr. García Badaracco y posteriormente se especializó en psiquiatría infanto-juvenil, más específicamente en autismo infantil, desempeñando su actividad profesional en el Hospital Neuropsiquiátrico Infanto-Juvenil Dra. Carolina Tobar García. Obtuvo la licenciatura en T.O. en la Universidad de Mar del Plata y hoy es la directora de la carrera de T.O. en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Buenos Aires (U.B.A.)

Terapia Ocupacional en Argentina

¿Qué podría decirnos acerca de su visión actual, en relación a la investigación clínica, producción teórica y ejercicio profesional?

Creo que en la Argentina hay un mayor desarrollo en cuanto a la producción teórica e intentos de realizar determinadas investigaciones. Muchos Terapeutas aportaron sus ideas en objetos concretos como sus libros, apareció la revista de ustedes, y en la mayoría de los congresos y jornadas propias y de otros campos, siempre hay algún T.O. participando activamente. Aún así, se preciaría que hubiera muchos más Terapeutas Ocupacionales participando activamente en los diferentes campos. No se si pasa porque somos pocos, ya que si uno se pone a contarlos y observa los campos en que trabajan, está bastante circunscripto al área de psiquiatría, rehabilitación física y geriatría, pero está muy poco desarrollado en minoridad y en escuelas, sobre

todo en Capital, porque en Mar del Plata se está trabajando en ello.

La salida que nosotros tenemos como Terapeutas Ocupacionales es abrir nuevos campos de trabajo porque sino va a llegar un momento en que vamos a quedar encerrados en estos campos que nos van a oprimir cada vez más y no vamos a poder mostrar cuál es la función de un Terapeuta Ocupacional en otras áreas de salud, educación, trabajo o prevención.

En la U.B.A. se está trabajando para conseguir instituciones de práctica clínica, que tengan que ver con clínica médica por que no hay ninguna institución que tenga Terapeuta Ocupacional trabajando específicamente en este área; a lo mejor hay algún colega que recibe pacientes con problemas clínicos pero no está específicamente en sala como sucede en otros países. Para poder abrir esto, tuvimos que armar un movimiento con Municipalidad. Hay que poder ir ampliando el campo, pero tenemos mucha dificultad porque no se sabe qué puede hacer un Terapeuta Ocupacional en la parte de clínica médica, cardiología u oncología, los médicos nos miran y dicen ¿qué van a hacer?. Nosotros tenemos primero que poder entrar, investigar en este nuevo campo y mostrar los resultados que se obtienen a través de una intervención de Terapia Ocupacional.

¿Es decir que en este momento se está buscando un cambio desde la formación?

Sí, lo que hay que transformar primero es la formación. Formar futuros Terapeutas Ocupacionales más participantes, porque tengo la sensación de que el Terapeuta Ocupacional en general no es un participante activo de la transformación de su carrera profesional. No sé por qué pasa esto, pero uno en la Asociación lo ve. Se hacen cursos y a algunos va un montón de gente, a otros no va nadie. Se han ofrecido seminarios, jornadas o charlas gratuitas y siempre éramos la gente de la Asociación y algunos estudiantes los que estábamos.

Terapia Ocupacional en el resto del mundo

¿Cómo ve el desarrollo profesional en el resto del mundo?

En relación con Latinoamérica estamos en situaciones parecidas porque los problemas económicos y sociales son comunes a todos y también las dificultades para desarrollar la profesión y hacerla crecer. Quizás Brasil es uno de los países que esté más desarrollado en cuanto a formación teórica y de postgrado, pero en el campo de trabajo pasa más o menos lo mismo que acá. En México la escuela era una escuela técnica, donde se formaba sobre todo

Estilos

en la parte de rehabilitación física. Los Terapistas trabajan exclusivamente en ese campo y casi no hay Terapistas trabajando en instituciones psiquiátricas. El gran problema, cuando yo estuve allí, era que no tenían posibilidad de entrar en la Universidad Nacional de México (U.N.A.M.), algo parecido a lo que nos pasaba a nosotros con la Escuela y la Universidad de Bs.As.. Tuvieron que hacer un pedido a los EE.UU. para que interviniera para poder ingresar a una Universidad pública o privada. Este año, en el Congreso Europeo, EE.UU. contó los trámites que estaba haciendo para ayudar a México para poder crear la carrera en la Universidad.

En Chile hay una escuela que tiene muy buena formación, pero tampoco hay tantos Terapistas Ocupacionales. En Colombia el nivel de formación es bueno, tienen bastantes posibilidades de conectarse con los EE.UU. y dar cursos directamente con docentes de ese país, lo mismo pasa con Puerto Rico. Ésto les permite un conocimiento de teorías y técnicas, que de pronto nosotros conocemos pero no directamente por docentes que nos formen específicamente. Nosotros por estar tan lejos de todo, no tenemos esa oportunidad, salvo lo que pasó hace poco en la Universidad Nacional de Quilmes (UNQui) donde, una discípula de Kielhofner, la T.O. Carmen Gloria de Las Heras, dió un Seminario sobre el Modelo de la Ocupación Humana.

Los Terapistas no tienen mucha conciencia de que existe una terminología universal para T.O. que usan todos los Terapistas del mundo y si uno quiere ir a trabajar a otro país necesita manejarse con ella. En otros países como Paraguay y Bolivia, la Terapia Ocupacional no está ni desarrollada. Mi opinión personal es que EE.UU. es el país más desarrollado en cuanto al ejercicio profesional tanto teóricamente como a nivel de investigación. Son muchos T.O. en la Asociación Americana por lo que tienen la posibilidad de mayor participación en política para poder lograr más cosas, así como leyes que tengan que ver con discapacidad o rehabilitación.

Otros países muy desarrollados son Suiza, Suecia, Alemania y Canadá. Tanto en EE.UU. como en Canadá hay doctorados y en EE.UU. existe el doctorado en Ciencias de la Ocupación Humana. Hay una idea de poder modificar el nombre de la Terapia Ocupacional porque nos mantiene unidos al nombre "terapia" como si tuviéramos que trabajar nada más que en el campo de la salud y aplicando técnicas de intervención para producir alguna modificación en la salud y bienestar del paciente. Este es un planteo muy interesante, T.O. tendría que ser una parte de las Ciencias de la Ocupación Humana, la educación ocupacional tendría que ser otro aspecto y la formación laboral otro. Tener una

las diferentes acciones que se hacen en Terapia Ocupacional y que el nombre Terapia Ocupacional no abarca.

¿Cómo piensa usted que nos ven en el exterior?

En el exterior tienen un buen concepto nuestro, sobre todos los países con los cuales tenemos mayor relación o en los que hubo y hay Terapistas Ocupacionales trabajando, como EEUU, Inglaterra, Canadá, España. Creo que tienen un buen concepto del T.O. argentino porque tiene la posibilidad de resolver situaciones creativamente y eso permite rápidamente adaptarse a un sistema aunque sea totalmente nuevo.

También hay países que ni conocen que existe la Argentina.

A su criterio, ¿Qué opinión tiene la Federación Mundial sobre los Terapistas argentinos?

Con la Federación, por lo menos desde que nosotros estamos en la Comisión Directiva de la A.A.T.O., tenemos una muy buena relación. Si bien no se ha participado de todas las reuniones que la Federación hace cada dos años, cada cuatro siempre ha ido gente al Congreso que organiza la Federación Mundial.

Se hicieron monitoreos de las escuelas de T.O. que fueron aprobadas por la Federación Mundial. Su vicepresidente vino especialmente a conocer como funcionaba la Argentina, recorrió varias instituciones, estuvo en la Comisión Nacional Asesora para la Integración de Personas Discapacitadas, tuvo charlas con Terapistas, alumnos y docentes y él mismo dijo que se llevaba una muy buena impresión de los Terapistas Ocupacionales argentinos, de la forma de trabajo, de todo lo que hacían para poder salir adelante. En el Congreso Europeo estuve con Barbara Tyldesley, presidenta de la Federación Mundial y realmente fue un encuentro afectivo. Pregunté cuáles eran nuestros problemas y le comenté sobre la dificultad para que Sudamérica pudiera unirse, para hacer algo juntos, además de la problemática

que tenemos para conseguir materiales ya que no tenemos demasiados medios. Prometió que iba a tratar de destinar determinado dinero para que pudiéramos hacer una reunión de Sudamérica y también pidió que le mande todo lo que preciso, pedido formalmente, porque ella cree que hay algunas cosas que va a poder solucionar.

Con la Federación Mundial siempre hemos cumplido desde que estamos. Yo mandé una carta a la tesorera para saber si nosotros teníamos algún problema y cómo estábamos posicionados económicamente. Nos contestó que desde el 89 al 96 fue todo pago personalmente por nuestra delegada, que es la T.O. Marta Suter. Estamos bien.

Terapia Ocupacional y la A.A.T.O.

¿Cómo llegó a presidir la Asociación?

Por elecciones. En 1989 fue la primera vez que nos presentamos dos listas porque siempre se presentaba una; después de ese maravilloso día se sigue presentando solo una. Esto pasó siempre en la Asociación.

¿Porqué motivos se repite esta situación?

La Asociación es algo que, por un lado a uno le da mucho placer. Trabajar con ella, ver como puede crecer, relacionarse con otras instituciones, estar conectado con el resto del mundo; pero por otro lado, es terriblemente frustrante porque la gente participa muy poco. No se si será algo que nos caracteriza a los sudamericanos, hay muy poca participación. De la misma gente de la lista siempre quedamos trabajando 3 ó 4 y llega un momento en que realmente cansa mucho a los que están. Otros lo conocen porque ya lo han vivido personalmente al tener la oportunidad de ser presidente o tener un cargo en la Asociación y les cuesta mucho volver a acercarse. En general hay muy poca participación y todo hay que hacerlo así, uno mismo y cuesta mucho.

¿Cuáles son las principales funciones de la Asociación?

Fundamentalmente es una Asociación civil y Sociedad Científica. Sus funciones son las de informar, formar tanto en grado como postgrado y asesorar a los Terapistas Ocupacionales. Tenemos una contadora que asesora a los asociados que nos llaman respecto, por ejemplo, a la conveniencia o no de sacar el CUIT o cómo tienen que manejarse con la DGI. También hemos dado asesoramiento legal con un abogado a Terapistas que vinieron con problemas de trabajo, gratuitamente por supuesto.

Este año, después de las últimas elecciones, hicimos

FE DE ERRATAS

Página N°3 al comienzo de la segunda columna debe leerse: ...terminología que sea más macro y pueda englobar...

Página N°4 al final de la primera columna debe leerse: ...centros de estudios ?...



un cambio de estatuto, dividimos lo que era la secretaria administrativa que se ocupaba de todo, lo cual era imposible, e hicimos una secretaria científica para tener dos secretarías diferentes. En este momento en la secretaria científica está Liliana Sbriller que empezó con mucho empuje e ímpetu, creo que probablemente se puedan modificar cosas. Ahora en la Asociación estamos abocados exclusivamente a tratar de trabajar sobre la Ley de Ejercicio Profesional que es lo que ahora va a marcar todo lo que hagamos. Lo más importante en estos momentos es poder sacar una Ley de Ejercicio Profesional. Mar del Plata ya nos mandó su ley y nos pidió que tratemos de hacer algo que sea coherente para que todos tengamos la misma Ley de Ejercicio.

Estamos formando una comisión para trabajar sobre la Ley de Ejercicio Profesional. Va a llevar mucho tiempo porque tenemos que conectarnos con distintos profesionales y Asociaciones de afuera que están tratando de hacer todos su propia ley. Los vocales se han puesto a ayudar tanto a la secretaria científica, a la tesorería y a la secretaria administrativa. Esta última está haciendo la formación del libro del estatuto, según lo acordado en la última Asamblea.

¿Qué beneficios se brinda a los asociados ?

Formación, asesoramiento, información y todo lo que al asociado le importe. Tenemos una bolsa de trabajo y una biblioteca completa. La Asociación está abierta para escuchar ideas y poder ponerlas en práctica. Nosotros lo que precisamos justamente son las ideas de los demás. A lo mejor no sabemos que están precisando específicamente los Terapeutas, por eso se hizo una encuesta sobre que tipo de cursos les gustaría, que tipo de formación querían para trabajar sobre esto. Por ahora muy poca gente ha contestado.

¿Existe contacto con otras Asociaciones del país ?

Sí, existe una buena relación. El año pasado tuvimos una reunión con los representantes de Asociaciones y representantes de provincias (porque no en todas las provincias hay asociaciones). Estuvimos trabajando sobre la idea de que la Asociación cambie su estatuto y tenga delegados de todas las provincias. Ya que se llama Asociación Argentina que realmente sea una Asociación Argentina. No sería como reemplazar a la FETORA, porque era una Federación de las Asociaciones y esto sería nada más que la Asociación Argentina con representación de todas las provincias del país.

¿La Asociación controla y/o avala los

La Asociación tiene que elevar cada 5 años a la Federación Mundial un monitoreo de las escuelas de T.O. que son aprobadas por la Asociación. Esto se hizo el año pasado, se elevó todo y las escuelas que se monitorearon y aprobaron fueron las de: la Universidad de la Rioja, del Litoral, de Quilmes, de Mar del Plata y la E.N.T.O.. La U.B.A. todavía no, porque era un monitoreo de las escuelas que ya estaban. Ahora tenemos que mandar todo el programa con la aprobación del Ministerio de Educación y elevar que está aceptada.

Y las privadas...¿no están avaladas por la Asociación?

No, tampoco ninguna Universidad privada lo elevó a la Asociación. El trámite es que la Universidad nos tiene que elevar el pedido de inclusión en la Federación y nosotros monitorear si cumple con las normas mínimas que ella establece. No hemos tenido pedidos de monitoreo, ni tenemos los programas, ni nada. Por lo tanto no están.

¿Cuál es la situación de los profesionales graduados en la E.N.T.O. que aún no obtuvieron la Licenciatura?

La E.N.T.O. hizo un convenio con la Universidad Nacional de San Martín y los T.O. que se reciban van a tener un título universitario. Queda afuera parte de Terapeutas Ocupacionales con título terciario y las posibilidades no son muchas. Mar del Plata en el '92 cerró la licenciatura de excepción. Desde la Asociación pedimos a la Universidad de Quilmes y a la Universidad del Litoral una posible homologación y ambas contestaron que no. Con la Rioja no tratamos de hacer nada por una cuestión de distancia. La Universidad del Salvador posiblemente tenga la licenciatura y van a poder hacerlo todos los Terapeutas que puedan pagar esa universidad. Actualmente, en la carrera de la U.B.A. un T.O. que se recibió en la E.N.T.O. puede inscribirse en la facultad, como cualquier estudiante que se traspasa de una institución a otra. Tendría que hacer el Ciclo Básico Común (C.B.C.), porque es obligatorio y luego hacer homologar aquellas materias que ya tiene de la Escuela que por supuesto no son todas. Por una disposición de la U.B.A. tendría que rendir las materias que correspondan a la mitad de las que tiene la carrera. Sacando las del ciclo básico (6) tenemos 28 materias, si sumamos el C.B.C. son 14 las que hay que dar para obtener el título de Licenciado. Muchos ya lo están haciendo, así sean 20 ó 30 años de ejercicio. Esto pasa también con Quilmes. Hay que inscribirse, hacer el curso de ingreso y homologar las materias posibles. Las Universidades se rigen de esta manera.

¿No hay otro proyecto desde la Asociación ?

Digamos que la Asociación no puede hacer nada al respecto porque son normas de las Universidades. Uno puede ingresar, homologar y le llevará dos o más años obtener el título. Creo que es una experiencia interesante para el T.O. que dispone de tiempo. Yo creo que seguro van a aparecer cursos privados o Universidades privadas que saquen la Licenciatura, para obtener ganancias por supuesto, no con otro sentido. De cualquier manera, todos tenemos un título con el cual de alguna manera trabajamos.

¿Cuáles son los planes a futuro que tiene la Asociación?

Vamos a trabajar en el Encuentro Sudamericano porque es importante y fundamental para nosotros poder formar una Asociación Sudamericana de T.O., compartir toda la bibliografía, programas y cursos. Con Brasil, empezamos a trabajar antes de que surgiera esta idea de la Federación Mundial. Otro tema importante es la Ley de Ejercicio Profesional en la que tenemos que trabajar y por eso hemos pedido ayuda a varios Terapeutas Ocupacionales para formar la Comisión. El modelo que tenemos es el de la Asociación de Mar del Plata. También hay un proyecto previo realizado por la Terapeutas Sara Daneri y Marcela Capozzo muy interesante que fue presentado en Asamblea. La Rioja por su parte nos va a mandar la suya. Esta Comisión va a tener que sentarse a estudiar todo esto y ver que es lo que nos conviene. También es algo a trabajar sobre la necesidad de tener o no un Colegio Profesional o si seguir así, teniendo la matrícula por el Ministerio. Son todos puntos a trabajar que todavía no están definidos. Un trabajo arduo... Están invitados todos. Cuanto mayor participación tengamos esta Ley va a poder cubrir las expectativas de todos, sino va a cubrir las expectativas de la gente que estuvo trabajando en ella.

Materia
PRIMA

FIN DE SEMANA

Natatorio climatizado
actividades para discapacitados
leves

Adolfo Masariche - Psicomotricista
(01) 785 - 6711

LA EVALUACION DE LAS CAPACIDADES INDIVIDUALES

por Steve Morgan*

Este material fué presentado en el "V Congreso Europeo de Terapia Ocupacional", Madrid - España, septiembre 1996.

Charlie Rapp y sus colaboradores de la Universidad de Kansas (USA) comenzaron a desarrollar a principios de la década del 80 el modelo teórico de "Capacidades Individuales" para el seguimiento de casos. Se trata de una respuesta específica a la prestación de servicios para gente que padece trastornos mentales severos y crónicos, esencialmente con diagnóstico de esquizofrenia. El modelo fue adoptado por el Proyecto de Investigación estatal para el seguimiento de casos del Reino Unido a cargo del "Sanabury Centre for Mental Case" ubicado en Londres. Su aplicación en el Reino Unido es una de las tantas formas de encarar el desarrollo de servicios sociales comunitarios dirigido a quienes padecen de trastornos mentales.

PORQUE CENTRAR LA ATENCION EN LAS CAPACIDADES

La Terapia Ocupacional es una profesión orientada principalmente hacia problemas. Sin embargo, para algunos de los usuarios de los que nos ocupamos, los problemas aparecen como abrumadores tanto en cantidad como en gravedad. Enfocar la atención en problemas puede generar, por una parte, que se repitan experiencias anteriores con profesionales de la salud y por el otro que se conduzca a un profundo proceso depresivo que resalte los aspectos negativos de su vida. En consecuencia, los pacientes tienden a evitar el contacto con el servicio por diversas razones, o bien queda fuera de la red de contención que le ofrece el Servicio Social.

Como profesión, la Terapia Ocupacional afirma que aprovecha las capacidades de la persona para solucionar los problemas. Sin embargo, no hay una base conceptual claramente identificada ni un método de evaluación que respalden esta afirmación. ¿ No estaremos diciendo mucho y

haciendo poco en éste área fundamental? Si nos dieran a elegir, todo preferiríamos enfocar la atención en lo que disfrutamos y en lo que somos buenos. Nunca invertimos la mayor parte de nuestro tiempo detrás de un fracaso.

Es más, el objetivo fundamental al que apuntamos es el de ayudar a la gente a descubrir sus motivaciones para participar en las actividades que le son particularmente significativas. Los problemas suelen ser poco estimulantes mientras que las capacidades ofrecen la posibilidad de generar estímulos genuinos.

PRINCIPIOS DEL MODELO DE CAPACIDADES

- 1 El objetivo en el proceso de asistencia se articula alrededor de las capacidades, intereses, habilidades y cualidades de los pacientes.
- 2 Todos los pacientes tienen posibilidades de aprender, crecer y cambiar.
- 3 El paciente es quien dirige el proceso.
- 4 La relación paciente terapeuta se convierte en la relación fundamental.
- 5 El proceso de ayuda tiene como meta fundamental el contacto con el afuera.
- 6 Para los pacientes, toda la comunidad es un oasis de recursos potenciales más que un obstáculo. (Rapp, 1988; Rapp y Kisthardt, 1991; Morgan 1993; Morgan, 1996)

DISTINGUIR ENTRE PROBLEMAS Y CAPACIDADES

El enfoque a través de los problemas es el que esencialmente concentra su atención en las dificultades, los fracasos, síntomas y disfunciones de la conducta del paciente. Mientras que el enfoque a través de las capacidades se centra desde el comienzo en los logros, los recursos positivos y deseos personales basados esencialmente en comportamientos constructivos.

Supervisión a T.O.

Asesoramiento Institucional
en debilidad mental
y salida laboral.

T.O. Fernanda Zamora
(01) 545 - 8342



El contraste entre ambos acercamientos se ilustra con su terminología respectiva:

PROBLEMAS	CAPACIDADES
Se basa en las necesidades	Se basa en los deseos
Centrado en el servicio	Centrado en la persona
Prescripción	Elección
Intervención	Colaboración
Jerga profesional	Lenguaje compartido
Generación de motivaciones artificiales	Aprovechamiento de motivaciones intrínsecas
Terapia Ocupacional como una profesión complementaria a la medicina	La medicina como una profesión suplementaria a la Terapia Ocupacional

El tipo de lenguaje tiene un poderoso impacto en como los pacientes perciben la prestación del servicio. Es también la base de un proceso estimulante para el usuario.

“Los problemas tienden a describir a las personas, encasillándolas y categorizándolas por grupos no dando un sentido a la persona como “individuo”. Por ejemplo:

- Poca motivación
- Baja autestimia
- Falta de higiene personal
- Descuido personal
- Aislamiento social

“Las capacidades” sacan a la luz la individualidad de las personas..

Por ejemplo:

- Mirar Fútbol por T.V.
- Leer novelas dramáticas y de suspenso.
- Escribir poesía.
- Comer comida china.

COMO EVALUAR EL MODELO

- 1 Inventario de : logros en el pasado
recursos de la actualidad
deseos para el futuro.
- 2 Una cobertura holística de toda una variedad de dominios incluyendo: las tarea del hogar, finanzas, salud, medicación, ocupación, tiempo libre, tareas de todos los días, respaldo social, y situación legal.
- 3 El énfasis, en las capacidades de un proceso que se inicia desde el comienzo de la relación.
- 4 Los problemas no se ignoran sino que suelen ser obvios y repetidamente evaluados. El objetivo está puesto en las capacidades pero a menudo con una referencia a niveles de riesgos para el paciente y para terceros. Algunas necesidades pueden posponer el proceso de aprovechamiento de las capacidades temporariamente.
- 5 Puede ser que el paciente encuentre el proceso como muy diferente a lo que había experimentado en otras prestaciones de servicios y por tanto requiere que se lo reoriente alejándolo de los problemas. El tiempo necesario para comprender lo

“nuevo” puede ser muy largo.

- 6 Concentrarse en las capacidades puede llevar ocasionalmente a la solución de problemas sin habérselo propuesto.
- 7 La evaluación holística conduce al paciente a establecer sus prioridades.

paciente y en una propuesta de trabajo con el interés puesto en la actividad diaria puede ayudar a establecer la Terapia Ocupacional como la mejor respuesta para llevar adelante un servicio social sensible. Sin embargo, la profesión necesita manifestarse más abiertamente y con mayor fuerza respecto de las prioridades en su enfoque profesional, en un tiempo donde todos los grupos de profesionales tienden a ser explícitos acerca de sus objetivos y temas de incumbencia. Hacer hincapié en los deseos y necesidades del paciente es cada vez más importante en la cultura de la prestación de servicios que está en constante progreso. Un énfasis estático sobre las funciones básicas solo puede conducir a una pérdida de terreno para la profesión, puesto que otros grupos profesionales afirman estar capacitados para encarar distintos aspectos del área profesional.

LEWISHAM Y CENTRO DE SALUD MENTAL DE GUY

Nombre del paciente:	Seguimiento del caso	Fecha:
Terapeuta:	Evaluación de Capacidades	
Qué funcionó para mí en el pasado? (Cómo lo pude sostener?)	Qué está sucediendo ahora? (De qué dispongo hoy?) Alojamiento Finanzas Salud Medicación Ocupaciones y tiempo libre	Qué deseo para el futuro?
Qué funcionó para mí en el pasado? (Cómo lo pude sostener?)	Qué está sucediendo ahora? (De qué dispongo hoy?) Actividades Diarias Respaldo Social Legales	Qué deseo para el futuro?
Qué el lo más importante para hacer:		
1 Mantenerme fuera del hospital		
2 Mudarme a un departamento de un ambiente		
3 Tomar medicación que me quite el sentimiento de debilidad		
Comentarios del director del caso:	Comentarios del paciente:	
Firma:	Firma:	
Fecha:	Fecha:	

IMPLICANCIAS PARA LOS TERAPISTAS OCUPACIONALES

La evaluación de capacidades permite que la profesión tenga un formato y una guía clara para conducir un área de la ocupación a la que frecuentemente se ha hecho referencia pero sin un procedimiento de evaluación estandarizada. Concentrarse en las capacidad del paciente puede ser un desafío específico para el profesional. También puede ser un método para guiar la motivación y encarar los problemas de la gente que, por muy buenas razones prefirieron descartar los servicios que se le ofrecen. El doble rol de concentrarse en las preferencias del

* Terapeuta Ocupacional y Case Manager, Centro de Salud Mental Sainsbury. Londres- Inglaterra.
Autor de: *Community Mental Health: Practical approaches to long-term problems.* (1993). *Helping Relationships in Mental Health.* (1996).

BASES TEORICAS PARA LA PRACTICA PROFESIONAL

Dossier

Una práctica, basada en fundamentaciones teóricas sólidas, guía y orienta el proceso de tratamiento y define la identidad profesional. Para este dossier elegimos el **Marco de Referencia** como herramienta teórica, para intentar un primer acercamiento a los fundamentos que guían nuestra práctica profesional.

Los marcos de referencia derivan de un modelo de profesión, siendo más restringidos en sus focos. Utiliza sólo los principios relevantes a un área específica de funcionamiento humano, consustanciados, a su vez, con los postulados filosóficos de cada modelo.

Los marcos de referencia formulan estrategias de tratamiento dirigidas a áreas específicas de práctica. Lo importante, al seleccionar alguno, es distinguir el más adecuado para cada campo y para cada paciente con el objetivo de ayudarlo en un efectivo cambio de las conductas disfuncionales encontradas en la práctica.

En esta edición de *Materia Prima* presentamos algunos de los marcos de referencia existentes en Terapia Ocupacional. Siguiendo la estructura presentada por Mosey, éstos están formados por cuatro componentes jerárquicos: Base Teórica, Función- Disfunción Continua, Conductas que indican Función y Disfunción y Postulados Relativos a Cambio e Intervención.

La base teórica, se fundamenta en conceptos, definiciones y postulados de una o más teorías que han sido reformuladas para guiar la evaluación e intervención. Las teorías seleccionadas son específicas a un área de funcionamiento humano y relacionan el efecto potencial del entorno sobre ese área. Un marco de referencia es tan sólido como las teorías que componen su base teórica.

La función-disfunción continua, usa conceptos de la base teórica para identificar la naturaleza de las conductas disfuncionales. Implica una

graduación en una función particular, desde la inhabilidad total, para ir aumentando hasta completar el dominio de dicha función. El término continua-continuum enfatiza que la función puede ser sólo entendida en relación a la edad, bagaje cultural, status psicológico y circunstancias ambientales del paciente.

Las conductas que indican función y disfunción definen, operacionalmente, las conductas que demuestran función o disfunción dentro de cada continuum. Sirven como base para las herramientas de evaluación y análisis de actividad.

Los postulados relativos a cambio e intervención establecen la naturaleza, calidad, cantidad y secuencia de interacción con el entorno, que potencialmente pueden efectuar cambios en las conductas disfuncionales previamente definidas.

MARCO DE REFERENCIA: DISCAPACIDAD COGNITIVA

BASE TEORICA

Este marco de referencia ha sido desarrollado por Claudia K. Allen. Define la discapacidad cognitiva como una restricción fisiológica o biomecánica de

la capacidad de procesamiento de información en el cerebro que produce limitaciones observables y medibles en la conducta de las tareas rutinarias. Se sostiene tanto en el empirismo en Terapia Ocupacional como también en las teorías de las neurociencias, procesamiento de información, psicología cognitiva y psiquiatría biológica. Se fundamenta en los siguientes supuestos:

- ∞ La cognición sirve de base a toda conducta.
- ∞ La patología cerebral compromete el proceso cognitivo, de manera tal que puede ser observado en las actividades normales de la vida. Una discapacidad cognitiva restringe la habilidad cognitiva de la persona para ejecutar una acción motora.

- ∞ Observando la ejecución de las tareas rutinarias elegidas por el paciente se pueden obtener datos primarios de discapacidad cognitiva. De cómo el paciente ejecute las tareas rutinarias, emergen datos relativos a la calidad de la performance. A partir de éstos se puede hacer inferencias sobre las capacidades cognitivas (procesamiento de información) y limitaciones del individuo.

- ∞ El T.O. observa diferencias cualitativas de las conductas en las tareas rutinarias y las clasifica a través de la jerarquía de los niveles cognitivos.

- ∞ Los seis niveles cognitivos definen operacionalmente las restricciones observables en la capacidad del procesamiento de información de personas afectadas por una patología cerebral. Estos niveles proveen una base conceptual para valorar el impacto de dicha patología en las capacidades de procesamiento de información del cerebro que son requeridas para las actividades normales de la vida. También identifica las cualidades de los estímulos del entorno que sirven para provocar respuestas motoras (conductas en las tareas de rutina) en diferentes niveles cognitivos de funcionamiento.

- ∞ En las patologías cerebrales, en las que se espera cierta recuperación, la reorganización de las capacidades cognitivas siguen una secuencia



jerárquica predecible. La readquisición y estabilización de los procesos ontogénicamente primarios son necesarios para la emergencia y estabilización de los procesos de información más complejos. En las patologías marcadas por el deterioro, en las que no se espera recuperación (demencias), la desorganización y la falta de capacidad cognitiva generales, sufren una secuencia inversamente predecible.

⇒ En las discapacidades de largo término, que producen limitaciones cognitivas residuales (A.C.V., traumatismos cerebrales, discapacidades del desarrollo, demencias), las estrategias de intervención más viables son las compensaciones en el entorno, las cuales buscan modificar las tareas para compensar el déficit en las capacidades de procesamiento de información.

⇒ Los T.O. modifican las actividades que los pacientes eligen para incluir en su vida diaria, a través de la aplicación del análisis de la actividad, para obtener éxito a pesar de sus discapacidades. Propone un método riguroso de análisis cognitivo de las actividades para equipararlas más exacta y precisamente a las capacidades y preferencias del paciente. Las actividades elegidas son analizadas para determinar los componentes específicos, en el procedimiento típico, que el paciente puede o no realizar. Éstas a su vez se modifican para maximizar el uso de las capacidades cognitivas intactas y para compensar las que son deficientes.

Dimensiones del Procesamiento de la Información

Allen considera tres dimensiones del procesamiento de información (capacidad cognitiva), como etapas que necesitan ser evaluadas en cada uno de los seis niveles cognitivos jerárquicos:

1 Indicadores sensoriales: Todo procesamiento de información comienza con input sensoriales que capturan y sostienen la atención. Estos pueden ser producidos en el mundo interno de la persona (indicadores subliminales y propioceptivos) o en el entorno (indicadores táctiles, auditivos, simbólicos complejos)

2 Asociaciones sensoriomotoras: Son los procesos integrativos que siguen a los indicadores sensoriales, se refieren a los objetivos implícitos al ejecutar una acción. Estos

pueden no concordar con los objetivos explícitos de una actividad dada. Las personas ejecutan una actividad con diversos objetivos en mente, que van desde el simple placer por el movimiento, pasando por un interés en los efectos de sus acciones, hasta el interés por lograr un producto final de alta calidad. En los niveles cognitivos más primitivos una persona puede ser capaz sólo de comprender los movimientos involucrados en una actividad y no así los objetivos que deberían ser esperados de alguien con capacidades cognitivas más altas. Es importante reconocer que la incapacidad de comprender los objetivos y expectativas tradicionales reflejan una limitación que debe ser compensada desde dentro de la estructura de la actividad.

3 Acciones motoras: Son provocadas por indicadores sensoriales, generadas por asociaciones sensoriomotoras y observadas en la ejecución de la actividad. Hay dos tipos de acciones motoras: espontáneas o autoiniciadas, e imitadas o copiadas de otra persona.

De esta manera, este marco de referencia provee un medio para analizar la dificultad relativa de una actividad elegida, en términos de demandas de procesamiento de información. Los T.O. modifican la estructura de una actividad en relación a:

- a. Los indicadores sensoriales que el paciente es capaz de atender mientras realiza una actividad.
- b. La calidad de las asociaciones sensoriomotoras que el paciente es capaz de comprender o los objetivos que lo motivan a comprometerse en la actividad.
- c. Grado de asistencia requerida para permitir al paciente llevar a cabo más efectivamente una acción motora deseada.

Niveles Cognitivos

Para conceptualizar las bases de la intervención, los T.O. deben identificar las capacidades y limitaciones cognitivas del paciente y los factores del entorno que pueden ser modificados para permitir la participación exitosa en actividades que apoyen los roles sociales deseados.

Nivel cognitivo 1: Reflexivo

La atención está dirigida sólo a indicadores subliminales internos tales como hambre, gusto, olfato. No hay objetivo o razón para realizar

acción motora. Éstas se limitan al potencial para seguir directivas tales como "bebe", "gira". Debido a la escasez o ausencia de intenciones y acciones motoras posibles, el paciente posee poca capacidad cognitiva de capitalizar.

Nivel cognitivo 2: Movimiento

La atención está dirigida a indicadores propioceptivos obtenidos de los músculos y articulaciones a través de movimientos corporales altamente familiares para la persona. El objetivo, al realizar una acción motora, es repetir de a un paso los componentes de la acción motora por el solo placer del efecto sobre el cuerpo. Éstas se limitan a la habilidad de imitar, aunque inexactamente, las instrucciones de un paso, solo si involucran el uso de un patrón motor grueso altamente familiar para la persona. No son posibles nuevos aprendizajes. Las actividades que pueden ser llevadas a cabo en este nivel son aquellas adaptadas para capitalizar la capacidad de imitación y para compensar la inhabilidad de comprender una intención más allá de la sensación de movimiento.

Nivel cognitivo 3: Acciones Repetitivas

La atención está dirigida a indicadores táctiles y a objetos familiares que pueden ser manipulados. El objetivo, al ejecutar una acción motora, está limitado a los procesos de descubrimiento de los diferentes efectos que tienen las acciones sobre el entorno. Estas acciones son repetidas para verificar resultados similares. Se limitan a la habilidad de seguir acciones altamente familiares de un solo paso orientadas hacia aquellas que le han sido demostradas. No se esperan nuevos aprendizajes. Las actividades que pueden ejecutarse son las adaptadas para capitalizar la capacidades de imitar acciones repetitivas familiares, de un paso, que provean efectos táctiles predecibles y que compensen la inhabilidad para seguir directivas de muchos pasos o para conceptualizar resultados predecibles.

Nivel cognitivo 4: Producto Final

La atención está dirigida a indicadores táctiles, visuales y es sostenida a través de actividades de

Myriam B. Arditi

Traducciones de inglés

Telefax : (01) 802-7193



corto plazo. El objetivo en la ejecución de una acción motora es percibir la relación causa-efecto entre los indicadores tangibles y los resultados deseados. Las acciones motoras se limitan a la habilidad de seguir procesos motores familiares, de dos o tres pasos y que conduzcan al logro de objetivos conocidos. En este nivel los pacientes pueden aprender procedimientos de dos o tres pasos que tengan resultados visibles y previsible. Las actividades que se pueden ejecutar son las adaptadas para capitalizar la capacidad de usar las acciones mencionadas y para compensar la inhabilidad de comprender resultados no predecibles con probabilidad de error. A pesar del deterioro cognitivo, el paciente se muestra menos confuso, ya que las actividades son ejecutadas con un resultado específico en mente.

Nivel cognitivo 5: Variaciones

La atención es capturada y sostenida por intereses propios y objetivos concretos. El objetivo de la acción es explorar los efectos de las acciones autoiniciadas sobre los objetos físicos e investigar esos efectos a través de la resolución de problemas por ensayo y error. Las acciones motoras son exploratorias y a su vez extienden la habilidad para seguir procesos de cuatro o cinco pasos concretos. El paciente no es capaz de aprender a través del hacer. Las limitaciones cognitivas se evidencian en las actividades que requieren atención a indicadores abstractos o simbólicos.

Nivel cognitivo 6: Pensamiento Tangible

La atención está capturada por indicadores abstractos y simbólicos. El objetivo es usar el razonamiento abstracto para meditar sobre el posible rango de acción, incluyendo reconsideración de antiguos planes y creación de nuevos. Las acciones motoras exploratorias son aquellas que han sido planeadas de antemano. El aprendizaje usa el pensamiento simbólico y el razonamiento deductivo y puede ser generalizado a situaciones nuevas.

FUNCION- DISFUNCION CONTINUA

El estado de función existe cuando la capacidad de procesamiento de información de la persona iguala a las demandas de las tareas rutinarias del entorno. El estado de disfunción se presenta cuando las capacidades de procesamiento de información de la persona están tan restringidas que es incapaz de ejecutar tareas rutinarias.

Los niveles cognitivos describen la severidad de la discapacidad cognitiva, desde la profunda en el nivel 1 al ajuste y adquisición normal en el nivel 6. Estos niveles están jerárquicamente organizados dentro de un continuum que diferencia la disfunción en términos de las características del procesamiento de información mientras que la persona realiza una actividad deseada.

CONDUCTAS QUE INDICAN FUNCION Y DISFUNCION

Las conductas que indican función y disfunción se ubican en cada uno de los niveles del continuum mencionado. Estas se evalúan por medio de herramientas tales como:

Test de Nivel Cognitivo de Allen (A.C.L.): es un método estandarizado que determina el nivel cognitivo a través de la ejecución de una actividad específica: enhebrar y atar tientos de cuero. Se utiliza para los niveles 3,4,5 y 6.

Test de Nivel Cognitivo Bajo (L.C.L.): determina el nivel cognitivo a través de la imitación de acciones motoras y se utiliza para los niveles 1 y 2.

Inventario de tareas Rutinarias (R.T.I.) es administrado a través de una entrevista al paciente, sus cuidadores, o mediante la observación de su desempeño. Originalmente consistía en 14 actividades de rutina, posteriormente se incluyeron 20 más, agrupadas en cuatro subclases: física, comunitaria, comunicacional y de trabajo. Cada tarea es descrita de acuerdo a cada uno de los 6 niveles cognitivos de funcionamiento de la persona. Allen enfatiza en trabajos recientes que la motivación es un factor que podría interferir en la valoración dado que no se brinda la posibilidad de elegir una actividad.

POSTULADOS RELATIVOS A CAMBIO E INTERVENCION

Se identifican dos fuentes primarias de cambio en el nivel cognitivo de desempeño funcional. Puede darse en la capacidad del paciente y en el entorno. El cambio en la capacidad se da por factores externos como la intervención médica, medicación psicotrópica, procesos naturales de la evolución de la enfermedad y también cuando la intervención de Terapia Ocupacional apunta a enseñar al paciente a ejecutar tareas rutinarias (niveles 4 y 5). El cambio en el entorno se da a través de la intervención de Terapia Ocupacional (modificaciones en el entorno, directivas,

encuadre). A pesar de que la capacidad cognitiva de la persona se mantenga inmodificable, se puede incrementar la habilidad para experimentar éxito en la ejecución de las tareas rutinarias. En resumen, el T.O. evalúa la discapacidad, identifica como pueden adaptarse mejor los procesos de una actividad para reforzar las capacidades cognitivas y compensar las limitaciones del paciente y enseña a los cuidadores a hacer las modificaciones necesarias en el entorno. De este modo, el foco de tratamiento es permitir al paciente hacer máximo uso de su valor funcional residual a través de prevenir o minimizar la interferencia de las limitaciones funcionales residuales. El intento primario es facilitar el mejor desempeño del paciente cambiando la actividad antes que intentando un cambio en la persona.

MARCO DE REFERENCIA : PSICODINAMICO

BASE TEORICA

Está basado en teorías que tienen sus orígenes en trabajos de Freud, teorías psiquiátricas interpersonales (Sullivan), teorías del yo y de las relaciones objetales (Winnicott, Klein, Mahler, Kernberg). Estas teorías aplicadas a Terapia Ocupacional están en concordancia con los supuestos básicos de la profesión.

La teoría psicodinámica concibe a la mente como un sistema de fuerzas en movimiento y propone que las fuerzas inconscientes determinan la conducta mucho más que las conscientes.

El interés de este marco se concentra principalmente en los intentos de la persona para establecer cierto equilibrio entre sus fuerzas internas y aquellas provenientes del entorno (adaptación).

Este marco de referencia incorpora dos conceptos fundamentales de la teoría psicodinámica: las fuerzas instintivas (pulsiones) y desarrollo del self como parte del aparato psíquico que lucha contra estas fuerzas (conflicto psíquico).

✓ **Pulsiones:** impulsos instintivos primarios que demandan gratificación. Se identifican dos tipos: sexual y agresiva. Las pulsiones sexuales existen en todos los aspectos positivos de las relaciones humanas y no humanas y resultan en situaciones placenteras para el individuo. Son consideradas elementos constructivos de motivación para la mayoría de las actividades humanas. Las pulsiones agresivas reflejan la necesidad de adaptarse y dominar el ambiente



externo. Pueden tomar características negativas como respuesta a la frustración y al conflicto.

✓ **Funcionamiento del aparato psíquico:** para explicar este funcionamiento Freud desarrolló numerosas teorías.

Teoría económica: los impulsos, deseos, fantasías y necesidades derivados de las pulsiones, están asociados con un incremento en la tensión psíquica que perturba el estado de equilibrio emocional que la persona intenta mantener. Dado que esta tensión psíquica es desagradable, la persona se esfuerza por minimizar esas sensaciones, respondiendo con conductas dirigidas a reducir la tensión y/o satisfacer la necesidad. Si bien, las pulsiones requieren satisfacción, las demandas del mundo externo, habitualmente, prohíben su expresión directa. Por lo tanto la persona debe desarrollar una serie de mecanismos para neutralizar estas pulsiones.

Teoría estructural: Freud define al aparato psíquico como constituido por tres instancias: Yo, Ello y Superyo.

Ello: instancia psíquica inconsciente por definición que representa el origen de las pulsiones. En este nivel no hay cabida para las imposiciones de la realidad externa.

Superyo: instancia del aparato psíquico que representa las prescripciones y proscripciones del mundo externo. Contiene las actitudes y valores morales paternos internalizados. Las funciones del superyo son también inconscientes.

Yo: es la instancia psíquica que desarrolla la necesidad de discriminar entre las pulsiones del ello y las obligaciones que se le imponen desde el superyo, mediando entre ellas. Opera bajo el principio de realidad. Controla las pulsiones demorándolas, inhibiéndolas y reprimiéndolas, haciéndolas compatibles con la realidad externa e interna. Otras funciones del yo incluyen:

✖ **Relaciones objetales:** son la capacidad para desarrollar relaciones satisfactorias. Éstas evolucionan desde las relaciones primarias en la infancia. La elección del individuo amado, la relación de amor en sí misma y todas las relaciones interpersonales y no interpersonales dependen enteramente de la naturaleza y la calidad de las relaciones objetales del niño durante sus primeros años de vida.

✖ **Transferencia:** es un importante tipo de relación objetal. Es el desplazamiento de patrones de sentimientos, pensamientos y conductas originalmente experimentadas en relación a objetos significantes durante la niñez.

La transferencia es universal e inherente a toda relación terapéutica.

✖ **Regulación y control de pulsiones:** implica habilidad para esperar, para demorar la satisfacción y para soportar la ansiedad y frustración. Esta habilidad se relaciona con la progresión desde el principio del placer hacia el principio de realidad.

✖ **Síntesis y Coordinación:** el yo guía la acción de manera que cierta integración o síntesis se cree entre los diversos aspectos conflictivos de la vida, desarrollando modos de síntesis como los mecanismos de defensa. Estos le permiten a la persona experimentar actividades que satisfagan impulsos, intereses del yo y demandas sociales de manera armónica.

✖ **Mecanismos de Defensa:** previenen al individuo de ser abrumado por la ansiedad que genera el conflicto entre las pulsiones del ello y las demandas del superyo. Estos son: intelectualización, racionalización, identificación, introyección, proyección, negación, represión, formación reactiva, desplazamiento, regresión y sublimación. Operan en forma inconsciente y su efecto es observable en la conducta.

✖ **Evaluación de la Realidad:** es la capacidad del yo para evaluar y juzgar el mundo externo. La preservación del criterio de realidad distingue a individuos relativamente normales y neuróticos de los psicóticos.

✖ **Función Autónoma:** son las funciones conceptualizadas como relativamente resistentes a las fuerzas psíquicas. Se desarrollan por fuera del conflicto psíquico, ellas son: percepción, intuición, pensamiento, lenguaje, comprensión, aprendizaje e inteligencia.

✓ **Conflicto Psíquico:** es la lucha interna entre las pulsiones del ello y las demandas del superyo. Es regulado cuando el yo establece una solución de compromiso que permita más expresión de deseos e impulsos pero no tanto que genere culpa, ansiedad o desaprobación social. Cuando fallan los mecanismos de defensa, emergen los síntomas. El conflicto intrapsíquico es inevitable y universal. Es considerado como el factor dinámico más importante que subraya la conducta humana. Los individuos se diferencian en relación a su habilidad para manejar el conflicto. Las personas que desarrollan síntomas psicóticos son aquellas que aparentemente no tienen mecanismos de defensa para manejarse con estos conflictos o que sus mecanismos de defensa no son los adecuados. Los que desarrollan síntomas neuróticos manejan los conflictos usando

mecanismos defensivos que son ineficaces para mediar con los conflictos.

FUNCION -DISFUNCION CONTINUA

El criterio para definir función o disfunción dentro de este marco de referencia está vagamente descrito. El concepto de continuum no sirve para determinar estados relativos de salud en este marco porque ningún orden o lógica puede ser impuesto a los mecanismos del inconsciente. El estado de disfunción es visto como la manifestación de una resolución desfavorable del conflicto intrapsíquico. Opuestamente, el estado de función existe cuando la persona aprendió a equilibrar la expresión de sus impulsos de manera que lo satisfaga y sea aceptable para el entorno social.

CONDUCTAS QUE INDICAN FUNCION Y DISFUNCION

El marco de referencia psicodinámico define que una misma unidad de conducta observable puede estar determinada desde diferentes direcciones, servir a diferentes propósitos, estar presente por diferentes razones y tener diferentes significados dependiendo del individuo. Las conductas que indican función y disfunción no pueden ser definidas porque cada conflicto inconsciente genera incontables variaciones de conducta. La naturaleza de los conflictos que produce la disfunción (síntomas) es identificada a través de la exploración e interpretación de los símbolos no verbales expresados en actividades proyectivas no estructuradas.

POSTULADOS RELATIVOS A CAMBIO E INTERVENCIÓN

Los cambios tienen lugar a partir de traer contenidos inconscientes productores de síntomas a la consciencia. El objetivo es resolver el conflicto a través de la satisfacción de las necesidades de una manera aceptable para el entorno social y ayudar a la persona a aprender conductas nuevas y más satisfactorias por insight consciente. Este proceso ocurre a través de la exploración e interpretación de los símbolos en los medios proyectivos, de la interacción en un vínculo seguro, contenedor y empático y de la evaluación de la transferencia dentro del vínculo terapéutico. El T.O. usa primordialmente la actividad como herramienta de comunicación no verbal. El individuo es estimulado a usar medios no estructurados para



facilitar la expresión de sentimientos internos, experiencias, fantasías y símbolos inconscientes. La actividad también es seleccionada para ayudar a determinar la habilidad del yo (recursos) de integrar la información, para organizar y resolver problemas. Los grupos de tareas son utilizados principalmente para ayudar a la persona a aprender conductas más autosatisfactorias y aceptables y destrezas de comunicación en un ámbito social contenedor.

MARCO DE REFERENCIA: BIOMECANICO

BASE TEORICA

Este marco se refiere a la capacidad de movimiento específicamente relacionada a la concreción exitosa de una tarea. El movimiento es la base para la ejecución de ocupaciones, tanto para la manipulación de objetos y gesticulación en la comunicación, como para la orientación corporal para recibir información. Toda conducta intencionada en ocupaciones diarias está construida sobre la habilidad de la persona para mover su cuerpo. Los componentes de la capacidad de movimiento son tres:

- 1 Rango de movimiento: potencial de movimiento de una articulación.
- 2 Fuerza: habilidad de los músculos para producir tensión, mantener control postural y mover las partes del cuerpo.
- 3 Resistencia: habilidad de sostener el esfuerzo a través del tiempo requerido para una tarea determinada.

Dentro de este marco se busca incrementar la fuerza, la resistencia y el rango de movimiento articular necesario para ejecutar tareas cotidianas, en pacientes con un sistema nervioso central intacto pero que sufren disfunción en el sistema nervioso periférico, musculoesquelético, tegumentario, o cardiopulmonar.

Se basa en supuestos tales como:

- ✓ La actividad intencionada puede ser utilizada para tratar la pérdida del rango de movimiento, la fuerza y la resistencia.
- ✓ Una vez recuperado el rango de movimiento, la fuerza y la resistencia, se recupera automáticamente la función.

FUNCIÓN -DISFUNCION CONTINUA

Los seis continuum de función -disfunción en este marco de referencia son:

- Control Postural
- Bajo nivel de resistencia
- Control del edema
- Rango de movimiento pasivo
- Fuerza
- Alto nivel de resistencia.

CONDUCTAS QUE INDICAN FUNCION Y DISFUNCION

Las conductas del paciente pueden ser ubicadas en los seis continuum mencionados utilizando herramientas de evaluación.

- ⇒ Evaluaciones formales:
 - ❖ Control postural: la evaluación la realiza el fisiatra.
 - ❖ Control del edema: a través de la Volumetría.
 - ❖ Rango de movimiento: con el Goniómetro Universal
 - ❖ Fuerza: test manual de músculos, balanzas de resorte, tensiómetro, dinamómetros, pesas.
 - ❖ Resistencia: C.S. (cardiac step) y M.T.E. (metabolic equivalents) que secuencian las actividades acorde a los requerimientos de resistencia.

- ⇒ Observación clínica:
 - ❖ Apariencia de la piel
 - .Mediciones manuales de rango de movimiento pasivo y activo.
 - ❖ Dominio de fuerza
 - ❖ Control del tiempo de duración y número de repeticiones de una actividad que el paciente puede ejecutar antes que aparezca la fatiga. •

POSTULADOS RELATIVOS A CAMBIO E INTERVENCION

El marco de referencia biomecánico considera dos áreas fundamentales de intervención con el objetivo de preservar o modificar la capacidad de movimiento para un resultado funcional:

- a Prevención de deformidades y mantenimiento de capacidad de movimiento existente. Para prevenir deformidad se utilizan férulas de posición articular, ortosis, almohadas y toallas enrolladas. Para mantener la capacidad de

movimiento funcional, se realiza la contracción muscular y el movimiento de las articulaciones. Cuando la persona no posee control de estabilidad o movimiento, el rango de movimiento articular se mantiene pasivamente.

- b Reestablecimiento o aumento de la capacidad de movimiento. Se diseñan programas en los que los movimientos articulares, la tensión muscular y la resistencia producida sean incrementados gradualmente. Éstos se basan en estiramiento pasivo y activo por medio de ortosis que proporcionan tracción, estiramiento manual, técnicas de movilización articular, ejercicios y actividades para el rango de movimiento articular. Para trabajar fuerza muscular se utilizan actividades que impliquen contracción isotónica e isométrica: método de contracción isométrica progresiva prolongada y progresiva con peso; ejercicio isométrico breve máximo, con resistencia progresiva y con resistencia regresiva. Para incrementar resistencia se usan actividades que se gradúan aumentando la duración del período de ejercicio y las repeticiones, basándose en el esquema de equivalentes metabólicos.

Finalmente, se sostiene que el incremento en la demanda da como resultado el incremento en la capacidad de movimiento. Los objetivos para rango de movimiento, fuerza y resistencia, son determinados acorde al potencial residual del paciente y las ocupaciones que necesita desempeñar.

MARCO DE REFERENCIA: REHABILITACION

BASE TEORICA

Este marco de referencia busca hacer a la persona lo más independiente posible a pesar de la incapacidad residual que presente. Compensa sus pérdidas mediante técnicas y/o equipos adaptados. Se centra en el uso de habilidades remanentes para lograr el nivel más alto de independencia posible en el desempeño de sus tareas ocupacionales.

ANA SICARDI

Pantallas-Lámparas

Clásicas y Modernas

Pedidos Especiales

Talcahuano 1213 Dpto. 5 Cap. Fed

(01) 812-1213



Se fundamenta en 5 supuestos básicos:

- 1 La persona puede recuperar independencia a través de la compensación.
- 2 La motivación para alcanzar independencia está influenciada por los valores de vida, roles futuros e intereses de la persona.
- 3 La motivación para alcanzar independencia no puede estar separada del contexto ambiental. Éste puede influenciar a partir de barreras edilicias, estado financiero del paciente, recursos emocionales de la familia, etc.
- 4 Para alcanzar independencia son necesarios un mínimo de destrezas emocionales y cognitivas pre requeridas.
- 5 El razonamiento clínico implica una mirada particularmente amplia. Debe abarcar aspectos tales como: la capacidad funcional actual del paciente, las demandas de la tarea que el paciente no puede ejecutar, el tipo de método de rehabilitación y las modalidades específicas.

FUNCION -DISFUNCION CONTINUA

Los 3 continuum de función - disfunción dominantes en este marco son: AVD (autocuidado y cuidado del hogar), trabajo y tiempo libre (amplia variedad y en constante cambio).

CONDUCTAS QUE INDICAN FUNCION Y DISFUNCION

Se debe determinar las habilidades y limitaciones del paciente buscando las conductas que indican función y disfunción en los 3 continuum a través de las herramientas de evaluación específicas. Los valores recogidos indican el nivel de asistencia y de supervisión requerida.

⇒ Para autocuidado se aplican evaluaciones estandarizadas sumadas a la observación directa y/o entrevista:

- ❖ Índice de Katz: evalúa seis funciones y la puntuación se basa en el desarrollo ontogénico de habilidades de autocuidado.

- ❖ Índice de Barthel: evalúa diez funciones. La puntuación total puede ir de 0 a 100 (independencia total) en un incremento de 5. Las funciones se categorizan de acuerdo a la importancia para la independencia.

- ❖ Evaluación revisada de autocuidado de Kenny: evalúa siete categorías de autocuidado, cada una de las cuales se subdivide en tareas específicas que definen la actividad. El paciente es calificado como independiente(I), dependiente(D),

necesitado de ayuda (A) y necesitado de supervisión (S) en cada tarea. A la actividad se le aplica una puntuación dependiendo del número de I, D, A y S que se haya obtenido. La puntuación para la categoría es el promedio de lo obtenido en las actividades. El puntaje total para autocuidado es la suma de las puntuaciones de las categorías.

⇒ Para tiempo libre, las evaluaciones se limita a un listado de intereses para adultos y evaluación de juego para niños.

⇒ Para trabajo, la evaluación se obtiene a través de muestras simuladas de trabajo y/o en el trabajo actual de la persona, evaluando conductas ocupacionales (puntualidad, tolerancia al trabajo, tareas específicas del trabajo). También a través de sistemas completos de evaluación consensuados:

Sistema C.O.A.T.S. (Sistema General de Evaluación y Adiestramiento Ocupacional):

Consiste en cuatro secciones en tres niveles de programa cada una de ellas.

- 1 J.M.S. : compara las preferencias, experiencias y habilidades de la persona con las oportunidades de adiestramiento y empleo.
- 2 E.A.S. : permite que el paciente valore sus actitudes y las compare con las actitudes consideradas importantes por los patrones para contratar, promover y despedir a sus empleados.
- 3 W.S.S. : contiene 26 muestras de trabajo que son representativas de tareas comunes a tipos de ocupaciones.
- 4 L.S.S. : somete a prueba las habilidades necesarias para ser un alfabetizado funcional en la sociedad contemporánea.

Sistema Micro-Tower: contiene 13 muestras de trabajo que miden ocho aptitudes específicas además de la capacidad general de aprendizaje. Las muestras se organizan en cinco grupos principales: motor, espacial, percepción burocrática, numérico, verbal.

POSTULADOS RELATIVOS A CAMBIO E INTERVENCION

Los postulados relativos al cambio identifican la relación entre la causa específica y el déficit general con los resultados funcionales, para elegir el método compensatorio adecuado.

Los postulados relativos a la intervención crean lazos entre los resultados funcionales y los métodos de rehabilitación. Los siete métodos

generales de rehabilitación son:

- ❖ Dispositivos de adaptación,
- ❖ Modificaciones ambientales,
- ❖ Ortesis de miembros superiores,
- ❖ Modificaciones en silla de ruedas,
- ❖ Dispositivos ambulatorios,
- ❖ Procedimientos adaptativos y
- ❖ Educación para el cuidado.

El estudio minucioso de estos métodos identifica la demanda de la tarea que compensa cada uno.

Una vez hecho el estudio y seleccionado el método de rehabilitación de acuerdo a las necesidades del paciente, es necesario evaluar las ventajas y desventajas.

MARCO DE REFERENCIA: MODELO DE OCUPACION HUMANA

BASE TEORICA

Toma los supuestos filosóficos de Terapia Ocupacional de comienzos del siglo XX, influenciado por el Modelo de Conducta Ocupacional de Rely de las décadas del 60 y 70 y propuesto por Kielhofner y Burke en la década del 80.

El supuesto de este marco de referencia es que la ocupación es un aspecto central de la experiencia humana. La ocupación humana es definida como la tendencia innata y espontánea del sistema humano para explorar y dominar el ambiente. La conducta ocupacional está motivada por un impulso intrínseco para ser efectivo dentro del ambiente y para poder desempeñar una variedad de roles individualmente interpretados, que son moldeados por la tradición cultural y aprendidos a través del proceso de socialización. El concepto de motivación intrínseca, en términos de desarrollo humano y proceso de cambio, se refiere a que la persona crece y cambia por la necesidad de explorar y ser activo. Este marco prioriza la acción por motivación intrínseca más que la que pueda ser concebida por motivación extrínseca (demandas externas de crecer y cambiar).

El Modelo conceptualiza al individuo como un sistema abierto que evoluciona y sobrelleva diferentes formas de crecimiento, desarrollo y cambio a través de una interacción continua con el ambiente externo. El sistema humano funciona simultáneamente como un todo con sus propios subsistemas internos y como parte del gran sistema social. El ciclo de interacción con el

entorno incluye cuatro fases:

- ❖ **INPUT** es la entrada de energía o información al sistema.
 - ❖ **TROUGHPUT** es la transformación de la energía o de la información para la asimilación en el sistema, o la transformación del sistema para acomodar la energía o información que ingresa.
 - ❖ **OUTPUT** es la acción externa o conducta del sistema.
 - ❖ **FEEDBACK** es la retroalimentación del sistema a partir de las consecuencias de la acción. La información entra en el sistema y es procesada para producir la conducta ocupacional de la persona. El output da un feedback en forma de información o experiencia y el ciclo reinicia.
- El aprendizaje es visto como un proceso continuo que sucede a través de la experiencia dándole habilidad al sistema para organizar y procesar nueva información. El ser humano, como sistema abierto, está constituido por tres subsistemas: Volición, Habitación y Ejecución.

⇒ **Volición:** es el responsable de la elección y participación libre y consciente en ocupaciones. Su función es determinar la conducta. Está compuesto por la energía original (impulso innato) y por una serie de imágenes internas que determinan la motivación para marcar la conducta original. Estas imágenes han sido identificadas como:

⇒ **Causalidad Personal:** creencia de la persona de que posee aptitudes que pueden ser utilizadas en forma efectiva y que es capaz de obtener éxito o fracaso en el futuro.

⇒ **Valores:** imágenes internas de la persona acerca de lo bueno, lo correcto y lo valioso. Proveen el sentido de obligación de participar en ciertas ocupaciones que son marcadas culturalmente y que ayudan a la persona a experimentar el sentido de conexión con el grupo social.

⇒ **Intereses:** preferencia por aquellas ocupaciones basadas en experiencias previas de placer y satisfacción durante la participación en las mismas. Los intereses surgen del sistema de valores y se transforman en metas. Clarificar los valores e intereses es el paso inicial necesario cuando una persona tiene dificultades en establecer sus metas.

⇒ **Habitación:** es el responsable de organizar la conducta en rutinas y patrones. Su función es mantener la conducta. Está formado por roles y

hábitos que organizan, regulan y mantienen la conducta para ayudar a la persona a encontrar aprobación social y permitirle adaptarse al entorno. Los roles son imágenes que las personas tiene acerca de su posición en grupos sociales y acerca de las obligaciones que implican estas posiciones. Los hábitos son imágenes disparadoras de rutinas automáticas que organizan la conducta de acuerdo con las normas sociales.

⇒ **Ejecución:** se refiere a las capacidades básicas para la acción. Su función es producir la acción del sistema. Está compuesto por las destrezas y sus componentes. Éstas producen conductas ocupacionales. Hay tres tipos de destrezas: perceptivo motoras, de procesamiento (planeamiento y resolución de problemas) y de comunicación e interacción. Los componentes de las destrezas son la estructura fundamental para la ejecución de las destrezas. Estos son: el componente simbólico, que son las reglas internalizadas para la ejecución, el componente neurológico y el musculoesquelético que permiten la entrada de información sensorial y produce la acción motora respectivamente.

FUNCION- DISFUNCION CONTINUA

Los ciclos adaptativos (que proveen conductas que inducen al incremento de la organización del sistema), llevan a un estado de función ocupacional. Los ciclos desadaptativos (que inducen al incremento de la desorganización del sistema), llevan a un estado de disfunción ocupacional. Los individuos son ocupacionalmente funcionales cuando logran unir las expectativas de productividad de la sociedad con una participación gratificante, de acuerdo a sus propias necesidades de exploración y dominio. Inversamente, los individuos son ocupacionalmente disfuncionales cuando no unen las demandas de productividad de la sociedad con su participación gratificante o cuando las conductas individuales no se corresponden con su impulso para explorar y controlar.

Kielhofner propuso un continuum de función - disfunción ocupacional para los niveles de adaptación y desadaptación de la conducta ocupacional:

⇒ Los tres niveles de función ocupacional son:

- ❖ **Exploración:** está dirigida a generar destrezas

- ❖ **Competencia:** presenta demandas para el desempeño y desenvolvimiento de los hábitos

- ❖ **Logro:** prepara a la persona para los roles ocupacionales.

⇒ Los tres niveles de disfunción ocupacional son:

- ❖ **Ineficacia:** nivel inicial de disfunción ocupacional que se da cuando hay una interferencia significativa en el desempeño de una actividad, acompañado por una insatisfacción en la ejecución. Presenta una reducción de la causalidad personal y un impacto negativo en los intereses, valores, roles y hábitos de la persona.

Incompetencia: segundo nivel de disfunción ocupacional. Se caracteriza por una limitación en las destrezas, una falla o disrupción en la confianza personal y en la satisfacción. También por una inhabilidad para establecer rutinas y desempeñar adecuadamente tareas de la vida diaria. Se presenta con una gran reducción de la causalidad personal y un deterioro en los intereses, valores, roles y destrezas.

- ❖ **Dependencia:** tercer nivel de disfunción ocupacional. Se caracteriza por una disrupción total o casi total del desempeño ocupacional, sumado a un sentimiento extremo de ineficacia, ansiedad y depresión. Presenta falta de causalidad personal, intereses y valores, ausencia de hábitos y roles y alta deficiencia en las destrezas.

Murdoch s.r.l.
Empresa de Mudanzas
atendida por sus
dueños

Traslados de
Oficinas y
Particulares

Descuentos a T.O.

Paraguay 2727 1° P.
790-5551 / 6185



equilibrio entre la persona y su ambiente.

**MARCO DE REFERENCIA:
DEL DESARROLLO**

BASE TEORICA

Llorens desarrolló una visión del crecimiento y del desarrollo en la que incluyó componentes tales como contexto cultural, maestría, competencia y destrezas aprehendidas. Su tesis es que la Terapia Ocupacional es un proceso de facilitación que asiste al paciente para lograr cierto dominio en las actividades de su vida y habilidades para manejarse eficientemente con sus expectativas. Este proceso se realiza a través de los mecanismos de selección de estímulos que recibe el paciente y de la disponibilidad de práctica en un entorno adecuado.

Se sustenta en la literatura de desarrollistas como Piaget, Erikson, Ayres y Gessel.

FUNCION -DISFUNCION CONTINUA

Llorens construyó una secuencia de diez premisas para sostener su visión de crecimiento y desarrollo:

- 1 El organismo humano se desarrolla horizontalmente en las áreas neurofisiológica, física, psicosocial, psicodinámica, del lenguaje social, destrezas de la vida diaria, y socioculturales en periodos específicos de tiempo.
- 2 El organismo humano se desarrolla longitudinalmente en cada una de éstas áreas en un proceso continuo de crecimiento a través del tiempo.
- 3 Para lograr una recopilación satisfactoria de conductas y vínculos adaptativos son necesarias el dominio de destrezas específicas, habilidades y vínculos entre cada una de las áreas de desarrollo (neurofisiológica, física, psicosocial, psicodinámico, lenguaje social, destrezas de vida diaria y socioculturales.)
- 4 Dicho dominio, usualmente, se logra en forma natural durante el curso del desarrollo.
- 5 Para promover un crecimiento temprano positivo y un desarrollo tanto en el nivel horizontal como longitudinal, deben interactuar juntas la dotación básica de la persona con la estimulación a través de experiencias recibidas en el medio ambiente familiar.
- 6 Posterior a la influencia de la familia, el

proceso de crecimiento es estimulado a través de la comunidad, los grupos cívicos y sociales.

7 El proceso de crecimiento y desarrollo puede ser interrumpido por trauma físico o psicológico relacionado con una enfermedad, insuficiencia del medio ambiente o vulnerabilidad intrapersonal.

8 Tal interrupción en el crecimiento puede causar una ruptura en el ciclo de desarrollo dando como resultado en una disparidad entre la recopilación de conductas esperadas, las facilidades adaptativas, las destrezas necesarias y la habilidad para lograr las mismas.

9 La Terapia Ocupacional provee un campo de crecimiento y desarrollo para intentar salvar dicha ruptura mediante el incremento de destrezas, habilidades y vínculos en las áreas del desarrollo.

10 La terapia ocupacional a través de la aplicación especializada de actividades y vínculos provee experiencias de crecimiento para prevenir el desarrollo de maladaptaciones potenciales relacionadas a la insuficiencia en algún área de desarrollo.

CONDUCTAS QUE INDICAN FUNCION Y DISFUNCION

El funcionamiento ocupacional es evaluado por:

❖ O.C.A.I.R.S. (occupational case analysis interview on rating scale) que identifica una serie de 10 preguntas conceptuales. Cada una provee indicadores que permiten evaluar grados de disfunción en una escala de 1 a 5:

- ❖ Entrevista histórica del funcionamiento ocupacional
- ❖ Evaluación del juego
- ❖ Listado de intereses
- ❖ Evaluación de cambios de rol
- ❖ Historia de roles ocupacionales
- ❖ Evaluación de roles para adolescentes
- ❖ Inventario de destrezas ocupacionales
- ❖ Inventario de tiempo libre y actividades
- ❖ Evaluación comprensiva de ABC
- ❖ Listado de AVD.
- ❖ Cuestionario ambiental.
- ❖ Test para volición.

POSTULADOS RELATIVOS A CAMBIO E INTERVENCION

El cambio se produce a partir de la organización de la conducta ocupacional de manera que los ciclos adaptativos sean aprendidos o recuperados. El cambio es facilitado cuando el ambiente permite la expresión del impulso innato a explorar del individuo, la competencia y el logro. Así el individuo puede adquirir destrezas, hábitos y roles requeridos para el funcionamiento ocupacional. Luego de identificar el origen de la disfunción ocupacional el cambio debe ser iniciado dentro del subsistema Volición. La Terapia Ocupacional busca corregir la disfunción ocupacional proveyendo una ocupación en la que la persona se involucre, aconsejando y resolviendo problemas con ella para identificar y cambiar un estilo de vida ocupacional desadaptativo y facilitando el compromiso en ocupaciones que mejoren el

14

**Estudio Contable
Herrero - Moranelli y Asoc.**

Asesoramiento impositivo - contable
Declaraciones Juradas
Inscripciones en DGI y Rentas
Descuentos a T.O.

636 - 2447

PATINAS

Decoración de interiores
(amoblamientos y paredes)
Asesoramiento a profesionales

(01) 802-0190

**Maria
Pavia**

Alta Costura

(01) 824-0334

CONDUCTAS QUE INDICAN FUNCION Y DISFUNCION

Se evalúa el dominio de las destrezas disponibles para el crecimiento, en etapas específicas del desarrollo y a través de todas las áreas de competencia. El crecimiento es simultáneo en varias áreas. En situaciones determinadas, la experiencia de crecimiento puede estar enfatizada en un área a expensas de un refinamiento en otra. Por ejemplo, si el niño está logrando una posición más erguida necesita renunciar al desarrollo de la motricidad fina de la mano, mientras utiliza las extremidades superiores para estabilizarse.

El marco de trabajo de Llorens permite apreciar en cada etapa la maduración específica y el desarrollo del crecimiento (horizontal) mientras se reconocen las ganancias obtenidas (longitudinal) para lograr el nivel potencial más alto de destreza.

La interconexión de cada área importante del desarrollo sostiene el crecimiento futuro del niño.

En trabajos posteriores Llorens clarificó los términos horizontal y longitudinal, en relación a los conceptos simultáneo y cronológico respectivamente. Estos términos dan crédito a la amplitud del desarrollo y dan lugar a las consideraciones más específicas requeridas en el continuum de función - disfunción. El crecimiento horizontal se refiere específicamente a las ganancias obtenidas en todas las áreas de competencia del desarrollo que aparecen simultáneamente a una edad determinada. El longitudinal se refiere al crecimiento a lo largo del tiempo, observando los incrementos cronológicos según la edad del niño.

POSTULADOS RELATIVOS A CAMBIO E INTERVENCIÓN

Luego de una disrupción en la progresión normal del crecimiento y desarrollo, puede aparecer una ruptura en el ciclo de desarrollo con disparidades observables entre la recopilación de conductas esperadas, destrezas adaptativas, destrezas necesarias prerequeridas y habilidades que sostienen el crecimiento esperado. Esta interrupción del crecimiento puede causar una amplia variedad de problemas en el niño y en su habilidad para interactuar con su entorno. La identificación y conocimiento de la importancia de esas deficiencias tiene implicancias en la práctica.

El T.O. puede reconocer que el paciente está funcionando en un nivel de destreza más primario que el requerido para lograr éxito en la tarea. Esto indica la necesidad de mejorar o recuperar las destrezas deficientes a través de la participación en tareas o actividades intencionadas, aún desafiando el nivel de logro, para facilitar el crecimiento y el desarrollo.

Este enfoque incluye un elemento de prevención cuando las áreas problema pueden ser tratadas antes que presenten un mayor obstáculo y conductas desadaptativas en el crecimiento y desarrollo.

El rol del TO es identificar la ruptura en el desarrollo y proveer tareas y vínculos seleccionados para promover la continuidad de la progresión simultánea y cronológica. Este marco de referencia es particularmente aplicable a los niños pero también es útil en el tratamiento de adultos con regresión o cronicidad.

MARCO DE REFERENCIA: CONDUCTISTA

BASE TEORICA

Está basado en las teorías de la psicología experimental (Thorndike, Pavlov y Skinner) El supuesto central es que el aprendizaje es la base de toda conducta, está siempre influenciado desde la conducta y conlleva a una conducta más efectiva (conductas adaptativas) o a una conducta desadaptativa. Cuando el aprendizaje es aplicado a terapia ocupacional, se considera al paciente con un repertorio de conductas desarrolladas, ya sean adaptadas o maladaptadas, que determinan su habilidad para funcionar en las A.V.D., trabajo y tiempo libre. En la terapia se busca comprometer activamente al paciente en un proceso de aprendizaje para desarrollar las conductas específicas necesarias para funcionar en

su entorno.

El enfoque de la teoría del aprendizaje está diferenciado de otros enfoques por la adhesión al principio de economía, el énfasis sobre el entorno externo y el foco sobre la situación específica de la conducta humana. La teoría del aprendizaje es económica ya que se usa una serie simple de supuestos para explicar una gran variedad de conductas diferentes. Considera los determinantes de la conducta en el entorno, más que en el individuo.

Los teóricos del aprendizaje creen que pronosticando, controlando y atendiendo a las influencias del entorno la conducta puede ser mejorada. Adhieren a la especificidad situacional de la conducta: el comportamiento de la persona es el modo en que lo hacen en respuesta a las características de una situación particular, en un momento determinado.

Hay dos enfoques principales en el conductismo respecto a la forma de aprendizaje.

⇒ Condicionamiento clásico: el enfoque se sitúa en cómo aprenden las personas respuestas nuevas asociando una serie de circunstancias que previamente no han provocado una reacción particular, con otras que ya guiaron a esa reacción. Los principios básicos de este condicionamiento están limitados a conductas reflejas o involuntarias. Sin embargo, se ha vuelto importante en el entendimiento de la relación entre el stress y el funcionamiento autónomo. También se cree que es el proceso básico por el cual son aprendidos ciertos temores tempranos.

⇒ Condicionamiento operante: afecta a la conducta voluntaria tanto como al SNC. Acordando con este enfoque, la conducta es aprendida como resultado de recibir las consecuencias del entorno al ejecutar una conducta. Si a una conducta la siguen consecuencias positivas se incrementa la posibilidad de que dicha conducta se repita. Lo operante es una conducta cuyo resultado es un reforzamiento. La persona emite una respuesta que resulta en un evento en el entorno (consecuencia favorable). De aquí que el entorno es considerado como causa y control del comportamiento ya que enseña a la persona a comportarse como lo hace. Esta es la teoría más común de aprendizaje aplicada al marco de referencia conductista en Terapia Ocupacional.

En la terapia se buscan descubrir en el entorno qué es lo que refuerza y mantiene tanto las conductas adaptativas como las desadaptativas. El objetivo es cambiar las conductas



desadaptativas presentando los reforzamientos seleccionados del entorno para lograr, en respuesta, conductas más adaptativas. Los reforzamientos del entorno son de tres tipos: consumibles (dulces, cigarrillos, café), sociales (atención, sonrisas, abrazos, elogios), participativos (la participación en tareas predilectas)

FUNCION- DISFUNCION CONTINUA

La función- disfunción continua en este marco de referencia está definido vagamente. Mosey determina categorías de función-disfunción continua que incluyen destrezas en la tarea, interpersonales, en la interacción familiar, AVD, trabajo, tiempo libre y recreación y de adaptación temporal. Ella presentó una lista de actividades globales de conductas observables para ser elegidas para el cambio. Incluyen destrezas básicas (tareas de interacción grupal) self público (AVD, trabajo tiempo Libre, recreación, intimidad) self privado (sistema cognitivo, necesidades, emociones y valores). Existe estado de función cuando la persona tiene el tipo y la cantidad indispensable de destrezas funcionales para lograr máxima independencia dentro de su entorno. La función es conceptualizada como una alta frecuencia de conductas adaptativas requeridas del entorno de la persona y con baja frecuencia de conductas desadaptativas. La disfunción es conceptualizada a la inversa.

16 CONDUCTAS QUE INDICAN FUNCION Y DISFUNCION

Para el cambio en este marco de referencia, son elegidas conductas específicas, definibles y observables que comprometan las habilidades funcionales. La frecuencia con que estas conductas se dan en el entorno es indicativa del grado de función y disfunción. Para observar las conductas típicas y

los reforzamientos ambientales que sirven para mantenerlas se utilizan las situaciones de tarea en ambientes naturales. Además las actividades evaluativas son conceptualizadas en términos de su potencial para proveer oportunidades de obtener y observar conductas específicas elegidas para el cambio.

POSTULADOS RELATIVOS A CAMBIO E INTERVENCION

Una vez identificadas las conductas funcionales y disfuncionales se provee al paciente de oportunidades para aprender las conductas específicas necesarias para maximizar su independencia funcional en el entorno. Las conductas disfuncionales pueden ser modificadas manejando las variables del entorno para que sean reforzadas las conductas adaptativas y no las desadaptativas. Las actividades son analizadas en términos de su potencial para obtener y proveer reforzamiento a las conductas elegidas para el cambio. Seig delineaó una secuencia de pasos considerada para conceptualizar programas de actividades terapéuticas:

- ⇒ Identificar la conducta final y los objetivos de tratamiento operacionalmente definidos. Para que la conducta pueda ser evaluada, ésta debe ser observable y cuantificable.
- ⇒ Determinar la línea base de ejecución (frecuencia con que ocurre una conducta antes del comienzo del programa de Terapia Ocupacional) sirve para medir los cambios de la conducta,
- ⇒ Diseñar un formato de recolección de datos (ficha, esquema o gráfico)
- ⇒ Seleccionar un reforzamiento.
- ⇒ Determinar el plan de reforzamiento: cuándo un paciente debe ser reforzado (inmediatamente, intermitentemente o después de cada sesión de actividades)
- ⇒ Esquematizar los datos. Esto provee una información clara sobre la contribución en un periodo de tiempo.

adaptación como el continuo ajuste del proceso corporal a las demandas del entorno, que está dado por la interacción entre el individuo y el entorno espacio temporal. Esto es efectuado a través de un sistema sensoriomotor efectivo que usa todos los receptores sensoriales, craneoespinales, efectores de músculos y glándulas y re-aferentes sensoriales o círculos de feedback. La espiral de feedback le permite al proceso corporal reajustar de un modo continuo cada nueva pieza de información sensorial, muchas de las cuales son resultado de alguna conducta motora. Además, en el proceso sensoriomotor-sensorial, están incluidos otras dos propiedades de adaptación: la naturaleza del desarrollo y la naturaleza intencionada. La primera se refiere a las propiedades jerárquicas del sistema nervioso central, al concepto de neuroplasticidad y al crecimiento, maduración, e integración de las propiedades neuromusculares del movimiento. La segunda está reflejada en las estrategias de postura y movimiento que permiten la activación de la motilidad (movimiento) para proceder desde una base de control o postura (estabilidad) a la ejecución de las acciones elegidas. Las estrategias posturales controlan el movimiento y las estrategias de movimiento llevan a la acción intencionada. Además del movimiento, el entorno y la adaptación aparece una cuarta categoría llamada espiral continua. Este concepto de abarca: el proceso de feedback sensoriomotor-sensorial, la maduración y modificación del sistema nervioso, y la integración de viejos y nuevos desarrollos.

Este marco de referencia utiliza conceptos como:
 .Asimilación: recepción de información de estímulos
 .Acomodación: denota un ajuste del cuerpo para reaccionar a un estímulo entrante.
 .Asociación: relaciona la integración sensorial con el acto motor experimentado, así como el conocimiento de experiencias pasadas con experiencias actuales.

MARCO DE REFERENCIA: ADAPTACION ESPACIO TEMPORAL

BASE TEORICA

Uno de los principales representantes de ésta teoría, Gilfoyle, definió el concepto de

SUPERVISION - LABORATORIOS

- Formación Clínica del T.O.
 -Función profesional y Calidad de vida del T.O.

Lic.T.O. Liliana Sbriller
(01) 631 - 9758

Enfermería Día o Noche

Pac. terminales, postrados, disc., gerontes.
 Acompañamiento terapéutico.
 (Capital y Oeste Gran Bs.As.)

Patricia (01) 625 - 5574

Diferenciación: proceso de discriminación de las cualidades de la conducta específica que requieren modificación o alteración.

El uso de estos conceptos permite adaptar patrones de postura y movimiento primitivos de niveles bajos a destrezas complejas de niveles más altos.

FUNCION -DISFUNCION CONTINUA

Cuatro principios importantes apoyan la espiral continua de adaptación espacio temporal.

1 El proceso de adaptación de un niño con las nuevas experiencias depende de las conductas pasadas adquiridas.

2 Las conductas pasadas son modificadas y resultan en un nivel de conducta más alto a través de la integración de las experiencias pasadas con las nuevas.

3 La integración de niveles más altos de conducta influencia e incrementa la maduración de niveles de conducta más bajos.

4 Los niveles de función o patrones de ejecución más bajos pueden emerger durante la adaptación si las demandas del entorno exceden las capacidades funcionales del niño, resultando una reacción de tensión espaciotemporal. La tensión del sistema surge cuando el entorno presenta nuevas demandas que deben ser respondidas efectivamente. Esto puede ser una experiencia de crecimiento positiva desafiando al niño a usar viejos conocimientos y destrezas para apoyar nuevos intentos de interactuar con situaciones más complejas. Si el niño tiene un desarrollo atípico, los desafíos del entorno pueden tener un impacto negativo, resultando en distress espaciotemporal.

Los niveles más altos de funcionamiento son bloqueados mientras el niño repite niveles más bajos de adaptación. La repetición de niveles bajos de conductas intencionadas llevan a desadaptación en los otros componentes del desarrollo y tiene implicancia en el tratamiento.

CONDUCTAS QUE INDICAN FUNCION Y DISFUNCION

Este marco de referencia articula una secuencia de desarrollo de actitudes intencionadas, descubriendo una fase primitiva, una fase transicional y una fase madura. La fase primitiva tiene base en respuestas reflejas, la fase transicional incorpora componentes de movimientos voluntarios y la fase madura demuestra destrezas.

El desarrollo es una función de maduración del sistema nervioso que se da a través del proceso de la adaptación persona -entorno. La adaptación depende de la participación activa en eventos intencionados (ocupación) dentro de las dimensiones espacio- temporales del entorno.

Sin la participación activa el sistema es privado del feedback sensorial acerca de sí mismo y del entorno que a su vez afecta la maduración.

Las ocupaciones proveen experiencias significativas dirigiendo una respuesta adaptativa de un nivel más alto hacia quien realice la ocupación, de manera que refuerce la maduración.

Los niveles más altos de respuesta resultan de la integración con niveles bajos de función adquiridos y de la modificación de éstos. Por lo tanto, la adaptación del nivel alto de función con la intensidad depende de cierto grado de asociación/diferenciación de los componentes específicos de acciones de bajo nivel adquiridos. La adaptación se logra en forma espiral a través de desarrollo primitivo, transicional y maduro ocurriendo al mismo tiempo, en diferentes segmentos corporales. El desarrollo concurrente de las fases toma en cuenta la adaptación de posturas y estrategias de movimiento al desarrollo y a las secuencias intencionadas, y de los vínculos entre las secuencias y estrategias para la adaptación a la ejecución especializada.

Las experiencias ambientales pueden presentar situaciones de tensión y así, el sistema motiva a actuar a las estrategias y secuencias adquiridas en el pasado sobre los derivados del entorno para mantener la homeostasis del sistema. De esta manera las estrategias y secuencias son adaptadas a la situación presente para adquirir las respuestas adaptativas de un nivel más alto.

El distress provoca conductas disfuncionales y resulta en desadaptación. Con distress el niño repite estrategias y secuencias intencionadas de niveles más bajos y estas acciones no se vinculan con las conductas de nivel más alto. La repetición de estrategias y secuencias intencionadas conducen a la regresión.

El sistema nervioso en desarrollo tiene la capacidad para compensar los deterioros formando nuevas conexiones durante períodos tempranos de maduración. La plasticidad o flexibilidad del sistema nervioso en formación aumenta la capacidad de procesar la adaptación sensoriomotora -sensorial para facilitar la modificación del sistema nervioso, por ejemplo, cambios en el grado de mielinización, crecimiento dendrítico y formación de nuevas sinápsis.

Un programa de intervención basado en un proceso de adaptación espaciotemporal y de participación en ocupaciones provee el estímulo sensorial necesario para ayudar a la maduración de las conexiones sinápticas.

Un programa de intervención que provee un apropiado input sensorial, output motor y feedback sensorial y que emplee el proceso espiral de las estrategias y secuencias vinculadas, estimula células cerebrales previamente indiferentes, influye en la organización neuronal, establece nuevos engramas y por lo tanto facilita la maduración.

POSTULADOS RELATIVOS A CAMBIO E INTERVENCION.

Los conceptos de la adaptación espacio temporal proveen una base para la intervención práctica que puede incorporar todos los medios, modalidades, y métodos usados en Terapia Ocupacional. El T.O. usa posicionamientos, tareas y vínculos seleccionados, participación activa, tecnología y equipamiento para promover respuestas adaptativas apropiadamente desarrolladas. Para estimular la función y la interacción del niño se usa el circuito de feedback sensoriomotor-sensorial, las estrategias de postura y movimiento, la adaptación dentro de la espiral continua, las fases primitiva, transicional y madura, la organización neuronal y la función tensión-distress. Estos conceptos pueden ser extrapolados para utilizarse con pacientes adultos.

MARCO DE REFERENCIA: INTEGRACION SENSORIAL

BASE TEORICA

Para desarrollar un acercamiento a este tratamiento que ha tenido gran impacto en Terapia Ocupacional, A. Jean Ayres se basó en la neurobiología y utilizó información de la neuropsicología, neurofisiología y neurofilosofía. El punto básico del marco de referencia de la Integración sensorial es que el aprendizaje depende de la habilidad del individuo para tomar la información sensorial que proviene del entorno y del movimiento del propio cuerpo para procesar e integrar estos input sensoriales dentro del sistema nervioso central, y utilizar dicha información para planificar y organizar la conducta.



Está basado en los siguientes supuestos:

- ∞ Platicidad neuronal: habilidad de la estructura cerebral para cambiar o ser modificada como resultado de las constantes experiencias del proceso sensorial.
- ∞ Existe una secuencia en el desarrollo de las capacidades integrativas sensoriales que surge como resultado de la integración entre los procesos madurativos normales y la acumulación de experiencias sensoriales.
- ∞ Las funciones cerebrales, como un todo integrado (Gestalt), funcionan como un sistema abierto.
- ∞ La organización y las conductas adaptativas del cerebro son interactivas; la organización cerebral hace posible la conducta adaptativa y esta, que implica el procesamiento de la información sensorial, impacta en la organización cerebral.
- ∞ La persona posee una tendencia innata para participar en una actividad sensoriomotora, lo que sostiene el proceso de integración sensorial.

El marco enfatiza que el cerebro funciona como un todo, con importantes conexiones entre las funciones corticales y las subcorticales. Los procesos corticales superiores requieren de la integración sensorial que se da en los niveles subcorticales inferiores. Más aun los niveles subcorticales inferiores dependen de las funciones de procesamiento de la información sensorial cortical superior.

La habilidad del cerebro para filtrar, organizar e integrar la información sensorial es crucial para el aprendizaje.

FUNCION- DISFUNCION CONTINUA

Ayres propone un modelo de desarrollo en los niños identificando el continuum de función - disfunción: sentidos, integración de sus input y producto final, entendiendo por éste último como apoyo para el aprendizaje académico

(concentración, organización, autocontrol, autoestima, autoconfianza, pensamiento abstracto).

Denota la importancia del input táctil, vestibular y propioceptivo en el desarrollo del control postural, esquema corporal, vinculación, nutrición, coordinación, estabilidad emocional, lenguaje y percepción. Esto, sumado a los sentidos auditivo y visual permiten el desarrollo posterior.

Ayres identifica algunos síndromes disfuncionales:

- ∞ Problemas en el procesamiento de las sensaciones vestibulares y propioceptivas.
- ∞ Problemas somatosensoriales (procesamiento de información táctil y propioceptiva)
- ∞ Desorden en la modulación sensorial (dificultad para mantener límites normales de registro y respuesta a sensaciones).
- ∞ Dispraxia (dificultad con la acción motora voluntaria dirigida al entorno, torpeza motora).

CONDUCTAS QUE INDICAN FUNCION Y DISFUNCION

Los procedimientos para evaluar conductas que indiquen función - disfunción incluyen el uso de una batería de test formales, de la observación informal de la performance y de datos recopilados de cuidadores y otras fuentes.

Para la evaluación formal se utiliza el test de integración sensorial y praxis (SIPT) ya que se considera la herramienta más confiable y de mayor amplitud evaluativa. El SIPT es una batería de 17 test administrados individualmente, estandarizados para niños de 4 a 8 años. Valora la relación entre el procesamiento táctil, el procesamiento vestibular propioceptivo, la percepción visual y la habilidad práctica. La batería se agrupa en 4 áreas abarcativas: (1) procesamiento sensorial, táctil y vestibular propioceptivo, (2) percepción de forma y espacio y coordinación motora visual, (3) habilidad práctica y (4) integración bilateral y secuenciamiento.

POSTULADOS RELATIVOS A CAMBIO E INTERVENCION

Ayres postuló que los síndromes de disfunción pueden ser tratados usando el input sensorial seleccionado sobre el sistema disfuncional identificado.

El T.O. busca una respuesta adaptativa evocando

conductas motoras que apoyen la interacción efectiva en el entorno, especialmente en respuestas del input táctil y gravitacional. El movimiento es un componente implícito en la terapia. Se usa un equipamiento variado que provee experiencias de movimiento. La respuesta de los niños es cuidadosamente monitoreada para determinar si aparece o no una respuesta adaptativa de maduración, para evaluar si hay signos de hiper o hipoestimulación y para determinar el nivel de interpretación de información del sistema nervioso.

Fuentes Bibliográficas consultadas:

- Bruce & Borg, *Frames of Reference in Psychosocial Occupational Therapy*. 1987
- Hagedorn, *Occupational Therapy, Perspectives and Processes*. 1995
- Gary Kielhofner, *Helth Through the Occupation*. 1983
- Gary Kielhofner, *Conceptual Foundations of Occupational Therapy*. 1992
- Trombly & Scott, *Occupational Therapy for Physical Dysfunction*. 1977
- Willard & Spackman, *Occupational Therapy*. 1993
- Webster's Desk Dictionary of the English Language. 1990
- Diccionario Collins, Inglés. 1992

Materia
PRIMA

INGLES EN VERANO

Individual y Grupal

Todos los niveles

Material específico de T.O.

(01) 796-0917/811-9884

Curso de Verano

"Férulas en termoplásticos"

T.O. Lidia Cistoldi

Informes: (01) 328-1894/ 633-1831

RESEÑA DE NUESTRA PROFESION EN LA PAMPA

por T.O. María Claudia
Dittler Fernández
T.O. María Marcela
Bataglia
Lic.en T.O. Mariana Inés
Beláustegui

En la Provincia de La Pampa estamos trabajando siete Terapistas Ocupacionales. El mayor número está concentrado en la ciudad Santa Rosa y una sola en General Pico, ciudad situada a 140 Km. de aquí. El resto de las localidades de la Provincia carecen de esta práctica terapéutica.

El área más desarrollada en nuestra Provincia es la de rehabilitación física, tanto en la esfera privada como en la pública. Mientras que, otras áreas como psiquiatría, geriatría, educación, minoridad, laboral o comunidad, están actualmente desprovistas de nuestra praxis profesional.

De nuestro análisis surge que existen tres situaciones que explican lo antes dicho: 1º la no existencia de servicios o centros que cubran esas demandas, 2º cargos que si bien están contemplados por ley no son cubiertos por falta de presupuesto; y 3º el más desafiante, es romper con el mito que ubica a la laborterapia en el lugar de la Terapia Ocupacional.

El Hospital de la ciudad, debido a que es el Centro Asistencial de mayor complejidad, cubre la demanda de atención de distintos puntos de la Provincia y de Provincias vecinas. Cuenta con un Servicio de Rehabilitación física, donde se desempeñan actualmente tres Terapistas Ocupacionales. Por mucho tiempo el mismo contó con una sola colega, pero con el ingreso de otras dos Terapistas, hace cuatro años, creció y se diversificó la patología a atender, posibilitando la especialización.

La ausencia de fuentes de trabajo en el sector

público nos impulsó a incursionar, desde hace algunos meses, en el ámbito privado y nos encontramos con el desconocimiento de nuestro rol por parte del profesional médico, lo cual explica la escasa derivación. Otra cuestión importante es que nuestra práctica no está contemplada por algunas Obras Sociales provinciales y nacionales, lo que nos movilizó a iniciar los trámites para ser incluidas como prestatarias de aquellas. Hemos obtenido resultados positivos, ya que realizamos convenios individuales con organismos de amplia cobertura; pero aún nos resta ingresar a la Institución de cobertura médica provincial que tiene más afiliados.

A partir de marzo de este año hemos establecido una comunicación más fluida entre las Terapistas Ocupacionales y después de varias reuniones donde intercambiamos nuestras experiencias y vivencias, hallamos necesidades en común. Ante esto nos hemos propuesto continuar con la tarea iniciada por una Terapeuta Ocupacional, difundiendo nuestro ejercicio profesional a través de artículos a publicar en una revista científica, en medios de prensa local y en una radio local que nos invitó a participar en un espacio dedicado a la salud. También tenemos previsto contemplar la posibilidad de conformarnos como una delegación de la Asociación Argentina de Terapistas Ocupacionales en la Provincia de La Pampa y tener así otra representatividad ante otras Asociaciones o Instituciones, fortaleciéndonos como grupo profesional.

Por último, compartimos lo escrito por la Terapeuta Ocupacional Lucila Moreno en el espacio de Producción Nacional, en el N° 0 de Materia Prima, respecto de la necesidad de compartir conocimientos, experiencias a través de cursos de fines de semana o publicaciones científicas. Esto nos permitirá enriquecernos como profesionales y cada una de nosotras desde su accionar aportar al crecimiento y reconocimiento de Terapia Ocupacional como disciplina que desde su intervención busca el bienestar del hombre.



Reporte

Del 11 al 14 de septiembre, se llevó a cabo el I Congreso Internacional de Educación Física, II Congreso Argentino y I Muestra Internacional de Actividades para Discapacitados en el Centro Nacional de Recreación y Deportes (Ramsay 2250, Capital Federal), organizado por la Asociación Argentina del Deporte Especial.

Fue declarado de Interés Nacional por la Presidencia de la Nación y Secretaria de Deportes y de Interés Provincial por las gobernaciones de numerosas provincias.

Contó con la presencia de más de 1.200 personas y se escucharon las disertaciones de invitados de Inglaterra, España, Portugal, Canadá, U.S.A., Cuba, Uruguay y Chile.

Cabe destacar la participación de las Terapistas Ocupacionales: Elbia Llambi y Patricia Beckwith, quienes dictaron el curso "Recreación Terapéutica Ocupacional con Hemipléjicos" y el taller "Juegos y Actividades con Personas Hemipléjicas".

El último día se realizó una muestra de actividades físicas en el microestadio de basquet del Club Atlético River Plate, con grupos de jóvenes y adultos de diferentes escuelas especiales de todo el país. La educación física especial es un nuevo campo laboral, donde el T.O. trabaja junto al profesor de educación física realizando adaptaciones para determinados deportes y con el paciente, para favorecer su independencia.

T.O. Natalia Leoni

Los días 23, 24, 25 y 26 de octubre se realizó en el Hotel Libertador Kempinski (Capital Federal) el III Congreso Internacional de Psiquiatría de la Asociación Argentina de Psiquiatras (A.A.P.), que incluyó dentro del mismo la III Jornada Internacional de la Asociación Argentina de Psiquiatría Biológica y el Simposio de la Sección "Salud Mental de la Mujer", de la World Psychiatric Association (W.P.A.). Durante el mismo, importantes figuras de la psiquiatría nacional y más de 30 invitados extranjeros expusieron sus conocimientos, siendo escuchados por trabajadores de todas las áreas de la salud mental, quienes con su masiva y constante concurrencia mostraron su interés por este evento.

Dr. Luis Biganzoli

El Consejo del Menor y la Familia invitó a Materia Prima a participar de la Jornada sobre el Programa de Libertad Asistida, realizada con motivo de la celebración del Sexto Aniversario de su creación y Quinto año de la puesta en práctica del mencionado programa.

El evento se llevó a cabo en el Centro Garrigós, sede de la Escuela de Formación Especializada, el día 21 de agosto.

El objetivo fue analizar, evaluar y difundir las acciones del programa de Libertad Asistida, el tratamiento ambulatorio de adolescentes en conflictos con la ley penal, mantenidos en su medio familiar y social de origen como alternativa a la internación.

Con la participación de los concurrentes se realizaron talleres de trabajo sobre Libertad Asistida y: Familia y Red Social, Salud, Educación- Recreación, Proyecto Laboral, Marco Jurídico y Acciones.

Al cierre de la jornada sostuvimos unas breves palabras con el Dr. José Atilio Alvarez quien nos felicitó por la publicación de Materia Prima.

El Curso Internacional de Postgrado en Terapia Ocupacional "Modelo de la Ocupación Humana, aplicación a la práctica" de Gary Kielhofner Dr., O.T.R., F.A.O.T.A., tuvo lugar en el salón Auditorium de la Universidad Nacional de Quilmes, entre el 5 y 8 de septiembre. Universidad creada por el Gobierno Nacional en octubre de 1989, abrió sus puertas en 1991 y se encuentra ubicada en el corazón de la zona sur del Gran Bs. As., en la localidad de Bernal, Municipio de Quilmes.

Concurrieron 140 Terapistas Ocupacionales de todo el país y de distintos centros de formación académica.

Fue dictado por Carmen Gloria de las Heras, M.S., O.T.R., Terapeuta Ocupacional que cursó sus estudios de grado en la Universidad de Chile (1979-1981), realizó dos Masters Avanzados de Terapia Ocupacional en Salud Mental en la Boston University, USA (1985-1986) y en la Tufts University, USA (1991-1993). En 1993 recibió el premio "Irene Allard Award" al mejor educador clínico, elegido por las Universidades de los cinco Estados, pertenecientes a New England, USA.

Este Curso Internacional de Posgrado versó sobre la nueva revisión teórica y la aplicación clínica de los postulados pertenecientes a la última edición del libro "A Model of Human Occupation: Theory and Practice" (1995), de Gary Kielhofner, donde Carmen Gloria de las Heras es co-autora del capítulo "Evaluación de la Función Ocupacional". Se otorgaron Certificados de Asistencia a los Terapeutas que completaron las cuarenta horas de formación y se entregarán Certificados de Aprobación a los profesionales que hayan aprobado el examen final.

La Universidad Nacional de Quilmes, tiene el honor de comunicar que en el próximo año lectivo, continuará con la organización de cursos internacionales de especialización en Terapia Ocupacional, de elevado nivel académico y científico.

T.O. Mariel Pellegrini

Los días 10, 11 y 12 de octubre se llevaron a cabo en el Aula Magna de la Cátedra de Salud

Mental del Hospital José Tiburcio Borda, las VI Jornadas de Terapia Ocupacional en Salud.

La propuesta de este año que se refleja en el nombre, habla de la integralidad del sujeto.

La respuesta a la convocatoria fue amplia contando con 200 asistentes. Los ejes temáticos desarrollados durante las mismas fueron: Praxis en el ámbito público y privado, Integralidad y/o especialidad en Terapia Ocupacional y Clínica en Terapia Ocupacional. La temática en torno a estos ejes obtuvo una importante repercusión, que se manifestó en las producciones científicas y en los paneles de relatores invitados.

T.O. Elizabeth Gómez Mengelberg

Del 17 al 20 de septiembre en Madrid-ciudad abierta se congregaron Terapistas Ocupacionales de todo el continente europeo y algunas aves migrantes de sudamérica, sudáfrica y China. Cerca de 500 inscriptos representaron a 26 países de los cuatro continentes.

Uno de los mayores esfuerzos de la A.P.E.T.O. (Asociación Española de Terapia Ocupacional) fue la traducción simultánea al francés, inglés y castellano, en un intenso trabajo realizado en las 30 mesas redondas, que abarcaron temas como Psiquiatría, Neurología, Ética, Marcos conceptuales, Investigación, Geriatria, Pediatría, Traumatología, Ayudas Técnicas, Métodos de Valoración, Formación, Rehabilitación Laboral y Discapacitados Sensoriales.

Paralelamente a las conferencias y mesas redondas se realizaron visitas a centros de rehabilitación y hospitalarios.

Los trabajos fueron interesantes en general, aunque es importante destacar el elevado nivel de algunos trabajos latinoamericanos. En el cierre, la presidenta de C.O.T.E.C. (Comisión de Terapia Ocupacional de la Comunidad Europea) hizo referencia a las dos culturas, al esfuerzo de la integración en la diferencia y a los nórdicos, especialmente, les recordó la necesidad de profundizar el conocimiento de la cultura latina y avanzar más allá del flamenco y el abanico.

A.C.



Desde nuestra redacción recordamos a "Clarín" que el 10 de Septiembre fue el Día del Terapeuta Ocupacional. Agradecemos los saludos publicados en la edición del 27-9-96.

FECHA El 10 de este mes, fue el Día del Terapeuta Ocupacional. Trabajan en la rehabilitación de personas con discapacidades, cumpliendo una labor intensa que abarca diversas actividades. Universitarios matriculados integran los equipos profesionales de hospitales y clínicas. Les enviamos amistosas saludos.

La Terapeuta Ocupacional Adelaida Heredia (Coca) junto a los Dres. José Freire, Carolina Schiappacasse, Alicia Valdez, la Klg. Graciela Pícolo, el Técnico en Ortesis y Prótesis Octavio Ruiz y la Licenciada Ma. Del Rosario Gómez, obtuvieron el premio "José M. Jorge" al mejor trabajo sobre Rehabilitación del Inválido, de la Academia Nacional de Medicina. El trabajo se titula "Rehabilitación del paciente amputado severamente discapacitado".

Felicitamos a los colegas que conforman la Asociación Necocheense de Terapeutas Ocupacionales (A.N.T.O.), recientemente creada.

Celebramos la aparición del libro "La Ocupación en la Vejez", de la Terapeuta Ocupacional Claudia Miranda (Mar del Plata).

Agradecemos el ejemplar que nos hiciera llegar la Terapeuta Ocupacional Liliana Genochio (La Rioja) de su libro "Otra forma de amar".

El 10 de octubre se llevó a cabo la Colación de Grado en la Universidad Nacional de Quilmes y el 15 de noviembre en la Universidad Nacional del Litoral, entregándose diplomas a Terapeutas Ocupacionales.

Materia Prima está siendo distribuida a través de los Centros de Estudiantes de algunas Universidades del país.

Materia Prima ha ingresado a la Sub-Red de Información sobre Niñez Discapacitada. Esto permitirá obtener información sobre discapacidad, política social y derechos humanos a través de consultas bibliográficas y documentos disponibles, y al mismo tiempo difundir la Terapia Ocupacional a través de nuestra publicación, que ya está incluida en esta extensa red.

Las Instituciones interesadas en sumarse a la red pueden comunicarse con FENDIM (ver "Para tener a mano")

A los Terapeutas que se encuentren realizando alguna investigación les solicitamos comunicarse con nuestra redacción.

Fecha de cierre de la próxima edición (marzo '97) : 10 de febrero de 1997

La sección "Para tener a mano" se enriquecerá con su aporte de datos sobre recursos gratuitos existentes en su comunidad. Así podrán ser usados por otros colegas para la información y orientación de pacientes y/o familias.

Materia Prima le desea a sus lectores una Feliz Navidad y un Próspero 1997 !!!



Otra Puerta



EGIPTO, LAS ARENAS DEL TIEMPO

por Oscar Noya *

Amenofis IV - Akhenatón

El rey Ahmosis I funda en el año 1570 a.C., la decimoquinta dinastía, dando comienzo al Nuevo Imperio.

Periodo de florecimiento artístico y esplendor cultural, va acompañado de conquistas militares y expansión territorial, llevando los límites de Egipto hasta Siria, Chipre, Cicladas al norte y Nubia al sur.

Firmemente establecida Tebas como la capital, el dios Amón y su culto adquieren progresiva relevancia. Se construyen y amplían sucesivamente los templos de Luxor y Karnak dedicados a su gloria y se convierten en los establecimientos sagrados más importantes ideológicamente.

Los sacerdotes de Amón reciben valiosas ofrendas desde todos los rincones del imperio y a medida que aumentan sus riquezas, se incrementa su influencia política en los asuntos del estado.

En 1379 a.C. se inicia el reinado de Amenofis IV, hijo de Amenofis III y la reina Ty. Fue esposo de la más bella egipcia de todos los tiempos, Nefertiti, padre de cuatro hijas y a través de la historia se le atribuye la paternidad de Tutankhamón.

Por eso entonces se inician una serie de importantes cambios sociales. Tanto la reina Ty como Nefertiti comienzan a tener influencia en las determinaciones de sus esposos, hecho totalmente revolucionario en el antiguo Egipto. Fue una época de paz y prosperidad, con un notable aumento de la superficie de tierra cultivada. Los sacerdotes poseían casas nuevas en la ciudad y residencias de campo. Aunque se

desconoce cómo vivía el pueblo, es de imaginar que se veía beneficiado por la prosperidad general.

Al poco tiempo de ocupar el trono Amenofis IV, utiliza parte de la fortuna acumulada por su padre en construir un templo dedicado a Atón (disco solar) en Tebas, constituyendo este acto el germen de la futura reforma religiosa y un abierto enfrentamiento con el clero de Amón que había creado casi un estado dentro del estado mismo.

Sin embargo desde años anteriores se notaba una progresiva fusión entre el dios Amón y Ra, que continúa durante los tres reinados anteriores a Amenofis IV, quien finalmente lo entroniza como divinidad única suprimiendo el politeísmo imperante.

La imagen de Atón se transforma; desaparecen los elementos de cuerpo humano y animal. Aparece bajo el símbolo abstracto de un globo luminoso provisto de rayos que finalizan en manos dispensadoras de calor y vida. El cambio ideológico es fuerte.

Todo este proceso culmina con el cierre y abandono de los templos de Amón, el traslado de la capital del imperio a una nueva ciudad ad-hoc y el cambio de nombre del rey. El faraón pasa a llamarse Akhenatón, o sea "esto le agrada a Atón" y la nueva ciudad Akhetatón o sea "el horizonte de Atón".

En Akhetatón (actual Tell-el-Amarna) no había urbanísticamente diferencias de clases, ya que la nobleza, el sacerdocio y las clases inferiores, excepción hecha de los obreros que tenían su barrio aparte, alternaban sin distinción.

Se produce un cambio en las reglas tradicionales del arte, pasando del idealismo al realismo extremo, el rey se hace esculpir o pintar a sí mismo con sus exactas características

físicas y en actitudes domésticas.

Sus cuatro colosales expuestos en el museo de El Cairo han dado origen a las más variadas interpretaciones: malformaciones, enfermedades metabólicas, hasta se dijo que no era él sino su esposa la allí representada por las características feminoides de las estatuas.

La política exterior deja de ser expansionista y en cierto modo descuida el control de los territorios anexados, lo que trae aparejado una creciente inquietud en el ejército, acostumbrado a la mieles de la conquista y al beneficio económico proveniente de ella. Solo la habilidad y lealtad del gran visir Ay pudo mantener la cohesión y subordinación durante los aproximadamente dieciocho años de reinado.

Lo radical de los cambios en las costumbres y la política terminaría por provocar la reacción de los soldados y el clero de Amón quienes aprovecharon el desamparo de los ciudadanos para conspirar contra la corona.

El final del reinado de Akhenatón es un tanto misterioso, ¿murió o abdicó? . Lo cierto es que su momia nunca apareció y su tumba fue profanada al poco tiempo de la caída del régimen.




Lo sucedió brevemente su hermano Smenkhara y luego el joven Tutankhamón quien restituyó totalmente creencias y costumbres.

Amenofis IV- Akhenatón fue calificado a través de los tiempos de hereje, maldito, enfermo, homosexual y toda clase de epítetos peyorativos. Pero ¿se ajusta esto a la realidad o es una manifestación más de la historia escrita por los triunfadores?.

El enigma que aún envuelve el período amarniano continúa oculto esperando una revelación de este apasionante misterio.

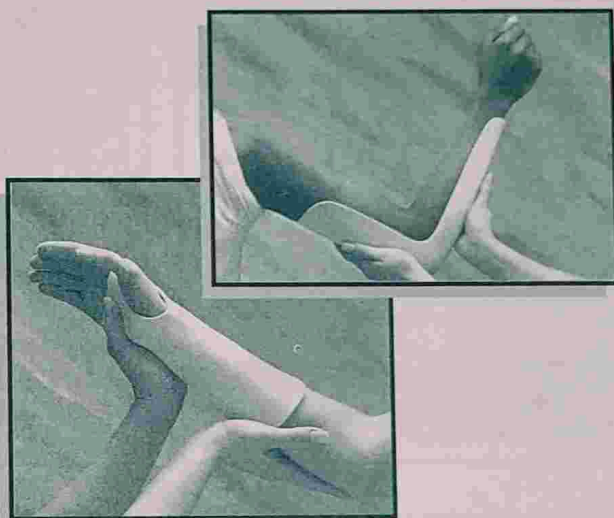
D & R S.A.

Desarrollamos productos de auto-ayuda a partir de ideas generadas por nuestro staff de terapeutas y profesionales del cuidado de la salud, a través del mundo. Nuestros productos son dispositivos de ayuda de alta calidad que permiten mejorar las actividades de la vida diaria. Estamos mejorando la vida de la gente por más de 26 años.

-  **Materiales y elementos de última generación a su disposición apenas aparecen en el mercado mundial.**
-  **Sponsor de Workshops, publicaciones y videos técnicos teórico - práctico.**
-  **Precios especiales para profesionales.**

Rehabilitación General

- IVIA** Termoplásticos, férulas, braces y otros para miembros superiores.
- IVIB** Férulas, braces, valvas, ortesis para rodillas y otros para miembros inferiores.
- IVIC** Auxiliares de marcha, sillas de ruedas y accesorios.
- IVID** Elementos para evaluación.



Rehabilitación Especial

- VIA** Equipamiento para cuidados especiales y adaptaciones para actividades de la vida diaria. (Ayudas técnicas)
- VIB** Elementos para ejercicios y propiocepción.
- VIC** Electroterapia.
- VID** Elementos para control postural.

Distribuidores exclusivos entre otros de

Smith & Nephew

"Leadership in Worldwide Healthcare"

D & R S.A.

Av. Córdoba 2467

1120 - Capital Federal

Telefax :

(01) 961-4157 / 7321 (Lin.Rot.)

Fax 24 hs. : (01) 372-0245/371-5214



AGENDA

16 al 20 de diciembre 1996

II Seminario Internacional sobre Discapacidad
La Habana- Cuba
Informes: Acoyte 52 Cap. Fed.

17 al 20 de diciembre 1996

II Seminario de Educación Especial
La Habana - Cuba
Informes : Acoyte 52 Cap. Fed.

Febrero 1997

XXIII Exposición Feria de Material Didáctico,
Equipamiento Escolar y Servicios para la Educación
Informes : (01) 371-5088/ 375-0419/ 584-0891

23 al 26 de Febrero

Congreso Regional de las Américas de la
Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial.
Mexico.
Informes : (01) 372-5138
Fax : (01) 372-5138

22 al 26 de marzo 1997

Congreso Internacional de Terapia Ocupacional
Hong Kong 1997
Informes: The Federation of Medical Societies of
Hong Kong
Duke of Windsor Service Building, 4th floor, 15
Hennessy Road, Hong Kong
Te: (852) 25278898
Fax: (852) 23853555

abril - agosto 1997

Curso de Postgrado en Gerontología
(Frecuencia Semanal)

Informes :
(01) 962-4456/854-2023

2 al 5 de abril 1997

XIV Congreso Argentino
I Congreso Hispano- Argentino
XI Jornadas del Conosur de Medicina Física y
Rehabilitación
Informes: Av. Santa Fe 1171 Cap. Fed.
Te: (01) 815-8893

9 al 13 de abril 1997

XIX Congreso Latinoamericano de Psiquiatría-
APAL
XIII Congreso Argentino de Psiquiatría de A.P.S.A.
Informes: San Martín 579, 2p Cap. Fed.
Te/Fax: (01) 393-3059/3381

11 al 15 de abril 1997

A.O.T.A. Conferencia Anual y Exposición
Orlando - Florida
Informes : American Occupational Therapy
Association, Conference and Meetings
Department, 4720 Montgomery Lane, PO Box
31220, Bethesda, MD 20824-1220,
Fax 301-652-7711 USA

11 al 16 de mayo 1997

Congreso Conjunto de la Sociedad Internacional de
Artroscopia y la Asociación Internacional de la
Rodilla
Informes:
Moreno 594, 9p of. A Cap. Fed.
Te: (01) 342-3216/ 3408
Fax : (01) 331-0223

6 al 11 de julio 1997

Congreso Mundial de la Federación Mundial para
la Salud Mental
Finlandia
Informes: Fax (358-0) 692-4065

10 al 13 septiembre 1997

Congreso Latinoamericano de Epilepsia
Informes: Moreno 584 9p of. A Cap. Fed.
Te: (01) 342-3216/ 3408
Fax: (01) 331-0223

10 al 13 septiembre 1997

III Congreso Mundial de Estados Depresivos
Simposio Internacional de Anorexia Nerviosa y
Bulimia
Informes: Rivadavia 122 1p Dpto. 25 Mendoza
Te/Fax : (61) 295662/ 3808232

14 al 19 de septiembre 1997

XVI Congreso Mundial de Neurología
Informes: Moreno 584 9p of. A Cap. Fed.
Te: (01) 342-3216/ 3408
Fax : (01) 331-0223

14 al 19 de septiembre 1997

Congreso Mundial de Esclerosis Múltiple
Informes : Moreno 584 9p of. A Cap. Fed.
Te : (01) 342-3216/ 3408
Fax : (01) 331-0223

16 al 20 de septiembre 1997

XXXI Congreso Argentino de Pediatría- Mendoza
Informes : Coronel Díaz 1971 Cap. Fed.
Te/Fax: (01) 821-8612/ 5033

CORREO



Este espacio está abierto a todos los que
quieran comunicarse con Materia Prima y
por su intermedio con personas de todo el
país. (La recepción de correspondencia
cierra el 10-2-97)



"Desde ya felicitaciones por la iniciativa,
para comenzar con esta publicación y les
deseo mucho éxito, para contribuir a un
mayor crecimiento profesional..."
(T.O. Patricia Pecker - San Cayetano - Pcia. Bs. As.)



"Me dirijo a ustedes para agradecerles el
envío de la revista que comenzaron a
publicar. Es de excelente calidad, tanto en
su contenido compuesto por reportajes y
notas diversas referentes a Terapia
Ocupacional, como al material utilizado.
Les deseo muchísima suerte en este
emprendimiento a todo el staff que hace
posible que tengamos una revista en la
Argentina a todos los que trabajamos en
esta profesión..."
(T.O. Silvia Berezin -Cap. Fed.)



"Me dirijo a ustedes para agradecerles el
envío de la revista y felicitarlas por el
desafío que significa llevar adelante lo que
se propusieron; espero que desde acá
podamos apoyarlas... me gustaría
contarles un poco el panorama por acá. En
el mes de junio, por inquietud de tres T.O.
egresadas de la Universidad Nacional del
Litoral y radicadas en Córdoba,
convocamos a la primer reunión para
formar la Asociación de Terapistas
Ocupacionales de Córdoba, y así fue que el
26 de junio de 1996 quedó conformada la
A.T.O.C.. Con los datos que cada uno
aportó logramos contabilizar 18 Terapistas
Ocupacionales que trabajan en toda la
provincia...espero que estos datos les sean
útiles, y comprometiéndonos a tenerlas al
tanto de nuestras actividades, las saluda
atte."
(T.O. Laura Frutos - Presidenta de A.T.O.C. -
Córdoba)



"Muchas gracias por la revista y
felicitaciones por la iniciativa.
Queríamos hacerles saber que acá en
Chubut hasta el momento somos 21
Terapistas Ocupacionales matriculadas.
Como no tenemos Asociación
(aunque es nuestra intención crearla), no
sabemos cuántas están ejerciendo...nos
despedimos hasta la próxima..."
(Lic. en T.O. Viviana Rossi - T.O. Ma. Cecilia
Cañadas - Chubut)



"Quiero hacerles llegar a todo el equipo
mucha suerte en el camino que
emprendieron al editar la revista, les
agradezco me hayan enviado el N° O....
soy de la provincia de Santa Cruz y me
sentí muy identificada con la T.O. Lucila
Moreno de la Pcia. Misiones. Exitos..."
(T.O. Sonia Ockershausen - Santa Cruz)

Para tener a mano

Programa cultural para jubilados "Rincón de lectura"
(01) 811-1447 / 815-5067

A.R.L.E.P.
Asociación Recreativa y Laboral para Discapacitados
Deportes gratuitos para discapacitados motores
Alzaga 2936 - Lanús - Pcia. Bs.As.
(01) 522-0530

MINKA
Asociación sin fines de lucro
Educación, rehabilitación e integración de personas discapacitadas
Bs. As. 141 - Pcia. de Tucumán
(081) 212361

UOCRA
Unión obrera de la construcción
Cursos gratuitos: plomería, electricidad, soldadura
Centro Municipal de Formación Profesional N° 3
Humberto I 2260 Cap. Fed.
(01) 941-2424

A.A.T.O.
Asociación Argentina de Terapistas Ocupacionales
Av. Corrientes 1186 5p Dpto. F. Cap. Fed.
(01) 382-4070

Comisión Asesora para la Promoción y Protección de la Salud y la Prevención del S.I.D.A. de la Secretaría del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires
Información y orientación gratuita
(01) 372-6811 (de lunes a viernes)

FENDIM
Federación Argentina de Entidades Pro- Atención al Deficiente Mental
Av. Jorge Newbery 3546 Cap. Fed.
(01) 553-3723

Cobertura médica para italianos de bajos recursos por convenio entre el Consulado Italiano y el Hospital Italiano.
Tratamiento médico de mediana y alta complejidad
Marcelo T. de Alvear 1149
(01) 816-6132/35

Curso de Historia del Tango
Miércoles de 18 a 21 Hs.
Taller de Letras
Viernes 18 a 21 Hs.
La Rioja 850 Cap. Fed.
(01) 331-0961/ int. 2726 442-6430
M.C.B.A.

Equinoterapia para Discapacitados
Club Hípico Chajarí - Pcia. Entre Ríos
(01) 771-5880

Centro de Atención Jurídica Gratuita
(Flores Sur)
Lunes a Viernes 15 a 18 Hs.
Mariano Acosta 1544 Cap. Fed.
(01) 612-4412

Fuerza de Vida
Grupo para padres con hijos fallecidos
Htal Santojani . Pilar 950 4p Aula E
Cap. Fed.
Lunes de 12 a 14 Hs.
(01) 655-0734



Suscripción: Profesionales: 1 número \$ 7.- 4 números \$ 26
Estudiantes: 1 número \$ 6.50 4 números \$ 24 (Enviar constancia)
(4 números) Países limítrofes: \$ 32 Resto de América: \$ 36 Resto del Mundo \$ 38
(En todos los casos incluye gastos de envío.)

Apellido y Nombres

Sexo DNI Nro. Fecha de nacimiento

Domicilio
Calle Nro. Piso Depto.

C.P. Localidad Provincia País

TE Fax E-Mail

Ejerce Sí No N° de Matrícula

Institución Dirección

Solicito suscribirme a la revista "Materia Prima" por número/s

(Recepción del cupón para el próximo número hasta el 15/11/96)

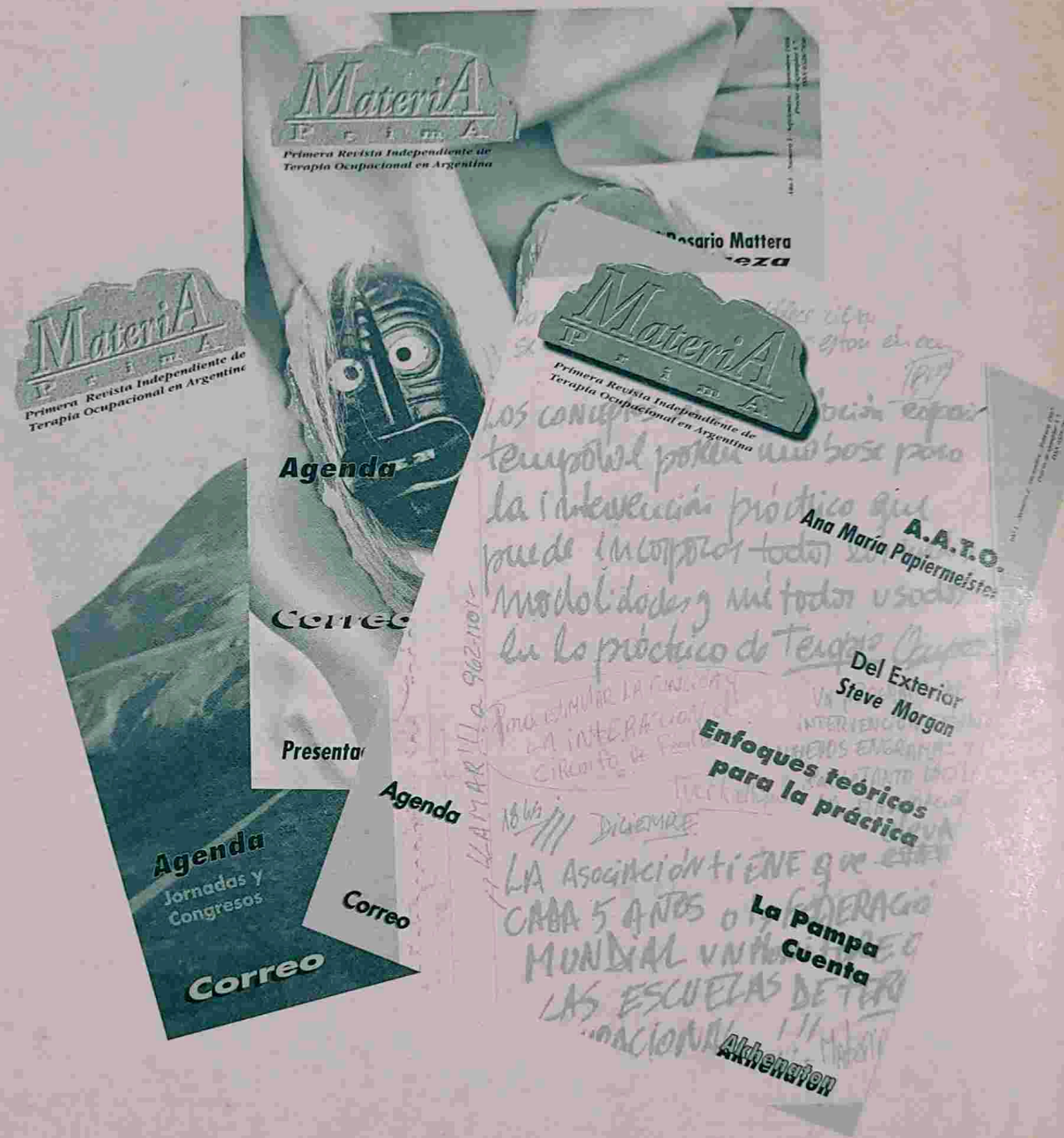
Importe \$ Giro

Adjuntar giro postal (a cobrar en suc. Nro. ° 12) a la orden de:
Andrea Susana Monzón
Gral. Lucio Mansilla 2665 -1425 - Capital Federal

Firma y aclaración

SUSCRIBASE

No se quede afuera !!



Gral. Lucio Mansilla 2665
 (1425) Capital Federal.
 Tel. (01) 962-1101 Fax (01) 964 - 0091