

16/5

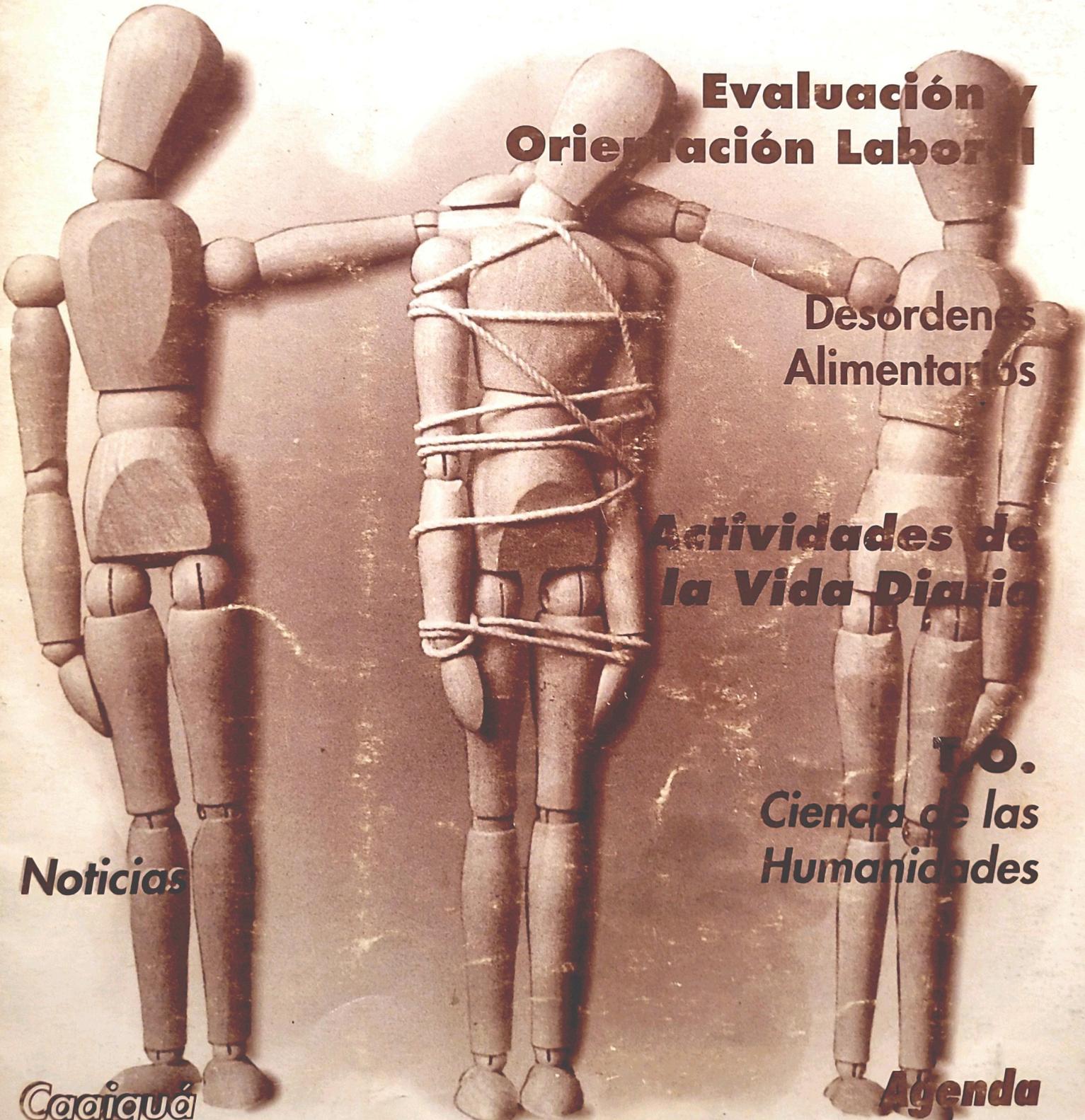
Materia

Primera

Primera Revista Independiente de
Terapia Ocupacional en Argentina



Año 1 - Número 3 - Marzo / Mayo 1997
Precio de ejemplar \$ 7.-
ISSN 0328-7890



Evaluación y Orientación Laboral

Desordenes
Alimentarios

Actividades de
la Vida Diaria

TO.
Ciencia de las
Humanidades

Noticias

Cacigüá

Agenda



STAFF

Editora - Directora
T.O. Andrea Monzón

Subdirectora
T.O. Carolina López

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

Colaboradores
T.O. María Rita Martínez Antón
T.O. Paula Montero
Lic. Alejandro López

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

Colaboran en este número
T.O. Marcela Stefanolo
T.O. Verónica De Gillis
T.O. Susana Mango
Lic. T.O. Gladys Martínez
T.O. Mirta Lavallén
T.O. Alicia Torre
T.O. Fábio Bruno de Carvalho (Brasil)
Dr. Roberto Eguía
Lic. Graciela Kukielka
Lic. Marcela Conte
Klga. Maricel Bertolotto

**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,
los que quedarán bajo exclusiva responsabilidad de los autores.



*Sustancia elemental, que se transforma
con la acción energética del trabajo, cuya
esencia permanece inmutable.*



Editorial

Sumario

Editorial

1

Estilos

Entrevista a T.O. Rosa G de Cordone
Coordinadora Técnica del CEO

2

Del Exterior

"La Ciencia de la Actividad Humana
y el Símbolo" (Brasil)

6

Dossier

**Desordenes Alimentarios,
Síndrome Cultural Actual**

- "Orexia"
- "De Dietas y De Mitos"
- "Anorexia y Bulimia Nerviosas,
Cuadro de Situación"
- "En la Búsqueda Imperativa
de Lo Imposible"
- "Los Trastornos Alimentarios y
su Implicancia en el Tratamiento de T.O."

9

De Producción Nacional

"Modalidad de Abordaje de
la Autoatención: Presentación de
un Programa de Entrenamiento en
Independencia Personal."

21

Reporte

26

Noticias

27

Otra Puerta

"Al mate, mate..."

30

Agenda

32

Correo de Lectores

32

Para Tener a Mano

Matices

"Crear" por Alejandra M.

Iniciamos un año con imágenes que nos remiten a oscuras épocas no olvidadas de nuestra historia.

Nos sorprende una muerte absurda, un asesinato se presenta como un fantasma... un intento cobarde de silencio se instala y provoca la incertidumbre de vaivenes sin respuesta a preguntas inquietantes. Sentimos la urgencia de la comunicación, el desafío de la construcción inacabada del futuro, la necesidad de sortear obstáculos que nos confunden y resquebrajan lentamente la cohesión social.

Por eso, queremos ofrecerle un Ciclo de Conferencias: "El sentido del hacer: una apuesta a fin de milenio", un aporte creativo a nuestra comunidad.

Nada más que una excusa para encontrarnos, hacer un alto entre tanta vorágine y reflexionar. ¿En qué clase de actores sociales nos estamos convirtiendo?, ¿cómo influyen los cambios en un quehacer ético?, ¿cómo acercarnos en este presente "globalmente" complicado?.

Materia Prima en Conferencia...

frente a tanto sinsentido, un intento por priorizar los hechos y las palabras al silencio, para trascender la mortuosa pasividad de la inacción y protagonizar juntos éste, nuestro tiempo.

Andrea Monzón



CENTRO DE ORIENTACIÓN Y EVALUACIÓN PARA LA FORMACIÓN LABORAL Y EL EMPLEO

por Ana Ceneviva y Carolina López

En la calle Dorrego 2480 del Barrio de Palermo de la Capital Federal, funcionó durante muchos años la Escuela de Capacitación en Telefonía para los hijos discapacitados de operarios de Entel.

El lugar, una antigua casa colonial, ha sido reciclada y luego de varias idas y venidas, funciona allí el Centro de Evaluación y Orientación para la Formación y el Empleo (CEO). Su Coordinadora Técnica, es la prueba evidente de los cambios. Rosa Gervasio de Cordone, Terapeuta Ocupacional graduada en el año '74 en la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional. En aquella época no existía como materia el área laboral, con el tiempo, a lo largo de su constante capacitación, descubrió que los T.O. tenían una herramienta a mano: "la actividad científicamente aplicada", que se utiliza tanto para las necesidades de la persona en tiempo de rehabilitación funcional terapéutica clínica, como para ayudar a la persona a adaptarse al mundo sociolaboral.

¿ Dónde empieza la historia de éste Centro ?

Cuando Entel se privatizó y pasó a ser Telecom, no figuraba entre sus proyectos mantener la Escuela, por lo que la casa pasó a manos del Estado. Debido al destino que había tenido la casa, la Comisión Nacional Asesora para la Integración de Personas con Discapacidad, la toma y elige dos programas de Rehabilitación Profesional que presentaron organizaciones no gubernamentales. Hubo varias reuniones, varias presentaciones de programas: uno lo presentó Fendim, es el de Evaluación y Orientación, que está instalado y funcionando aquí; el otro, de Adaptación Laboral, lo presentó el Sindicato de Comercio, fue aceptado y comenzará a funcionar en la parte de atrás de la misma casa, cuando terminen las refacciones.

¿ De quién depende el CEO ?

Es administrado por Fendim, avalado por la Comisión Nacional, y asesorado por la O.I.T., los tres organismos que lo tutelan. Económicamente es autogestivo, se cobra la prestación al usuario o al ente que deriva. Los profesionales cobran por cada caso a evaluar y orientar, y se deduce el monto correspondiente al mantenimiento de la institución. Con respecto a las obras sociales, hasta el momento solamente Pami cubre la prestación del CEO. Estamos detrás de conseguir becas para usuarios que no puedan pagar, ya hablamos con gente del Ministerio de Trabajo, con la Comisión, etc., en algún momento lo vamos a conseguir porque hemos tocado tantas puertas que alguna nos van a abrir.

¿La figura legal es de una fundación ?

Sí, es Fendim, que es una fundación sin fines de lucro de ayuda a discapacitados.

¿Cuál es la dinámica de trabajo del Centro ?

Tenemos cuatro áreas que forman el equipo interdisciplinario: Medicina Laboral, Psicología con experiencia en el área laboral, Terapia Ocupacional con experiencia en el área laboral y Asistencia Social con experiencia en el área laboral. Cada profesional tiene un perfil, es decir que además de su disciplina tiene un conocimiento del mercado laboral, es muy importante que tenga la imagen de qué es una empresa, que tenga la imagen de un hombre trabajando más que de un hombre asistido clínicamente, es muy necesario que las personas que trabajan en el área laboral tengan conocimiento del mundo del trabajo. Se piensa al hombre como dinámico no como asistido, la discapacidad no implica discapacidad para el trabajo.

En el área de Medicina Laboral el Dr. Pizorno trabaja sobre el factor actual, sobre qué capacidades hay que mejorar a futuro, sobre contraindicaciones laborales y un pronóstico laboral tentativo. De ser necesario se solicita actualización de estudios para que las terapias medicamentosas no produzcan alteraciones que impidan la observación de la verdadera capacidad de la

Estilos



persona, también se toman recaudos en la dieta alimentaria dado que en algunos casos puede tratarse de diabéticos o celíacos.

En el ámbito de la Psicología se observan los rasgos de personalidad para decidir si es apto o no para determinado puesto de trabajo. El CI se toma como referente nada más. Se cuenta con un especialista en Rorschach, porque es el psicodiagnóstico más completo que da un perfil de los recursos humanos para las empresas, si bien no cubre el CI, da una idea de las posibilidades.

El área de Asistencia Social tiene que ver con la flexibilidad, es decir si su casa es accesible y si los vínculos familiares son accesibles para poder trabajar en el futuro con cierto margen de seguridad para el usuario.

El área de Terapia Ocupacional evalúa las capacidades funcionales ocupacionales de la persona, todo lo que es destreza motriz general, manual, digital, fuerza muscular, amplitud articular, lo que hace a la aptitud de la persona, el cuerpo en movimiento para el trabajo, y también hace el análisis de mercado, Análisis Ocupacional, para decidir la orientación.

¿Cómo tiene que hacer una persona que quiere acceder a los servicios que brinda el CEO y por qué etapas debe pasar?

Directamente se pide una entrevista con la Coordinadora Técnica, la Terapeuta Ocupacional. Esto es así para hacerle notar a la persona que esto no va a ser una evaluación médico clínica funcional sino que va a ser una evaluación ocupacional. Va a tener un tiempo con profesionales y un tiempo de evaluación en banco. Se le muestra la casa y se le

da un cronograma de horarios con los diferentes profesionales. Son aproximadamente veinte horas de evaluación. Aquí se trabaja en equipo y una de las consignas es no preguntar al usuario más de lo mismo.

Con la T.O. es evaluado con el Valpar, que es un sistema de módulos (equipos, instrumentos) específicos de evaluación ocupacional y lleva 6 horas de trabajo. La evaluación de banco se trabaja con un instructor y son operaciones básicas polivalentes que se manejan en las escuelas técnicas y que tienen que ver con el mercado: medir, marcar, unir, desunir, cortar, ensamblar, pasando de esta manera por varias ocupaciones desde carpintería, librería, computación, y ahora la inclusión de tornería, además de electromecánica y electricidad, plomería, marroquinería, hojalatería, etc. El instructor trabaja con una ficha armada por el T.O sobre método de trabajo, hábitos, seguridad y niveles de comprensión. Y por supuesto las entrevistas de evaluación pertinentes a las áreas que mencioné. Todos los informes se van adjuntando y se los lleva al comité de evaluación de donde surge la orientación. Para la orientación también es fundamental el estudio de mercado, las posibilidades que hay afuera, esto lo hace el T.O., haciendo el análisis de puestos de trabajo.

¿Cuál es la población a la que prestan sus servicios?

Las herramientas que tenemos y los recursos que hay para evaluación y orientación, se usan para toda la población activa que esté en condiciones de trabajar o que necesite capacitarse. Así, un joven que sale del secundario y no sabe que hacer, puede ser evaluado y orientado. También hacemos Recolocación y Selección de personal, ya que lo que

hace a la evaluación sirve para toda persona con o sin discapacidad, no varían en lo absoluto las herramientas, quizás se agregan algunas y se utilizan otros test psicométricos. Dentro de la Orientación, aparte de ver el mercado de trabajo y la capacitación, se indican los servicios que la persona necesita para mantenerse, capacitarse o trabajar (médico, psicológico, kinesiológico, fonoaudiológico, etc.)

¿Qué sucede con los discapacitados mentales?

Dado que nosotros miramos el trabajo, no podemos trabajar con la persona que está en cuadro agudo o descompensado, primero hay que atender esa necesidad para después ver la capacidad.

¿Qué tipos de Orientaciones realizaron hasta el momento?

No sólo se orienta hacia un trabajo sino que se puede orientar a aquel que necesite previa capacitación para llegar al empleo. Nosotros teníamos una población importante con deficiencia mental, la mayoría muy mal ubicadas, por ahí están en Adaptación y sirven para Formación Profesional, o en centros de día donde no tienen desarrollados niveles para trabajar, capacitarse o adquirir conductas laborales. Así, luego de la Evaluación, la Orientación puede ser para: centro de día, que es cuando la persona tiene una carga de discapacidad más comprometida y se trabaja socialización y entrenamiento en A.V.D.; Adaptación laboral, cuando la persona no alcanza a poder capacitarse y aprender un oficio, pero si puede aprender conductas laborales para el día de mañana poder emplearse en un taller protegido; Formación

VENCE EN ABRIL

Presente su declaración jurada de ganancias y bienes personales.

Consúltenos: 636-2447

ESTUDIO CONTABLE
Herrero - Moranelli y Asoc.

GRUPO DE ESTUDIO Y REFLEXIÓN

**"Personalidad creadora
y autorrealización"**

Susana Salzamendi
Antropóloga

(01) 983-8484

Fax: (01) 958-1650

(Seminarios en el interior)



laboral, aquel que puede aprender un oficio. Y por supuesto en el mejor de los casos, se orienta hacia empleo.

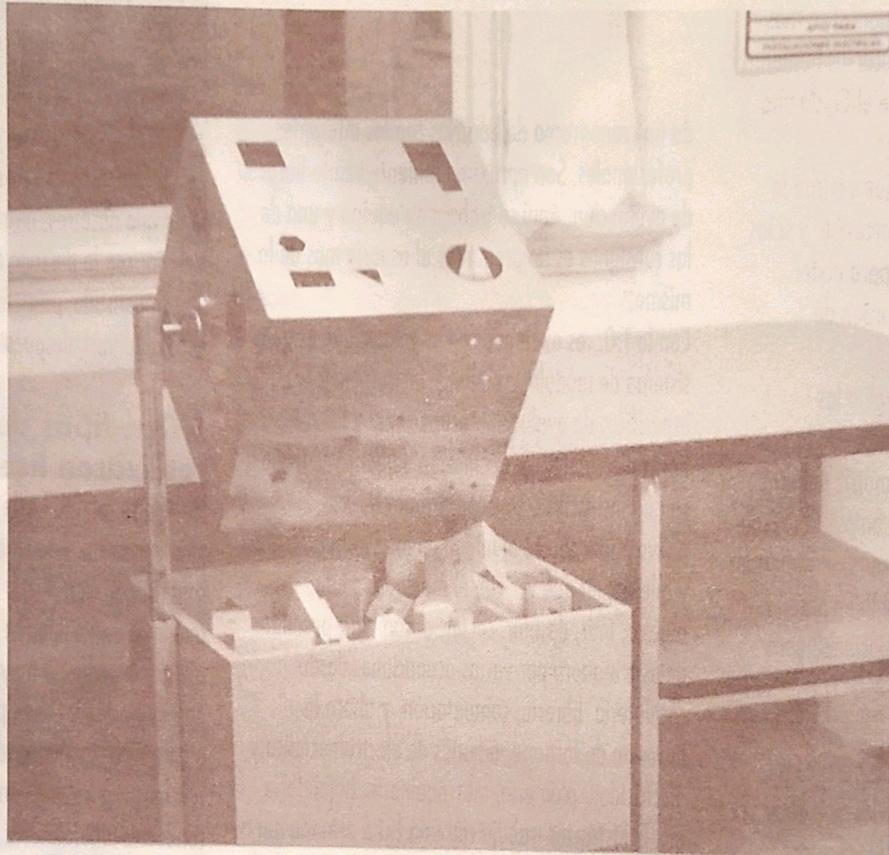
4 En un momento de tanta dificultad laboral esto debe ser muy difícil...

Nosotros llegamos a la conclusión de que no hay que agarrarse de los pantalones de los empresarios ni del Estado, hay que generar alternativas de empleo, talleres protegidos, microemprendimientos, porque está lo que está y encima está desapareciendo. Si una persona que tiene 25 años y una capacitación importante no puede conseguir trabajo, es de imaginar lo que sucede con una persona que tenga alguna discapacidad, pero no es por la discapacidad, sino porque el empleo está desapareciendo. Entonces está en mucha más ventaja la primera persona, porque tiene conducta de empleabilidad, tiene adaptabilidad. La persona con discapacidad cursó su vida siendo lo más vulnerable que hay en la sociedad, entonces no puede competir con otras personas con más ventajas. Lo ideal sería accionar políticamente, generar políticas que tengan que ver con otras alternativas de empleo. La legislación para

taller protegido, está pero no ha sido aplicada o la aplican sólo a medias.

Todo lo que es cooperativa, al igual que con los microemprendimientos, pasa por una cuestión económica. Hay toda una programación, pero no ha sido aplicada porque nadie quiere poner los recursos

aparece". Nosotros el año pasado derivamos gente para Capacitación, a Proyecto Joven, a los Ciclos Básicos Ocupacionales, a Formación Profesional Común en informática y robótica, aparte de la reubicación de la población que nos envía Pami en distintas instituciones según el programa que



tengan. Después en lo que hace al empleo, la Agencia Pública de colocaciones del Ministerio de Trabajo se entusiasmó mucho con que hubiese un centro que evalúe personas con discapacidad, así a ellos se les facilita la parte de evaluación, digamos que la relación es óptima pero de todas maneras no toman personas con discapacidades en ningún lado.

Con el tiempo todo lo que hace a Evaluación y Orientación, que no es nuevo, que es tan viejo como la historia, se va a ir reactivando. Siempre la gente estuvo en situación de evaluación para ver si rendía o no en el trabajo, acá en

Argentina tuvo un tiempo de muy buena aplicación. El profesor Lacal, que es actualmente funcionario de la O.I.T., Asesor Experto en el Área Laboral de Rehabilitación Profesional, creó los Talleres de Formación Profesional, se movió para que hubiera equipos de evaluación y

como base económica para que esto pueda llegar a largarse.

¿ Tienen relación con empresas, han logrado llegar?

Sí, llegamos a todos pero cuando se trata de ubicar gente todos son muy buenos pero "el poncho no

Inglés Todo el año

* Individual y grupal
* Todos los niveles
Material específico de T.O.

(01) 796-0917 / 811-9884

Lic. Norma Medina
Terapias breves,
individual y familiar
544-4197

Lic. Marcela Conte
Terapia individual y grupal
983-7677

orientación y promovió la Colocación Selectiva, luego se desactivó todo y ahora es como que hay ganas de volver a accionarlo ajustándolo a esta realidad, a este momento económico de la Argentina. Es un desafío muy grande, porque la persona con discapacidad quiere saber para qué sirve. Pero por otro lado encontramos instituciones, casas de estudio de capacitación que no tienen muchas ganas de modificar sus programas de capacitación que tienen que ver con la discapacidad, barreras arquitectónicas, distintos tiempos para su aprendizaje. No siempre es que no quieran, a veces tienen buena predisposición pero no están preparados y nosotros empujamos. Algunas cosas hemos empezado a sentir, nos llaman y nos dicen "tenemos un grupo de jóvenes y queremos, para modificar el programa, ver cómo es la evaluación", entonces empezás a sentir que hay ganas de hacer.

¿ Qué otro tipo de actividades realiza el centro?

Desarrollamos un área de docencia dando seminarios, organizando pasantías y cursos para personas que vienen del interior y quieren aprender sobre la Evaluación Ocupacional y la Orientación. Hasta ahora hemos dado dos seminarios, uno era con Certificación Ocupacional, que es muy importante por la investigación de los baremos en

las ocupaciones, con el profesor Arboredo de la O.I.T. y el otro fue sobre Adiestramiento en el puesto de trabajo, cómo capacitar un operario y adiestrarlo en su puesto de trabajo, más todo lo que es Talleres Protegidos, Evaluación, Orientación, Formación Profesional.

Por otro lado, hemos prestado cooperación técnica a un centro similar en la Rep. Oriental de Uruguay informando sobre la mecánica del CEO y

compartiendo los formularios que utilizamos aquí. Para el '97 se prevén seminarios de Análisis Ocupacionales y estudios de mercado.

"... Creo que el área laboral tendría que estar aún más trabajada e investigada porque los T.O. tenemos la herramienta clave para conectarnos con el mundo del trabajo. Podemos estudiar el mercado a través del Análisis Ocupacional, investigar la Seguridad Industrial, la Ergonomía, la Calidad total. Creo que sería muy importante que el área laboral sea verdaderamente un área y no una materia dentro de la formación. Que sea un área de especialización en la que entren aspectos de la Rehabilitación Profesional: Evaluación, Orientación, Adaptación, Formación, Empleo, la Recalificación y la Reubicación Laboral...."

*Materia
Prima*

Materia Prima en Conferencia "EL SENTIDO DEL HACER: UNA APUESTA A FIN DE MILENIO"

- 10-5 *Los Tiempos De La Desocupación: Trabajo Y Tiempo Libre*
- 17-5 *Los Tiempos De La Eficiencia: Decisiones En Salud*
- 24-5 *Los Tiempos De La Productividad: La Practica Institucional*
- 31-5 *Los Tiempos De La Ética*

Informes e inscripción:

TE: (01) 545-8406 Telefax: (01) 786-6833



LA CIENCIA DE LA ACTIVIDAD HUMANA Y EL SÍMBOLO

por Fábio Bruno de Carvalho*
Brasil.

Este trabajo ha sido presentado en el "V Congreso Europeo de Terapia Ocupacional", Madrid-España, septiembre de 1996.

Discutir la terapia ocupacional como la ciencia de la actividad humana es una propuesta que nos pone de cara a la epistemología, es decir, debemos discutir qué tipo de ciencia es la terapia ocupacional y por lo tanto sus presupuestos.

A partir de este entendimiento es necesario que sigamos una determinada clasificación en ciencias. La orientación que estamos siguiendo en nuestros estudios es la ofrecida por el profesor Rezende, la cual, nos permite que hagamos una aproximación de la terapia ocupacional con algunas formas de hacer ciencia.

"En verdad, la filosofía de las ciencias nos enseña que hay tres grandes tipos de ciencias. Las formales, las empírico-formales y las humanas, también llamadas hermenéuticas". (Rezende, 1987).

La posibilidad de que exista una terapia ocupacional formal nos parece lejana y no sabemos de teorías que hayan sido desarrolladas por terapeutas ocupacionales con ese propósito. La dificultad que

tenemos para que desarrollemos este concepto resulta exactamente de la característica principal de las ciencias formales, la que sea, la ausencia de lo concreto. Hablar de las ciencias formales es hablar de lo abstracto, de la estructura y de la forma.

Las matemáticas son el paradigma de las ciencias formales. Y en ella lo que existe son solamente relaciones. Tipos de relaciones entre términos que son determinadas por las operaciones de sumar, restar, multiplicar, etc... Si entendemos estas condiciones en una ciencia, como las matemáticas, es casi imposible equivocarse.

De esta forma, lo fundamental para las ciencias formales, es el raciocinio lógico, la racionalidad y lo que se busca es la coherencia, no hay necesidad de que exista la corporalidad, la concreción de las cosas. Es filosofía del estructuralismo, el que garantiza estos presupuestos. Sobre el estructuralismo Rezende, apoyando a Ricoeur, nos dice: ***"En las estructuras, hay solamente relaciones, no hay cosas, no hay términos, no hay sujetos."*** (Rezende, 1990)

Esa es la dificultad para que tengamos una terapia ocupacional formal... ***"no hay sujetos"***.

La verdad es que existen dificultades epistemológicas para que califiquemos la terapia ocupacional como ciencia formal. Sin embargo, cuando investigamos la posibilidad de la existencia de una terapia ocupacional empírico-formal, estas

Del Exterior



dificultades casi no existen.

En la ciencias empírico-formales permanecen la forma, la estructura y las relaciones, pero se agrega la experiencia a los conocimientos empíricos, la materia, el cuerpo, la dinámica y el movimiento. La física es el mejor ejemplo de una ciencia empírico-formal, así como también lo son la biología y la química.

El criterio que se utiliza para caracterizar la ciencia empírico-formal es la realidad. Además de ese criterio hay **"...en las ciencias empírico-formales un concepto operacional clave: el concepto de proceso."** (Rezende, 1987). Este concepto está ligado al tema de la temporalidad con el pasar del tiempo.

De este modo, para que haya conocimiento en las ciencias empírico-formales es necesario que haya criterio de realidad y que se realice a su tiempo, es decir, en proceso, y relativamente a las condiciones que se dan.

La mayoría de los manuales de terapia ocupacional nos propone este tipo de ciencia, ya que existe una terapia ocupacional que observa, que cuantifica, que hace medidas, que evalúa y que trata comportamientos y lesiones físicas. Ésta sería la terapia ocupacional descrita en 1990, por Pinto, como positivista. Pero la ciencia empírico-formal se caracteriza también por el movimiento, por la transformación y por la dialéctica. Así, con estas otras características es posible que encontremos también una representante en la terapia ocupacional.

Ella sería la terapia ocupacional que Pinto denominó de materialista-histórica. En este concepto la terapia ocupacional está preocupada en crear una costumbre colectiva, no corporativa, interdisciplinar y que se preocupa en hacer la revisión de los modelos de intervención hasta entonces adoptados, principalmente en las instituciones de salud mental.

Descrito de esta manera es fácil reconocer la existencia de la terapia ocupacional empírico-formal. Los análisis que estudian el desarrollo de la profesión muestran su relación con las ciencias biológicas y el modelo médico. Sin embargo, esta condición histórica no nos debe impedir que busquemos otras referencias científicas para la terapia ocupacional. Engelhart en un artículo de 1977, nos mostraba la perspectiva para que pensáramos en la terapia ocupacional como ciencia humana.

"La terapia ocupacional es de hecho espantosamente holística. Debido a su objeto ser la realización de los pacientes en y a través de la función, ella tiende a dar énfasis especial sobre las consideraciones de la persona como un todo- ella recurre a valores humanos amplios y básicos de actividad y participación en la realidad. La terapia ocupacional es, en este sentido, un proyecto esencialmente humanístico- ella enfoca la consecución del valor a través de la actividad humana." (Engelhart, 1977).

Kielhofner en sus críticas a los modelos científicos de la terapia ocupacional, a los cuales denominó de reductibles, los identificaba como modelos incapaces de hacerse cargo de las necesidades humanas. Estos dos autores mostraron la preocupación en reconocer y afirmar que la terapia ocupacional tiene una contribución importante para el conocimiento de lo que es el ser humano. Creemos en este presupuesto y lo que estamos intentando comprender y destacar como fundamento para una terapia ocupacional humanista es el concepto de Símbolo. Concepto éste, que es la pista que nos permite el conocimiento de lo que son esas ciencias.

"¿Cuál es el paradigma de esas ciencias? (Humanas). Difícil decirlo. Tal vez por afinidad etimológica, hablásemos de la antropología y, por extensión de las ciencias del lenguaje. ¿Y cuál su criterio de científicidad? El criticismo. Esto porque estamos tratando con el fenómeno humano, que es



**Centro de Formación
en Psicomotricidad**

Reconocimiento Oficial

**Dirección: Mirta Susana Feudali
Araceli M. López**

**Modalidades de Formación: 1- Presencial
2- Semipresencial**

ABIERTA LA INSCRIPCIÓN 1997

**Informes: Lunes de 19,30 a 21,30. Tel.: 637-2984
Av. Juan B. Alberdi 2294 - Cap. Fed. Tel. 983-4833 / 544-4422**



polisémico. Él no tiene la pureza de la estructura matemática, ni la objetividad del dato empírico-formal. Y eso, precisamente, porque en las ciencias humanas hay una coincidencia entre el objeto y el sujeto del saber.” (Rezende, 1987)

El criticismo de las ciencias humanas deja la duda, la incertidumbre y pone en jaque la verdad única en ciencia. El fenómeno polisémico que está presente en las ciencias humanas, nos muestra más de una verdad, nos ofrece varios sentidos y agrega la necesidad de una interpretación. Es, exactamente, en este lugar que se encuentra el símbolo. De esta manera, ¿cuál la verdad científica contenida en las ciencias humanas? No será ni la coherencia de las ciencias formales, ni la correspondencia a lo real dado por las ciencias empírico-formales, pero la verdad encontrada en el consenso. De esta forma al aproximar la terapia ocupacional a las ciencias humanas subrayamos la necesidad de un conocimiento ligado a lo simbólico, la interpretación y la validez consensual. Además, debemos entender que esta aproximación significa adelantarse a los conocimientos explicativos, obtenidos a través de los hechos de la naturaleza para aportar conocimientos dados por la comprensión de los hechos humanos, mejor dicho, de las actividades humanas.

“Un evento concreto de la historia o una obra de arte como la Pietá de

Miguel Ángel, o Fausto de Goeth o una sinfonía de Bethoven, nunca se pueden explicar adecuadamente, es decir, por una retracción causal a causas a que la obra debiera su origen. Aunque se conocieran todas las causas, cuyo concurso hubiese producido este efecto, ni por eso estaría, de ninguna manera, aprehendido su contenido de sentido y de valor. Sin embargo, semejante obra puede ser “comprendida”, abriéndose en su contenido de sentido, en su valor artístico y en su fuerza espiritual de expresión.”(Coreth, 1973).

Concluyendo, podemos decir que toda actividad humana dentro del contexto de la teoría del conocimiento, tiene un carácter simbólico donde se puede ver tanto la capacidad de abstracción y concretización del hombre como una serie de otros significados humanos pasibles de interpretaciones. Y que, por lo tanto, en esa dirección, nos permitirán adquirir una comprensión siempre más amplia del hombre que la realiza.

Referencias bibliográficas

- Coreth, E- *Questoes fundamentais de hermenêutica*. Sao Paulo, Editorail Pedagógica e Universitária, 1973
- Engelhart, H.T.- *Definig occupational therapy: the meaning of therapy and the virtues of occupation*. *The American Journal of Occupational Therapy*, New York, V.31. Nº10, p 666-672, 1977
- Pinto, J.M.-*As correntes metodológicas em terapia ocupacional no Estado de Sao Paulo (1970-1985), dessetaçao de mestrado*, UFSCAR, 1990
- Rezende, A.M. - *Psicanálise e filosofia das ciencias: a Questao da verdade*. *Ide*, Sao Paulo, V.14, p 21-24, 1987

* Terapista Ocupacional
Universidad Pontificia Católica de
Campinas, Sao Paulo, Brasil

Materia
PRIMA

TODOS Técnicas
PODEMOS Manejo Respiratorio
CANTAR
Animate y probá esta inagotable
forma de expresión
Flga. Patricia Menutti 362-7315

Murdoch s.r.l.

*Empresa de Mudanzas
atendida por sus dueños*

*Traslados de oficinas
y particulares*

Descuentos a T.O.

*Paraguay 2727 1ºP
(01) 790-5551 6185*

DESORDENES ALIMENTARIOS, SINDROME CULTURAL ACTUAL

OREXIA

por Materia Prima

Cuando nuestros antepasados bajaron de los árboles a la sabana, modificaron substancialmente, entre otras cosas su menú. Contaban para ello con una condición; eran omnívoros, eso les permitió continuar comiendo los frutos que encontraban, comer carroña y empezar a cazar piezas pequeñas. Ya bípedos y bimanos, los homínidos carecían de colmillos, los incisivos eran pequeños; los molares, anchos y planos, las mandíbulas funcionaban para moler y triturar más que para herir y cortar, a diferencia de los simios antiguos y actuales que poseen caninos protuberantes para abrir cáscaras de frutos duros, defensa, etc. Las "Líneas de Harris" de los huesos y los dientes humanos prehistóricos muestran que nuestros antepasados de la Edad de Piedra seguían pautas de ayuno y festín esporádicos mezclados con períodos de hambre prolongada. Sujetos a los lentos avances tecnológicos que fueron logrando con la invención de herramientas y a los cambios climáticos, nuestros antepasados de la era de las glaciaciones no podían ganar peso de un modo constante como para engordar, por dos razones; la primera, porque eliminaban las reservas de grasa varias veces al año, a causa de las escaseces temporales de ciertos animales y plantas silvestres

cosechables, la segunda, porque con lo que andaban, excavaban y transportaban, quemaban la mayor parte de las calorías excedentes que tenían de cuando abundaba la comida y el homo erectus a pesar de conocer el fuego, todavía no cocinaba y calentaba sus alimentos, lo cual hubiera atenuado en parte las hambrunas. Independientemente del método, la producción de alimentos tiene costes elevados pues consume una gran parte del tiempo, energía y conocimientos técnicos de nuestro género que se las ingenió para sistematizar su logro. Así, la agricultura, la ganadería y la explotación industrial, si bien no lograron erradicar el hambre, tal como puede verse aún periódicamente en algunas regiones de África, han atenuado o acortado los períodos de hambre estacionales para gran parte de la humanidad.

El hecho de comer demasiado no es responsable en sí mismo de la obesidad. Ninguna ley fisiológica dispone que la sobrealimentación conduzca al exceso de peso. El problema subyace en la formidable eficacia que tiene nuestro organismo para convertir en grasa la comida excedente, depositándole en almacenamientos de energía en nalgas, pechos, abdomen y muslos. La capacidad de convertir la energía alimentaria en grasa, es una herencia biológica de los homínidos ya que el núcleo de esta habilidad es el hambre al que estaban sometidos estacionalmente por falta de animales o vegetales. El hambre que tenemos cuando

estamos bien alimentados es una señal del peligro futuro, no del presente, en cuanto la última comida sale del estómago comienzan a llegar señales al hipotálamo, que nos indican que ya es hora de comer nuevamente. Los festines que se producían cuando se conseguía alimento o había cambios estacionales que favorecía la recolección o la agricultura, han llegado hasta nuestros días disfrazados, por ejemplo, el Día de Acción de Gracias de E.E.U.U. que remite al comienzo de la cosecha. También los festejos familiares o reuniones comerciales donde se come, son vestigios de aquellas hambrunas. Si bien el hombre es omnívoro, nace con preferencias gustatorias, esto responde a la selección natural puesto que los vegetales o productos animales más venenosos o indigeribles, poseen sabor amargo, agrio, acre, picante o salado todo lo cual es modificado posteriormente por lo cultural. Sin embargo dependiendo del contexto natural o cultural, siempre existirán fuentes de alimentos más baratas que otras, razón por la cual se dan preferencias alimentarias, que en gran medida dependen de los recursos con los que cuenta el lugar y el gasto que produciría otro tipo de alimentación.

Hay regiones donde recolectar insectos es barato debido a la gran abundancia en el medio, en otros sin embargo es más barato encontrar piezas grandes de caza o criarlos. Muchos de los tabúes alimentarios responden a esta causa, por ejemplo



la prohibición de comer cerdo del Corán o el Antiguo Testamento se debe a que los cerdos necesitan sombra y deben humedecer su piel para prevenir la insolación, no dan leche, no pueden arrastrar arados ni criarse con hierba, constituyen una mala inversión en tierras cálidas y secas.

Las prescripciones alimentarias en la Biblia son relacionadas con la carne y la leche, pero no con alimentos vegetales. La evidente preferencia de los humanos por el consumo de carne se debe a que ésta ofrece las proteínas, aminoácidos y vitaminas altamente nutritiva en las funciones de desarrollo muscular, regulación del organismo y desarrollo del cerebro, propiedades difíciles de encontrar en alimentos vegetales solamente. Esto explicaría entre otras cosas los medios para conseguir dicha provisión, desde la ingesta de placenta humana de las comadronas yanomamis hasta algunas prácticas antropofágicas.

El asesinato de seres vivos para alimentación le ha planteado al hombre, grandes conflictos filosóficos aún sin saberlo, para resolverlos ha recurrido a diversos métodos, por ejemplo justificándolo en el Antiguo Testamento por la caída del hombre del Jardín del Edén donde solo comía frutas y semillas (Génesis, 1,29) y recién a partir de Noé, el hombre se volvió carnívoro (IX,3). Para algunas sociedades sin escritura la ingesta de carne es apenas una forma atenuada de canibalismo dado que se humaniza la relación del cazador y su presa, convirtiendo la relación, en una especie de alianza matrimonial facilitada por la cercanía entre el acto de comer y el de copular. El sexo figura junto al hambre entre los principales motivos de la acción humana, pulsión y apetito. En tanto fuerza selectiva de la evolución, el sexo es menos potente que el hambre porque

cuando éste alcanza niveles de inanición, los humanos pierden la pulsión y el apetito sexuales. Las privaciones sexuales no disminuyen el apetito, de hecho es posible que haya un aumento de la ingesta para mitigar la penuria sexual. No obstante en igualdad de condiciones el sexo se impone fácilmente al deseo alimentario.

La relación entre ambos apetitos es tan estrecha que en el plano de la elevación espiritual e intelectual ambas privaciones suelen ir acompañadas. Sócrates y Platón eran ayunadores regulares, diez días seguidos, Pitágoras exigía a sus alumnos cuarenta días de ayuno antes de admitirlos en su clase.

La Biblia también nos cuenta que el rey David ayunó doce días para salvar a su hijo. Gandhi usaba el ayuno como forma de purificar la India y poderoso método de no violencia. El poder real y mágico.

El ayuno es por definición "la abstinencia de alimentación" y por extensión, privación de algo que se necesita. El ayuno, es social, referido a una cultura o subcultura, a creencias, un ideal compartido, elección voluntaria, búsqueda de control y poder sobre sí y sobre los otros y también sobre Dios.

Se considera a la anorexia Síndrome ligado a la cultura, es el ayuno imposible, es solitaria, estereotipada en sus modalidades, obsesión por no engordar y no perder el control sobre el propio cuerpo. Inexistente en el mundo oriental no occidentalizado, de muy baja incidencia en

la raza negra, y sin ninguna inserción en gran parte del África, desaparece de aquellos lugares donde el hambre hace su aparición real.

La cultura establece la delgadez como canon estético y la dieta camino forzoso, la moda, imperativo categórico, serás flaca o no serás nada. Es probable que hagan falta varias generaciones para hacer una anoréxica, por eso simplificar adjudicando la responsabilidad a un imperativo estético, resulta un concepto forzado.

La historia está llena de anoréxicas, desde reinas hasta santas, desde la Emperatriz Elizabeth de Austria (Sissi), a Catherine de Siena, quien además nos deja pruebas escritas del litigio familiar y lleva el ayuno hasta la muerte en nombre de Dios.

Podemos encontrar las primeras referencias en Avicena en el siglo XI, descripciones más detalladas en *Physiologia or a treatise of consumptions*, London, 1694, de Richard Morton, y así continúan las referencias hasta que en 1873, Charles Lasegue le da el nombre actual y realiza un minucioso estudio y descripción.

Tan antigua como la misma Grecia que nos ofrece en el plano de la ficción, una sufriente Antígona, nos ofrece asimismo una terrible paradoja, para nuestros antepasados el enemigo más temido y a combatir, el hambre, para muchas de nuestras jóvenes contemporáneas, el enemigo más temido a combatir, el hambre.

Bibliografía

- Feinstein Sherman y Sorosky Arthur, (comps.) *Trastornos en la alimentación*, Buenos Aires, 1988, 312 pags., Ediciones Nueva Visión.
 Harris Marvin, *Nuestra Especie*, Madrid, 1992, 542 pags. Alianza Editorial
Anorexia y Bulimia, Actualidad Psicológica, Buenos Aires, diciembre de 1994.
Actualidad Psicológica, Buenos Aires, noviembre de 1995.
 Vertex Vol. 1, N 2, 1990.

DE DIETAS Y DE MITOS

por Graciela Kukielka*

Durante el presente siglo han ocurrido numerosos cambios en la humanidad. La aparición de la televisión produjo un fenómeno comunicacional invadiendo el ámbito familiar e imponiendo ideas y modelos. La publicidad y la promoción de revistas femeninas completaron el cuadro de influencia sobre hábitos y costumbres. Uno de los aspectos más afectados, ha sido el nutricional. Las figuras andróginas son acompañadas de dietas mágicas y productos, para eliminar "esos kilos de más", la dieta de la luna, la de la manzana, la del astronauta, etc. que conformarán la dieta ideal. El sector más afectado, es siempre el más débil, el más fácil de convencer e influenciar, el que carece de criterios para discriminar sobre absurdos y sensateces, porque busca modelos e identificaciones, sobre todo sexual; hablamos del adolescente. Verse esbelto, delgado y a veces hasta frágil, es la consigna, olvidando lo más importante, la nutrición.

Las alteraciones en la nutrición son varias, desde las más extremas como la bulimia y anorexia hasta las que son socialmente aceptadas.

PICOTEOS: existe como respuesta a estados tensionales, se justifica por falta de tiempo o diferencias horarias familiares o cualquier otra razón que abone tal conducta.

HIPERFAGIAS VORACES: convivencia o influencia de hogares con conductas alimentarias excesivas, familias de obesos. Los hábitos alimentarios son transmitidos de padres a hijos o dentro de la propia familia (las recetas familiares, la

especialidad de la abuela, las pastas del domingo, etc.) y difícilmente los integrantes se den cuenta de esto, es generalmente el equipo profesional médico-nutricionista quien lo detecta y trabaja para corregirlo.

DIETANTES: saltan de dieta en dieta por la permanente preocupación de estar en forma.

Ya no se trata de normalizar el peso de acuerdo a talla, altura o estructura física o simplemente a un balance nutricional estricto por motivos de salud, sino de seguir un patrón social, adoptando dietas bajo la tentadora promesa de bajar varios kilos milagrosamente en pocos días.

Ya que señalamos la importancia de los medios, hablemos también de las empresas manufactureras de vestimenta. Cualquiera puede constatar al comprar ropa, que el tamaño de los talles ha variado. ¿Cambiaron acaso los patrones de medidas? Evidentemente es una adaptación de los fabricantes a los requerimientos del mercado, provocando en aquellos consumidores que no dan la talla, una sensación de consternación y una inquietud por bajar de peso.

DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: deficiencias o excesos por gustos poblacionales o culturales.

¿Qué y cómo comemos? Esa es una característica de los tiempos. Es indudable que hoy, la comida entra por los ojos, pero

debemos aprender a disfrutarla con los otros sentidos, aroma y sabor, así como a pensar en su valor nutricional.

Entre los males del siglo se cuentan el haber modificado el contenido de fibra en la dieta, causa de grandes trastornos y enfermedades. El consumo de vegetales de hoja, crucíferas y coles ha disminuido, los "fast food", cómoda respuesta a "nuestro poco tiempo", incrementan el consumo de grasas saturadas. Las empresas alimenticias lanzaron al mercado productos envasados, como ayuda a la mujer que trabaja fuera de casa, incorporándoles aditivos y conservantes que no siempre son 100% óptimos para la salud, y a veces los envases tampoco cuidan la contaminación que se puede producir con metales tóxicos en las soldaduras de las latas.

El mito de lo light, muy bien orquestado por los medios de comunicación, nos hace llegar un mensaje basado en la satisfacción, si es posible inmediata, muy distante de la salud. El estar delgado, cumbre de valores socioculturales, garantiza felicidad, éxito laboral, relaciones, seducción, todo ello dentro de un marco hedonista. Las campañas para aumentar el consumo de bebidas light no van acompañadas de campañas para el cuidado de la salud integral.

Los equipos de salud debemos trabajar conjuntamente con docentes para transmitir a los medios y a las familias, la necesidad de prevenir trastornos alimentarios, como la bulimia y anorexia, incluyendo el aspecto de familia continente, que ayude a crecer al adolescente, preparándolo para un mundo competitivo, pero seguro de sí mismo con el apoyo de fuertes valores familiares.

*Dietóloga - Nutricionista



ANOREXIA Y BULIMIA NERVIOSAS, CUADRO DE SITUACIÓN

por Dr. Roberto Eguía*

12

La Anorexia y Bulimia Nerviosas son alteraciones de la conducta al comer que esconden uno de los paradigmas más importantes para la Salud Mental en esta última parte del siglo, dada su asociación en su génesis, con pautas culturales determinadas que imponen modas en el marco de un feroz mercado consumista del que todos formamos parte y somos responsables.

El cuadro clínico psiquiátrico que determinan estas patologías está descrito en el DSM IV, Manual de Diagnóstico y Estadísticas de los Desórdenes Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría, edición 1994. Dicho manual nos dice que para tener Anorexia se deben cumplir cuatro criterios a saber:

1- Rechazo contundente a tener peso por encima del mínimo posible según sexo, edad y talla, lo que es consecuencia de tener, por ejemplo, un 85% del peso correspondiente.

2- Pánico a engordar que no disminuye a pesar de seguir perdiendo peso.

3- Distorsión del esquema corporal por la que el/la paciente se ve o se siente gordo/a, o le resta importancia a su

estado de desnutrición, o su autoestima se basa en la percepción de su figura física.

4- En las mujeres, amenorrea (se la considera presente como criterio luego de la falta de tres ciclos consecutivos, y también si la menstruación es estimulada artificialmente con hormonas).

A su vez se divide en subtipos restrictivo (sólo hace dieta e hiperactividad) y purgativo (tiene además conductas purgativas para no engordar como ser vomitar, tomar laxante y/o diuréticos, pudiendo presentar atracones).

Para diagnosticar Bulimia los criterios son los siguientes:

1- Episodios recurrentes de voracidad, llamados atracones. Un atracón se caracteriza por una comilona donde la cantidad de comida es mucho más abundante que lo normal y la persona siente que pierde el control sobre ella misma y no puede parar de comer, durante el episodio.

2- Conductas compensatorias inapropiadas posteriores, como la auto provocación del vómito, el abuso de laxantes, de diuréticos, de hormonas tiroideas o un ayuno compensador o hiperactividad física.

3- Los episodios ocurren al menos dos veces por semana en los últimos tres meses.

4- La autoevaluación está intensamente influenciada por la figura corporal y el peso.

5- Este desorden no ocurre exclusivamente durante episodios de Anorexia Nerviosa.

A su vez se dividen en un subtipo purgativo (aquellos que utilizan como método compensatorio al vómito, los laxantes, los diuréticos y demás fármacos) y no purgativo (aquellos que utilizan otras conductas compensatorias inapropiadas como la hiperactividad o el ayuno).

También existen un conjunto de desórdenes inespecíficos que no cumplen con todos los criterios anteriormente expuestos y que se refiere a síndromes atípicos, síndromes incompletos y a formas de comienzo de la enfermedad. El DSM IV nos propone seis ejemplos, lo que no quiere decir que haya aún otras formas no descritas:

1- En las mujeres, se cumplen todos los criterios para anorexia, pero la paciente menstrúa regularmente.

2- Se cumplen todos los criterios para anorexia, pero a pesar de venir perdiendo peso, aún no se registra un bajo peso corporal.

3- Se cumplen todos los criterios para Bulimia, pero la frecuencia de los episodios es menor a la propuesta, en los últimos tres meses.

4- Utilización frecuente de conductas compensatorias inapropiadas en una persona de peso normal y después de una comida normal o ínfima (por ejemplo vomitar después de comer una galletita)

5- Masticar y escupir sin tragar durante el atracón

6- Desorden por atracones: Atracones sin conductas compensatorias frecuentes, lo que lleva a un importante sobrepeso. Este desorden es propuesto para ser categoría específica de trastorno para una próxima revisión de diagnóstico. Se considera que el 30% de los casos de obesidad masiva se refieren a este tipo de Bulimia y no a una obesidad simple.

El 90% de los casos son mujeres. La incidencia mínima para el DSM IV es de un 1 % para la Anorexia y de un 3% para la Bulimia. La tasa de mortalidad puede llegar al 18% (estos pacientes mueren por desnutrición por una infección interrecurrente ya que se quedan sin defensas, o por paro cardíaco producido por la baja de potasio que ocasionan los vómitos, los laxantes y los diuréticos, sin olvidar las alteraciones metabólicas que surgen de las conductas variadas que pueden llegar a tener). La edad de comienzo pico para la Anorexia son los 14 años y para la Bulimia los 18. Es muy común comenzar con Anorexia pasar a la Bulimia.

Detrás de estos criterios nos encontramos ante jóvenes con una fuerte tendencia a evitar el crecimiento, con miedos, con baja tolerancia a las frustraciones, baja autoestima, perfeccionistas, rígidos, también impulsivos hasta agresivos. Acompañan a estos cuadros síntomas depresivos, obsesivos y fóbicos cuando no

psicóticos. La personalidad puede estar alterada hacia un desorden narcisista, dependiente y hasta fronterizos graves. La asociación a otros trastornos, especialmente Depresión es alta, para más de un 50% de los casos.

Para la Psiquiatría Biológica estos desórdenes junto con los del estado de ánimo y los de angustia y ansiedad se desarrollan alrededor de alteraciones sobre los mismos neurotransmisores (serotonina).

También se considera a los trastornos alimentarios un tipo de adicción. "La adicción de las mujeres".

La familia cumple con los códigos típicos de la cultura occidental de fin de siglo, con una crisis de roles, con poca capacidad para la puesta de límites y toma de decisiones. De tipo horizontal sin escalas jerárquicas y a veces aglutinada.

La cultura de la delgadez, del éxito fácil a través de lo superficial, la necesidad del placer inmediato, el miedo y la negación a la vejez conforman el entorno apropiado para que un preadolescente entre, si tiene predisposición, en el terreno de estas patologías, como una manera de evitar el crecimiento y negar la realidad dejándose vencer por una presión social explícita que no es más que un signo de la decadencia de nuestra cultura. Estamos a fin de siglo, y como ocurrió a fin del anterior, en las que unas valerosas mujeres quemaron en una plaza los "corsés" que la sociedad obligaba a usar, a pesar del daño que

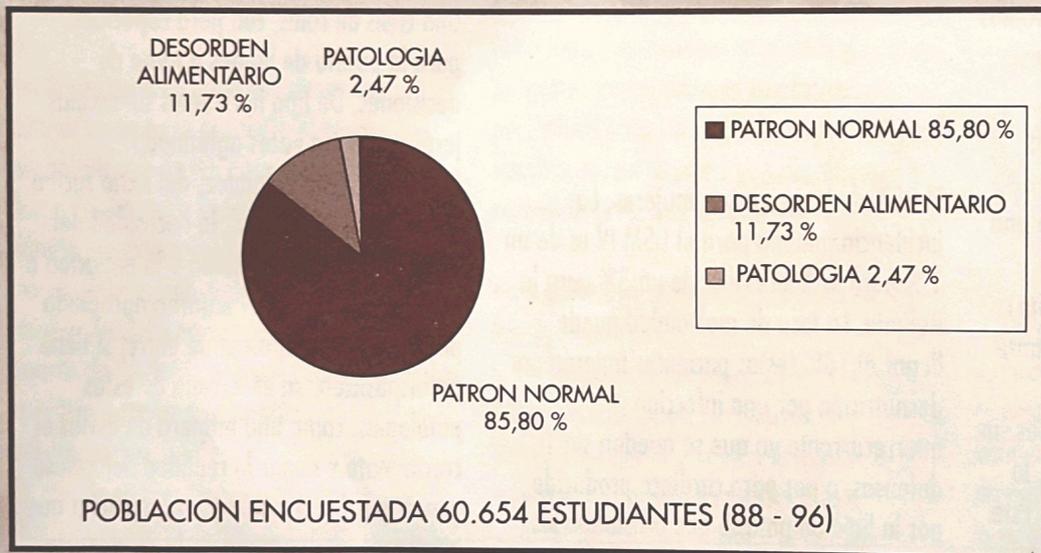


sufrían, otras lo harán en este con la moda de las dietas y los esqueletos que las obligan a ser para pertenecer a la cultura. En ALUBA, la Asociación de lucha contra la Anorexia y la Bulimia fundada y dirigida por la Dra. Mabel Bello, el objetivo es éste, ayudar a la formación de una juventud libre de adicciones que se rebele conformando un juicio crítico y aprendiendo a elegir lo que se compra. En la dirección de aprender a comunicarse con el otro, a pensar en el otro, dejando atrás

el individualismo cultural, para crecer en grupo, en armonía con el entorno afectivo. A más de 12 años de trabajo nuestra casuística ya supera los 8000 casos y contamos con 13 centros distribuidos en el

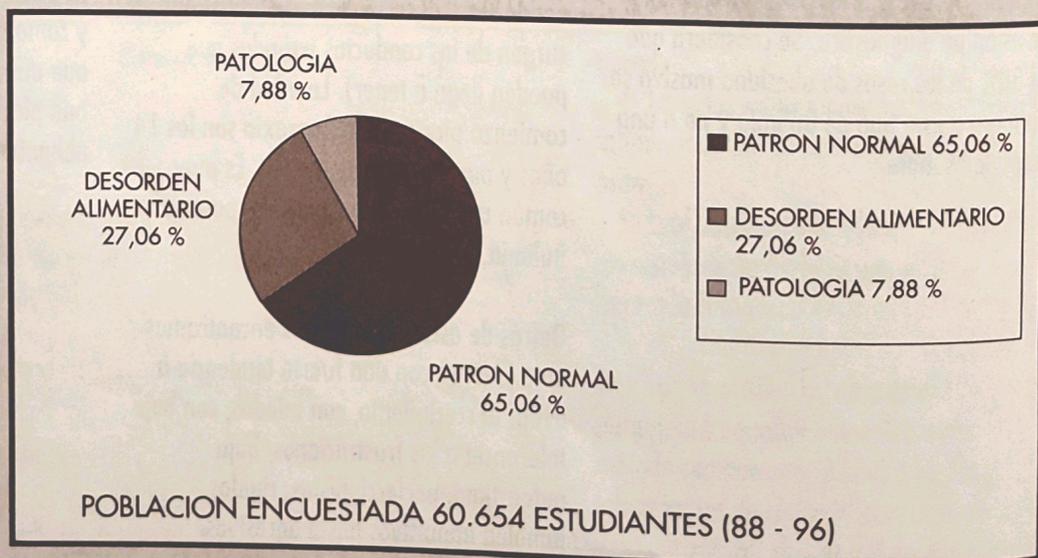
país y en el exterior (Montevideo en Uruguay y Barcelona en España). Hemos estado encuestando con el EAT (Eating Attitude Test) modificado a los jóvenes que cursan en los colegios secundarios del País, y Uruguay, obteniendo cifras que dan una idea de epidemia social, la situación es grave y la lucha contra este flagelo recién comienza. A continuación se muestran gráficos con estas estadísticas:

14



RESULTADO DE ENCUESTAS EN COLEGIOS. POBLACION MASCULINA

RESULTADO DE ENCUESTAS EN COLEGIOS. POBLACION FEMENINA



* Médico Psiquiatra.

EN LA BÚSQUEDA IMPERATIVA DE LO IMPOSIBLE

por Lic. Marcela Conte*

Muchas veces es difícil advertir cuándo estamos ante un trastorno alimentario, dado que seguir una dieta, hacer ayuno, practicar actividad física, estar pendiente del peso y la comida resultan comunes en nuestra cultura. Tal es la sobrevaloración de la delgadez y del "cuerpo perfecto" que prácticamente ninguna mujer escapa a la preocupación por sus formas y por lo tanto, también por la comida.

Pareciera que las personas adquieren cada vez más el estatuto de objetos de consumo, que deben mantenerse en un nivel constante de deseabilidad de ser consumidas para no ser descartadas definitivamente y ser condenadas a la marginalidad social.

Los regímenes alimentarios son una práctica frecuente en este siglo. Se calcula que más del 70 % de las mujeres jóvenes se sienten lo suficientemente gordas como para iniciar una dieta, aunque sólo un 15 % tenga verdadero sobrepeso. Esto lleva a que muchas adolescentes muestren "malos hábitos alimentarios", propios de conductas generadas por creencias socioculturales aceptadas, y no por ello padecen de una perturbación psiquiátrica. Por eso es importante llegar a un adecuado y veraz diagnóstico para evitar la tentación de generalizar y transformar en patología nuevos códigos y modalidades culturales, así como desajustes propios de ciertos momentos evolutivos, como lo es la adolescencia. Por consenso se suele hablar de trastornos de la alimentación cuando reúne los criterios descritos por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM IV.

Si bien es cierto que los ideales

socioculturales dan cuenta de las convicciones dominantes de una época, no son determinantes por sí solos de patología, vale decir que logran eficacia en tanto se entran con los deseos de aquellos que los sustentan, por lo tanto pueden ser propiciantes y seguramente perpetuantes de patología.

Se puede pensar una dimensión multicausal donde se combinan factores biológicos, psicológicos, familiares y culturales que actúan por sobredeterminación.

El diagnóstico diferencial permite considerar pautas generales de tratamiento, posibilita tener datos sobre aspectos globales del problema y nos orienta sobre medidas a tomar en situación de riesgo.

Son situaciones de riesgo aquellas en las que la pérdida de peso es mayor al 30% del promedio para su edad y altura, también cuando se presentan intentos de suicidio o ideación suicida, episodios compulsivos que implican agresión sobre sí mismos o hacia otros, la imposibilidad de controlar vómitos o algún otro recurso purgativo con peligro de descompensación clínica, así como ante el incumplimiento de pautas básicas por falta de continencia familiar o por factores sociales (económicos, distancia, etc.). Lo probable es que en esos casos se indique la derivación a un servicio que posibilite la internación con un control médico-clínico hasta que el paciente esté en condiciones de realizar un tratamiento ambulatorio. Pero cada paciente nos enfrenta a una historia inédita donde la patología

adquiere características y significaciones que le son exclusivas, por ello se requiere de un tratamiento que "atienda" a la búsqueda de salidas y cuestionamientos individuales. Es necesario que la persona, en muchos casos sobreadaptada, pueda progresivamente ir apartándose de la estandarización y uniformidad, tanto del lugar de los ideales donde está atrapada, como de las respuestas "terapéuticas" sistematizadas, propuestas por muchos tratamientos especializados.

Estimo que la idea no es adoptar una teoría global que de cuenta de estas patologías y un modo general de abordarlas, sino que a partir de un equipo multidisciplinario de trabajo se pueda crear una estrategia para cada caso, aportando desde cada disciplina una mirada contextual que tolere la diversidad y reconozca las diferencias.

La coexistencia de múltiples enfoques diferentes ofrece un marco adecuado para la comprensión y el abordaje terapéutico integral y personalizado de esta problemática. En la medida en que cada profesional pueda entender que existe otra perspectiva acerca del padecimiento, los límites entre las disciplinas se flexibilizan y el equipo puede plantearse una acción compartida, más allá de antinomias.

Los trastornos de la alimentación parecen incrementarse día a día constituyendo lo que algunos han llamado epidemia de este fin de siglo, especialmente en el mundo occidental. Afecta entre el 1% y el 4% de adolescentes y mujeres jóvenes, estudiantes de clase media y alta, con un mayor porcentaje de la bulimia sobre la anorexia. Probablemente por la distinta valoración social de los sexos, la población de varones afectados es mucho menor. Difícil es hablar de anorexia y bulimia como una entidad nosográfica única, más bien puede pensarse como un conjunto de



síntomas y signos que se pueden presentar en diferentes entidades clínicas y con distinta gravedad.

La presencia de trastornos alimentarios puede tener una apariencia similar, pero la negativa a comer o la compulsión bulímica se ofrecen como escenas en las que se agregan deseos inconcientes que están fuertemente ligados a las vicisitudes de la femeneidad y al establecimiento de la identidad.

Otras veces las conductas patológicas no tienen carácter de síntoma sino más bien se ofrecen como evidenciando un fracaso en el proceso de simbolización.

Quando los desórdenes son transitorios (conductas anorexígenas y/o bulimiformes pasajeras) se resuelven rápidamente con un tratamiento que apunte a la orientación, evitando de este modo que el trastorno se instale y se robustezca por las mismas consecuencias biológicas y psicológicas de la restricción alimentaria, los atracones y recursos purgativos.

El proceso terapéutico implica el conjunto de abordajes: clínico-nutricional, psicológico individual, familiar y grupal. El objetivo de todo tratamiento es en primera instancia restaurar el peso y reestablecer un orden alimentario. Normalizar estas variables es importante pero no suficiente.

La terapia individual debe apuntar a trabajar aspectos del proceso de individuación y autonomía, percepción de las propias emociones, instrumentación de las conductas sintomáticas en relación a aquellas, desarrollo de habilidades y posibilidad de crear proyectos que promuevan la autoestima, descentralizándola del cuerpo y el control, esperando y propiciando que se manifieste preocupación y ocupaciones propias de la etapa vital de ese paciente.

El abordaje familiar tendrá como primer objetivo evaluar si la familia puede contribuir al proceso de curación y de ser

así, facilitar que la familia cree e implemente recursos que permitan la libertad individual al mismo tiempo que preserve aquellas áreas donde el paciente requiere todavía depender, así como también la evitación del paciente como desviador, muchas veces, de la relación parental disfuncional.

Trabajar en grupo es un recurso especialmente válido en la adolescencia ya que se constituyen como verdaderos espacios de espera, transicionales entre la familia y la sociedad. Posibilita a estos pacientes la vivencia de ser parte de una experiencia participativa que les da identidad en la medida en que el grupo se constituye en facilitador de elaboración de diferentes problemáticas y donde a través de las resonancias transferenciales pueden comenzar a dar cuenta de sensaciones, sentimientos y emociones que no lograba registrar o reconocer como propios. El grupo ofrece también la continencia, la "red" necesaria para que esos procesos se lleven a cabo.

La implementación de recursos psicodramáticos promueve la expresión de aspectos creativos, contactando con estructuras más abarcativas que trascienden la mera identidad del yo, propiciando que el cuerpo se ofrezca como parte de una experiencia que sea sujeto y objeto de la propia observación, intentando desviar la atención desde el área mental para dirigirla hacia el sentir referente al cuerpo.

El psicodrama puede resultar una instancia más para acceder a situaciones conflictivas, como un modo de poner en movimiento,

"representar", "jugar" dificultades que surgen de la interacción con otro en diferentes contextos, donde "la mirada" expectadora se dispone a ampliar y multiplicar significaciones.

En todos los abordajes, se trata de crear espacios que den lugar a la reflexión y al intercambio activo, donde los fracasos puedan ser vistos a veces hasta necesarios y otras, como resultados que pueden ser cambiados, así como reconocer que las "faltas" y los "defectos" pueden ser movilizados y no mortificadores. Acuerdo con que nos encontramos con severos desórdenes en nuestros valores socioculturales y con una crisis profunda en el orden social, donde constantemente se confunden el parecer con el ser, y en este sentido todos estamos implicados. El acento puesto en la perfección, la competencia y la comparación son valores comunes, donde se dificulta la mirada hacia el interior, se pierde la posibilidad de aprender a imaginar aquello que se espera y fortalecer la voluntad de ser uno mismo... se va perdiendo progresivamente la inserción participativa y colaboradora de los contextos, quedando muy solos en la búsqueda imperativa de lo imposible.

* Licenciada en Psicología-
Psicodramatista.

LOS TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y SU IMPLICANCIA EN EL TRATAMIENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL

por Materia Prima

Si bien los desórdenes alimentarios fueron reconocidos como problema hacia fines del siglo pasado, el tratamiento específico comenzó a existir recién desde los años '70. En dichos años se notó un gran incremento del interés por convertirse en "flacos". Marks, en su libro "Anorexia and Bulimia: habits that can kill" (Anorexia y Bulimia: hábitos alimentarios que pueden matar), sugiere que los adolescentes en general y personas con trastornos alimentarios específicamente, han sido influenciados por los modelos de estilo esbelto y la penetrante noción de delgadez de esa década. La mayoría de las bulimias y anorexias identifican, como principal contribución al comienzo de su enfermedad, a las dietas y a la presión externa para permanecer flacos. La posterior progresión de estas enfermedades revelan sus cualidades serias y frecuentemente amenazantes así como los componentes psicológicos que contribuyen a la enfermedad y emergen a la superficie durante el tratamiento. Hasta los '80 la bulimia era considerada una faceta de la anorexia nerviosa dado que muchas de éstas exhibían conductas bulímicas como comer en exceso y

purgarse, realizar ejercicios en forma exagerada, etc. La investigación y tratamiento de pacientes con desórdenes alimentarios, sirvieron para distinguir a la bulimia como una enfermedad con sus propias características.

Los patrones alimentarios de la anorexia y la bulimia se consideran símbolos del intento de la persona por mantener control sobre un aspecto de su vida cuando el entorno se vuelve inmanejable. Generalmente ven a quienes quieren ayudarlos, o tienen relación con ellos, como si trataran de quitarles ese control. Esto fomenta sentimientos de desconfianza hacia otros como familiares, amigos y terapeutas. Tanto bulímicos como anoréxicos tienen un gran conflicto con su identidad personal. Siempre buscan en los otros la valoración, evidente en la práctica tan común de asumir el rol de "la niña perfecta".

Para interrumpir el ciclo de hábitos alimentarios aberrantes y promover un estilo de vida más saludable es necesario un programa orientado en equipo, intensivo y que utilice variedad de métodos. Se implementan tratamientos de diferentes modalidades: internación, hospital de día intensivo y/o ambulatorio. Los dos primeros se indican para pacientes severos, que necesitan una observación más estricta, con trastornos clínicos significativos, que tienen riesgo de suicidio o automutilación, con dificultades para asumir su propio cuidado o que su familia

no puede proveer un entorno psicológico adecuado.

El proceso de tratamiento en htl. de día sostiene la teoría de que el paciente necesita experimentar el aprendizaje de conductas en ambientes simulados y reales, disminuyendo así la distancia con las situaciones disfuncionales de vida. Consecuentemente los pacientes comienzan a notar los obstáculos de su entorno desde las primeras etapas del tratamiento. Las modalidades ambulatorias son muy importantes porque permiten al paciente graduar los pasos hacia la independencia. Los programas de seguimiento son esenciales para el éxito del tratamiento, ya que un proceso de cambio de hábitos y estilo de vida es muy difícil, registrándose un alto grado de reincidencia.

Muchos programas de pacientes externos tienen grupos de autoayuda en el mismo hospital y se suele indicar la asistencia a grupos de este tipo cerca de sus hogares. El propósito es ayudar al paciente a establecer sistemas saludables, apropiados luego de la externación. La rehabilitación laboral es otro proceso



complementario importante. La mayoría de los pacientes no han tenido aún experiencias laborales o éstas han sido pobres. Aquellos que las tuvieron, experimentaron vínculos laborales forzados, baja productividad, largos períodos de ausentismo y despidos o renunciaciones como consecuencia de la enfermedad.

El terapeuta puede crear muchos caminos para simular una situación de trabajo de modo que puedan dirigir sus problemas cuando aparecen. La evaluación prevocacional y la exploración son de mucha ayuda mientras el paciente está en la fase intensiva de tratamiento. Si bien estos puntos comienzan a ser orientados en el marco del tratamiento, obtener y mantener un trabajo apropiado para el paciente requiere del apoyo continuo de profesionales y organizaciones diseñadas para asistir al paciente en la elección vocacional y estabilidad laboral.

El tratamiento se inicia con la estabilización médica, con el proceso de cortar los patrones de conductas disfuncionales y de transferir al paciente el manejo y control de la conducta y funcionamiento. Generalmente esto se logra en una atmósfera de contención y cuidado que desarrolla hacia un proceso de tratamiento más desafiante y orientado hacia el insight. Como los pacientes con desórdenes alimentarios tienen la imagen de sí tan frágil, es importante brindar un entorno de apoyo en el cual ellos sientan seguridad para comenzar a explorar los

sentimientos que han mantenido protegidos y encubiertos a través de "comer y pasar hambre". Cuando comienzan a comunicar sus sentimientos con los miembros del equipo y con sus pares, comienzan el aprendizaje y la maduración.

El curso de tratamiento está caracterizado por un período de monitoreo cerrado para prevenir la inanición, atracones y purgas, después del cual hay una expansión gradual de los privilegios y posibilidades en el tratamiento. Las primeras etapas están determinadas por el aumento de peso para la anorexia y el comer controlado para la bulimia. Durante la etapa inicial de tratamiento los pacientes pueden guardar reposo y no acudir a tratamientos grupales. El intento es asegurar que el consumo de alimentos sea usado para nutrirse y no para abusar o purgar. El progreso de los privilegios está basado en la introducción gradual de actividades.

Si bien los pacientes con desórdenes alimentarios desean estar en las etapas menos restringidas de tratamiento, es alto el negativismo a los problemas y la

resistencia al tratamiento grupal orientado en dirección a sus problemas. De este modo, ganar privilegios en las etapas medias del tratamiento depende de la asistencia y participación en los grupos. La última fase se identifica como la fase de mantenimiento en la que el control es devuelto al paciente.

Si bien el tratamiento se describe aquí como una progresión constante de mejoría, rara vez se presenta de este modo. Los pacientes, motivados a realizar cambios dramáticos en sus patrones de conducta, difícilmente siguen un curso parejo de tratamiento. Así como en un momento el paciente obtiene privilegios, hace progresos o enfrenta desafíos mayores, está la posibilidad de una regresión. El miedo al éxito o al fracaso es aterrador y con frecuencia crea un mecanismo psicológico que conduce a retomar los viejos hábitos anormales de comida. Estos episodios ocasionales de hambre, atracones y purgas pueden ser usados en el tratamiento como herramienta para explorar la aceptación de sí mismo como una persona total con aspectos positivos y negativos. A partir de que los puntos de control son el foco primario de tratamiento, es importante que el paciente sea tratado con dignidad y esté comprometido en el proceso. El paciente necesita entender y ser parte de lo que le está sucediendo.

La clave para el éxito del proceso de tratamiento para los desórdenes de alimentación es ganar la confianza del paciente y estimularlo en las decisiones

que deba ir tomando en dicho proceso. Un vínculo sólido T.O.- paciente es sumamente importante para que el tratamiento tenga éxito. Esto no es una tarea fácil. El T.O. Meyer describe las etapas en el desarrollo de un vínculo terapéutico:

La primera fase es la fase de enojo indiscriminado. Usualmente se da en las primeras etapas de tratamiento cuando el paciente se estabiliza clínicamente, es monitoreado intensamente y guiado hacia el reconocimiento de sus sentimientos hacia sí mismo y hacia otros. Los pacientes a menudo dirigen su enojo indiscriminadamente sobre sí mismos, hacia todo y hacia todos.

La fase pesimista- demandante es la que sigue. En este momento comienza a solicitar ayuda y a demandar atención y validación del terapeuta. El paciente se da cuenta de que la enfermedad tiene control sobre él y experimenta una sensación de desesperación e impotencia.

La siguiente fase es la de acercamiento relativo. Es el comienzo de aceptación del paciente, de confiar en sí mismo y en el terapeuta. Esto se da como consecuencia del trabajo intenso que el t.o. realizó junto al paciente.

Durante el curso de tratamiento, los sentimientos extremos de autodesaprobación, enojo y culpa que siente y expresa pueden ser mal dirigidos hacia el terapeuta. La tendencia a negar la enfermedad y a testear la actitud del t.o. puede ser frustrante para el profesional. El equipo de tratamiento es un recurso de

apoyo y estímulo importante para cada uno de los miembros así como para el paciente.

El terapeuta debe tener una actitud sincera y de confrontación durante todo el curso del tratamiento. La confrontación desafía al paciente a aceptar y trabajar los problemas en su totalidad. Ésto, siempre es moderado por la capacidad del paciente para escuchar y entender el contenido de los problemas presentes. Por ejemplo, un paciente en la primer etapa de tratamiento que está negociando con sus problemas de negación de la enfermedad, necesita de la exploración gradual para comenzar a aceptar su enfermedad. En las etapas posteriores cuando el vínculo está bien establecido, el paciente debería ser capaz de entender el gran desafío de enfrentar los aspectos más íntimos y dolorosos de su vida.

La selección de herramientas de evaluación está determinada por los marcos de referencia teóricos sobre los cuales está diseñado el programa de terapia ocupacional.

El T.O. Rokwell concluye que no hay un

marco de referencia o metodología preferible a otro para el tratamiento de pacientes con desórdenes alimentarios, sin embargo, él limita el estudio de los marcos de referencia indicando que hay una fuerte tendencia de los terapeutas ocupacionales a utilizar, más comúnmente, el psicodinámico y el cognitivo en el tratamiento de dichos desórdenes.

La T.O. Ken, describe el uso del modelo de la ocupación humana y sugiere las evaluaciones relacionadas al marco de referencia tales como la lista de roles y Activity Laboratory Questionary. Ella también utiliza otras evaluaciones diseñadas y testeadas específicamente para valorar los puntos relacionados con los desórdenes de alimentación.

La literatura indica que el área primaria de tratamiento en T.O. gira alrededor de la imagen corporal, nutrición y manejo de alimentos, vínculos sociales, sexuales y destrezas de comunicación, tiempo libre, destrezas laborales y ejecución de proyectos.

La imagen corporal es un aspecto fundamental del tratamiento de pacientes con desórdenes alimentarios. Es la base del proceso de pensamiento erróneo. No importa cuanto adelgacen, ellos siempre se ven a sí mismos como gordos. Este concepto los guía hacia la inanición y dispara su obsesión con la comida y por perder peso. El tratamiento, con frecuencia, es un proceso doloroso de orientación y modificación de la realidad usando una variedad de actividades para ayudar a los pacientes a hacer el cambio.



La imagen corporal está relacionada también con la presentación personal y el vestido. El t.o. trabaja estos aspectos ayudándolo a seleccionar ropa apropiada a su edad, estilo y para sentirse comfortable.

El manejo de la comida es otro difícil e importante eje del tratamiento. Necesitan reaprender y experimentar casi todos los aspectos de la preparación de comidas: educación nutricional, manejo de dinero, planificación de alimentos, compra de comida, comer, socializar a través de la comida y limpiar después de comer.

El desarrollo de las destrezas de comunicación en pacientes con desórdenes alimentarios es facilitado por el entrenamiento de la asertividad, técnicas de relajación, y actividades expresivas creativas alternativas. El aprendizaje de confirmarse a sí mismos y proveerse autocuidado, es el componente clave para promover vínculos positivos con sus cónyuges y familias y para desarrollar otros vínculos sociales.

Aprender a disfrutar y a cómo usar el tiempo libre es una tarea mayor. Toma tiempo y práctica. El tiempo ocioso, improductivo puede llevar a los excesos y a otras conductas destructivas. Es importante ayudar a los pacientes a explorar y desarrollar intereses en actividades no relacionadas con la comida para reducir la ansiedad asociada con la misma.

El terapeuta ocupacional tiene un importante rol en el desempeño del paciente. Una evaluación completa de educación, tiempo libre, potencial

vocacional y/o laboral pueden ser usados para facilitar el seguimiento y las recomendaciones para el cuidado dirigido y continuo.

El tratamiento de Terapia Ocupacional debe estar directamente relacionado a la enfermedad del paciente y elaborado con él, de modo que entienda, su propósito, utilidad y la relevancia para su recuperación. Por ejemplo el t.o. busca que el paciente entienda cómo una actividad, tal como aprender y trabajar en una artesanía, puede representar simbólicamente situaciones reales de vida. Esto brinda a la persona una oportunidad de trabajar al lado de otras, resolver problemas, ejercitar destrezas laborales, y comprobar que lograr un producto final es posible. Si bien el paciente a menudo rechaza o adopta una actitud crítica de su producto terminado, con el estímulo del terapeuta reconocerá su conducta y trabajo, de manera que pueda aceptar el producto final tan relacionado a la aceptación de sí mismo. El proceso de la actividad es importante para facilitar este entendimiento. Como con una adicción, el paciente requiere guía de la terapeuta y

feed back de sus pares para beneficiarse con el uso de las actividades.

El vínculo del terapeuta con el paciente es un punto clave para el éxito o fracaso del tratamiento. Los pacientes con desórdenes alimentarios tienen una larga historia de vínculos deteriorados, con dificultades para confiar en los otros y comunicar sus sentimientos.

Fuentes Bibliográficas Consultadas

T.O. Nancy L. Beck, Eating Disorders: Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa, 1993.

T.O. Bette R. Bonder, Psychopathology and Function, 1991.

Journal: O.T. in Mental Health N° 9 (1989)
"O.T. Treatment of an adult with an eating disorder" Meyers.

Journal: O.T. in Mental Health N° 10 (1990)
"Frames of References and modalities used by O.T. in the treatment of patients with eating disorders" Rockwel.



MODALIDAD DE ABORDAJE DE LA AUTOATENCIÓN: PRESENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO EN INDEPENDENCIA PERSONAL (P.E.I.P.)

PRIMERA PARTE

T.O. Verónica De Cillis*

T.O. Marcela Stefanolo**

Es sabida la importancia que tienen las Actividades de Vida Diaria (A.V.D.) habiendo sido su auge de estudio en los años 60 dentro de la medicina de rehabilitación convirtiéndose en 1968 en categoría en el INDEX MEDICUS. En este período proliferaron muchas escalas de medición por ejemplo KATZ INDEX de A.V.D., KENNY SELFCARE EVALUATION, BARTHEL INDEX y posteriormente el FIM. Existiendo ya antecedentes de adaptaciones y combinaciones de éstas y otras escalas para satisfacer las necesidades de las instituciones o de los programas, hemos desarrollado nuestro propio programa y escala de A.V.D. Considerándose las A.V.D. propias de la Terapia Ocupacional, en este trabajo nos abocaremos a hablar de nuestra forma de abordar la AUTOATENCIÓN en un Hospital Municipal especializado en Rehabilitación. El mismo consiste en un Programa al que denominamos Programa de Entrenamiento en Independencia Personal (P.E.I.P.)

BREVE RESEÑA HISTÓRICA DEL PROGRAMA.

Una modalidad del Servicio es la atención

del paciente en forma grupal con tratamientos individuales, haciéndose a veces dificultoso el abordaje de la AUTOATENCIÓN del paciente en estas condiciones.

Al replantearnos la forma de abordaje surgió la idea de armar una planificación y programación metódica, dando origen al P.E.I.P.

En sus inicios el P.E.I.P. consistió en formar grupos mixtos de pacientes internados donde en cada reunión se trataban temas afines a su independencia personal que incluían 10 reuniones desarrollándose una por semana.

El instrumento de evaluación que se utilizó fue el BARTHEL INDEX, elegido debido al alto puntaje de fiabilidad (95 %) y de validez (89 %) mostrando consistencia positiva al correlacionarlo con otras escalas de A.V.D. (validez concurrente) y demostrando además significativa relación con los resultados de variadas mediciones de rehabilitación.

Al concluir los primeros programas y al realizar el análisis de los datos los resultados fueron favorables, pero este programa se hacía muy extenso sumado al movimiento de ingreso y egreso permanente de la sala, no permitiendo que algunos pacientes lo cumplieran. También observamos que a pesar de la trayectoria y el reconocimiento del BARTHEL INDEX éste no nos permitía evidenciar pequeños logros muy significativos para este tipo de pacientes. Nuestro continuo afán de mejorar la prestación, hizo que dicho programa

De Producción Nacional

sufriera algunas modificaciones en cuanto a su frecuencia, lugar, material de evaluación y seguimiento.

PRESENTACIÓN DEL P.E.I.P. ACTUAL

El P.E.I.P. está destinado a pacientes internados. Las patologías predominantes son neurológicas y traumáticas (cuadruplejía, paraplejía y hemiplejía en un 90%) de ambos sexos, cuyas edades oscilan entre 30 y 80 años. La cantidad de pacientes es entre 10 a 16 por grupo y la frecuencia intensiva de 10 sesiones continuas durante 2 semanas.

Los pacientes son evaluados al inicio del tratamiento en Terapia Ocupacional, también se realiza una autoevaluación unos días previos al entrenamiento lo cual nos indica a que NIVEL DE DESEMPEÑO corresponden. Luego se registran los logros alcanzados por el paciente y los déficit o acciones a seguir entrenando. La evaluación final se realiza próxima al alta, para ello se utiliza una misma ficha que denominamos FICHA DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO.

En la primer reunión se hace la presentación de los integrantes y del programa, en las subsiguientes se abordan los temas pertinentes a la AUTOATENCIÓN:

- Transferencias
- Vestido

- Aseo personal
 - Alimentación
 - Desplazamientos
 - Sentarse y salir del toilet
 - Subir y bajar escaleras
 - Control de vejiga e intestino
- Y una última reunión de cierre y conclusiones.

Para cada reunión se preparan los elementos pertinentes al tema a tratar. Los pacientes deben desarrollar las acciones que involucran el P.E.I.P., se prueban diferentes posturas y dispositivos de ayuda que favorecen el desempeño (ej. prendas con diferentes cierres, cuchillo-tenedor, engrosamientos, etc.)

El entrenamiento se realiza en el lugar donde ellos se desenvuelven diariamente, el baño, el comedor y su habitación. Previamente son separados en grupos de acuerdo a su nivel de desempeño personal.

PRESENTACIÓN DE LOS NIVELES DE DESEMPEÑO

Los integrantes de cada nivel tienen características de desempeño similares en la realización de las acciones que a continuación se detallan:

NIVEL I: Comprende acciones básicas y preliminares, su realización, en la mayoría, depende de la asistencia de un tercero. Categorizadas como simples en la secuencia total de la actividad, incluyen habilidades de procesamiento y motoras indispensables para el desarrollo de la actividad.

NIVEL II: Comprende acciones más complejas que involucran mayor dominio del cuerpo/habilidades motoras. Requiriendo en su mayoría de la supervisión de un tercero para su realización. Categorizadas como intermedias en la secuencia total de la actividad.

NIVEL III: Incluye acciones complejas. Comprende la realización de la secuencia total de la actividad en forma óptima e independiente.

DESCRIPCIÓN DE LA FICHA DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

La ficha de evaluación que actualmente utilizamos es una adaptación del BARTHEL INDEX. Utilizando los mismos temas y la misma clasificación para cada ítem coincidiendo por lo tanto el puntaje final (100/100).

La variable fue que se desglosó cada tema en acciones graduadas de más simples a más complejas categorizándolas en los tres niveles anteriormente descriptos. Cualquier actividad que deba realizarse se analiza descomponiéndola en sus componentes más simples y los ejercicios o terapéutica que se seleccionan aumentarán la capacidad de los pacientes para realizar cada uno de los componentes del movimiento hasta que puedan realizar la actividad completa.

A cada acción le corresponde un puntaje parcial, la sumatoria final nos da el índice de independencia más discriminado que el original BARTHEL INDEX.

A esta ficha la acompaña una guía con las definiciones de dichas acciones y con su puntuación correspondiente.

Grupo de Estudio 1997

T.O. Ma. Laura Bustingorri
T.O. Mirim Illid

-inicio en abril-

a) Graduados (Quincenal)
- Lectura y discusión de autores de T.O.

b) Estudiantes (Mensual)
3 módulos trimestrales

- Modelo teóricos
- Evaluación ocupacional
- Hipótesis de tratamiento

Informes : (01) 292 - 7754
824 - 7112

Todo sobre PÁTINAS

Cursos breves para
profesionales

(01)802-0190

Grupo de estudio
"Debilidad mental y T.O."

T.O. Fernada Zamora

(01) 545-8342

RESULTADOS

Si bien no se ha hecho aún un análisis estadístico detallado de los datos obtenidos al momento, comparando los resultados registrados por la ficha de evaluación y seguimiento del P.E.I.P. con el BARTHEL INDEX pudimos registrar que en la primera se evidenciaron cambios de evolución del paciente más sensibles que los obtenidos por Barthel Index mostrando por lo tanto un perfil de desempeño más discriminado ya que se localizaron las acciones más deficitarias facilitando su posterior entrenamiento.

La practicidad de requerir de una misma ficha para evaluación, seguimiento y autoevaluación nos permitió concentrar los datos y llevar un mejor registro de los mismos. Si bien este instrumento de evaluación forma parte de un programa, tiene la ventaja de que puede ser utilizado en forma aislada como un elemento de medición cuantitativa de la autonomía del paciente.

El haber trabajado en los escenarios cotidianos le permitió al paciente desarrollarse en forma más natural.

En cuanto a la frecuencia intensiva colaboró a que el paciente adquiriera mayor compromiso y continuidad. La modalidad grupal permitió al paciente tener un lugar de pertenencia y continencia creándose un clima de compañerismo.

Este encuadre favoreció la participación activa de los pacientes en su rehabilitación ya que promovió a que ellos mismos diseñen y confeccionen sus propias adaptaciones.

Al profesional le permitió a través de la planificación abordar con mayor eficacia las actividades de autovalimiento.

CONCLUSIONES

Si bien, la terapia restauradora mejora las

capacidades del paciente, a lo largo de nuestra experiencia pudimos comprobar que, el iniciar al paciente internado en actividades de autoatención eleva su autoestima, su desenvolvimiento diario en el hospital y mejora su predisposición a las terapias restauradoras.

El punto de partida de este programa es presentar lo valioso, los beneficios y la gratificación que se obtienen al comenzar a adquirir independencia, esto es importante ya que al inicio del programa muchos son los que no comparten el fundamento del P.E.I.P. y al finalizar reconocen su importancia.

Lo que caracterizó a éste programa desde su inicio es que a través del mismo los pacientes encuentran un espacio común donde pueden reflexionar sobre la dependencia vs independencia en las actividades de autovalimiento, tema que afecta tanto a pacientes hospitalizados como a sus familiares.

Además de la reflexión, los pacientes experimentan formas alternativas para llevar a cabo las acciones con su correspondiente entrenamiento utilizando dispositivos de ayuda los cuales pueden ser

DANZATERAPIA
 "Una mirada distinta del cuerpo"
 Abierto a docentes y profesionales de la salud
 -Descuentos a estudiantes-

D.T. Graciela Vella
 982-9106/ 1712

Grupo de investigación vivencial
"Creatividad y medios expresivos"
 -Mensual-

Susana Salzamendi
 Antropóloga

01-983-8484
 Fax 01-958-1650

+Consulte por actividades en el interior+

de indicación transitoria o definitiva.

El P.E.I.P. y su instrumento de evaluación y seguimiento permite medir el nivel de desempeño en las A.V.D. como así también es un indicador de la efectividad del tratamiento de rehabilitación.

Haber creado un instrumento de medición nos permite cuantificar el nivel de autonomía del paciente, el estado actual, y la evolución alcanzada por el mismo.

Con los resultados que se obtengan de la implementación de esta ficha se comprobará el porcentaje de validez, confiabilidad y sensibilidad, características esenciales que deben poseer un buen instrumento de evaluación.

Lo que cabe destacar de este proyecto es que no sólo se caracteriza por su modalidad de abordaje grupal sino que sumado a su organigrama, encuadre,

constancia, elaboración de temas y materiales, confección de fichas de evaluación y seguimiento conlleva a que deje de ser un simple grupo de A.V.D. para pasar a ser un verdadero programa. Consideramos que si contribuimos a mejorar la independencia personal del paciente, estamos contribuyendo a mejorar la rehabilitación general del mismo y su calidad de vida. El P.E.I.P. apunta a alcanzar este objetivo.

AGRADECIMIENTOS

A la jefa del servicio de Terapia Ocupacional del Hospital Manuel Rocca T.O. María Luisa Bedrossian por alentarnos y permitirnos llevar a cabo esta investigación. A los estudiantes que han

participado y colaborado en la ejecución del P.E.I.P. durante su práctica clínica.

BIBLIOGRAFÍA

- Trombly Catherine A. Occupational Therapy for Physical Dysfunction. 1990 Williams & Wilkins
- Krusen FH. Kottke FJ. Lehmann JF. 1993. Medicina Física y Rehabilitación. 4 Edición. Editorial Médica Panamericana.

En el próximo número se presentará la SEGUNDA PARTE que incluye la ficha completa de Evaluación y Seguimiento (adaptación del Barthel Index).

* T.O. del Hospital de Rehabilitación Manuel Rocca. Supervisora de Prácticas Clínicas de la E.N.T.O. y U.N.Qui. Docente de la cátedra de Ocupaciones Terapéuticas IV y V de la U.N.Qui.

** T.O. del Hospital de Rehabilitación Manuel Rocca. Supervisora de Prácticas Clínicas de la E.N.T.O. U.N.Qui y Universidad Nacional de Mar del Plata.

*Materia
Prima*

SUPERVISIÓN -LABORATORIOS

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

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

*Supervisión
Grupos de estudio
Guía para consulta
bibliográfica
Asesoramiento docente*

T.O. María Rita Martínez Antón
(01) 432 - 6040

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



Reporte

Los días 28, 29 y 30 de noviembre de 1996, se realizó el 11 Congreso Argentino de Prácticas Institucionales con Niños y Adolescentes organizado por el Hospital Municipal Infanto Juvenil "Dra. Carolina Tovar García" y el Centro Cultural San Martín.

El Objetivo de dicho encuentro fue planificar la construcción de una Red Latinoamericana de Instituciones Públicas Especializadas en afrontar y prevenir las consecuencias del sufrimiento psíquico, biológico y social en la familia y sus hijos. Los ejes temáticos se desarrollaron en 3 módulos:

- Prácticas en Salud Mental.
- Cultura y Salud Mental.
- Políticas en Salud Mental en Latinoamérica.

Participaron destacados Profesionales de países limítrofes, del interior del país y de Capital Federal.

Los colegas Terapistas Ocupacionales que brindaron su aporte en este congreso fueron:

Graciela Warschvski, Susana Mango, Ana María Papiermeister, Soledad Calveira, Carlos Palma, Laura Pezzoli y Claudia Battistoni.

T.O. Susana Mango

Los días 8 y 9 de noviembre de 1996 se realizaron en Necochea las Jornadas sobre "SIDA: Un nuevo desafío" organizadas por la ANTO (Asociación Necocheense de T.O.),

dictadas por la Lic. en T.O. Ana María Papiermeister y el Dr. Alberto Schocrón. Fueron declaradas de interés municipal y provincial. Concurrieron 20 profesionales (terapeutas ocupacionales, psicólogos, trabajadores sociales, psiquiatras, técnicos en hemoterapia, etc.) y 13 estudiantes de T.O. de la Univ. De Mar del Plata. La temática de las Jornadas giró en torno al abordaje interdisciplinario de pacientes en estadios terminales y, específicamente, al rol desempeñado por el T.O. dentro del mismo.

Al decir de la Lic. Papiermeister ... "T.O. aporta algo diferente en el tratamiento de estos enfermos, ya que cumple un rol fundamental en relación a la forma en que se va a desarrollar el proceso de morir, al reivindicar una vida digna hasta el final y al reclamar que el paciente tenga un espacio, una opinión acerca de su destino". A pesar de la relevancia que adquiere esta problemática en nuestros días, de la calidad de las exposiciones presentadas por los profesionales a cargo y de la correcta organización y difusión, la concurrencia de profesionales de otras disciplinas y de público en general no satisfizo nuestras expectativas. Desde nuestra perspectiva

consideramos que el tema aún despierta resistencia en la comunidad, manifiesta a través del rechazo, negación y falta de compromiso.

De todos modos rescatamos como positivas la elevada proporción de alumnos de T.O. entre los asistentes y la difusión de nuestra profesión

· Lic. En T.O. Gladys Martínez
· T.O. Mirta Lavallén

Los días 24 al 28 de noviembre de 1996 se llevó a cabo el XXXIII Congreso Argentino de Ortopedia y Traumatología en el Sheraton Bs.As. Hotel & Towers, Capital Federal.

La adecuada organización permitió a la nutrida concurrencia poder participar de días de intensa y variada actividad desde Conferencias, Mesas Redondas, Cursos de Instrucción Práctica, Actividades pre-Congreso (para residentes), Cursos de Especialización, y Presentación de Temas Libres.

Participó entre los disertantes la T.O. Helvia Llambi exponiendo el trabajo titulado "Mano y sus disfunciones". Se prevee para el año '97 el XXXIV Congreso para los días 4 al 8 de diciembre.

· · Kgl. Maricel Bertolotto · ·



Noticias

Los sábados 10 - 17 - 24 - 31 de mayo, de 9 a 13 hs., tenemos el agrado de invitarlo a:

Materia Prima en Conferencia "EL SENTIDO DEL HACER: UNA APUESTA A FIN DE MILENIO"

10-5 *Los Tiempos De La Desocupación: Trabajo Y Tiempo Libre*

17-5 *Los Tiempos De La Eficiencia: Decisiones En Salud*

24-5 *Los Tiempos De La Productividad: La Practica Institucional*

31-5 *Los Tiempos De La Ética*

Participarán en las exposiciones reconocidos profesionales de diversas disciplinas de las Ciencias Sociales y Salud, que darán un enfoque integral a esta temática.

Informes e inscripción: TE: (01) 545-8406 Telefax: (01) 786-6833

Recibimos en nuestra redacción:

- Cuadernos de Terapia Ocupacional (Publicación realizada por profesionales y estudiantes de T.O. de la U.N.Qui.)
- Revista de la Asociación de T.O. de Santa Fe (Nº 5, diciembre 1996)
- Boletín de la Asociación Brasileira de T.O. (Nº1, enero 1997)
- La Luna de Saavedra (Publicación barrial que gentilmente menciona en sus páginas al Nº2 de Materia Prima)
- El Machete- (Revista de interés general, dirigida al público adolescente- Directora: Lic. Silvia Frankrajch)

28-1-97 fuimos invitados a participar del programa radial "Santos y Pecadores" (F.M. Latinoamericana, 97.1 Mhz), conducido por el Lic. Néstor Tenaglia, quien entrevistó a la T.O. Carolina López para informar acerca de la Terapia Ocupacional. Nos satisface el interés observado hacia nuestra publicación y la posibilidad de difundir en otros medios de comunicación nuestro quehacer profesional.

"Red Universitaria de Educación Especial"
La Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Misiones, edita un boletín informativo sobre dicha red.
Informes: Tucumán 1946 (3300)
Posadas, Misiones.
TE: (0752) 27519/34344
FAX: (0752) 27519.

El número 2 de MATERIA PRIMA ha sido incluido como bibliografía obligatoria para el examen de concurso para las Residencias de Terapia Ocupacional, en el ámbito de Salud del Gobierno de la Ciudad de Bs.As.

Respondiendo a sugerencias de nuestros lectores, obtenidas en las encuestas realizadas en septiembre de 1996, comenzamos a publicar en "De Producción Nacional" trabajos de colegas argentinos. Queremos hacer extensiva la invitación a TODOS los Terapistas Ocupacionales Argentinos: envíen sus artículos a nuestra redacción, facilitaremos así el intercambio de información nacional.

Nuestras felicitaciones por los 50 años de la creación de la Escuela Superior de Sanidad Dr. Ramón Carrillo, donde actualmente se cursa la Carrera de Terapia Ocupacional en Santa Fe (1946-7 de diciembre-1996)



Lamentamos el fallecimiento (diciembre del '96) de nuestra colega de la provincia de Chubut, Mónica Beatriz Andrade.

Dedicamos el espacio de "Matices" a todos nuestros pacientes. Envíe a nuestra redacción el material que considere pertinente.

Acerca De La Creación De La Residencia De Terapia Ocupacional En La Secretaría De Salud Pública Del Gobierno De La Ciudad De Buenos Aires

En 1986 el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación contaba en el Dr. Mauricio Goldemberg, contratado por la O.P.S. a los fines de la elaboración e implementación del Plan Nacional de Salud Mental (RISAM). Desde la A.A.T.O., bajo la presidencia de la Lic. Sbriller y la participación de las T.Os. Suter, Papiermeister y colaboradores, se elaboró el Plan Docente de Residencia en Salud Mental para Terapia Ocupacional, que se incorporó a la RISAM durante el período 1986-1991.

En 1985 fue creado el Sistema Municipal de Residencia del Equipo de Salud (Ordenanza 40997 BM 17720). En el contexto de dicha ordenanza la T.O. Alicia Torre (que se desempeñaba como

personal municipal de planta en la Dirección de Organización y Coordinación de Servicios de la Secretaría de Salud Pública), convocó a los T.Os. del ámbito Municipal (Kliban, Torreiro, Martínez Antón, Santamaría, Sinópoli, Martínez, Haas, Sbriller, López, Greco, Fucks y Lafuente) para confeccionar un plan docente de Residencia de Terapia Ocupacional, con la colaboración de las T.O. Destuet, Llimos y Ambrosino (1988). Este Plan contemplaba el área Psicofísica y de Salud Mental tratando de integrar ambas a través de rotaciones y materias en común. El programa fue elevado ante la Dirección de Capacitación, pero quedó trunca la posibilidad de ser implementado, por el cambio de Gobierno, (1989).

A partir del '93 se sucedieron reiteradas gestiones de un grupo de terapeutas, encabezado por la T.Os. de los hospitales Borda, Moyano, Tobar García y ex-residentes de la RISAM con la colaboración las T.Os. de los hospitales Alvear, Piñero, Tornú y Alvarez, ante el

Consejo Deliberante y la Dirección de Capacitación. Dichas gestiones culminaron con la sanción de la Ordenanza 50486 el 6 de Junio del pasado año. De la promulgación respectiva, Decreto No. 585 del 2/7/96 del mismo resultó la creación de la Residencia de Terapia Ocupacional incluida en: "Otras Residencias del Equipo de Salud" (art. 12, Ord. 40997). El decreto llegó a conocimiento de la T.O. Torre en agosto del '96 de manera fortuita a través de una fotocopia del Boletín Municipal 20.335 donde figuraba el mismo. Era el momento de transición y creación del actual Gobierno de la Ciudad.

El Plan elaborado en el '88 fue presentado por Alicia Torre ante la Dirección de Capacitación, con el fin de que las nuevas autoridades, al asumir sus cargos, se enterasen de la existencia de dicho Plan. A los dos meses se concretó una entrevista entre el Dr. Néstor Pérez Baliño (Dirección de Capacitación), el Dr. Rubén Jaitovich y la T.O. Torre. Allí le propusieron reestructurar y elaborar un nuevo Plan Docente antes de fin de año, a los efectos de la apertura de la Residencia en el '97. Así es que, por Resolución 272/SS/96, se afectó a la T.O. Torre (Personal de planta del Htal. Pirovano) a la Dirección de Capacitación, nombrándola Coordinadora de la Residencia de Terapia Ocupacional. El nuevo Plan Docente fue elaborado por un equipo conformado por la T.Os. LLambí, Heredia, Sbriller, Torre, y la asesora pedagógica I. Malamud de la Dirección de Capacitación. Como resultado del trabajo realizado surge el Plan Docente de la Residencia de Post-Grado de Terapia Ocupacional, siendo uno de sus objetivos fundamentales formar un recurso humano específico a través de la clínica, la teoría y la investigación.

El Plan está dividido en la siguientes áreas: Psicofísica (designándose como base el IMUREP- 1er. año-), Salud Mental y Hospital General de Agudos (Hospitales Piñero y Tobar García- 2do. año-). Atención Primaria de la Salud, Rotación Optativa e Investigación, (3er. año). Se hace hincapié en la participación del desarrollo de la investigación científica en las distintas áreas y niveles de intervención durante los tres años. El 20 de diciembre del '96 se presentó el Plan y fue aprobado el llamado a concurso para cubrir vacantes de Residencia en Terapia Ocupacional para el año '97.

Hay que poner en relieve el asesoramiento y la colaboración de la actual comisión directiva de la A.A.T.O., autoridades y docentes de las carreras de T.O. y a los T.O. del área de Salud. Finalmente, es digno de destacar, que nuestra profesión a alcanzado un hito muy importante que nos convoca a seguir solidarios en gestiones y/o acciones que elevan nuestro nivel y amplían nuestro campo profesional.

* Agradecemos la información suministrada por la T.O. Alicia Torre.

MATERIA PRIMA INFORMA

Para acceder a la Residencia es requisito excluyente: no tener más de cinco años de graduado, desde la fecha de obtención del título habilitante hasta la fecha de cierre de la inscripción al concurso, y hasta 45 años de edad. Se considera título habilitante a los expedidos por la E.N.T.O. y Universidades de Mar del Plata, Santa Fe, La Rioja y Quilmes. La inscripción para las mismas es personal o mediante poder otorgado por Escribano Público o Juez de Paz. Se realiza en la Dirección de Capacitación: Htal. Rivadavia, ex pabellón IOS, Av. Las Heras 2670. Capital Federal. de 9 a 12 hs.

Fechas: *Letras A a L (inclusive)*

desde el 3 al 7 de marzo

Letras M a Z

desde el 10 al 14 de marzo

Los graduados en marzo podrán hacerlo estrictamente y sin excepción desde el 1 al 4 de abril.

Requisitos administrativos:

- Fotocopia autenticada de Título o constancia de mismo en trámite.
- En el caso de extranjeros, Título Académico convalidado para la Rep. Argentina.
- Fotocopia legalizada del promedio

general de las calificaciones de la carrera, incluyendo aplazos en escala de 0-10 (la recepción de promedios podrá extenderse hasta el 30 de abril a las 12 hs. presentando la constancia de inscripción. Con posterioridad a esa fecha se computará como 0.)

- Documento de Identidad, que conste el Servicio Militar cumplido o exceptuado o pasaporte en el caso de extranjeros. El examen se llevará a cabo el 26 de abril de 1997 en el Htal. de Clínicas de la Capital.

El listado de la bibliografía obligatoria para el examen estará a disposición de los interesados a partir del 3 de marzo en :

* Dirección de Capacitación. Av. Las Heras 2670. Capital. T.E. (01) 807-3341
* Biblioteca del IMUREP. Echeverría 955. Capital (01) 781-1257

* A.A.T.O. Av. Corrientes 1186 piso 5 "F". Capital (01) 382-4070

* Universidad de Quilmes. Roque Saenz Peña 180, Bernal. Pcia. de Bs.As. (01) 259-3090

Fecha de cierre de la próxima edición : 10-5-97

Redacción:

Mansilla 2665 (1425)

Capital Federal

TE: (01) 962-1101 FAX: (01) 786-6833

E-mail: andre@ fsoc.com.ar



Otra Puerta



AL MATE, MATE...

por Ana Conlon

Cielito, cielo que si:
guardensé su chocolate,
aquí somos puros indios
y solo tomamos mate.

Bartolomé Hidalgo

Un verdadero monumento de la cultura americana, de indiscutible origen indígena y de fuerte tradición popular, sufrió como toda la cultura aborígen, intentos de aniquilamiento o apropiación intelectual y lisa y llanamente, despojo de los beneficios de su comercialización.

La Iglesia libró a través de los jesuitas, una guerra abierta a la costumbre de matear, atribuyéndole carácter demoníaco, para luego contradecirse creando la leyenda del hombre blanco, Santo Tomé o Tomás, discípulo de Cristo, quien les habría enseñado a los indios el secreto de la yerba, inspiración que debió ocurrir en el siglo I de la era cristiana..., época en la que vivió este santo.

La invención de la leyenda respondía a una exigencia religiosa y a una necesidad de la iglesia de la época, organizada sobre el origen divino del poder. En el aspecto político, el centro del mundo, Europa, debía atribuir todo lo que implicara ganancia o poder, al Hombre Blanco. En 1610 el Tribunal de la Santa Inquisición de Lima declaró a la "hierva como una clara sugestión del demonio"...

Prueba de la guerra desatada contra el mate se encuentra en el "Catálogo dei codici Pinelliani dell'Ambrosiana" (Milán 1933, p100).

... "Otras veces suelen tomar esta hierva a solas; y con ser mui amarga, en dándose uno a este vicio no le deja hasta la muerte. Es tradición entre los indios del Paraguay, que el demonio introdujo este vicio y se aparecía a los indios en figura de puerco en las vasijas que beben.

...Los inconvenientes y daños que acarrea este vicio:

1- Que la yerva se saca de unos montes y montañas apartados de poblado, adonde no ay comida alguna. Buscanlá con mucho fuego los indios y suelen morir cada año más de setenta o ochenta unos de ambre, otros de calor y otros molidas las espaldas y hecho mataduras de los cargados, que son mui grandes, que no ay cabalgaduras que los puedan sacar...

2 -Hazensé los indios y los españoles con este vicio olgasanes y flojos y muchos gastan lo mas del día en esto.

3 -En estas juntas todo es tratar de vidas ajenas; y quando son estas juntas con mugeres, suele haber otras ofensas de vicio"...

El atribuir a los jesuitas el origen del uso de la yerba mate, es una falsedad que no se sostiene desde el nombre mismo que le dieron, "yerba mate", yerba por hierba y mate, palabra que eligieron del quechua por adaptarse mejor a la modalidad grave del idioma castellano. En guaraní el vocablo compuesto, es bien explícito, caaiguá, caá (yerba), i (agua) y guá (recipiente). La confusión semántica llegó hasta la designación del árbol como yerba debido a que los españoles solo la veían cuando llegaba al poblado ya seca y molida, lista para consumir. Para aumentar la confusión en Europa se llamó a la infusión con el mismo nombre científico del árbol, "Ilex paraguariensis". Los jesuitas difundieron el mate como infusión "teiforme", el famoso "té de los jesuitas", de los salones coloniales.

Y lo que sí puede atribuírseles sin ninguna duda, fue la organización de los yerbales por cultivos, dado que es innegable la capacidad de organización y administración de la orden. Los jesuitas se instalaron en el Paraguay en 1610 y el permiso para su comercialización les fue concedido en 1645, durante ese tiempo pudieron rever su actitud de oposición presentada el mismo año de su instalación en el territorio. Así comenzaron su cultivo y comercialización a partir de 1670 hasta 1756, año en el que fueron expulsados por el Tratado de Tordesillas ...y por el inmenso poder que habían adquirido en todas sus misiones dándoles a los indios



una revolucionaria conciencia comunitaria. Los siglos pasaron pero la yerba se sigue tomando con la misma devoción que la de los guaraníes y su cosecha es tan dura como entonces, se sigue extrayendo a corte de mano limpia o con tijera y la vida de los cosecheros no es hoy mucho mejor que la de aquellos, durando apenas unos pocos años más.

La costumbre de tomar mate, profundamente arraigada en la Argentina, Uruguay y sur de Brasil, se practica en todas las clases sociales y ocasiones poco formales; en solitario, en grupos de estudiantes, amas de casa, reuniones familiares, charlas de amigos, reuniones de trabajo, etc.

Por otra parte, el hecho de ser heredada de los aborígenes, constituye un aliciente para la imaginación para especular sobre el ingenio que el primitivo habitante debió desarrollar hasta crear los utensilios necesarios y útiles para su consumo. Desde el uso de la calabaza como vasija recipiente, hasta la creación de la bombilla, todo con elementos que se encontraban en la naturaleza y fueron transformados, demuestra elocuentemente el grado de cultura alcanzado por los guaraníes.

No obstante grandes baches arqueológicos no nos permiten saber hasta qué punto pudieron ellos solos, resolver el uso de la caldera para verter pequeñas porciones de agua en la vasija o si pudieron idear el filtro tubular de la bombilla.

Con respecto al arte de la cebadura, es importante destacar que cada región tiene distintas preferencias en sabor y tamaño, pero básicamente debe reunir condiciones que son respetadas a rajatabla por sus adeptos más consuetudinarios, para ello se puede citar parte de un abundante refranero y coplas populares que le van indicando a los novatos, las mejores formas de cebarlo.

"Mate espumoso, no es pa mocosos"

"Como náufrago de amor me los cebás lavaditos...

Juro que no me has de ver agarrao a los palitos!"

"Mate pa atrás ...pa que no volvás"

"Más rezongón que bombilla e pobre".

El lenguaje del mate, aunque ignorado en general por la población de las ciudades, ha sido y es, la preceptiva social de una costumbre, un código de sus reglas de urbanidad y a veces de alcurnia. En la época de la colonia, en el Río de la Plata, las familias más acomodadas, solían tener una esclava exclusivamente para cebar mate, la cual atesoraba el conocimiento más amplio del arte y solía competir con las esclavas de otras familias en la ponderación de las visitas. Cuando la familia quería agasajar a sus huéspedes aparecía la esclava, ésta debía respetar la forma, entregar el mate a los señores de la casa o a la visita, retroceder unos pasos, cruzar mano sobre mano por delante y esperar en absoluto silencio que le fuera devuelto.

Testigo de un riquísimo pasado nacional, no es solamente un documento de etnografía, es un valor actual, transmitido

por tradición oral y muy recientemente en la historia ha habido quien comenzara a investigar y recopilar su historia, lenguaje y valor social.

Aromático y sabroso, las preferencias varían entre el dulce o amargo, con menta, naranja o café, pero lo más importante es que ha logrado sobrevivir hasta nuestros días, a pesar de todo, una costumbre aborígen que ha echado raíces profundas aún en las ciudades y que tiene en nuestra vida cotidiana un lugar de privilegio.

Bibliografía

Villanueva, Amaro. *El mate, el arte de cebar y su lenguaje*. Buenos Aires, 1995, Nuevo Siglo, Edición de Félix Coluccio.
Rosales Juan, Aramendi Raúl, *500 años, Conquista, resistencia y utopía*. Buenos Aires, 1992, Ediciones Letra Buena.

Materia
Prima

Seminario - Taller "Entrenamiento de la memoria"

Dirigido a profesionales que trabajan con adultos mayores

Organizado por CEPAD
(01) 374-1362



AGENDA

abril - agosto 1997

Curso de Postgrado de T.O. en Gerontología Organizado por AGEBA. Auspiciado por la A.A.T.O. y el Servicio Nacional de Rehabilitación y Prevención de la Persona con Discapacidad Sábados de 9.30 hs. a 13.30 hs Informes: Paraguay 1859 Cap. Fed. Te: (01) 813-7634

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 APSA "Identidad en la Globalización" Mar del Plata Informes: San Martín 579, piso 2 Cap. Fed. Te/Fax: (01) 393-3059/3381

11 al 15 de abril 1997

A.T.O.A. Conferencia Anual y Exposición Orlando - Florida USA Informes: American Occupational Therapy

Association, Conference and Meetings Department, 4720 Montgomery Lane, PO box 31220, Bethesda, MD 20824-1220, Fax: 301-6527711

24 al 27 de abril

Tras Jornadas Interuniversitarias y Tras Jornadas Universitarias de Practicantes de Terapia Ocupacional Mar del Plata Trabajos relacionados con T.O. y la práctica clínica en sus diferentes áreas de incumbencia y de niveles de intervención. Fecha de inscripción: hasta el 10 de abril. Informes: Funes 3350 Mar del Plata. Te: (023) 75-2288/2442 int. 440 Telefax: (023) 75-2442

2 al 9 de mayo 1997

V Seminario Internacional de Atención al Anciano "Atención Comunitaria al Anciano: Una Solución para un Nuevo Reto" La Habana - Cuba Informes: Dr. Osvaldo Prieto Ramos, Htal. Universitario General Galixto García Calle G y 27, La Habana, Cuba Te: (537) 32-0335 / 33-2948 Fax: (537) 33-3319

8 al 10 de mayo 1997

Primer Encuentro Provincial de Educación por el Arte Hoy Organiza: Centro de Investigación y Formación Educativa Mar del Plata Informes: CIFE Los Andes 1153, Mar del Plata (7600) Te: (023) 78-3415 Fax: (023) 78-3537

2 al 4 de octubre 1997

IV Congreso Interdisciplinario de Barreras Arquitectónicas y Urbanísticas Mar del Plata Informes: AMSCA Paraguay 1385 Cap Fed TE (01) 812-4722 Fax (01) 813-9411

31 de mayo al 5 de junio 1998

XII Congreso Internacional de la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales Sede: Palacio de los Congresos de Montréal, Canadá Fecha cierre presentación de trabajos: 30 de junio de 1997 Informes: 795 Victoria Square, Suite 700. Montréal, Québec, Canadá. Te: (514) 286-0855 Fax: (514) 286-6066 E-mail: info@eventsintl.com

CORREO

"Brindo por la continuación de MATERIA PRIMA, los felicito enormemente por este emprendimiento que tan bien le hace a la Profesión. Feliz Navidad!! y un muy buen 1997" T.O. Ana Cora Testa. Capital Federal.

"Felicito a toda la Comisión que conforma la Revista Materia Prima. Les deseo los mejores éxitos para el nuevo año. Gracias por haber tenido la iniciativa de generar MATERIA PRIMA". T.O. Claudia Miranda. Mar del Plata.

"Me dirijo a ustedes para felicitarlos por esta publicación tan valiosa, que hace a nuestra comunicación y crecimiento profesional". Asociación Entrerriana de Terapeutas Ocupacionales. T.O. Norma H Díaz (Presidente)

Saludos y buenos augurios para el año que comienza de:

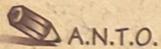
Colegio de Terapeutas Ocupacionales de La Rioja. T.O. Liliana Oviedo de Genocchio (Presidente) Asociación Marplatense de Terapeutas Ocupacionales T.O. Ana Cociolone (Presidente) C.E.O. (Centro de Evaluación y Orientación para la Formación Laboral y el Empleo) T.O. Rosa G. de Cordone. Coordinadora Técnica.

"Me dirijo a ustedes para agradecerles la revista que refresca conocimientos y actualiza la profesión. Me encuentro trabajando en el Taller Protegido de Producción Rosario sorteando los obstáculos que se presentan, tales como el lugar que ocupa el T.O., la supervisión que ejerce, los métodos y técnicas que utilizamos, etc. Por éstos y otros motivos es que dedico gran parte del tiempo a informarme sobre el área laboral y quisiera me contacten con

colegas que trabajen específicamente en empresas comunes ya que no sé donde recurrir para encontrar experiencias. Muchas Gracias, sigan adelante y felicitaciones por el emprendimiento". T.O. Sabrina del Valle Gatti. Rosario. Sta. Fe. (quienes quieran comunicarse con ella, pueden obtener sus datos en nuestra redacción)

Queremos invitarte una vez más a tomar este espacio como propio para intercambiar inquietudes, opiniones y sugerencias con colegas de todo el país. El ida y vuelta de la comunicación sólo es posible con tu participación. Entremos en contacto. Aquí te esperamos. Materia Prima.

Para tener a mano



A.N.T.O.

Asociación Necocheense de Terapistas Ocupacionales
Calle 59 N 3.487 Necochea Pcia de Bs.As.
T.E. (0262) 26306



A.E.T.O.

Asociación Entrerriana de Terapistas Ocupacionales
Casilla de Correo Central Nro.41
(3200) Entre Ríos.



A.T.O.C

Asociación de Terapistas Ocupacionales de Córdoba
Obispo Trejo 1377 piso 1ro. "A" Bº.
Nueva Córdoba. Córdoba (5000)



Gobierno de La Ciudad de Bs.As.

Línea telefónica gratuita para reclamos 0800-832-2466



Centro Nacional de Intoxicaciones del Htal. Posadas. Capital

Línea telefónica gratuita que brinda asesoramiento sobre prevención y

primeros cuidados ante intoxicaciones.
Todos los días, las 24hs.
0800-30-160



FUNDIC

La Fundación de Investigación del Cáncer, brinda ayuda telefónica gratuita para quienes buscan orientación sobre el tema, medidas de prevención, centros oncológicos sin fines de lucro o grupos de autoayuda. De Lunes a Viernes de 9.30 a 14.30 hs. (01) 786-2023.



Centro de Copistas para ciegos "Santa Rosa de Lima"

Transcripción de libros a Braille, grabaciones, clases de tejido, lectores y acompañantes voluntarios. Paraguay 1632. Capital



Capilla Santa Ana. Glew. Pcia de Bs. As.

Muestra Permanente de la Fundación Soldi (visitas guiadas)
Sab. dom y feriados de 9 a 18 hs.
T.E. (Cap.) (01) 801-1490, (Glew) (0224) 20120/20121



Taller libre y gratuito del Htal. Pirovano. "Cuando las ilusiones se pierden ¿A dónde van?"

Alude a las expectativas vocacionales que han quedado en el camino por diversos motivos, busca reorientar vocacionalmente.
Sector "C" (planta baja). Htal. Pirovano.
Av. Monroe 3555. Capital.
Sábados. 16:00 hs.



Grupo interdisciplinario de prevención y asistencia a mujeres golpeadas de la Escuela de Salud Pública.

Marcelo T. de Alvear 2202 3 piso oficina 34. Capital.
T.E. (01) 544-8387.
Miércoles de 14 a 17 hs.



A.A.A.E.P.A.D

Asociación Argentina de actividades ecuestres para discapacitados. Arévalo 3065. Capital.
T.E. (01) 771-5880.



Matices

CRECER

HAY QUE MIEDO
DA CRECER, SI MIEDO.
CON SOLO PENSAR
QUE LOS AÑOS PASAN
Y UNO DE UNA FORMA O OTRA
VA ADQUIRIENDO CONOCIMIENTOS
QUE LE PERMITIRÁN MANEJAR
SITUACIONES FUTURAS
NOS VAMOS LLENANDO DE UN PÁNICO
QUE LO ÚNICO QUE NOS PERMITE
ES DETENER NUESTRO FUTURO
NO TODOS TENDAMOS LA FORTALEZA
DE PODER RECUPERAR NOS RÁPIDAMENTE
DESPUÉS DE UN FRACASO.
CADA ERROR QUE COMETEMOS
DEBEMOS TOMARLO NO COMO UN FRACASO
MÁS EN NUESTRAS VIDAS
SINO COMO UN APRENDIZAJE
PARA NUESTRO FUTURO.
DAMIEDO ENFRENTARSE A SITUACIONES NUEVAS
PERO SI JAMÁS DAMOS ESE PASO
NUNCA SABREMOS EL CONTENIDO DE NUESTRO FUTURO
Y DESPUÉS NOS LAMENTAREMOS
POR LO QUE PUDIMOS SER
Y NO SOMOS.
POR LO QUE PUDIMOS TENER
Y NO TENEMOS
POR TODO AQUELLOS QUE PUDIMOS LOGRAR
Y NO LOGRAMOS
POR EL SOLO HECHO
DE HABER TENIDOS AL CRECER
UN GRAN MIEDO.

ALEJANDRA

5-10-96

"Crecer"

Y
POR LO QUE
Y NO TENEMOS
POR TODO AQUELLOS
NO LOGRAMOS
SOLO HECHO
TENIDOS AL CRECER
ANDRA

MIEDO
EN, SI
OLO PER
LOS AÑ
NO DE
ADQUI
QUE LE
SITUACI
NOS V
QUE
ES NO

RO FUTU

LOGRA

SUSCRIBASE

No se quede afuera !!



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