

016/8

Materia
P R I M A

Primera Revista Independiente de
Terapia Ocupacional en Argentina

Año 2 - Número 6 - Diciembre / Febrero 1998
Precio del ejemplar \$7. - - ISSN 0328-7890

**III Congreso Latinoamericano
II Congreso Venezolano de T.O.**

**T.O. en catástrofes
Jornadas del Borda**

Mapa



Materia Prima se ve honrada con la colaboración desinteresada del artista

Oswaldo Salsamendi

Nació en Buenos Aires, el 5 de Abril de 1914. En 1957 comienza su carrera fotográfica al incorporarse como socio del Foto Club Buenos Aires, donde obtuvo numerosos premios entre los que se destacan:

CONDOR FAF (1966 - 1992) - Tres medallas de Plata FAF. Medalla de Honor en Brasil (1970) - 1er. Premio Foto Club Marina (1965) - 1er. Premio Monocromo Salón IKA - 1er. Premio Concurso "Argentina de Hoy" (1979) - 1er. Premio en "AMIA", sobre temas Bíblicos - Salón GEBA, Trofeo Escudo de Armas - Sociedad Rural Argentina, premios varios. Integró el Equipo del Foto Club Argentino, donde obtuvieron el 1er. Premio, Salón "SEGBA". Salón Nacional de Fotografía (1986).

Figura entre los Cinco Primeros Premios en distintas categorías en Salones Internacionales del Fotoclub Argentino (1984 y 1993). Premios en distintas categorías en Salones Internacionales de la Peña Fotográfica Rosarina (1984 y 1992). Premios en concursos realizados por empresas Comerciales.

Obtuvo los siguientes títulos: Artista FIAP (AFIAP) desde 1962. Excelencia FIAP (EFIAP) desde 1970. Excelencia por Servicios Prestados FIAP (ESFIAP) desde 1991. Miembro de Honor de la Federación Argentina de fotografía (FAF), del Foto Club Buenos Aires, de la Peña Fotográfica Rosarina, del Foto Club Argentino y de la Agrupación Fotográfica de Oviedo (España). La casa de la Cultura vasca, en Buenos Aires lo designa amigo de Eusketxe.

Ex- Asistente Técnico de la Secretaría de Cultura de la provincia de Buenos Aires, durante tres años. Delegado Argentino de la Bienal Fotográfica de Cuzco (Perú) y en la 2da. Bienal de Fotografía (Buenos Aires, 1968). Delegado y Presidente del Jurado en la 6ta. Bienal de Naturaleza (Buenos Aires, 1991). Socio Fundador N° 8 de la Cámara Fotográfica de los Cofrades. Integra el cuerpo de Jurados de la Federación Argentina de Fotografía (FAF) y el Comité Artístico de la misma. Integrante del cuerpo Técnico de la FAF, que prepara y designa nuevos Jurados. Integró distintas Comisiones Directivas de la FAF y Foto Club Buenos Aires.

Realizó más de 20 exposiciones Individuales y Colectivas, entre ellas cabe destacar "VIVENCIAS", efectuada en AGFA, en 1992.

Es autor de varios Audiovisuales, entre ellos "RUMBO 180" (Antártida Argentina), "LUJAN" (Visión de una Creencia), "EXCEPTION", "INTRODUCCIÓN A LA FOTOGRAFÍA CREATIVA", especialmente realizado para la enseñanza.

Es autor de artículos sobre temas fotográficos en publicaciones: Diario "La Prensa", foco, Fotografía universal; Revelar; Fotorumbo.

El 22 de Septiembre de 1995 le fue concedida la "PIRÁMIDE DE PLATA" por su trabajo realizado en pro de la Fotografía.

"...este destacado purista, de trayectoria intachable, que sabe, a pesar de todos los honores recibidos, Nacionales e Internacionales, mantener la pureza y el poder de asombro, convirtiéndose en el cronista de vida que día a día comparte sus "Vivencias" con todos nosotros..." (D. Bortolin)



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



STAFF

Editora- Directora
T.O. Andrea Manzón

Subdirectora
T.O. Carolina López

Consejo Editorial
T.O. Mónica von Wernich
T.O. Ma. Juliana Sánchez Vissani

Colaboradores
T.O. Paula Mantero
T.O. Ma. Rita Martínez Antón
Lorena Rodríguez
Paula Cagliolo
Laura Moreno
Manuel Massolo
Ma. Cecilia Rocha

Colaboran en este número:
Terapistas Ocupacionales
Gillian Hall (Escocia)
Laura Pezzolli
Graciela Warschavski
Susana Llimos
Patricia De Giovanni
Marisa Barberis
Cristina Nirino
Lic. Ana María Papiermeister
A.M.T.O.
Servicio N°48 Htal. J.T. Borda

Lic. Sara Slipchinsky
Lic. Silvia Dimant
Lic. Andrea Sola
Lic. Tomás Haos
Dr. Daniel Favalli
Mariana Lecouona

Foto de Tapa
"Gatos y Botellas"
Oswaldo Salsamendi

Diseño Gráfico
Gabriel Grosso 01-384-8339

Impreso en Graphic Impresores
01-384-8339/9862

Registro de Propiedad Intelectual en trámite
ISSN 0328-7890
Propietaria Andrea S. Manzón

Redacción
Gral. L. Mansilla 2665
(1425) Capital Federal
Tel.(01) 962-1101 / 701-4369
Telefax: (01) 786-6833 / 964-0091
E-mail: andrea@tsoc.uba.ar

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 responsabiliza por las opiniones expresadas en los artículos o por las personas entrevistadas como ni tampoco por el contenido de los espacios publicitarios.

Sumario

Editorial

1

Estilos

"Desde Venezuela"

2

Del Exterior

"Desorden por tensión post-traumática. Una perspectiva de Terapia Ocupacional" (Escocia)

6

De uno en uno

"Fragmentos de una historia"

9

Dossier

"Encuentro Profesional I"

11

De Producción Nacional

"Estacionarse en la ficción"

25

Mapa

28

Reporte

29

Noticias

31

Correo de Lectores

33

Libros

35

Agenda

36

Motives

"Dibujos" por Gabriel

Editorial

Sumario & Editorial

1

Cuando creamos *Materia Prima* asumimos el compromiso y la responsabilidad de hacer circular la información. Nuestro espíritu se ha nutrido en el Pacto de San José de Costa Rica -1969- (al que Argentina adhiere en 1984), cuyo artículo 13 refiere: "Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento y expresión. Este derecho comprende la libertad de buscar, recibir y difundir informaciones e ideas de toda índole, sin límites de fronteras, ya sea oralmente, por escrito o cualquier forma impresa o artística o por cualquier procedimiento de su elección". Hemos sido testigo de innumerables acontecimientos que se han desarrollado en el transcurso del año. Nuevos libros, jornadas, congresos nacionales e internacionales ... lugares de encuentro entre colegas que han posibilitado un estimulante intercambio y nuevos interrogantes.

Latinoamérica, CLATO, Mercosur, regionalización... palabras que han resonado en los Congresos de Venezuela y Brasil y toman imprescindible la reflexión en los tiempos de transformación que vivimos; la marcada globalización económica, política y cultural ya impacta nuestra comunidad profesional. Podríamos minimizar las tendencias que se avecinan, desconocer los procesos que transitamos e instalarnos en nuestro pequeño terreno a mirar cómo se decide nuestro futuro. Podríamos optar por informarnos, preguntar, opinar, disentir, escuchar, evaluar, hacernos cargo y tratar de comprender críticamente la dimensión del cambio. Sabemos que las futuras decisiones, paradojas de saberes y poderes, nos alcanzarán, de una u otra manera, a todos. Desconocemos cómo repercutirán estos cambios en nuestra práctica cotidiana. Puestos de trabajo, centros de formación, postgrados, competencias profesionales, derechos laborales, colegiatura, licenciatura, investigación, son algunos de los temas que inquietan a los lectores y recibimos en nuestra redacción. Somos conscientes de la difícil tarea de comunicar y de los límites de nuestra tarea, pero desde este espacio de emisor-receptor compartido, que hemos construido juntos, renovamos nuestro compromiso. Seguiremos apostando a difundir en todo el país los hechos que se suceden, confiados en que cada uno sabrá elegir el espacio desde dónde comprometerse para producir los cambios que benefician a toda nuestra comunidad profesional.

Se está escribiendo otra etapa de la historia de la Terapia Ocupacional Argentina. Ha empezado un nuevo tiempo en nuestro propio universo cultural. Definir los nuevos rumbos requiere protagonizar y asumir los riesgos de la construcción de nuestra propia realidad. Hacemos público nuestro deseo de una participación activa a lo largo y ancho del país para sumar esfuerzos y consensuar los nuevos horizontes a los que nos encaminamos.

Si la realización de un proyecto colectivo posibilita, en forma igualitaria, el desarrollo de las potencialidades de nuestra profesión, habremos escrito con responsabilidad otra parte de esta, nuestra historia.

Andrea Monzón

DESDE VENEZUELA

por Materia Prima

*Durante el III Congreso Latinoamericano y II Congreso Venezolano de Terapia Ocupacional Materia Prima entrevistó a las colegas **Zoraida Ramirez** (Presidenta del Congreso) y **Egle de Pocaterra** (Presidenta de la Federación Venezolana de Terapia Ocupacional). Síntesis del encuentro.*

¿Qué objetivos se plantearon para este III Congreso Latinoamericano y II Congreso Venezolano de T.O.?

Z.R.: La motivación más grande para la realización de este Congreso fue la preocupación que tenemos en Venezuela por la poca asistencia que podemos dar. El servicio que nosotros prestamos está reducido a un grupo muy pequeño de personas y sabemos que hay gran cantidad que está quedando desasistida. Por eso el tema Rehabilitación de Base Comunitaria. Fue bien difícil escoger el tema. Pensamos que como era un Congreso Latinoamericano y que la Organización Panamericana de la Salud nos dice que la salud debe ser para todos en el año 2000, nosotros queremos explorar en ese campo, trabajar en ese tema, por eso lo pusimos como tema central, no como tema único. Decidimos tener otros tópicos dentro del programa científico y por ello tratamos de dividir en lo posible mezclando base comunitaria con niños, base comunitaria con adultos, base comunitaria con psiquiatría, de manera que la gente participara.

¿Cuánto tiempo demandó la organización del Congreso?

E.P.: Nosotros somos una junta directiva que tenemos apenas un año. La junta anterior nos hizo la transmisión de mando y lo primero que nos dijeron fue "Toma, aquí está un congreso". Te puedes imaginar el compromiso. Nosotros queremos hacer muchas cosas a nivel nacional, tenemos proyectos para llevar a cabo, cursos, legalizar cosas que nos faltan de nuestra Federación... pero eso se quedó detenido en el tiempo, fue Congreso, Congreso y Congreso. Tenemos como un año organizándolo.

¿Quisieran compartir algunas de las dificultades y gratificaciones que encontraron en el camino?

E.P.: Nuestra situación económica es catastrófica, por eso ahora esperamos con una gran fe en nuestros recursos, los venezolanos jóvenes y sabemos que vamos a superar la crisis. El problema económico fue una de las limitantes que tuvimos para el desarrollo efectivo del congreso. Nos angustió mucho, pero estamos sorprendidos, porque para nosotros 25.000 ó 30.000 Bolívares, que costó el evento (50/60 dólares aprox. por persona), es casi una fortuna,

en vista de que eso es lo que ganamos en una semana. Se ve que hay un gran sacrificio, un gran deseo de superar. Estamos en una tensión constante pero con mucha fe en Venezuela.

Z.R.: Nosotros tenemos en el país un problema bastante difícil ahorita, desde el punto de vista laboral. No se puede estar pidiendo permiso para estos eventos, que son largos y quedan nuestros departamentos solos, verdad, entonces damos la posibilidad de ponerlos en bloques. Tenemos que buscar las facilidades para la gente porque la realidad es que tenemos que estar en el trabajo. Sin embargo hemos notado que mucha gente que invitamos de las diferentes áreas está con nosotros en este momento.

E.P.: Una de las gratificaciones más bonitas es este momento, tener unas argentinas con tanta iniciativa y talento presentes.

Z.R.: Es gratificante la respuesta que nos han dado nuestros miembros. La gente respondió y pienso que los terapeutas ocupacionales tienen ese calor humano y por eso están aquí respaldándonos. Nosotros nos sentimos satisfechos porque si no vinieron los cinco o los siete que querían venir, por lo menos vinieron uno o dos; eso para nosotros es satisfactorio, es otra gratificación.

¿Implementaron alguna estrategia para favorecer la concurrencia?

Z.R.: Sí, la estrategia que tuvimos de Federación fue mandarles una invitación aparte a los directores de los hospitales en nombre de la FVTO (Federación Venezolana de T.O.) para que les diera permiso y les facilitara su asistencia. Tuvimos que agregar diferentes cosas para poder lograr nuestro objetivo. Surtió efecto.

E. P.: Casi toda Venezuela vino. Se les abrió las puertas con eso.

Retomemos el tema de los objetivos

Z.R.: Como primer objetivo, desde el punto de vista de Latinoamérica, poder lograr reunir la conceptualización. En esta vida a lo que uno desconoce le tiene miedo. Si nosotros enseñamos (esa es la función de la FVTO, enseñar qué hacemos) lo que es desconocido para los otros; se abren campos. Ese fue el primer objetivo, enseñar.

E.P.: Lo podemos ver desde dos puntos de vista: la parte Venezolana, nacional, como explicó Zoraida, de que la salud llegue a todas las comunidades. La otra parte, la latinoamericana, tiene también una historia. La inquietud de unirnos los latinoamericanos se inició en 1986. Siguió en 1994 en Panamá y éste es el tercero. La motivación nacional es la base comunitaria y la latinoamericana, la unión.

¿Podrían contarnos la historia de los

Estilos

Congresos Latinoamericanos?

Z.R.: El primero fue en Colombia, hace 5 años aproximadamente, el 2do. en Panamá y el 3ro. en Venezuela. En Perú, en 1986, hubo una revisión ordenada por la Organización Panamericana de la Salud, para la revisión de los expensos de estudios de las escuelas formadoras. De ahí surgió la idea de crear un grupo latinoamericano no sólo para la parte docente. Colombia se lanzó y sacó el 1er. Congreso Latinoamericano. Para ese momento, allí en Colombia, estaba Venezuela buscando ser sede del 2do. Congreso y Panamá también lo manifestó. En ese momento Venezuela le cedió la oportunidad a Panamá, porque no tenían escuela formadora y para nosotros era importante que se proyecte la Terapia Ocupacional. Cuando se dio el 2do. Congreso, Venezuela llevó una carta formal de petición para ello.

¿Cuánta gente han convocado?

Z.R.: Nosotros calculamos en base a 300 personas y las expectativas están casi a cumplirse.

¿Cuáles son los objetivos planteados para los encuentros de delegados y de estudiantes?

E.P.: La parte de estudiantes es que los presidentes de los centros de estudiantes de las tres escuelas se pusieron de acuerdo para hacer intercambios de coros y actividades culturales, no tanto de exposiciones o de parte científica.

Z.R.: Va a haber una discusión en relación a necesidades y expectativas que tiene cada quien y concluir si son iguales, si hay diferencias, qué tomar, qué no tomar, si hay unificación...

E.P.: La parte de delegados va a ser muy importante, lo estuvimos planificando desde hace muchos meses. Yo estuve en África, en el último Consejo Mundial de T.O. y existe una gran inquietud por parte de los directivos de la Federación Mundial de poder manejar mejor el contacto con todo el mundo y que se organicen los países por regiones. Ya hay una región europea que es la COTEC. ¿Que más oportuno que un Congreso Latinoamericano para ver qué piensan nuestros compañeros?

La parte de regionalización está orientada a estudiar las propuestas de la Federación Mundial para ver cuál es la que más nos conviene como países latinoamericanos y qué opina cada país. Previamente se les mandó a las Asociaciones nuestra propuesta para que mandaran su delegado con su propuesta, su idea o sus puntos a discutir. Como venezolanos tenemos claro que es lo que queremos pero tenemos que escuchar al resto de los delegados.

Z.R.: Nosotros tuvimos dos reuniones preliminares para plantearnos la agenda de esta reunión de regionalización. Tenemos que tener un documento con un registro del núcleo, de manera que seamos sólidos y podamos presentarnos en

Canadá verdaderamente como un grupo latinoamericano, con lo que queremos.

Teniendo en cuenta las desigualdades económicas, ¿cómo piensan que puede lograrse una "Salud para todos en el año 2000" ?

E. P.: Con la base comunitaria.

Z. R.: En este momento, en Venezuela se está discutiendo la nueva Ley de la Seguridad Social. Los expertos dicen que las consecuencias de esta nueva ley son catastróficas. Si ahorita hay desigualdad, pocos podemos recibir ciertos servicios y menos aún los de rehabilitación, cuando esa ley sea aprobada van a ser menos los que van a recibir siquiera las atenciones primarias.

La FVTO actualmente está incursionando en una actividad de toma de decisión a niveles gubernamentales. Pertenece a un núcleo que hay en el país, un grupo de profesionales que se está queriendo hacer sentir, para que esas políticas no sean decididas por un grupito de políticos, sino que haya profesionales expertos para que se tomen decisiones.

¿Qué rescatan de la Rehabilitación de Base Comunitaria?

E.P.: La rehabilitación de base comunitaria, dentro de sus objetivos, es llevar la salud a la casa del paciente, eso también va a descongestionar un poquito los hospitales, tú ves donde está el problema, lo canalizas. Muchas veces las personas se enferman porque no tienen verdaderos conocimientos de lo que los está enfermando.

Z.R.: Una de las cosas por las que creo en la rehabilitación de base comunitaria es la detección de la limitación; su primer objetivo, la detección. El Jefe de la División de Rehabilitación del Ministerio de Sanidad dijo que el recurso humano para trabajar en base comunitaria es el terapeuta ocupacional, es el que maneja la tecnología, es capaz de diseñar, adaptar cosas del medio. Una de las cosas que limitan estos programas es que si no hay una política central, controladora de los programas, eso se cae.

¿Cómo se inicia la Terapia Ocupacional en Venezuela?

Z.R.: Es una profesión muy joven dentro de este país. La referencia que nosotros manejamos a nivel docente es del año 54. Los primeros terapeutas ocupacionales o personas que trabajaron con visión de terapia ocupacional lo hicieron en el Hospital Psiquiátrico de Caracas. Las alpargatas y el pan de los alrededores del psiquiátrico eran hechos por los pacientes. No recuerdo en este momento el nombre de la terapeuta que inició el programa allí, era canadiense. La historia va paralela a la formación del Instituto de Seguro Social Venezolano, ya que era necesario formar gente

para trabajar en ese área y volver, a la gente incapacitada al mercado del trabajo.

E.P.: Había muchos accidentes en el puerto, obreros que quedaban con limitaciones físicas...

Z.R.: Ahí surge la necesidad de rehabilitar. Siempre fue el Seguro Social que copó la parte de Terapia Ocupacional. Hace 38 años se creó la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional, la primera escuela, hoy Colegio Universitario de Rehabilitación y allí se empezó a formar el terapeuta ocupacional mixto, pues era fisioterapeuta y terapeuta ocupacional. La primera promoción salió con las dos menciones.

E.P.: Las 3 escuelas están reconocidas por la Federación Mundial.

Z.R.: Se crea después la Escuela de Salud Pública, en la Universidad Central, luego el Colegio Universitario de Los Teques y con el crecimiento de las escuelas va creciendo el número de terapeutas ocupacionales en los hospitales.

¿Los lugares de formación son públicos o privados ?

Z.P.: Los tres son públicos, de nivel universitario y el título es Técnico Superior Universitario en Terapia Ocupacional (TSU).

Nosotros aspiramos a ser licenciados. Hay cambios desde el punto de vista de educación en nuestro país en este momento. El año pasado, creo que en Julio, el Director General Sectorial de Educación Superior sacó un decreto donde se deben crear las especializaciones para los técnicos superiores, y que un técnico superior especialista pasa a tener un nivel de licenciado con una maestría y que el técnico superior universitario ya está en el tercer nivel de educación que sería igualito a un licenciado. Esto está dicho en el papel, más no hecho en la práctica, pero se está luchando por eso.

Tenemos que movilizar a nuestros agremiados, vamos a pasar una encuesta para ver qué quiere la gente, porque nosotros nada hacemos con llevar ideas, como miembros de la FVTO sin saber que está sintiendo la gente. Para presentar un proyecto tenemos que tener un censo y una justificación valedera con números de qué es lo que queremos y quién nos respalda.

E.P.: Chévere que vengan todos los cursos de la especialización, pero la licenciatura influye en la remuneración.

¿Qué sucede en el área docente?

Z.R.: Los que estamos en el área docente como profesores de Terapia Ocupacional somos los que sufrimos más esta parte. Dentro de la estructura organizativa de los colegios, del Ministerio de Educación, hay auxiliares docentes y docentes. Dentro del docente tienes grados por la especialización o los estudios que tengas. Nosotros no pasamos de auxiliar docente y hacemos las funciones de docentes...

E.P.: Hacemos programas, planes de evaluación,



preparamos los exámenes, todo lo que hace un licenciado...

Si los Terapistas son auxiliares, ¿quién cubre el cargo de docente de las materias específicas de Terapia Ocupacional?

Z.R.: Las damos nosotros, pero nos contratan como auxiliares docentes. Eso quedó claro y escrito desde un principio desde la FVTO: ninguna otra persona que no fuera de terapia ocupacional podía dar estas materias, eso se ha mantenido, se ha respetado.

¿Cuántos se gradúan por año, aproximadamente?

E.P.: Yo creo que no muchos, aproximadamente entre 15 o 20 en cada escuela.

Z.R.: Hubo una estadística de los egresados por año de las escuelas con un promedio de 10 egresados por año por escuela. Que si te pones a ver la cantidad de discapacitados que tenemos y que requieren de atención, no es nada.

¿Los egresados se ubican rápidamente en el mercado laboral?

Z.R.: Cuando yo me gradué si, ahora es más difícil. El Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, ente empleador bastante grande, es el que emplea mayor número de terapeutas ocupacionales en el área psiquiátrica. El Instituto Venezolano de los Seguros Sociales es el empleador que capta más terapeutas ocupacionales en el área física. Institucionalmente, desde hace 2 años para acá ha sido muy difícil la situación, desde el punto de vista laboral, que se está viviendo. Desde hace dos años, si alguien sale jubilado no viene nadie más, el que sale de reposo por incapacidad médica, los puestos se congelan.

Lo que está facilitando ahorita el mercado de trabajo es la práctica privada.

¿Los pacientes atendidos en forma privada llegan por derivación?

E.P.: Generalmente por referencia médica.

Z.R.: La ley de ejercicio profesional que está en estudio, lo exige así. Aquí en Venezuela somos técnicos superiores y tenemos que regirnos por los lineamientos del médico.

¿Hay terapeutas ocupacionales trabajando en prevención?

Z.R.: No, todavía no nos dejan entrar.

E.P.: Aquí está el concepto de que nuestra profesión está para atender al paciente que está lesionado, para rehabilitarlo, no podemos hacer más nada que eso. Pero nosotros tenemos derecho a prevenir esas deformidades o limitaciones.

Z.R.: En el distrito de Sucre tienen una programación de prevención y el terapeuta ocupacional incursionando en eso a través de programas de salud. Se están dando cambios en

todos los niveles que están permitiendo que uno se meta.

¿y en otras áreas?

Z.R.: En el área de atención de salud curativa, desde el punto de vista institucional nosotros tenemos aquí antes empleadores: el Ministerio de Sanidad, el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, la Gobernación de Caracas en muchos de sus hospitales, el Instituto de Geriátrica. Hay un proyecto recreacional, en las alcaldías, que creó las casas del abuelo y dentro de las exigencias, tiene que haber un T.O. En el área privada el T.O. está en algunas clínicas muy importantes de la ciudad y en consultorios privados trabajan con un médico en particular.

Háblennos de la Rehabilitación Profesional

Z.R.: El Instituto Venezolano de los Seguros Sociales tiene su Centro Nacional de Rehabilitación y al lado existe, a través del Ministerio de Trabajo, el Centro de Rehabilitación Profesional. Del primero los pasaban al segundo. Muchos pacientes no iban evaluados adecuadamente para insertarlos en esa institución, se perdía el caso.

Cuando llegué al Centro Nacional de Rehabilitación me lancé con la Dra. Trinidad Velázquez (fisiatra, defensora de la rehabilitación profesional), creamos la Unidad Prevocacional con la intención de poder aplicar el concepto de terapia ocupacional como proceso. No podía seguir como estaba: terminabas aquí tu proceso de la rehabilitación física y después ibas a rehabilitarte profesionalmente, se perdía mucho tiempo y recursos. Nosotras tomamos la nueva reconceptualización de lo que es rehabilitación profesional por el Glarp y creamos la Unidad que está funcionando en el Centro Nacional de Rehabilitación con la intención de que el paciente está haciendo su proceso de rehabilitación física y conjuntamente lo estamos evaluando desde el punto de vista vocacional.

Hay tres salidas: - el paciente que nos llega es evaluado y decidimos que puede ir a su trabajo simplemente con una orientación, - el que evaluamos y vemos que necesita más de rehabilitación física. Entonces esperamos que avance un poco más para poder tener una cuestión más objetiva de resultados, - y el que realmente logramos evaluar y reorientar.

Tenemos aquí el INCE, Instituto Nacional de Capacitación Educativa, que capacita al individuo para determinadas actividades. Las instituciones tienen convenios con este Centro, que tiene un programa con personas discapacitadas (INCE especial, donde hay personas con limitaciones y los aceptan porque hay adaptaciones en ese área).

¿Cómo llegaron a conformar una Federación?

E.P.: Nacimos hace 30 años como Asociación, la formaron 9 egresados de la primera promoción. Imagine el orgullo para ellos que de 9 ahora somos 500, debe haber alguno por allí que no se ha inscripto. A partir del año '93 nos convertimos en Federación, porque como Asociación no podíamos abarcar a toda Venezuela. Teníamos que tener un núcleo y entonces se crearon 4 Colegios.

El Colegio es un estado, aquí en Venezuela son 20 estados, pero no vamos a tener 20 colegios. Legalmente se exigen 15 terapeutas ocupacionales para formar cada Colegio. Lamentablemente hay estados que no llegan, entonces queríamos hacerlo por zona. Ahorita somos Federación y tenemos 4 Colegios y 4 zonas estratégicas.

¿Están asociadas a la Federación Mundial?

E.P.: Sí. Estamos en ese proceso, ya estamos registradas legalmente como Federación.

¿Reciben algún tipo de apoyo?

Z.R.: Recibimos apoyo económico para el viaje a Kenia, para que nos representen nuestros delegados allá. Nosotros hemos sido muy cumplidores.

E.P.: Ellos hacen una encuesta de lo que gana una terapeuta ocupacional mensual y lamentablemente, Venezuela está entre los países que menos ganan (creo que es u\$ 100). Ahorita nos acaban de subir el sueldo y es de entre u\$ 400 y u\$ 500 por medio turno (6 horas de trabajo). Mucha gente lo que hace es redoblar, trabajan ambos turnos para tener un mejor ingreso (de 7 a 13hs. y de 13 a 19hs.). Nosotras tenemos 2 cargos. Trabajamos en la mañana en el Instituto de los Seguros Sociales y a la tarde como docentes.

¿Cuál es la remuneración docente?

E.P.: Como docentes estamos bien remuneradas. Hace cosa de unos años ser docentes duplicaba el sueldo de trabajar en institución, ahorita hay problemas con la actualización de sueldos en Ministerio de Educación y volvimos a pasar arriba la parte asistencial, pero no tarda mucho en que la docencia suba.

Z.R.: Y eso porque estamos catalogadas como auxiliares docentes. Si estuviéramos catalogadas como docentes el sueldo a nivel universitario es muy bueno, inclusive está comparado con los sueldos de los militares, que aquí son los que ganan más.

¿Qué proyección observan desde la Terapia Ocupacional venezolana hacia Latinoamérica?

Z.R.: Tenemos como proyección registrar ese núcleo latinoamericano, esa es la mayor proyección como objetivo, como meta.

E.P.: Yo siento que tenemos muy poca proyección y es mutuo, no hay intercambio, no hay comunicación. No creo que haya mucha

proyección, pero la habrá en un futuro si somos líderes en que se continúe, en que haya una regionalización, en promover, pero estamos muy aislados, cada quién en lo suyo.

¿Cuál es el reconocimiento del terapeuta ocupacional dentro de un equipo?

Z.R.: Desde el punto de vista institucional, gubernamental, en el área de psiquiatría, en una reunión clínica tiene el mayor aporte, y en la decisión a tomar, el mayor peso lo lleva terapia ocupacional. Si el paciente sale de permiso o no, depende mucho de lo que diga el T.O., y si no está el T.O., no se puede tomar la decisión.

E.P.: En el diagnóstico mismo, si hay duda, lo que el terapeuta lleva a una reunión es muy importante.

Z.R.: En el área de rehabilitación física, participamos en las reuniones clínicas, en las reuniones médicas. En el Instituto Nacional de Rehabilitación primero hacen una clínica para decidir si el paciente ingresa hospitalizado o no, y el T.O. participa en esa clínica que se hace después de haber evaluado al paciente y depende tanto de lo que diga el fisioterapeuta y el T.O., si el paciente ingresa o no.

E.P.: Cuando el médico conoce el trabajo del terapeuta ocupacional no puede vivir sin él, lo que pasa es que muchas veces no nos conoce.

¿Hay difusión de la profesión?

E.P.: Como docentes, tenemos que conscientizar que si no nos damos a conocer no nos damos a valer. Eso es una semillita que se lleva cada alumno. La difusión la hace cada terapeuta ocupacional.

Z.R.: Otra manera es que en la mayoría de los hospitales donde trabajamos los T.O. son docentes. En el Instituto Nacional de Rehabilitación se retomó que el terapeuta ocupacional le da clase al médico que se está formando en su posgrado de fisiatría. En el área de psiquiatría, en el Instituto Nacional de los Seguros Sociales, dentro de su programación de posgrado, hay temas que debe desarrollar el terapeuta ocupacional (aunque a veces no lo cumplen). Dentro de la parte social, no tenemos mucha promoción.

E.P.: Nos arroja mucho lo que es fisioterapia, todo mundo nos dice: ¿Tú eres fisioterapeuta? No, soy terapeuta ocupacional. Les cuesta ver que son dos disciplinas hermanas.

¿Cómo está planteada la formación de posgrado?

E.P.: La única chance que nos autoriza el Ministerio de Educación son los cursos de especialización.

Z.R.: El único que ha salido es el de especialización docente, en educación superior. Lo hicieron 4 o 5 terapeutas ocupacionales, yo lo inicié y no lo pude continuar, salía bien costoso (aunque es dictado dentro de una institución pública, los

costos tienen que correr por cuenta propia)

E.P.: No estamos con los brazos cruzados, hay muchos terapeutas ocupacionales luchando por ello, Antonieta Pucche y Nérida Bonilla hicieron un trabajo sobre la Licenciatura en Terapia Ocupacional y cada escuela está peleando por su licenciatura. Es un trabajo arduo, costoso.

¿Cuentan con producción de libros de Terapia Ocupacional?

Z.R.: Un terapeuta ocupacional, la señora Carmen Forn de Zita, hizo un compendio de traducciones de diferentes trabajos. Ella es argentina, aunque se considera venezolana, por los años que lleva acá.

¿Qué bibliografía utilizan en el área docente?

Z.R.: Utilizamos MacDonald, Willard & Spackman, los libros tradicionales y la bibliografía médica. Hay adaptaciones, utilizamos a veces libros de enfermería en cuanto a procesos.

E.P.: Los trabajos de investigación de los muchachos para poderse graduar también, están en las bibliotecas.

Z.R.: Ellos son los que más escriben.

E.P.: Lo que pasa que uno tiene tanto tiempo en la parte del sustento diario, que no queda tiempo para formación, investigación, etc.

¿En qué proyecto nacional están trabajando?

E.P.: El tema gremial, nuestro gran deseo es un proyecto de que el T.O. sea parte activa en la toma de decisiones, en lo que se refiere a materia de salud, en el país.

Nuestro proyecto es que a la hora de hacer un estudio en esta materia no lo haga un abogado que está en el gobierno, sino que llame a todas las personas involucradas en el área de salud. Estamos unidos los profesionales y la principal meta es que se nos deje tomar decisiones a alto nivel. Los profesionales somos la voz más autorizada quizás para la última palabra.

¿Qué nos pueden decir de la colega Forn de Zita?

E.P.: Ella es un valiente, una defensora de la Terapia Ocupacional.

Z.R.: Es la persona que ocupa un cargo que puede tomar decisiones, está en el Ministerio de Sanidad en la División de Salud Mental. A ella la buscan para todo. Ella se formó en Argentina y se especializó en Inglaterra. Los venezolanos estamos orgullosos, porque ha dado mucho a la Terapia Ocupacional en Venezuela, me atrevería a decir que no sólo a la Terapia Ocupacional en Venezuela sino a la Salud Mental en Venezuela. A la señora Zita la respetan, es una doctora, es una autoridad.

E.P.: Entre nosotras buscamos mucho su consejo, es una persona que es como una enciclopedia, desde el punto de vista gremial, desde el punto

de vista terapéutico, ella es completa.

¿Con qué países tienen más contacto?

E.P.: Con la Asociación Americana, con la Canadiense. Ellos nos mandan su información, a veces mandan libros. Inclusive con la Federación Mundial.

La barrera del idioma que es un sufrimiento, es increíble, se supone que nosotros somos los subdesarrollados, pero tenemos que hablar los dos idiomas, pero ellos que son desarrollados no aprenden a hablar español, eso no lo entiendo yo nunca...

Z.R.: Nosotros limitamos con Colombia y tenemos contacto con la gente en el estado de Táchira. He escuchado comentarios que ellos están muy desarrollados en lo que es rehabilitación profesional y en cuanto a técnicas específicas en neurología.

E.P.: Creo que a nivel profesional estamos todos parejos. Incluso con EE.UU. Este año tuve la oportunidad de ir a Colorado, meterme dentro de los hospitales e inclusive hice un curso de Integración Sensorial. Sentí que yo no estaba aprendiendo nada nuevo. Lo que había nuevo y que no tengo en mi país, son los hospitales muy bien equipados con materiales super espectaculares. Pero lo que es la técnica, el terapeuta ocupacional es el mismo en todo el mundo.

Z.R.: Nos lo han reportado los terapeutas ocupacionales que han sido reclutados por las compañías americanas que han ido, han trabajado un año o dos y han regresado.

E.P.: Estamos unificadas. A pesar de que no tenemos comunicación, sentimos que vamos igualito, con los mismos problemas, las mismas inquietudes, la misma formación. Deberíamos sentirnos orgullosos porque un terapeuta ocupacional es un terapeuta ocupacional en cualquier parte del mundo. Que sea reconocido o no por los que nos rodean es otra cosa, pero donde nos paremos y donde vayamos a trabajar, somos terapeutas ocupacionales.

¿Quisieran agregar algo más?

E.P.: Yo les quiero dar nuestra palabra de estímulo, de admiración, porque la Revista es una iniciativa que hay que apoyar. Me parece bien que siendo unas muchachas tan jóvenes, hayan logrado tanto y yo les deseo que esto llegue cada vez más lejos, que logremos una verdadera interrelación. Yo las espero en el 4to. Congreso...

Materia

Prima



DEL EXTERIOR

DESORDEN POR TENSION POST-TRAUMÁTICA. UNA PERSPECTIVA DE TERAPIA OCUPACIONAL

por Gillian Hall *
(Glasgow - Escocia)

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

Resumen

Muchos de los desastres de años recientes han puesto en foco los efectos devastadores que estos sucesos han tenido en las vidas de sobrevivientes, parientes, colegas de trabajo, amigos y trabajadores de emergencia y apoyo. El desorden por tensión post-traumática (PTSD) ha sido definido como el desarrollo de síntomas característicos siguientes a un suceso psicológico traumático que, generalmente, está fuera del rango de experiencia normal. Los síntomas pueden incapacitar totalmente en la casa y medio de trabajo. Los terapeutas ocupacionales con sus destrezas psicosociales, conocimiento de tratamiento y terapéutica, mediante el análisis de la actividad, pueden proveer un papel vital para aquellos afectados por este desorden, tanto en la rehabilitación de corto como de largo plazo. El objetivo del trabajo es repasar la literatura actual y examinar la práctica de la Terapia Ocupacional en este área. Son discutidas entonces las implicancias para el desarrollo de oportunidades para la Terapia Ocupacional.

Introducción

La gran cantidad de desastres civiles de años recientes han concientizado a la gente sobre los efectos devastadores que estos sucesos han tenido en las vidas de aquellos involucrados. Las víctimas en el centro del accidente sufrirán, pero menos obvios son los efectos en el personal de rescate y ayuda. Los sucesos que pueden provocar PTSD incluyen terremotos, inundaciones, violación, experiencias de combate, experiencias en campos de concentración o cualquier suceso que cause trauma o shock. En un trauma, sea de significado nacional o personal, se presentan rasgos comunes. La gente puede sentirse abrumada por sus reacciones; pueden presentarse emociones poderosas como angustia, terror y culpa. Ellos necesitan que les reaseguren

que su reacción ante una situación anormal es natural. Este trabajo apunta a rever la etiología y sintomatología del PTSD, discute la intervención posible y el rol de la Terapia Ocupacional aplicada a la intervención de este desorden.

Historia

El destino del PTSD parece haber estado ligado con la historia de la guerra. Parkinsons (1993) habla del shock durante la primera guerra mundial, donde los síntomas que fueron registrados incluían miedo intenso, ansiedad y depresión. Investigaciones con veteranos de Vietnam han reconocido el PTSD como una consecuencia psíquica donde ellos exhiben cambios de carácter, ansiedad y depresión y una propensión a enfermedad física. (Roberts, 1995)

Rasgos clínicos

Desde el reconocimiento oficial del PTSD, al ser registrado en el Manual de Diagnóstico y Estadística de EE.UU. en 1980, ha habido y hay todavía una conciencia creciente del desorden. En el Manual de Diagnóstico y Estadística de Salud Mental, cuarta edición (Asociación Americana de Psiquiatría, 1994) el PTSD es definido como "un suceso que involucra muerte real, amenaza de muerte o daño serio, u otra amenaza a la propia integridad física; o ser testigo en un suceso que involucre muerte, daño o amenaza a otra persona; o tener conocimiento acerca de una muerte inesperada o violenta, serio daño o experiencia de muerte vivida por un miembro de la familia u otro estrechamente relacionado».

El modelo de PTSD es un síndrome unitario que involucra cuatro síntomas relacionados:

1- El individuo ha experimentado un suceso traumático que involucra muerte, amenaza de muerte o herida seria. La respuesta de la persona ha involucrado miedo intenso, horror o falta de ayuda.

2- La re-experiencia del trauma, evidenciada por al menos uno de los siguiente síntomas:

a) recuerdos recurrentes e intrusivos del

suceso.

b) sueños recurrentes del suceso.

c) actuación repentina o sentimiento de que el suceso traumático es recurrente.

d) intensa reacción psicológica y / o fisiológica en respuesta a señales internas o externas que simbolizan el suceso traumático.

3- Tres o más síntomas relacionados para evitar estímulos asociados con el trauma o entumecimiento de la respuesta general.

a) esfuerzo para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociadas al suceso.

b) interés notablemente disminuido por actividades, lugares o gente que disparen los recuerdos del trauma.

c) inhabilidad para recordar un aspecto importante del trauma.

d) sentimientos de fragmentación

e) afectos restringidos

4- Síntomas persistentes, repetidos y aumentados de dos de los siguientes puntos:

a) disturbios del sueño

b) irritabilidad o ataques de enojo

c) deterioro de la memoria o problemas de concentración

d) hiperalerta

e) respuesta de sobresalto exagerada

El PTSD es un desorden psiquiátrico que puede requerir intervención psicosocial. Tiene un curso variable influenciado por: la naturaleza y duración del trauma, la personalidad y el soporte social de que dispone el individuo. Puede haber inhabilitado total en relación a la ejecución de las tareas diarias en el hogar y en el trabajo. Las clasificaciones actuales establecen que se requiere un mes antes de diagnosticar que una persona presenta PTSD. Si pasados tres meses continúan presentes síntomas mayores, aumenta significativamente el riesgo de cronicidad. Si el desorden aparece después de seis meses o más de ocurrido el trauma, se trata de un PTSD dilatado. Los síntomas físicos relacionados con el trauma pueden posponer los psicológicos, debido a un ambiente hospitalario contenedor. Ciertos aspectos en la definición de criterios del PTSD están abiertos a crítica. Aunque por definición, el suceso experimentado debería ser «marcadamente tensionante casi para cualquiera», no hay una definición adecuada de «distress» y es difícil lograr una diferenciación operativa entre distress normal y desorden. Los

rasgos esenciales del suceso tensionante, y el grado por el cual ellos podrían ser los factores determinantes del diagnóstico, son imprecisos. No todas las personas expuestas a un trauma mayor desarrollan los síntomas del PTSD, mientras que éstos pueden aparecer sin un trauma mayor.

Terapia Ocupacional

Los terapeutas ocupacionales pueden encontrar individuos con PTSD en variados medios de atención de la salud, incluyendo unidades de rehabilitación física, aguda y rehabilitación en salud mental. Las personas que están siendo tratadas por trastorno físico más tarde podrían demostrar consecuencias psicológicas relacionadas con el incidente. Por esta razón, es importante que los terapeutas ocupacionales estén alertas al PTSD, de modo que puedan brindar una intervención apropiada. A partir de que la base teórica de Terapia Ocupacional está fundada en varias áreas del conocimiento, incluyendo las ciencias biológicas, medicina física y psiquiatría, psicología, teoría de la ocupación y las artes, puede proveer un marco holístico para el tratamiento de este desorden (Creek, 1994). Trabajando en el campo de salud mental, el terapeuta ocupacional busca, no solamente la identificación de problemas, sino también ayudar al individuo a descubrir y explorar sus propios pensamientos y sentimientos, y alcanzar su potencial. Los terapeutas ocupacionales con sus destrezas psicosociales, conocimiento de tratamiento y terapéutica a través del análisis de la actividad, pueden proveer un rol vital, tanto en el periodo post-impacto como en los periodos intermedios que siguen al trauma. Si bien ahora hay terapeutas ocupacionales trabajando en equipos de asesoramiento en crisis, éste es relativamente nuevo. Actualmente la literatura sobre terapeutas ocupacionales trabajando en este campo es limitada. Los escritos, aunque son de gran interés y un recurso de aprendizaje para el lector, son descriptivos o tienden a ser relatos informales de observaciones clínicas. Es necesario llevar a cabo investigaciones que prueben el efecto positivo de las habilidades únicas que la Terapia Ocupacional tiene en personas que sufren el PTSD.

Intervención

La re-experiencia, el extrañamiento, la

enajenación y los aspectos para evitar este desorden reciben frecuentemente tratamientos diferentes. A partir de que muchos de los síntomas del PTSD son en su naturaleza afectivos y cognitivos, la intervención debe dirigirse tanto a los pensamientos y sentimientos como a la conducta. Muchos de los marcos de referencia psicosociales en Terapia Ocupacional pueden ser usados en el tratamiento del PTSD. Las víctimas de los desastres pueden demostrar una transformación dramática de su personalidad y sus características. Más del 70 % experimenta distress en el primer mes y entre el 15-20 % experimenta niveles de ansiedad crónicos después de dos años (Berthold y otros, 1992). El tratamiento debería comenzar en la etapa post-crisis inmediata y continuar por un largo tiempo.

Terapia Ocupacional y asistencia

La Terapia Ocupacional y la Terapia de Consejo tienen habilidades genéricas para asesorar, lo cual se usa a diario en la clínica. La escucha activa, el respeto, la empatía, la sinceridad y la profunda comprensión contribuyen a la construcción de un vínculo íntimo, profesional y efectivo con el grupo de sus pacientes (Roberts, 1995). Además, se usan mecanismos especiales en este área de trabajo para reforzar los propios mecanismos del individuo para posibilitar su adaptación.

Asistencia - Asesoramiento - Soporte

Una de las principales destrezas requeridas al usar el marco de referencia humanístico es la escucha. Con un facilitador especializado, el procedimiento busca ayudar a enfatizar la normalización de las reacciones emocionales, para ayudar a la movilización reuniendo recursos para librarse del trauma y facilitar el regreso a una rutina normal. El propósito de este tipo de intervención es fortalecer las defensas, no explorar las creencias subyacentes, para mantener la ansiedad al mínimo y usar consejos prácticos donde sea apropiado (Blair, 1990). El vínculo del terapeuta ocupacional debe proveer al individuo el apoyo necesario para adaptarse a situaciones cambiantes. Así como esta forma de asistencia es la más apropiada durante los días y semanas después de la experiencia traumática, la evidencia de muchos desastres sugiere que esto puede continuar necesitándose aún después de



años.

Asistencia ante la pérdida

La Terapia Ocupacional, por su naturaleza de tratar con pérdidas físicas y psicológicas, puede tener un papel primario en asistir, ya sea emocional, psicológica, social o funcionalmente, ante la pérdida.

La Terapia Ocupacional focaliza la habilidad del individuo para adaptarse y llevar a término todos los aspectos de la pérdida, ayudando a la persona a manejarse con la separación del difunto y arriesgarse a seguir adelante, en un futuro que no incluye a esa persona.

La pérdida y la pena son inevitables para todos nosotros durante la vida. La muerte en circunstancias traumáticas produce un stress adicional para la persona desolada.

Hay algunos rasgos que necesitan ser considerados cuando se ofrece ayuda a los deudos. La muerte podría ser inoportuna en términos de la edad de aquellos asesinados y además sus cuerpos podrían no estar. Dependiendo de la naturaleza del trauma podría ser intenso el interés de los medios de comunicación en el suceso. La mutilación de los cuerpos podría privar a los deudos de la oportunidad de velarlo (Gibson, 1991). Al considerar las necesidades de los deudos, es importante tener acceso a su mundo personal. El terapeuta ocupacional tendrá que reconocer el rol del difunto en relación a los vínculos personales. La verdad con sensibilidad será la llave en este proceso. Para los deudos hay un caos práctico y emocional. A los niveles de stress que esto provoca se le debe dar libre expresión en un ambiente seguro y cuidado. El terapeuta ocupacional debería facilitarle al individuo ganar el dominio seguro y protegido en un área pequeña de su vida, de manera tal que esto pueda darle confianza para lograr control en áreas mayores.

Terapias Creativas

La persona que ha adquirido el PTSD puede tener dificultad en hacer frente y reajustarse al cambio como resultado del trauma. El disconfort y la incomodidad que siente puede producir una variedad de reacciones incluyendo ansiedad, enojo, infelicidad, aturdimiento y confusión. Tales emociones no son verbalizadas fácilmente dado que se requiere un alto nivel de funcionamiento cognitivo, que puede estar reducido en la persona

que experimenta caos luego de un trauma. Los individuos necesitan tiempo, un ambiente seguro y un medio alternativo en el cual expresar sus sentimientos. Los medios expresivos son un sistema de exploración que permiten a la persona dar salida a los sentimientos a través de arte, música, poesía y escritura. El uso de terapias creativas promueven la auto-expresión, exploración del potencial creativo y fomentan el autocontrol. El autodescubrimiento debe ser paralelo a la integración, al cambio y a la adaptación de conductas. Short - DeGraff y otros (1992) usaron una forma de escritura creativa con veteranos de Vietnam que tenían PTSD. La actividad fue diseñada para ser expresiva y de catarsis, creando una descarga personal de emociones fuertes. Esto fue hecho escribiendo cartas a personas identificables como padres o amigos, para quienes la guerra representó un conflicto personal. Los clientes pueden necesitar expresar furia, sentimientos de abandono o buscar perdón para sí mismos y sus acciones. El resultado último es que el individuo identifique alguno de estos sentimientos y obtener una resolución positiva de los sentimientos negativos o conflictivos. La poesía es de gran valor para los sentimientos directos. Posibilita elegir un poema que represente los sentimientos expresados por el individuo o el grupo (Blair, 1973). El individuo puede querer componer un poema, una canción u otra expresión para comunicar su dolor personal y la pérdida. Este puede ser privado o compartido con los demás.

El arte proporciona medios de comunicar simbólica y espontáneamente expresiones de experiencias internas. De este modo los individuos son capaces de ver su inconsciente y darle sentido a través de un medio de expresión mucho más profundo que el verbal. Los terapeutas ocupacionales, en este lugar, actúan como facilitadores estimulando la participación, la auto-expresión y la comunicación, tanto verbal como visual.

Conclusión

El PTSD se ha vuelto un desorden reconocido, que puede resultar en una disfunción física y/o psicosocial. La intervención podría ser multidimensional debido a la composición unitaria del desorden. Hay un número creciente de terapeutas ocupacionales que trabajan en equipos de intervención en crisis. Usando un

abordaje holístico en el reconocimiento de las necesidades físicas, psicológicas, emocionales y sociales del individuo, el terapeuta ocupacional comprometido puede ser un miembro muy valioso del equipo, para facilitar el orden en el caos. En Terapia Ocupacional se han hecho muy pocas investigaciones en este área. El desarrollo de resultados medibles serán útiles para demostrar la eficacia de la intervención clínica y el mejoramiento de la calidad de cuidado para este grupo de pacientes.

Referencias

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1980) *Diagnostic and statistical manual of Mental Disorder (3rd ed) (DSM - III)* Washington, DC: APA
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994) *Diagnostic and statistical manual of Mental Disorder (DSM - IV)* Washington, DC: APA
- BERTHOLD P R, CARLIER IV & CARLIER G (1992) *Post Traumatic Stress Disorder: The History of a Recent Concept. British Journal of Psychiatry* 161 742-748
- BLAIR S E E (1990) *Group Psychotherapy in CREEK J Ed Occupational Therapy in mental Health* Churchill Livingstone Edinburgh
- BALAIR S E E (1973) *Projective Techniques Scottish Journal Occupational Therapy* 96 16-19
- CREEK J (1994) *Occupational Therapy and Mental Health* Churchill Livingstone Edinburgh
- GIBSON M (1991) *Order from Chaos* Venture Press, Birmingham
- PARKINSON F (1993) *Post Traumatic Stress* Sheldon Press, London
- ROBERTS G W (1995) *Trauma Following Major Disasters: The role of the Occupational Therapist. British Journal of Occupational Therapy* 58(5), 204-208
- SHORT-DE GRAFF M A and ENGELMANN T (1992) *Activities for the Treatment of Combat - related Post - traumatic Stress disorder in Occupational Therapy and Psychosocial Dysfunction* The Haworth Press, Denver

* *Terapeuta Ocupacional BA, BSc, SROT. Lecturer. Caledonian University Glasgow - Escocia*

Materia

Prima



DE UNO EN UNO

DE UNO EN UNO

DE UNO EN UNO

Las nuevas generaciones de terapeutas ocupacionales tienen derecho a conocer la historia que ha recorrido nuestra profesión...las generaciones que las precedieron tienen la obligación de compartirla. Sumando las experiencias del pasado y las acciones del presente, todos seremos partícipes de la historia inacabada de la Terapia Ocupacional. El desafío de conocer y recordar nos posibilitará construir un presente más democrático y una proyección más sólida para el futuro.

Desde esta nueva sección aportaremos material sobre actores, hechos y lugares relacionados con la profesión para reflejar, desde diversas ópticas, las vivencias de los protagonistas de distintas épocas.

Fragmentos de una Historia por Materia Prima

Durante el III Congreso Latinoamericano y II Congreso Venezolano de Terapia Ocupacional (15-17 de octubre- Caracas- Venezuela) Materia Prima comparte un encuentro con la Terapeuta Ocupacional **Carmen Forn de Zita**, colega argentina radicada en Venezuela, quien se ha ganado el respeto y la admiración de la comunidad profesional venezolana.

Parte I - Los inicios

"...Empecé a trabajar el año 1956, cuando hubo la gran epidemia de polio en Argentina.

A través del British Council, llegó un grupo colaborador de Inglaterra, que eran en su mayoría fisioterapeutas y una sola terapeuta ocupacional, Betty Hollings.

Cuando fueron al Centro Nacional de Rehabilitación había kinesiólogos pero no terapeutas ocupacionales. Entonces ellas pidieron voluntarias, reclutaron un grupito y nos dieron un curso corto de unos cinco meses. Estaban Elvia Llambí, Marta Fortain y yo, entre otras personas.

Cuando las inglesas se retiraron de Buenos Aires, nosotras estábamos trabajando prácticamente sólo con polio, pero después empezaron a llegar otras patologías (lesiones medulares, hemipléjicas, artríticas, parálisis cerebral) que no habíamos visto ni en teoría ni en la práctica con las profesoras.

Se vió entonces la necesidad por un lado, de crear la Escuela de Bs. As.; y por otro, de

mandar alguien a formarse afuera. Había gente muy buena en el grupo, pero yo tenía la ventaja de tener idioma, era bilingüe, y por ese motivo me seleccionaron..."

Parte II - Hacia Oxford

"...la Oficina Sanitaria Panamericana me becó para estudiar en Inglaterra y me fui en 1959 al Dorset House School of Occupational Therapy, en Oxford. Volví en 1961 con el título otorgado por Inglaterra (allá el título lo otorgaba la Asociación de Terapeutas Ocupacionales). Gané el concurso como Jefa del Servicio de Terapia Ocupacional del Centro de Rehabilitación y revalidé el título en Argentina.

Seguí trabajando con un grupo lindo, estaba Victoria Toscano, Elvia Llambí y varias muchachas excelentes, Marta Fortain seguía con nosotros. Yo estaba trabajando mucho con el Dr. Zancoli (cirujano de mano), sobre todo en la reconstrucción del puño y de la pinza lateral de los cuadruplégicos, hacía el tratamiento pre y post-quirúrgico..."

Parte III - La propuesta

"...durante el Congreso de Rehabilitación de Lima presenté un trabajo sobre tratamiento pre y post-quirúrgico de cuadruplégicos y allí, el Asesor Regional de Rehabilitación para la O.P.S., el Dr. Smith (el mismo que me había seleccionado para ir a estudiar a Inglaterra) me dijo si quería venir a trabajar a Venezuela. Me dió un gran susto porque yo no tenía la menor idea de lo que estaba hablando y de la responsabilidad que era

eso. Me dijo: "Venezuela está pidiendo una Asesora para el Ministerio de Sanidad, quiere abrir un curso en la Escuela de Salud Pública". Así, en septiembre de 1967 llegué a Venezuela y estuve trabajando con un grupo de fisiatras: el Dr. José Arbello, el Dr. Jorge Dao y una fisioterapeuta sueca consultora, que había llegado dos años antes para iniciar el Curso de Fisioterapia.

Arrancamos con Ciclo Común de Fisioterapia y Terapia Ocupacional y después el Ciclo Diversificado.

Pedí ayuda al Cuerpo de Paz para ver si querían venir terapeutas ocupacionales norteamericanas. Vinieron unas cuantas, pero una sola se adaptó a Venezuela y se quedó... fue una gran colaboradora. De la Argentina, una gran amiga mía, Estela Pizarro, vino y se hizo cargo del Departamento en el Hospital Ortopédico Infantil..."

Parte IV - La tarea

"...trabajé en la Oficina Sanitaria Panamericana como consultora desde septiembre del '67 hasta abril del '72. Me retiré cuando estaba embarazada de mi primer hijo. Durante un tiempo quedé un poco flotante. Después me reincorporé a la Escuela de Salud Pública de la Universidad Central como instructora contratada.

Me naturalicé venezolana y entré a trabajar en el Ministerio de Sanidad. Tuvo mucho que ver el Dr. Mauricio Goldemberg, psiquiatra argentino. El llegó exiliado en el año '76 y me pidió que entrara a trabajar en la División de Salud Mental



para colaborar en una serie de programas. En Septiembre, se cumplieron 20 años desde que estoy en la División de Salud Mental..”

Parte V - Las responsabilidades

“...en 1981 tuve la oportunidad de estar 6 semanas en Norteamérica, visitando programas de Rehabilitación Psicosocial en un Servicio Especializado, Veterans Administration, de Los Ángeles y de Rehabilitación Profesional en New York.

Asistí como delegada por Venezuela ante la Federación Mundial de T.O. a 2 reuniones de Consejo: Amsterdam (Holanda) en 1982 y Exeter (Inglaterra) en 1986. Siempre estuve en contacto con la parte internacional del gremio, además fui Vicepresidenta de la Asociación Venezolana antes de que se transformara en Federación de Colegios ...”

Parte VI - Hoy

“...en la División tengo actividad fundamentalmente normativa pero también docente. Coordino el Curso de Especialización en Terapia Ocupacional en Psiquiatría y Salud Mental, y soy profesora en un Hospital Psiquiátrico de Caracas. Por mi trabajo tengo que viajar al interior, asesorando a las regiones. Este año estuve en ciudad Bolívar (*me hizo acordar mucho al Paraná*). Ahora tengo que ir a Maracaibo y a los Llanos.

Tengo la intención de seguir, más que nada, reafirmando la presencia de nosotros como profesionales en el nivel en el que estoy, para que cada vez haya una mayor aceptación...”

Parte VII - El equipo

“...diría que hay mucho desconocimiento de nuestra profesión, creo que hay que trabajar en mercadeo.

Uno tiene que aceptar que en la formación de los médicos es tanto lo que les hacen sentir la responsabilidad de la vida del paciente, que ellos no pueden actuar muy fácilmente en forma democrática.

Lo de los equipos es muchas veces una palabra muy bonita, que se utiliza mucho, pero hasta dónde se vive la experiencia de trabajo en equipo, es limitado. En mi caso personal tengo mucha suerte porque mis opiniones son valoradas, aceptadas.

A los médicos les falta muchísimo por poder aceptar a cualquiera como un igual en el equipo, no solamente al T.O...”

Parte VIII - La docencia

“...cuando llegué a Venezuela había una Escuela ya fundada por la profesora M. Hamilton, que es el Colegio Universitario de Rehabilitación del Seguro Social, tiene las mejores instalaciones y un buen equipo docente.

Allí la gente está luchando por lograr el nivel de licenciatura, porque nosotros el techo que tenemos es el de ser Técnicos Superiores Universitarios.

Esa licenciatura es una enorme esperanza, ha costado muchísimo que sea aceptada por parte de alguna universidad.

Hay mucho interés por técnicas nuevas, porque venga gente de afuera y nos diga lo que están haciendo y compartir, tratar de que haya más unión entre los latinoamericanos, más comunicación.

La creación de la Escuela de Terapia Ocupacional fue una iniciativa del gobierno Venezolano, del Departamento de Rehabilitación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, que pidió primero la Consultora de Fisioterapia y después la Consultora de Terapia Ocupacional a través de la O.P.S.

En aquel momento el Seguro Social absorbía a todos los egresados de los Cursos de Fisioterapia y Terapia Ocupacional que ellos mismos conducían. Era el momento del auge de los grandes centros y realmente necesitaban todo su personal, y el Ministerio carecía de personal. Hoy, la carrera de Terapia Ocupacional está planteada como una carrera de 3 años en tres escuelas, con ciclo básico con fisioterapia y ciclo diversificado, que incluye práctica clínica...”

Parte X - Realidad

“...cuando llegué, había una gran influencia de todo lo que era la T.O. tradicional, trabajar con grandes aparatos, con bicicletas, lijadores, telares, todo ese tipo de cosas.

Hoy se está tratando de seguir el modelo de la ocupación humana y estar más al día con que la ocupación tenga que estar más ligada a fines del siglo XX.

La gente está muy dentro del modelo médico pero tratando de aceptar ideas nuevas, creo que a veces hay mucho más interés por una técnica de facilitación que por aceptar que nuestro trabajo es a través de ocupaciones...”

Parte XI - El ejercicio profesional

“...el ejercicio profesional se da en el ámbito público, en su mayoría. En el ámbito privado más

que nada con niños, trabajando con neuropediatras (autismo, retardo mental con PC). También hay práctica privada en domicilio, por derivación del profesional.

El campo de la rehabilitación de discapacidades físicas está más desarrollado que el campo psiquiátrico. Estamos tratando de trabajar con ancianos, pero es muy difícil porque estas instituciones no están dispuestas a pagar terapeutas ocupacionales.

Hay más campo en niños, ya que tenemos una enorme población infantil y juvenil en este país. Se justificaría cualquier curso de especialización en pediatría o ligado con el infante juvenil. Allí es donde está la necesidad.

En psiquiatría, los terapeutas ocupacionales están participando en la rehabilitación de fármacodependientes, en sesiones de confrontación, en sesiones de terapia emocional. En algunos lugares si se trabaja en equipo con psiquiatras y psicólogos, realmente el T.O. participa en psicoterapia y relajación y otro tipo de sesiones.

En fármaco dependencia está más claro el rol de terapia ocupacional que en alcoholismo, lo que pasa que hay 2 servicios para alcohólicos, dependientes del estado, entonces, no hay mucho campo de trabajo allí (uno de esos centros considera que Terapia Ocupacional es algo que los pacientes hacen por la tarde, cuando el equipo profesional se retira y entonces, no hay nada que hacer).

En el sistema penitenciario no hemos incursionado, está muy mal, la atención psiquiátrica es muy deficitaria, tienen muy pocos psiquiatras y a medio tiempo, es todo un aspecto que inclusive está contemplado en un anteproyecto de Ley de Protección y Atención Integrada al Enfermo Mental.

En relación a la atención de pacientes con SIDA hay algunas personas que están trabajando...”

Parte XII - Latinoamérica

“...mis expectativas en relación a la regionalización son que podamos aclarar algunas ideas y llegar conocernos mejor. Realmente queremos ver hasta que punto hay compromiso, verdaderas ganas de trabajar y si la gente se siente con la fuerza de formar un grupo regional con toda la responsabilidad que esto significa...”

VII JORNADAS DE TERAPIA OCUPACIONAL - HOSPITAL BORDA

por la Comisión Organizadora de la Jornadas de Terapia Ocupacional - Hospital José T. Borda. Servicio N° 48*

BREVE HISTORIA DE LAS JORNADAS

Las Jornadas de Terapia Ocupacional en Salud Mental, como se denominaron en un inicio, comenzaron a gestarse a partir de las reuniones regulares autoconvocadas, que realizábamos los equipos de Terapia Ocupacional de los Hospitales Nacionales y Talleres Protegidos vinculados al área.

En estos encuentros, entre otros temas, se fue perfilando la necesidad de difundir, transmitir e intercambiar sobre la actividad profesional con nuestros colegas, dentro y fuera de la institución de pertenencia. A su vez, los ecos recogidos del 2° Congreso Nacional de Terapia Ocupacional y 1° Simposio Latinoamericano, realizado en la ciudad de Buenos Aires, reforzaron el interés y la idea de crear otros espacios de encuentros más frecuentes.

Hacia fines del año 1988, queda integrada la primera Comisión Organizadora, con la participación de colegas de los Hospitales: "Braulio Moyano", "Infanto-Juvenil, Dra. Carolina Tobar García", "José T. Borda" y "Talleres Protegidos de Rehabilitación Psiquiátrica" (Capital).

Los objetivos de las jornadas fueron:
 "- Promover el intercambio de los terapeutas ocupacionales en la especialidad a través de experiencias individuales o compartidas en equipos de trabajo, - Informar sobre la especialidad al campo de la Salud Mental, - Posibilitar espacios comunes de intercambio con otras profesiones", fijándose como lugar para su realización el Aula Magna del Hospital José T. Borda.

La elección y decisión de este espacio físico respondió, por un lado a razones de índole organizativas y por otro, constituyó una estrategia frente a la situación institucional particular por la que atravesaba el equipo de Terapia Ocupacional de dicho Hospital.

El grado de respuesta a la convocatoria y los efectos de estas Primeras Jornadas, ratificó la necesidad de continuidad y permanencia a través de los años.

El compromiso de organizar y participar, hicieron posible la perdurabilidad de las Jornadas, inscribiéndose en la profesión y en la comunidad intra y extrahospitalaria, instituyendo la premisa: "los años en los que no se realiza el Congreso Nacional, hay Jornadas".

Una mirada retrospectiva sobre los ejes propuestos y su desarrollo, muestra en la cronología, que se ha transitado de un nivel focalizado en la especificidad del rol, la clínica y los abordajes, hacia la inclusión del contexto global donde se desarrollan nuestras prácticas y en el que estamos insertos como trabajadores de salud.

También, se hace evidente la recurrencia de ciertas temáticas que surgen con nuevos interrogantes, promoviendo distintos niveles de debate y problematización. Al respecto, podemos reseñar los siguientes contenidos y agruparlos en relación a:

- el terapeuta ocupacional: campo de ejercicio profesional y rol en las instituciones públicas y privadas.
- marcos conceptuales que orientan y enriquecen las intervenciones.
- interacción e integración en el equipo de salud.
- la formación y capacitación de pre y posgrado.
- experiencias y modalidades de abordaje según niveles de atención.

Concordante con este recorrido, en el año 1996, la Comisión Organizadora reformula su nombre, por el de Jornadas de Terapia Ocupacional en el área de Salud, con la intención de enfatizar el concepto integral de Salud, romper con viejas dicotomías ajenas a nuestro quehacer y

promover la participación de todos.

En forma progresiva, se incorporaron nuevos niveles de análisis que posibilitaron la reflexión y el debate sobre los modos de ejercer nuestra profesión, enmarcadas por la política socioeconómica actual.

El camino transitado llevó a la Comisión Organizadora de este año a modificar otra vez su denominación, por entender que la Salud es un colectivo social que se construye con la inclusión de todos los sectores comprometidos en la búsqueda de una mejor calidad de vida de la comunidad y siendo por ello, los ejes para esta convocatoria: los derechos humanos, la atención primaria de la salud y la contextualización de la clínica.

SOBRE LOS EJES DE LAS VII JORNADAS (Apertura)

Hace un año, Eduardo Galeano con su "Celebración a las contradicciones", nos ayudaba a cerrar las 6 tas. Jornadas. Nos invitaba a desatar las voces, a desensañar los sueños. Nos recordaba que los sueños anuncian otra realidad posible y los delirios otra razón. Así llegaron las 7 mas., y hacemos propia esta invitación para desatar nuestras voces. De nuestro cotidiano, de nuestros debates y contradicciones surgieron los ejes temáticos que atraviesan cada día de las Jornadas.

Quisimos empezar por los Derechos Humanos porque "su desconocimiento y menosprecio han originado actos de barbarie ultrajantes para la conciencia de la Humanidad y, por otra parte, porque estos se han proclamado como la aspiración más elevada del hombre", tal como lo dictamina el Preámbulo de la Declaración Universal.



Los derechos de nuestros pacientes, los nuestros como trabajadores de la salud, los Derechos Humanos con lo que significaron y significan en la historia reciente de nuestro país.

El segundo eje invita a reflexionar sobre la Atención Primaria de la Salud. Lejos estamos de la "salud para todos en el año 2000", pero creemos, a pesar de globalizadas economías y leyes de mercado, que los principios básicos de la A.P.S. (Atención Primaria de la Salud) todavía pueden generar procesos de transformación. La solidaridad, la justicia social y la participación popular pueden ser parte de la estrategia idónea para cubrir a la población, desarrollando actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.

Y nuestra clínica, donde converge la teoría y la práctica clínica que creemos atravesada por este complejo presente.

Por esto y por más, esta convocatoria, estos ejes temáticos que son la resultante de un proceso que nos involucra y nos interpela. Frente a esto, el replanteo de nuestra tarea, proceso que se fue gestando desde los espacios de Intervención Institucional, supervisiones, jornadas de reflexión y los propios obstáculos de nuestra práctica profesional.

En este devenir nos hallamos, entre lo atrapante de mantener el status quo, o de poner en juego otra empresa posible; posicionándonos frente al encierro que necesariamente conlleva al conflicto. Conflicto representante de la polarización entre lo posible y lo imposible, cuya salida es la terceridad como alternativa superadora. Las Jornadas representan de alguna manera esta terceridad, abrimos las puertas y el intercambio.

De esto se trata este momento en el que estamos embarcados: comenzar a pensar nuevas formas de asistencia que produzcan un cambio en la manera de concebir y tratar la enfermedad mental. Superando la realidad cotidiana de nuestra práctica en las instituciones manicomiales que a lo largo de su historia han ofrecido una misma respuesta más allá de los cambios y de las personas en ellas alojadas: el aislamiento y la exclusión.

Por eso, nuestro acercamiento a los conceptos de desinstitucionalización italiana y a las

prácticas de la misma en nuestro país. Intentando poner en práctica en nuestra comunidad lo que dictamina la Constitución del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, en su artículo 21, apartado 12: "Las políticas de Salud Mental reconocerán la singularidad de los asistidos por su malestar psíquico y su condición de sujetos de derecho, garantizando su atención en establecimientos estatales. No tiene como fin el control social y erradicar el castigo; propenden a la desinstitucionalización progresiva, creando una red de servicios y de protección social".

Así hacemos nuestro el concepto de desmanicomialización de Ota de Leonardis, Franco Rotelli y Diana Mauri, quienes señalan "que es sobre todo un trabajo terapéutico", dirigido a reconstruir a la persona en tanto sufriente, como sujeto. Quizás no se "resuelve" por ahora, pero entre tanto, seguramente se va "curando". Después de haber superado el dilema "solución-curación" se ha descubierto que curar significa ocuparse, aquí y ahora, de hacer que se transforme globalmente la vida concreta y cotidiana, que alimenta el sufrimiento.

La desinstitucionalización engloba al conjunto de Trabajadores de la Salud Mental, el desafío presente decíamos, implica el conflicto en cada uno de nosotros, nuestro compromiso, la modificación de los modos de pensar la Salud Mental, en definitiva generar nuestra propia "desmanicomialización".

DESARROLLO DE LAS JORNADAS PANELES

1

de octubre

Eje: Derechos Humanos - Panel:

"Derecho a la Salud, Derecho al Trabajo"

Relatores Invitados: - Prof. Lic. Alicia Stolkner, Titular de la Cátedra de Salud Pública de la Facultad de Psicología U.B.A.

- Lic. Elina Aguiar, Miembro de la Comisión

Permanente por los Derechos Humanos,

- Lic. Sara Slipchinsky y Lic. Silvia Dimant,

Miembros de AGRUPO.

Presentación realizada por Lic. Sara Slipchinsky y Lic. Silvia Dimant - Miembros de AGRUPO "Derechos Humanos y Salud Mental"

Abordar el tema de los Derechos Humanos supone el entrecruzamiento de muchos discursos: el Derecho, la Sociología, la Filosofía, la Economía, la Psicología, la Historia, el Psicoanálisis, la Antropología, la Ética. En tanto la complejidad que implica, necesita del aporte de múltiples disciplinas que contribuyan a profundizar el análisis de una problemática que día a día se torna acuciente en la medida en que la violación no tiene fronteras sociopolíticas, raciales, religiosas, económicas, etarias, temporales, etc. Frente a la vastedad del campo que se trata, no nos resultó sencillo producir un recorte desde nuestro lugar de psicoanalistas, que permitiera una vía de análisis posible; a la vez solidaria de una experiencia que venimos realizando desde 1995 hasta la fecha con el equipo de Terapeutas Ocupacionales del Hospital Borda, que llamamos Intervención Institucional.

Si hay un terreno donde la violación de los Derechos Humanos se ha hecho una práctica consuetudinaria, es en el campo de las llamadas enfermedades mentales. Para ejemplificarlo basta leer algunos fragmentos de artículos de la Declaración de los Derechos Humanos y de la Salud Mental, de 1948. Dice el art. 4° en algunos párrafos: "los derechos fundamentales de los seres humanos designados o diagnosticados, tratados o definidos como mental o emocionalmente enfermos o perturbados, serán idénticos a los del resto de los ciudadanos. Comprenden el derecho a un tratamiento no obligatorio, digno, humano y cualificado, con acceso equitativo a la tecnología médica, psicológica y social indicada, la ausencia de discriminación en el acceso equitativo a la terapia o su limitación injusta a causa de convicciones políticas, socio-económicas, culturales, éticas, raciales, religiosas, de sexo, edad u orientación sexual;

el derecho a la protección de los abusos físicos y psicosociales, el derecho a la protección contra el abandono profesional y no profesional, el derecho de cada persona a una información adecuada sobre su estado clínico".

Parte del art.5º dice: "Todos los enfermos mentales tienen derecho a ser tratados según los mismos criterios profesionales y éticos que otros enfermos. Esto incluye un esfuerzo orientado a la consecución por parte del enfermo del mayor grado posible de autodeterminación y de responsabilidad personal" (...) "Será positivo que se aplique lo mejor en interés del paciente y no en interés de la familia, la comunidad, los profesionales o el Estado.

El tratamiento de las personas cuyas posibilidades de gestión personal se hayan visto mermadas por la enfermedad, incluirá una rehabilitación psico-social, dirigida al restablecimiento de las aptitudes vitales y se hará cargo de sus necesidades de alojamiento, empleo, transporte, ingreso económico, información y seguimiento después de su salida del hospital". Cualquier relación con la realidad es sólo casualidad.

Desde el inicio de la vida humana, el Derecho ha sido el requisito para sostener a la comunidad como tal, regulando a través de las normas jurídicas, la renuncia que todos los individuos hemos hecho a la satisfacción pulsional.

Ahora bien; se da la paradoja que aquello que es requisito de regulación de una sociedad es al mismo tiempo un lugar de permanente vulneración. Así, las Instituciones que se crean para la protección y el bienestar de todos, son terrenos propicios del malestar.

Surge la sospecha de que hay algo indomable en la estructura misma del hombre, como Freud enunció en su trabajo sobre el Malestar en la Cultura, y lo planteó en términos de instinto de destrucción, que lucha y se opone a Eros, descendiente y principal subrogado de la

pulsión de muerte; constituye el mayor obstáculo con el que tropieza la cultura. De allí que la relación del sujeto con la sociedad es conflictiva e irreductible a toda adaptación o equilibrio.

El hombre, en el plano individual está dividido entre lo universal del Imperativo al que se debe y lo particular de su deseo. Por otro, en el plano social se devela la existencia de dominación y poder, que la Cultura intenta regular a través de sus formas contractuales.

Es más: los acontecimientos históricos revelan que la violencia es ejercida aún en nombre de los más elevados ideales políticos o religiosos.

El poder, en el campo social, como lo sexual en el plano psíquico, es lo reprimido que está en todas partes.

Ubicar la dimensión conceptual del conflicto como estructural resulta imprescindible para entender la insistencia a través de la historia de la exclusión y sometimiento del llamado enfermo mental. Exclusión que se expresa en la segregación física formalizada en la internación en el hospicio, en la pérdida de los Derechos civiles y del estatuto jurídico de Sujeto; en ciertos procedimientos que en nombre de la Ciencia utilizan su arsenal para silenciarlo. En suma, en la sanción social de la locura.

Algo se intenta aislar, mantener a raya, a través de esos límites geográficos, jurídicos, o científicos, pero a la vez ellos mismos resultan impotentes para suprimir el registro subjetivo acerca de la locura como lo Otro, peligroso, terrorífico y ominoso, en tanto que lo más ajeno puede ser lo más próximo y sus fronteras no dependen de controles voluntarios y previsibles.

Las normas que se producen en relación a la salud y la enfermedad mental, están articuladas a los valores, enlazados al discurso de cada época. La representación de la enfermedad, tanto en quien la padece como en quien construye saberes y prácticas, está sustentada en un orden de lenguaje. No vamos a hacer un rastreo histórico de las formas que éstas fueron tomando. Simplemente intentamos señalar que estos cambios obedecen a la articulación del individuo con el mundo de la Cultura. Este conjunto de valores se emiten desde la

enunciación social como mensajes.

Desde el psicoanálisis los ubicaríamos en la dimensión del Ideal que se instala como subrogado paterno, y en su intento de realización a recuperar el narcisismo perdido, a riesgo de transformarse en un imperativo superyoico. La ética que se desprende de este sistema adquiere un carácter universal al servicio del "bien". El valor a alcanzar, se instaura en los hechos, con la contundencia coercitiva de un deber.

Ligado a la tradición pedagógica e higienista, se proyecta en la instrucción a los más jóvenes la vía más efectiva para su plena integración a la sociedad. "Cuando el discurso pedagógico y los dispositivos que lo vehiculizan fallan en su finalidad preventiva, la urgencia de las exigencias normativas da lugar a medidas más o menos desembarazadas de aislamiento y represión". La segregación y represión de la enfermedad mental, constituyen antes que nada una práctica de discurso (Lacan). La lógica que la sustenta, amparada en defensa del bien común y el interés general, reposa en el principio que legitima la separación del ciudadano, de la comunidad, en tanto se revela peligroso para sí mismo o para los demás.

Citamos ahora a Foucault (1975) "...El nuevo dispositivo del poder, cuya evocación ya no es, como fue el caso desde el origen de los Estados, afirmar en la violencia humana de los suplicios, su eminente superioridad, su poder soberano y desmesurado, sino, al contrario administrar y penetrar suavemente en la sociedad, controlarla de forma continua, mesurada, homogénea, regular, hasta en sus rincones más ínfimos". De este modo actúa el poder anónimo de la ciencia; la ciencia y la técnica, crean condiciones de existencia a la que los hombres nos vamos adaptando y así se perpetúa la tradición del poder. Advirtió Freud que si bien la ciencia pone a disposición poderes inauditos, sigue en pie ese más allá del Principio de Placer, ese reducto de la pulsión de muerte que hace obstáculo a nuestras razones éticas, científicas y políticas.

Con esto pretendemos despejar, que no es justificable en nombre de la ciencia y la objetividad científica ciertas aberraciones que se cometieron y se cometen aún para el tratamiento de las psicosis. Aberraciones que rozan la problemática de los Derechos Humanos. Vemos que por estructura, hay algo que queda por fuera y retorna, y tiene su encarnadura en



ciertos funcionamientos Institucionales de los cuales los profesionales que la integramos no estamos exentos, como sujetos y como objetos.

Nos pareció pertinente transmitir textualmente algunos párrafos que D. Winnicott escribe en el artículo "el odio en la contratransferencia" de 1947, que dice lo siguiente: "...De vez en cuando he hecho algún comentario crítico acerca de las tendencias de la moderna psiquiatría, con sus tratamientos demasiado fáciles a base de shock eléctrico y sus leucotomías demasiado drásticas. Debido a estas críticas que he expresado, me gustaría ser el primero en reconocer la extrema dificultad inherente a la tarea del psiquiatra, y en especial de la enfermera psiquiátrica". (hoy incluiríamos los Terapeutas Ocupacionales) "Los pacientes locos son siempre por fuerza una pesada carga emocional para quienes cuidan de ellos. Hay que perdonarles, pues, si a veces hacen cosas terribles. Sin embargo, esto no significa que debamos aceptar lo que hagan los psiquiatras y neurocirujanos, considerándolo bueno con arreglo a los principios de la ciencia" ... "Por mucho que quiera a sus pacientes, el psiquiatra no puede evitar odiarlos y temerles, y cuanto mejor sepa esto, menor será la incidencia del odio y el temor en su conducta respecto de los pacientes" ... "resulta importante estudiar las formas en que la angustia de índole psicótica y el odio y el temor se producen en aquellos cuya labor se realiza con pacientes psiquiátricos gravemente enfermos. Sólo de esta manera puede haber alguna esperanza de evitar el tipo de terapia que esté más adaptado a las necesidades del terapeuta que a las del paciente".

Reconocer las cargas que pesan sobre el profesional nos conduce a pensar el tema de los derechos humanos en relación al mismo.
El Terapeuta Ocupacional: ¿Víctima o victimario?, ¿Objeto o sujeto de la acción?, ¿Activo o pasivo?, ¿Violador o violado? (en el término amplio de la palabra).
Carga, en el cuerpo a cuerpo con el paciente, y carga en relación a la Institución.
Institución que genera modalidades de organización, cuyos efectos, que se verifican tanto en las prácticas profesional - enfermo mental, como en la relación profesional - profesional (de las distintas áreas e

incumbencias) reproducen los estigmas de la configuración macro - social: corrupción. abuso de poder, violencia, marginación. Carga que lleva a convivir con el horror y las miserias humanas como parte de la vida cotidiana.
En tanto profesionales que desarrollan una labor específica, quedan a merced de la demandas institucionales. Demandas que en ocasiones poco tienen que ver con el interés de la asistencia centrada en el paciente, sino más bien con requerimientos burocráticos, cuando no, demandas o autodemands que convocan a cubrir funciones vacantes o a cubrir aspectos básicos de infraestructura, como por ejemplo lograr que se consiga hacer poner en funcionamiento un ascensor. Demandas que llevan a trabajar en condiciones de riesgo cuando no están dadas mínimas condiciones de seguridad física o psicológica, demandas de un poder sin nombre que aplasta y obtura la posibilidad de pensar, actuar o interactuar.

¿Cómo ser Terapeuta Ocupacional y no morir en el intento? ¿Cómo no quedar atrapados en la cronificación y la impotencia? ¿Cómo sobrellevar el temor a la locura? ¿Cómo acceder a una vía posible donde el pensar y el actuar no sean antagonicos? ¿Cómo seguir sosteniendo una práctica donde el respeto por la subjetividad se imponga por sobre los criterios de rentabilidad terapéutica? ¿Cómo manejarse cuando las instancias de poder son más sordas y más altas que los muros del establecimiento? ¿Cómo no quedar en el lugar del ciego, cómplice o marginado?

Habilitar un espacio donde la palabra sea posible, que introduzca una instancia entre la queja inhibidora y el hacer alienante es una respuesta posible.

Es dar lugar a trabajar sobre los obstáculos para transformarlos en motor.

Abrir un espacio a la palabra entre los propios profesionales supone una apuesta a cuestionar su posicionamiento, deconstruyendo los supuestos, lo sobreentendido, rescatando la dimensión subjetiva que permita generar operaciones que le devuelvan su particular relación con la Institución. Se trata de un movimiento singularizante . Esto implica un supuesto Ético, tendiente a permitir la aparición de una insistencia, cuya repetición permita esa caída de las razones supuestas, o sabidas que sostiene el trabajo de la

represión.

La búsqueda de lo singular está sostenida entonces por una Ética, cuyas premisas intentan dar cuenta de una acción que suspende toda búsqueda del "Bien", en términos de lo aconsejable. Proponemos un trabajo que tome en cuenta lo que empuja indómito, en una emergencia que no conocemos a priori, y que en consecuencia, obliga a inventar algo en cada circunstancia.

Bibliografía

- FREUD, SIGMUND. "El malestar en la cultura"
GALENDE, EMILIO. "Psicoanálisis y Salud Mental"
WINNICOTT. "El odio en la Contratransferencia".
GALLENO CARMEN. "La Salud Mental y la Clínica del Sujeto".
"Declaración de los Derechos Humanos y de la Salud Mental"
DIMANT, SILVIA. "Malestar en la cultura y clínica hospitalaria"
PUYÓ, MARIO. "La clínica del amor y el deseo".
LIPOVETSKY, GILLES. "La era del vacío".
GURMAN, ISIDORO. "¿Por qué ética y técnica?".
Revista Tramas Nº1"
PAULUCHI, OSCAR. "Psicoanálisis y Salud Mental: ¿Una misma ética?".
Revista Tramas Nº1



2

de octubre

Panel:

" Atención Primaria de la Salud "Relatores Invitados:- T.O. Adriana Cella,
Docente de Terapia Ocupacional- Lic. en Sociología María Teresa Quartino, Jefa
del Servicio de Hospital de Noche del Htal.
Borda- Lic. Andrea Sola y T.O. Laura Pezzoli,
profesionales del Hospital Infante Juvenil Dra.
Carolina Tobar García.**Presentación de la Lic. Andrea Sola y
T.O. Laura Pezzoli.****" Programa de Integración socio-laboral
para adolescentes "****I. Introducción**

Cuando participé como terapeuta ocupacional en una mesa en las 4^ª Jornadas de Terapia Ocupacional aquí en el Hospital Borda, en 1993, con mis compañeras comenzábamos a transitar un camino en el que aún continuamos. Intentamos dar una respuesta concreta frente a las dificultades que encuentran los adolescentes que se asisten en el Hospital Infante Juvenil Dra. Carolina Tobar García, para integrarse socialmente luego del alta.

Este Hospital es el único en el país que asiste a niños y adolescentes con trastornos psiquiátricos hasta los 18 años de edad. Las dificultades que se le plantean a los adolescentes cuando deben realizar la transición entre el Hospital y la comunidad, se relacionan con la falta de espacios que posibiliten dicha integración social.

El Programa de Integración Socio-laboral para Adolescentes comprende diferentes etapas que luego enunciaremos y contempla además la inclusión de adolescentes en situación de riesgo social. Creemos que esta interacción los enriquece mutuamente favoreciéndolos en el proceso de integración con pares, elevando sus posibilidades de desarrollar potencialidades y permitiendo el reconocimiento de las propias capacidades (motoras, cognitivas, afectivas, sociales, laborales, etc.) rescatándose así del compartido estigma de la marginación.

Durante estos años conformamos un equipo

interdisciplinario que en la actualidad está integrado por las siguientes profesionales:

Sección Orientación y Entrenamiento Laboral -
Departamento de Rehabilitación:
T.O. Laura Pezzoli, T.O. Ana María Hernández,
T.O. Fernanda Inchausti, T.O. Sandra Piazza, T.O.
Beatriz Monaji, T.O. Alejandra Babbitt, T.O.
Débora Carduño

Departamento de Servicio Social:
Lic. T.S. Cristina Marchesoni

Sección Psiquiatría Social - Departamento de
Prevención y Acción Comunitaria:
Lic. Andrea Sola

II. Contextualización

Intentaremos presentar nuestra práctica actual, enmarcándola en una breve reseña histórica, proponiéndonos así, elementos que nos permitan problematizar situaciones cotidianas del quehacer institucional.

Durante la década del 50, el proceso de acelerada pauperización e intranquilidad social que padecía América Latina, motivó una creciente preocupación en los centros financieros norteamericanos ya que aquella situación potencialmente explosiva, implicaba también una amenaza a su hegemonía continental. Es así que el gobierno de EEUU, sostenido en el marco general de lo que se conoce como la política del Welfare State (estado benefactor) impulsó múltiples investigaciones entre sus economistas y sociólogos.

Ya en 1948 la ONU había creado la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) con sede en Santiago de Chile, con el objeto de que se abocara al estudio de los problemas del desarrollo económico. De allí surgieron muchos estudios que dieron más fuerza a las teorías desarrollistas.

En nuestro país, en diciembre de 1958 el gobierno de Frondizi realizaba -mediante el Plan de Estabilización y Desarrollo- una propuesta de largo plazo que intentaba terminar con la dependencia externa una vez que la industria produjera los elementos indispensables para el país. Esta situación beneficiaría, no sólo a los sectores ligados a la misma, sino que alcanzaría a

todos los sectores sociales.

Sin embargo, a comienzos de los '60 las metas espectaculares de cambio y bienestar proclamadas por el desarrollismo en América Latina, seguían inalcanzables. La Revolución Cubana marcó un cambio en el mapa político continental. Se convocó entonces a una reunión especial de la OEA, destinada a reorientar la política de EEUU respecto de América Latina. Nació así la ALIANZA PARA EL PROGRESO que se manifestó a través de dos documentos principales que fueron: LA DECLARACIÓN DE LOS PUEBLOS DE AMÉRICA y LA CARTA DE PUNTA DEL ESTE en 1961, que postulaban como algunas de sus metas: la aceleración del desarrollo, la integración económica, el aumento del ingreso per cápita y la construcción de viviendas económicas.

Así, de la Alianza para el Progreso, que pretendía orientarse hacia un reformismo que descongestionara las tensiones de la crisis latinoamericana, se llegó durante la década del '60 al agravamiento general de la situación social, sobre el trasfondo de un subdesarrollo que se mantenía sin modificaciones.

En este contexto, en nuestro país se produjo un aggiornamiento del modelo asilar de la psiquiatría clásica a través de la creación de los servicios de Psiquiatría Social y Psicopatología en los Hospitales Generales, por ejemplo el de Lanús, y se inauguraron las primeras carreras de Psicología.

Sería objeto de otro trabajo exhaustivo seguir el viraje que las prácticas en Salud Mental tuvieron durante estos años en nuestro país, aunque sí podemos pensar en el desarrollo macropolítico que dio marco a estas prácticas.

En 1978 la Asamblea Mundial de la Salud, reunida en Alma Ata (Rusia), decidió que la clave para llegar a la meta social propuesta: Salud Para Todos en el año 2000, era la Atención Primaria de la Salud y recomendó a los estados miembros que formulen políticas nacionales y regionales.

Los gobiernos hicieron entonces un plan de acción que propuso como prioritaria la accesibilidad a la salud mediante la expansión



y la estructuración de los servicios de salud con **EQUIDAD, EFECTIVIDAD Y EFICIENCIA.**

A nivel operativo, la estrategia de APS pone énfasis en los factores que producen los problemas de salud, no sólo los de orden biológico sino también los relacionados con el medio ambiente y el medio social y comunitario. Apunta a las causas mejorando principalmente la oferta, la capacitación del recurso humano, la normatización de actividades y la provisión de una tecnología apropiada al nivel de la atención, con participación comunitaria.

Es ya conocida como una de las principales críticas a esta iniciativa que no hay una transferencia de poder real a la comunidad, aunque sí hay transferencia de educación y tecnología adecuada.

Respecto de APS, hubo en nuestro país un tenue y discontinuo intento de aplicación con la llegada del gobierno constitucional de 1983.

Específicamente nuestro Hospital se tomó como cabecera para la implementación del llamado Plan Boca-Barracas, siguiendo los lineamientos generales del Plan Nacional de Salud Mental realizado por el Dr. Mauricio Goldemberg.

Muchas veces creímos en la fórmula: "somos agentes de cambio en el campo de la salud mental", mientras que en realidad nos encontramos atrapados en una creciente responsabilidad respecto de las acciones emprendidas y una escasa participación real en decisiones que modifiquen las condiciones existentes, aunque más no sea, en un servicio.

En la mayoría de los países, las soluciones que se buscan a los problemas emergentes en salud oscilan entre: -proponer mejorar las cuestiones organizativas (como es el caso de Inglaterra, país liberal con modelo de medicina social) o -apostar a un refuerzo de la asignación financiera (como en EEUU, con la implementación del modelo asistencial del MEDICARE Y MEDICAID, aunque luego se desmanteló abruptamente como ocurrió con el

gobierno de Reagan en la década del 80).

Sin embargo, también conocemos la reforma psiquiátrica italiana, que fue impulsada por Bassaglia en 1971 y coordinada por Franco Rotelli, Director del Departamento de Salud Mental de Trieste.

Es sabido que esta experiencia de desinstitutionalización en psiquiatría ha madurado una reforma conocida a nivel internacional, por ser la única que ha abolido la internación psiquiátrica del conjunto de prestaciones de la salud mental.

Este modelo ha implicado desde sus inicios y a partir de una estructura manicomial que albergó a 1300 pacientes, un complejo proceso social abarcativo, tendiente a movilizar y provocar cambios profundos en las representaciones sociales de todos los actores involucrados, no sólo pacientes, sino de toda una población.

Hasta el momento este proceso ha pasado -según lo conceptualizan sus protagonistas- por tres fases, implicando la más reciente en la década del 90 el auge de las cooperativas de trabajo. Por otra parte, es importante señalar que esta profunda transformación que tuvo su origen en un replanteo de la racionalización financiera y administrativa, fue posible no solamente por una voluntad política sino por la posibilidad de una transformación social. En este sentido, la apertura del manicomio implicó una primera fase de intenso trabajo con la comunidad e importantes replanteos a nivel legal con el personal sanitario (técnicos que trabajan dentro de la institución), con las familias y con diferentes instituciones (universitarias, fuerzas de orden público, etc).

Todas las reformas psiquiátricas se han propuesto superar gradualmente la internación en los manicmios a través de la creación de servicios en la comunidad, tratando de romper el modelo segregativo clásico de la psiquiatría, intentando multiplicar desde esta perspectiva las estructuras extrahospitalarias médicas y sociales. Es decir, que uno de los aspectos básicos en el proceso de desinstitutionalización, que va tomando cuerpo a medida que el manicomio se va desmontando, es la construcción de estructuras externas sustitutivas a la internación, que nacen del uso y

de la transformación de los recursos materiales y humanos que allí estaban depositados.

Actualmente, en el modelo italiano son cinco los dispositivos básicos de reemplazo:

- Centros de Salud Mental
- Centro de Diagnóstico y Cura
- Grupos Apartamento
- Laboratorios de arte
- Cooperativas de trabajo.

El eje de la reforma radica en mejorar la calidad de vida de los pacientes partiendo de la recuperación de habilidades y capacidades sociales, a través de la empresa social.

Ustedes se preguntarán ¿cómo pasamos de ALMA ATA al modelo de desiquiatrización italiano? Nosotros también.

Si bien se trata de no desechar teorías y propuestas que provengan de países desarrollados sino de utilizarlos como materia prima en una reinterpretación, corremos el riesgo de realizar una copia mecánica sin ningún intento serio de recontextualización adecuada. Como ejemplo en nuestro país: la reactivación del médico de familia, en su carácter de médico generalista. Esta solución fue propuesta para resolver un déficit técnico y local, pero en EEUU.

Tomamos de Mario Testa, entonces, la importancia fundamental de la contextualidad de la APS, contextualidad que está dada en primera instancia por el sistema de salud en que se encuentra inserta. Ese sistema es el que concreta la significación de APS en el nivel sectorial.

La pregunta sería entonces, ¿atención primaria o primitiva de la salud? en tanto sus establecimientos conformen o no parte de la RED ASISTENCIAL, lo cual remite directamente a la categoría de accesibilidad. Se entendería entonces a la APS como PUERTA DE ENTRADA al sistema, pero nuevamente insiste la pregunta respecto de nuestro lugar con un programa que apuesta a configurar un marco adecuado a la PUERTA ... DE SALIDA.

Es importante aclarar aquí que nuestro programa surge desde un Sector de Orientación y Entrenamiento Laboral, dentro de un Departamento de Rehabilitación en un Hospital



ahora Municipal, pero básicamente Monovalente, en psiquiatría: el Hospital Infanto Juvenil Dra. Carolina Tobar García.

Nuestra propuesta es por definición: **EXTRAHOSPITALARIA**, o sea que se realiza fuera del hospital, en el **EXTRAMURO**. Es probable que esta condición tenga cierto carácter defensivo frente al circuito ciego -y muchas veces sordo- que pueden adquirir los comportamientos terapéuticos y las pautas de organización institucional frente a estos pacientes.

Lo nuestro es un intento de ampliar el horizonte que el campo sanitario ofrece a estos chicos, para lo cual es muy importante que el programa no sea específico de Salud Mental sino que pueda ser integrado a otros programas participativos e intersectoriales, es decir, que exceda el modelo asistencial de abordaje múltiple que corre muchas veces el riesgo de proponer más de lo mismo.

Partimos de la necesidad de ampliar el mapa, de establecer puentes con otras organizaciones que tienen alguna experiencia en relación a esta población, a la que podríamos caracterizar como: **chicos con severas perturbaciones en su constitución subjetiva y / o en situación de riesgo social.**

Es en este sentido, que tras largos años de experiencia hospitalaria consideramos fundamental el examen lo más objetivo posible, entre lo que se cree que se está haciendo y lo que realmente se hace, lo cual nos lleva a cuestionarnos permanentemente nuestra práctica.

No se trata de producir y adaptar tecnologías para un funcionamiento óptimo de la sociedad. Se trata de posibilitarle a estos adolescentes y a sus familias un espacio, donde puedan encontrar y construir andariveles que los sostengan en su capacidad de enunciar lo que les sucede, permitiéndoles trazar lineamientos que eluciden un proyecto de acción acorde a la situación de malestar y padecimiento en que se encuentran.

III. Nuestra experiencia

Si bien el tema central del día de hoy es Atención Primaria de la Salud, consideramos

que el tema Derechos Humanos configura el contexto adecuado para tratarlo.

Intentar ayudar a salir de la exclusión a las personas con las que trabajamos, ayudarlos a conquistar su derecho de ciudadanía, creer que ellos también pueden contribuir a la construcción de la sociedad, de una sociedad que cada vez excluye a un número mayor de personas, parece realmente utópico.

A lo largo de esta experiencia transitamos diferentes momentos. Cuando parecía que lográbamos lo que nos habíamos propuesto, nada se concretaba. Cuando no era porque nos faltaba una instancia legal en la cual enmarcar las actividades de producción y comercialización y el pago a los chicos, era el lugar. Cuando por fin constituimos la Asociación Civil, con dinero que aportamos nosotros, no tuvimos el lugar. Desde marzo de 1996 seguimos esperando que se dé curso a nuestro pedido realizado a través de un expediente iniciado en la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, para obtener un predio en el cual construir el taller laboral para llevar adelante nuestro Programa, que ya fue declarado de Interés Municipal y de Interés Parlamentario por el Senado de la Nación.

Y a pesar de todo, desde setiembre de 1993 seguimos en este camino que emprendimos, con el objetivo de lograr que al menos algunos de los adolescentes con los que trabajamos puedan zafar del camino que parece inexorable: **luego de un tiempo del alta... otra vez una internación**, pero esta vez en instituciones para adultos.

El problema es que muchos no han logrado aún transitar el camino de la adolescencia y deben adquirir de golpe el status de adulto.

Lo que nos alienta a seguir intentando -a pesar de las constantes dificultades- son las actitudes de compromiso y de interés por participar de los adolescentes y sus familias. Especialmente las familias, saben de las constantes frustraciones en el intento de encontrar una alternativa para sus hijos, una vez que egresan de las instituciones de salud mental públicas o privadas, después de los 18 años de edad.

Sabemos que aunque existen estas iniciativas autogestivas sostenidas desde los equipos profesionales, son imprescindibles las políticas de salud -nacionales, provinciales o municipales- que den un marco adecuado a estas experiencias, para garantizar la continuidad de los Programas.

Volviendo a la población con la que trabajamos, para abordar el tema de porqué pensamos en una integración socio-laboral de estos adolescentes, tomamos en cuenta una publicación de UNICEF: "ADOLESCENCIA, POBREZA, EDUCACIÓN Y TRABAJO" en la cual se reflexiona acerca de la problemática de los adolescentes pobres en la Argentina, especialmente aquellos que no acceden o abandonan la escuela media antes de haber adquirido habilidades básicas esenciales para el trabajo y la participación social y la tomamos, dado que es adecuada para reflexionar acerca de nuestra población adolescente: ¿qué tipo de respuestas dar para que ellos tengan acceso a derechos sociales actualmente restringidos?

La adolescencia es una etapa de transición en la cual se define la identidad ocupacional y constituye un momento clave en la vida de las personas, en el cual se va dando forma al proyecto de vida. En esta etapa, el trabajo además de permitir generar ingresos se constituye en un espacio de inserción social particularmente relevante, que posibilita experiencias vitales para el desarrollo personal y social.

En ese sentido, el trabajo de UNICEF expresa que "...para muchos jóvenes, el proceso de ensayo y error que permite ir modelando a la persona durante esta etapa no está acompañado por la existencia de dispositivos sociales, educativos y recreativos adecuados que sirvan de soporte para desarrollar esta búsqueda". Esto los coloca en situación de vulnerabilidad.

Los adolescentes con los que trabajamos son más vulnerables porque a sus desventajas sociales se suma la enfermedad. Las situaciones conflictivas que otros adolescentes pueden resolver por sus



propios medios o por los de sus familias, en estos adolescentes tienden a transformarse en una desventaja más que se acumula. Carencias y desventajas que en un adolescente pueden parecer temporarias, en la adultez posiblemente se transformen en privaciones y desventajas definitivas. Un adolescente vulnerable es un firme candidato a ser excluido.

Las crecientes exigencias de los puestos de trabajo y las desventajas educativas, culturales y sociales de los adolescentes pobres y en especial de nuestros adolescentes, dificultan cada vez más su acceso al mercado de trabajo y la calidad de su inserción laboral.

Con respecto a la formación de habilidades básicas y de competencias sociales, Ana Lourdes Suárez menciona en dicho texto que: "Las competencias sociales pueden definirse como las habilidades, conocimientos y destrezas que capacitan a las personas como actores sociales". "Estas son cada vez más necesarias tanto para la inserción laboral como para la efectiva participación social; entre ellas pueden incluirse la comprensión global del mundo del trabajo y de las reglas del juego en las empresas, la responsabilidad y la capacidad de autoorganización respecto de la tarea, la solidaridad y la habilidad para el trabajo en equipo, etcetera."

En cuanto a las competencias agrega que, en el contexto global en el que actualmente se mueven las empresas, pasan a ser requisitos importantes de los trabajadores, entre otros, la formación con buenos niveles de habilidades intelectuales y los conocimientos básicos sobre tecnología y creatividad para su aplicación. Las competencias que deben tener los trabajadores para obtener un empleo en condiciones dignas

incluyen entre otras, aprender a aprender, capacidad de actuar en medio de la incertidumbre y capacidad de resolver problemas.

Es en este punto en el cual nos replanteamos cuál sería la modalidad que garantizaría la plena integración socio-laboral de nuestros jóvenes.

Cuando comenzamos, planteábamos la implementación de un taller extrahospitalario -un taller protegido de producción-. El requisito de obtener un certificado de discapacidad para incluirse en el mismo nos hizo desistir de esta instancia como única alternativa, dado que consideramos que los estigmatizaría aún más.

Luego pasamos a considerar tres etapas en el Programa:

1) entrenamiento laboral
2) derivación (de acuerdo con las capacidades de cada uno) a:

- a) -empleo competitivo
 - b) -microemprendimientos (a crear por nosotros)
 - c) -taller protegido de producción (a crear por nosotros, dado que no existen en Capital ni en el Conurbano talleres protegidos de producción, específicos para personas con trastornos psiquiátricos).
- 3) seguimiento (hasta comprobar la plena integración laboral)

Respecto a las instancias posibles de derivación, sabemos que la alternativa del empleo abierto es remota. La situación ocupacional actual indica que los mayores índices de desocupación se dan en la franja de edad a la que va dirigida esta propuesta.

Los microemprendimientos también son de difícil implementación. ¿Cómo garantizar la competencia y asegurar la rentabilidad dentro de las rigurosas leyes del mercado?

El pensar en una alternativa extrahospitalaria nos enfrenta a la necesidad de un cambio en la perspectiva tradicional de los profesionales de la salud, dado que nos planteamos **una alternativa que articule la salida pero no la de los equipos profesionales, sino la salida del sistema de salud y el ingreso al medio productivo por parte de los adolescentes.**

Esto nos llevó a participar, por ejemplo, en un seminario sobre recaudación de fondos, en un seminario sobre políticas sociales del trabajo, a establecer contacto con organizaciones sociales, etc.

En el seminario sobre políticas sociales del trabajo, llegamos a la conclusión que la alternativa válida para nuestra propuesta se acerca a lo que es la empresa social, desarrollada como parte de la reforma psiquiátrica implementada en Italia.

En la empresa social se ingresa al mundo de la economía, de la producción y del trabajo a través de criterios de política social.

Dicen Ota de Leonardis, Diana Mauri y Franco Rotelli en su libro LA EMPRESA SOCIAL: "...La empresa social es un contexto de asistencia estructurado sobre la base de relaciones que disminuyen la incertidumbre y la desconfianza en nosotros mismos y en los otros, que acrecientan el sentido del valor personal y capitalizan el placer que se extrae de las cosas que se hacen. Qué hacemos nosotros, qué hacen los otros y qué se hace en común." "La empresa social es una estrategia para que lo social, tradicionalmente improductivo, puro costo, puro gasto, se vuelva rentable."

Este modelo, que apunta a mejorar la calidad de vida de los pacientes, permite que lo central no sea el trabajo o el dinero, sino la calidad de las relaciones y de los contextos de producción que se generan. Los beneficios se miden por la capacidad de producir un valor agregado de naturaleza social, incorporando a las personas a la producción con el objetivo de promover sus capacidades, dándose una transformación de las relaciones entre quienes se encargan de la

asistencia y los asistidos, al emprender juntos una actividad productiva.

Con respecto a nuestra experiencia, en nuestro país no hay políticas de salud mental orientadas a producir una desinstitucionalización (excepto en la provincia de Río Negro), pero sí están comenzando a plantearse algunas políticas sociales en el contexto del Gobierno de la Ciudad, en el área de Promoción Social, que nos permitirían comenzar a concretar una alternativa que dé una respuesta concreta.

En este momento estamos en contacto con una organización no gubernamental que tiene a su cargo a un grupo de jóvenes que, habiendo estado en situación de riesgo social, hoy están en condiciones de integrarse sociolaboralmente y encuentran las mismas dificultades que nuestros adolescentes. Junto con ellos intentaremos continuar el camino.

Por último, creemos -como señala Irene Konterllnik en la publicación de UNICEF- que "la adolescencia es una etapa de la vida durante la cual aún se está a tiempo de promover nuevas calificaciones, aptitudes, creatividad y, en general, el desarrollo de un capital simbólico, todas ellas condiciones necesarias para posicionar a las personas como sujetos de derecho, partícipes activos en la construcción de una sociedad democrática."

Porque pensamos que vale la pena allanar el camino de nuestros adolescentes en esta etapa de construcción de su proyecto de vida, creemos que debemos seguir intentándolo.

IV. Bibliografía

CHIARVETTI, SILVIA. "Aportes y Deudas de las

Ciencias Sociales en salud". Mesa redonda en las 3º y 4º Jornadas de APS y 1º Jornada de Medicina Social. 1989-1980.

DE LEONARDIS, O.; MAURI, D.; ROTELLI F. "La Empresa Social". Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1995

TROIANOVSKI, PABLO. "Punteo para la historización de la asignatura Salud Pública - Salud Mental". Ficha.

ULLOA, FERNANDO. "Grupo de reflexión y ámbito institucional en los programas de promoción y prevención de la salud".

UNICEF. "Adolescencia, pobreza, educación y trabajo". Editorial Losada, Buenos Aires, abril 1996.



de octubre
Panel:

"El contexto de la clínica y su relación con la teoría"

Relatores invitados: -T.O. Graciela Warchavski, Coordinadora del Hospital de Día de Psicopatología del Hospital Dr. E. Tornú

- T.O. María Susana Llimós, profesional del Hospital de Día del Hospital de Emergencias Psiquiátricas T.de Alvear.

-T.O. Andrea Monzón, T.O. Carolina López y T.O. Mónica von Wernich, integrantes del Consejo Editorial de "Materia Prima".

Presentación de la T.O. Graciela Warchavski (Coordinadora del Hospital de Día de Psicopatología del Hospital Gral. de Agudos Dr. Enrique Tornú. Docente de la E.N.T.O. Co-autora del libro Terapia Ocupacional -Teoría y Clínica).

Dejo expresado mi agradecimiento a los Miembros del Comité Organizador de estas VII Jornadas de Terapia Ocupacional del Hospital José. T. Borda por su invitación a formar parte de la mesa del "Contexto de la Clínica y su relación con la Teoría".

Mientras venía para acá, pensaba si tendría que hablar de la clínica de Terapia Ocupacional o Desocupacional y si de contexto se trata quisiera partir del medio laboral y social en el cual nos encontramos inmersos.

Tomaré como ejemplo La Argentina, sin descartar que esto mismo pueda estar pasando mundialmente.

Esta visión parte de mi identidad como terapeuta ocupacional y de mi independencia en cuanto a ideologías políticas, siendo testigo y parte durante 26 años de diferentes modelos en cuanto a políticas de salud y de trabajo, llegando a la actualidad a percibir los cambios a los cuales nos vemos expuestos constantemente.

A propósito de esto quisiera contarles un clásico experimento de biología: "el fenómeno del sapo hervido".

"Un sapo es puesto en una cacerola de agua fría pero aún tiene la libertad de saltar, puede ser hervido hasta la muerte si el cambio de temperatura es gradual, El sapo no percibe el cambio.

Por el contrario, si un sapo es dejado caer dentro de una cacerola de agua hirviendo, inmediatamente saltará hacia fuera y salvará su vida: tiene la necesidad de sobrevivir.

Simultáneamente muchas organizaciones insensibles a cambios graduales corren el peligro de convertirse en "sapos hervidos", viven en una ensañadora ignorancia de los disparadores del cambio y están condenadas al fracaso. Un fracaso que es el resultado de no poder sentir la necesidad de cambiar..."

(Noel Tichy y David Virich. Sloan Management Review, Fall 1984, Vol. 26, N° 1.)

Esto lo pongo como ejemplo para poder entender que estamos en un mundo que está cambiando, que estamos forzosamente atravesados por términos como globalización, posmodernidad, economía de mercado, eficiencia, producción, consumismo. Victor Giordi, dice en "Neoliberalismo, Subjetividad y Salud": "...en el discurso oficial puede comprobarse una sutil sustitución del término "ciudadano" por el de "consumidor". Este emerge como el nuevo "sujeto de derecho" pero un derecho que no



emana de su ciudadanía ni de habitar una Nación, menos aún de pertenecer a la especie humana, sino de ser un consumidor...”.

Nadie ignora la disminución del índice de empleo, de las condiciones competitivas que plantean las empresas, de la inestabilidad laboral, del prurito para tomar personas de 40 y 50 años.

Si uno es muy joven es señal que no tiene experiencia y si es grande corre el riesgo de no adaptarse a las condiciones que las empresas requieren. Frente a esto se propone la capacitación constante, en la mayoría de los casos, por fuera del horario laboral y generalmente pagada por uno mismo o dentro del horario de trabajo, quitando así tiempo a la producción y poniendo en peligro el propio trabajo.

La persona exitosa es aquella que brinda la mayor cantidad de tiempo y de energía disponible para su empresa, restándole tiempo a su familia y a su vida social.

Lucía Edelman dice en su artículo “Crisis de Fin de Siglo y Patología”: “... La desocupación actúa sobre el que ha perdido su trabajo o no lo tiene, pero también actúa como una amenaza sobre los que tienen trabajo, haciendo que aparezcan lógicas y naturales la aceptación de condiciones de trabajo inadmisibles hasta hace poco tiempo y que tocan a veces, en nuestro caso, hasta nuestra propia ética y dignidad profesional...” y en otro párrafo dice: “... el desocupado es un espejo en el que se mira el que tiene trabajo, este espejo produce pánico, estimula la competencia y la sobre adaptación con los consiguientes estallidos psicosomáticos, como búsqueda en el propio esfuerzo de la garantía de seguridad...”

Con referencia a esto, quisiera dar algunos ejemplos de pacientes que he atendido en Hospital de Día, que a mi juicio pertenecen a estas patologías actuales, que se llaman de borde o sociales y que hacen eclosión en personas que aparentemente no poseen

antecedentes psiquiátricos.

Una de ellas, se trata de un Cardiólogo, muy exitoso en su profesión, que trabajaba hasta el momento de su internación en una prestigiosa Pre-Paga. Hace una “crisis psicótica con ideación delirante de contenido persecutorio”, el detonante: le bajan el precio de la prestación y lo obligan a que todos sus pacientes sean seguidos, aún en los momentos en los que se hallan internados, más allá de las cirugías cardiovasculares que se les realicen, los monitoreos también deben ser hechos por él. Tiene 55 años y supone que con esto lo están presionando para que renuncie. La principal fuente de ingreso de su familia y el principal sustento es él.

La segunda, se trata de un médico anestesista que ingresa derivado por consumo de sustancia inyectable (cocaína), también profesional exitoso, que en los últimos 3 años ha hecho mucho dinero con guardias casi constantes que le impedían descansar lo suficiente y mantener su relación de pareja y con su familia. Parte de ese dinero lo había invertido en un negocio el cual actualmente requiere mayor inversión para seguir creciendo, con lo cual para él un día normal tendría que tener 48 horas. Necesita no descansar para seguir produciendo más dinero.

Otro caso, se trata de una mujer de 30 años, empleada sumamente eficaz del PAMI. Su tarea es hacer auditorías coordinando un grupo de personas en la calle, manejando ella sus horarios. El criterio de trabajo que se aplica es el de producción. Realiza actividad gremial y tiene un perfil exitista, mantiene a parte de su familia de origen y a la actual.

Cambian las autoridades en el PAMI, es transferida al ANSES. Repentinamente debe pasar a realizar funciones dentro de una oficina, deja de coordinar el grupo de trabajo, se le trastocan los horarios, acepta la nueva política de la Empresa o queda en la calle. Hace un intento de suicidio luego de una crisis fóbica que dura aproximadamente un mes.

La desocupación y la reconversión del recurso

laboral afecta no solamente a Buenos Aires. Hace poco estuve en Neuquén, luego de haber leído el abstract de la Revista Vertex donde aparecen algunos trabajos escritos por gente de esa ciudad.

Parece una ciudad detenida en el tiempo a partir de la privatización de YPF y la finalización de las obras del Chocón Cerro Colorado. ¿Qué pasa cuando una comunidad históricamente se organiza alrededor de una fuente de trabajo y ésta se privatiza o concluye su obra?, se indemniza a la gente y estos acostumbrados a ser empleados pasan a ser empleadores de sí mismos:

cuentapropistas, remiseros, taxistas, quioskeros, etc. ¿Qué pasa cuando no se prepara a la gente para estos cambios? ¿Qué modificaciones sociales, familiares y laborales se producen?.

En mi recorrido por la ciudad encontré un solo edificio en construcción, pero hay un locutorio y un maxikiosco por cuadra. En Neuquén recuerdan el glamour de los años '70 cuando por pozo había 30 operarios, y ahora ese mismo trabajo lo hacen tres técnicos en una sala de computación, desde donde controlan toda el área petrolera.

A continuación transcribo la carta de la mujer de un trabajador de YPF que plasma en parte lo que está pasando en esta comunidad que salió publicada en la revista mencionada:

“... Ahora, pobre mi esposo, con poco más de 40 años, y después de ver, vivir, sentir, sufrir y sobrevivir el cambio desde adentro hoy se siente como un superhombre al que se le pide que estudie inglés, tres cursos de computación, pasar 10 o 12 días lejos de la familia, trabajar más de 12 horas diarias o lo que es mejor, dice la empresa trabajar FULL TIME para mantener su puesto. Porque hoy se trata de tener en la empresa sólo gente joven, profesional, que sepa idiomas, computación y además que sea hábil para poder manejar a los “viejos” de más de 40 años, que ya se tragarón toda la tierra, los años en el campo, todo el derecho de piso y lo que se puedan

imaginar. Y día a día agradecen tener trabajo no importando lo cansados y menospreciados que se sientan.

Ahora, yo me pregunto: ¿somos descartables?, ¿se muere uno y ponemos otro?, ¿eso es con lo que mi hijo de 16 años va a competir?, ¿esas son las reglas del juego?. Ojalá alguien pueda decirme que estoy equivocada..."

Actualmente existen las Aseguradoras de Riesgo de Trabajo (A.R.T.) en las que la intención es que todos aquellos que sufren algún tipo de enfermedad o discapacidad física o psíquica puedan volver a reincorporarse, luego de su capacitación laboral, nuevamente en su cargo anterior o en otro al que pueda acceder.

Hace poco me contaba mi colega, la T.O. Adriana Echazarreta haber recibido una chica que había sufrido la amputación de un dedo, en una fábrica de sandwiches, por exceso de trabajo en la época de las fiestas de Navidad y Fin de Año. Por las características de este lugar, debía volver a ocupar el mismo puesto y con esto todas las dudas que le generaba y cuánto tiempo podría sostener este puesto en comparación con aquellos que tenían los 5 dedos en cada mano y cumplían con los requerimientos de mayor eficacia y productividad.

Trabajo - Producción - Ocupación - Tiempo Libre, son todos términos que "engloba" la Terapia Ocupacional.

El asunto es ver cómo lo hace, con quién lo hace y para qué lo hace. También son preguntas que nos solemos hacer todos los colegas. De la misma manera que se me formó para hacer un análisis pormenorizado de una actividad artesanal teniendo en cuenta requerimientos psíquicos - físicos - herramientas - mobiliario, espacio físico, etc., podría estudiar mi lugar de trabajo y si de estudiar la actividad se trata y hacer un análisis de la misma, debo decir que las Instituciones y específicamente las de Salud Mental no salen muy favorecidas con ello.

Desde hace años se evalúa el tratamiento de

los pacientes en estas Instituciones por su producción, es más, se han llegado a hacer exposiciones de ellas en muchos lugares (y los que trabajan en el ámbito privado lo saben) si los pacientes están inactivos se pone en duda la capacidad profesional del terapeuta o la falta de elementos que despierten la motivación de los integrantes del grupo.

Es más, existe dentro de las Instituciones proliferación de talleres donde cabezas pensantes sostienen la quimera del hacer en la psicosis.

Pero me pregunto ¿esto, qué sostiene?, ¿el hacer en la psicosis?, ¿el hacer de la producción en las Instituciones?, ¿el hacer como única respuesta para subirse al tren de la globalización - la producción - el consumismo y la decadencia de las Instituciones tal como están planteadas en la actualidad?

Volviendo al tema convocante de esta mesa, ¿cómo nos preparamos desde nuestro quehacer y desde nuestros claustros para dar respuesta a esto?

¿Vislumbramos la aparición de nuevas patologías relacionadas ya no con cuadros psicopatológicos sino con condiciones de vida?

Frente a esto creo que no sirven modelos teóricos trasplantados de otras culturas, si pueden ser un referente, pero solamente podrán dar respuesta en nuestro país aquellas cosas que podamos ir pensando en lugares como éste.

Por último, quisiera cerrar esta mesa leyendo una frase de John Kennedy:

" En todas las Organizaciones y en todos los Países hay tres tipos de personas:

Las que hacen que las cosas pasen

Las que miran como pasan las cosas

Las que no entienden como pasaron."

Bibliografía

Abstrac de la Revista Argentina Vertex. XIX Congreso Latinoamericano de Psiquiatría APA. XIII Congreso Argentino de Psiquiatría de APSA. "Identidad y Globalización". Abril 1997
ICWKOWICZ, IGNACIO. Primer Curso de Administración de Sistemas y efectores en Salud Mental. Clase: "Salud y Enfermedad Mental -

Antecedentes y conceptualización. Desarrollo de la subjetividad a través del tiempo y los cambios sociales". 1997.

DI PAOLO, ESTEBAN. "En vísperas del segundo milenio". Revista La Nave. Año III N°17. Junio 1997

SISILLAC, ENRIQUE. Revista Consultor de Salud. Año VII N°176, "El mercado impone obligaciones al paciente".

DE CESARI Y PRIGLIONE. Revista Psykke. Asociación de Psicólogos de Mendoza. Junio 1996. Año 6 N° 20

Presentación de la T.O. María Susana Llimós - Profesional del Hospital de Día del Hospital de Emergencias Psiquiátricas T.de Alvear, Docente de la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional.

El tema del cual ustedes esperan escucharme es la Clínica de la Terapia Ocupacional.

Para empezar, afirmo que es un tema con mayúscula porque la clínica supone la enseñanza práctica, y en esto está implícito la transmisión de un saber.

El diccionario señala que clínica viene del griego Kliné que quiere decir lecho, lecho que a su vez indica cama, cauce, superficie de piedra sobre la cual se asienta otra. Opino que si todos éstos sinónimos se atribuyeran a la clínica de la Terapia Ocupacional, hablar sobre ello resultaría un desafío abrumador.

Es por esto que lejos de colocarme en ese lugar, intentaré dar algunos lineamientos avalados en largos años de ejercicio profesional. Es decir, cuando la experiencia adquiere una forma de conocimiento posible, surge la necesidad de un lenguaje básico.

Antes dije que la clínica supone la enseñanza práctica, esto es, tomar en consideración las modalidades, las técnicas para operar terapéuticamente.

¿Qué quiere decir operar terapéuticamente? Implica en primer término, disponer de un bagaje de instrumentos que me permitan categorizar las



observaciones y en consecuencia direccionar el tratamiento.

Los instrumentos técnicos que empleo son:

Fichas de admisión, entrevistas, autoevaluación, entrevistas de devolución

Los instrumentos teóricos son:

Formulación de hipótesis, estrategias

Instrumentos que devienen de distintos tipos de intervenciones (observación de los efectos y modificación o ratificación de las estrategias).

Pero todos estos datos adquieren su significación en tanto son referidos a un marco teórico determinado, en mi caso es el psicoanálisis.

El primero de esta serie es la Ficha de admisión a la cual le asigno un valor especial.

Allí están condensados los datos fundamentales de la historia ocupacional que incluye diversas áreas: familia, escolaridad, laboral, expresivas, A.V.D., etc., quedando registrado ese singular perfil en que el sujeto se caracteriza a sí mismo. Esto es: un determinado origen, tal nivel de formación, alguna o ninguna posibilidad laboral, ciertos intereses, entre otros.

Por otro lado el nivel de apuesta al tratamiento queda expresado en la respuesta a la pregunta ¿qué espera del terapeuta ocupacional?.

Así, el llenado de los datos adquiere el contenido de una tramitación personal, de la cual luego deberá dar cuentas.

Otros datos como la fecha que marca el preciso momento del ingreso, o la firma que indica la autoría le dan un rango de documento, que restituye ficcionalmente derechos perdidos. Esto marca una diferencia esencial con el ingreso a otros talleres.

A partir de estos primeros datos se plantean una o más entrevistas con el objeto de aclarar o profundizar la información e ir construyendo una intimidad que me permita formular las presunciones o primeras hipótesis, y en función de ello elegir las estrategias de abordaje o sea las tácticas, las maniobras que me posibiliten acercarme a lo que evalúe significativo.

Las primeras intervenciones que involucran al grupo tienen la particularidad de abrir la escena de trabajo en un sentido doble: que el ingresante pueda animarse a manipular un material y animarse a dialogar o intercambiar

con otros.

Observo los efectos de mis intervenciones y esto sin duda es el parámetro que indica lo oportuno o desatinado de tal o cual señalamiento.

En las entrevistas de inicio casi siempre se devela acerca de un hacer que se interrumpe, sea creativo, manual, intelectual, laboral, etc.

En un principio me parece más operativo promover en los sujetos el re-encuentro con aquello que ha sido interrumpido excepto que esto esté contraindicado.

Las experiencias anteriores vividas de modo gratificante representan un referente en lo concreto y se tornan de importancia en los momentos que el predominio de la subestimación tiñe cualquier planificación futura.

En las posteriores no se trata de embarcarlo en la promesa de un paraíso por venir, se trata de la visualización de la idea de recuperar algo que fue suyo. Cuando se trabajan éstos aspectos, con cierta frecuencia aparece este comentario "...es cierto que yo hacía eso, pero entonces era otra cosa, entonces andaba bien".

Intervención posible del T.O. ¿Para qué venir a Hospital de Día a T.O. sólo para contarnos lo que no podés? Esto parece pertinente cuando existió ese referente al que hice mención.

Pero ¿qué pasa cuando no hay registro de un pasado más rico al cual remitirse?

En ese caso será de suma utilidad la participación en el Taller de T.O., donde se le puede proveer de variadas experiencias relacionales que permitan al sujeto una exploración de aptitudes e intereses.

Su elección clara o sus ambigüedades, como la permanencia o abandono de tal actividad guiará mis próximas estrategias en el sentido de profundizar o modificar lo elegido.

Las entrevistas, cuyo objetivo es el mantenimiento de la relación, se limitarán a abordar los temas inmediatos y a reforzar la relación para que el encuentro sea solicitado cada vez que se estime necesario.

De un modo distinto, las entrevistas apuntan a re-situar el tratamiento o a proponer un nuevo nivel de intervención, es preferible que sean programadas y realizadas en un ámbito de

intimidad, es decir crear un clima pertinente a lo que se va a plantear.

Por otro lado, el fortalecimiento de la relación da cabida a ciertas maniobras donde pongo en juego un crédito mayor.

Ejemplo de una intervención posible: "creo que si vos lo elegiste es porque suponías que podías resolverlo, te viste capaz o te sentiste capaz de ..."

Para hablarles de los efectos, debo introducirlos brevemente en las historias de quienes los evidenciaron.

M. paciente con diagnóstico de esquizofrenia paranoide, de 36 años, en su discurso refiere tener trastornos por temas sexuales y místicos (religiosos), acompañados por voces que le imponen conductas a tomar. Gran parte de su día lo dedica a su actividad religiosa (ir a misa, rezar el rosario, leer la Biblia) que atenta contra su disposición a trabajar. Atravesado por la idea de ser santo le resulta conflictivo tener que cobrar lo que vende.

En la ficha de admisión a T.O., el paciente establece una clara demanda referida a la posibilidad de sentirse útil y de mejorar su situación laboral.

Dado que centró su preocupación en estos temas, se elige como estrategia inicial ofertarle una serie de tareas de beneficio para el Hospital tales como pintura, reparaciones, etc.

El criterio utilizado en este caso fue responder a su demanda por la vía de menos resistencia, es decir partimos de la presunción de considerar que sumando los elementos "utilidad" y "donativo" obtendremos su aceptación y al mismo tiempo, generáramos un campo donde operar posteriormente.

Observamos desde el primer momento como se sitúa el sujeto. Descubrimos una dependencia absoluta en la toma de decisiones y las características de un hacer compulsivo casi automática.

Un hacer sin matices, sin preguntas.

La intervención fue intentar un punto, un corte a ese hacer "catarata". La idea fue introducir un orden que le impliquen como sujeto. En este sentido le ofertamos la administración del taller de cocina, único espacio del Hospital de Día que se autofinancia.

Apuntando con esta maniobra a una mayor autonomía como la requerida para distribución del dinero para gastos, el registro escrito de tales movimientos o la rendición de cuentas del tiempo que duró su gestión.

La resistencia inicial en esta intervención fue trabajarla acentuando el aspecto de "utilidad" que fue el elemento más valorado por el paciente desde su ingreso.

Dentro de esta línea le propusimos una entrevista con el encargado que daría continuidad a la tarea administrativa comenzada por él.

Paralelamente en las sesiones de T.O. empieza a plantear los obstáculos que encuentra en su actual ocupación. Dice: "no me gusta vender". Vemos que esta negación se contradice con el trabajo que realizó la mayor parte de su historia ocupacional. Se intenta despejar esta contradicción, y aparece algo diferente. "No me gusta vender algunos productos", lo dice en referencia a ciertos artículos femeninos. Se trabaja en el intento de que pueda discernir qué productos podrá promocionar y cuáles no. Más adelante puede plantear uno de sus principales obstáculos que consiste en cómo dejar de depender económicamente de su madre y al mismo tiempo continuar con su actividad religiosa.

La modalidad que él encuentra para combinar estas actividades lo remiten inexorablemente a un círculo vicioso: el exceso de una lo lleva a la imposibilidad de la otra, y viceversa.

Una de las últimas intervenciones fue que acordara en ganar la comisión de las ventas, pero con el objeto de obtener una ganancia que le permitiese destinar una parte a donar algún

alimento a la parroquia.

En el tramo final de su recorrido por Hospital de Día el paciente inicia su alta progresiva, en la entrevista de devolución comenta haber recuperado parte de su interés por su trabajo, agrega que le ofrecieron posibilidades de crecimiento dentro de la empresa y también cuenta haber comenzado la donación a la parroquia.

Todas las maniobras o estrategias mencionadas tienden a producir un deslizamiento y en éste sentido, la Terapia Ocupacional en Hospital de Día se propone como un espacio ficcional. Como una creación artificial que aloja al sujeto temporariamente, apostando a que en su recorrido particular pueda apropiarse o reapropiarse de un decir, de algún saber desde el cual, nombrarse.

Reflexiones:

Hasta acá vengo planteando lo referido a la Clínica y su relación con la teoría, y para articularlo al contexto, me parece pertinente empezar por participarlos de algunas reflexiones que hacen al "contexto" interno que el propio T.O. asigna a la profesión.

La T.O. ha tenido desde sus orígenes una relación estrecha con el espacio tanto en sentido físico como simbólico.

En principio se podría decir que se instauró un campo de saber sobre el "no poder". Intentó devolver sentido a la imposibilidad, a la mutilación, a la carencia. De ese modo, el encuentro con los desposeídos se tornó en lugar cargado de significación.

Y el "ocupar" tomó un sitio clave en la lógica interna de la Terapia Ocupacional, originando una identidad sesgada que asumió sólo el segundo término de nuestro nombre.

Así, ese entretener u "ocupar" tan descalificados por los propios Terapistas Ocupacionales podría leerse hoy como un intento fallido de jerarquizar la actividad ocupacional. Fallido, porque aunque no quedan dudas de la cualidad estructurante de la actividad "per se", es también indudable que la realizaciones empíricas del orden que fuesen no poseen rigor científico.

Situar la diversidad de actividades ocupacionales en el campo de lo científico, es también conocer cuál es la pertenencia de la T.O. en las ciencias empírico-formales, las hermenéuticas sociales dejando estos interrogantes planteados. Por ahora podríamos preguntarnos ¿porqué esa identidad parcializada se localizó en lo ocupacional?

Espero que haya muchas razones.

En lo personal pienso que hay un motivo que por obvio no deja de ser fundante, me refiero a la carencia de bases epistemológicas que fundamenten nuestro operar terapéutico.

Esta carencia, o lo que es peor, el vacío, nos disparó en muchos sentidos, algunos, a la búsqueda de "padres adoptivos". Muchos de nosotros en salud mental adherimos al paradigma más representativo de la época, así la observación de los fenómenos quedó enmarcada en la teoría psicoanalítica. Este referente nos permitió descubrir la diferencia entre lo que se dice y lo que se hace, entre el compromiso asumido y el olvido posterior, entre aquel que imagina espectaculares proyectos y sólo accede a la pequeña realización, entre la inhibición total y la sorpresa de probar, explorar, que no es más que probarse, explorarse.

Así, los conceptos del psicoanálisis nos permitieron en nuestros agujeros, construir una trama posible.

Casi me atrevería a afirmar que éste conocimiento nos colocó frente a un sujeto. Supimos que la ética no era que el otro haga de sí lo que yo estimo conveniente. Descubrimos que su valor es el de generar espacios nuevos dentro y fuera para testimoniar la emergencia del deseo.

Contrariamente a mi época, hoy se cuenta con diversos referentes teóricos, por lo cual pienso que tanto los nuevos profesionales como los de ayer estamos autorizados a ampliar esa identidad limitada.

A "ocupar" calificadamente el espacio de lo terapéutico. A tomar posesión de un accionar que se define así no porque sí, sino por sus efectos.

A lo largo de mi exposición creo haber transmitido lo que para mí es una convicción



fuerte, lo que determinó: "el lugar a la emergencia del sujeto".

En mi opinión debe trabajarse desde dos ángulos posibles, uno centra su eje en torno del trabajo clínico y busca mediante sus intervenciones atenuar el padecimiento, es al que hice referencia; al otro, lo sitúo en el plano de las representaciones mentales, una de sus fuentes son los lineamientos de la ciencia.

Si por representaciones entendemos al conjunto de procesos articulados de percibir, clasificar y significar; me pregunto ¿cómo pretender rehabilitar y resocializar si el único espacio social asignado a estos sujetos, es el espacio institucional o el encierro de la propia casa?.

Considero que si esquivo plantearme este problema estaré sin quererlo reforzando la representación que el imaginario social tuvo y tiene de la locura.

¿Qué quiero decir con esto?

La locura en tanto conducta irruptiva ha sido objeto de preocupación para la ciencia. Su aspecto desbordante, violento le confirió históricamente un lugar marginal y por lo mismo debió ser eludida, escindida.

Su particular anomia le generó un consenso de exclusión que no resulta fácil transformar. Por ello, sin desconocer el aporte fármaco-químico a los trastornos mentales, propongo a los que trabajamos en salud mental una tarea común: la de "ablandar" ciertas categorías demarcatorias de lo que entendemos por locura.

Por último, si la posmodernidad se caracteriza por la permeabilidad de las fronteras

tradicionales ¿porqué no aprovechar estas rupturas para generar nuevos lugares sociales de inclusión, evitando así gastadas recetas estigmatizantes?.

Bibliografía

- APOLLON W., BERGERON D., CANTIL L. La intervención en la clínica cotidiana. *Tratier La Psychose*- Traducción T.O. Gómez Mengelberg.
- FRIEDSON, A "La construcción profesional de conceptos de enfermedad"
G.M. Historia de hospital de día- Hospital Alvear
- JAMENSON, FREDERIC. "Posmodernismo y sociedad de consumo". La Posmodernidad- ed. Kairos- Barcelona
- LACAN, J. Introducción a la cuestión de la psicosis. El seminario Las psicosis 3. ed Paidós- 1992
- LLIMOS, S. Hospital de día- Admisión a T.O.- 1995
- MOSCOVICI, SERGE. De las representaciones colectivas a las representaciones sociales- Selección. Traducción E. A. De Lassalle
- WRIGHT, PABLO. El espacio utópico de la Antropología: una visión desde la cruz del sur- Cuadernos del Instituto de Antropología y Pensamiento Latinoamericano- Bs As

CONCLUSIONES

Los objetivos planteados para las Primeras Jornadas renuevan su vigencia cada año. Este espacio de intercambio se encuentra inmerso e instituido en el contexto en el cual se desarrolla la práctica actual de nuestra profesión.

Este año tomamos como significativo, el aumento de la asistencia de alumnos de los distintos centros de formación, como así también la merma en la presencia de profesionales que asistían en años anteriores. Para que este espacio se enriquezca más aún, y se generen otros multiplicadores de las temáticas que nos convocan es que transmitamos nuestro interés en recibir propuestas y sugerencias para que las Jornadas sean una construcción compartida.

Queremos manifestar por este medio la satisfacción que nos produce la realización y la repercusión de las Jornadas; como así también agradecer a los participantes y a Materia Prima quien nos facilita este acercamiento con los lectores.

*Terapeutas Ocupacionales

Alippi Marisa, Capozzo Marcela, Daneri Sara, Doermer Marta, Fenaglio Fabiana, Gimenez Marcela, Goldstein Bárbara, Gómez Mengelberg Elizabeth, Guzmán Marcela, Manghi Mirta, Narváez Silvia, Risler Liliana, Sagrera Mónica, Slatfein Adriana, Spampinato Sandra, Testa Daniela, Varela Alejandra.

Grupo de estudio

"CONCEPTOS BÁSICOS EN PSICOANÁLISIS"

- Dirigido a T.O. y otros profesionales de la salud
- Becas para grupos y a estudiantes

Lic. Javier Vicente Manavella

Lic. Marcela Temes

Tel.: 01-543-4300

Tel.: (15) 539-3970

De Producción Nacional

ESTACIONARSE EN LA FICCIÓN

*Un modelo posible de abordaje con pacientes adolescentes graves **

por Lic. Tomás Haas (Coordinador)
T.O. Patricia De Giovanni
T.O. Marisa Barberis (concurrente)

El Hospital de Día del Servicio de Psicopatología del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez funciona diariamente por la mañana, ofreciendo a los pacientes y a su grupo familiar un programa organizado de actividades grupales a cargo de un equipo interdisciplinario de profesionales: Psicólogos, Terapistas Ocupacionales, Médicos Clínicos, Talleristas, Psiquiatras y Terapeutas Corporales. Está dirigido a púberes y adolescentes, de 12 a 18 años, en situación de crisis, ocupándose de aquellas patologías que conllevan un gran compromiso orgánico y que, creemos, sólo puede ofrecerse en el marco de un Hospital General. Los pacientes admitidos presentan trastornos de la alimentación, intentos de suicidio, neurosis descompensadas y desórdenes de ajuste a patologías orgánicas. En la actualidad, estos pacientes provienen del Servicio Ambulatorio de Adolescencia y de la internación de Psicopatología y de Adolescencia de nuestro hospital, de otros hospitales, escuelas, o consultorios de médicos clínicos o psicopatólogos. En estos dos años de trabajo, el 49 % de los casos han sido pacientes con trastornos de la alimentación, el 17% con intentos de suicidio, el 16 % con intentos de suicidio asociados a trastornos de la alimentación, otro 6% con intentos de suicidio asociados a desórdenes de ajuste a patologías orgánicas, un 6% con trastornos psicósomáticos, y un 6% con neurosis descompensadas.

Antes de la creación del dispositivo, la demanda por estos pacientes era recibida en la guardia y, en menor proporción, en los consultorios externos. Muchos de ellos, luego de haber sido evaluados, recibían como indicación precisa la internación. Sin embargo, superado este período, la misma se veía innecesariamente prolongada. Era imposible dar de alta a un paciente cuando no se disponía de una estructura capaz de contenerlo y acompañarlo, intentando una reinserción paulatina luego del corte que, inevitablemente, imponía una internación. También estaban aquellos pacientes a quienes podría haberseles evitado una internación, pero cuya asistencia y seguimiento tan sólo por consultorios externos resultaba claramente insuficiente. Es a éstos pacientes a quienes esta dirigido el Hospital de Día.

El tratamiento incluye 3 áreas: seguimiento psicopatológico, actividades de taller y seguimiento médico - clínico. Dentro del seguimiento

psicopatológico se ofrecen distintos espacios: Asamblea Multifamiliar, Asamblea de Pacientes, Terapia Grupal, Terapia Ocupacional, Terapia Corporal, Tiempo Libre y Almuerzo con Acompañamiento Terapéutico. Cada paciente tiene asignado un administrador quien es, ante el paciente y su familia, el referente del tratamiento. Los Talleres (Radio, Escritura, Historieta, Plástica, Cine y Teatro), de concurrencia optativa, son espacios abiertos a todos los pacientes adolescentes del Hospital. Funcionan como una bisagra entre lo clínico y lo cultural, abriendo la posibilidad de conquistar o en algunos casos, reconquistar el afuera, la pertenencia, el lazo social, en una situación de cuidado. El amplio espectro de posibilidades expresivas de los talleres: la voz, la palabra, el texto, la gráfica, la plástica, el drama, favorecen la apropiación de al menos algunos de estos espacios por parte del paciente. De acuerdo a cada paciente, los médicos clínicos se incorporan de diferente manera en las asambleas, reuniones de equipo y entrevistas familiares conjuntas con el psicopatólogo, además del control clínico y la supervisión de la alimentación de los pacientes que almuerzan en el hospital. Desde una simple interconsulta por una patología aguda o una urgencia clínica, hasta ser la figura «central» para el paciente. Esto dependerá de la patología y del vínculo establecido.

En relación al ingreso, hay un momento de pre-admisión que se realiza con el profesional o la institución que deriva, en donde se ve la conveniencia del ingreso del paciente y si responde o no al perfil de Hospital de Día. A partir de ahí, se realizan entrevistas de admisión con el paciente y con su familia y, una vez admitido, ingresa. Luego se realiza una evaluación, en todas las actividades y talleres, que dura aproximadamente dos semanas. Es a partir de este momento que se diseña el programa específico que puede beneficiarlo: de un máximo de 5 veces por semana (programa total) a un mínimo de 2 veces por semana (programa parcial). Esto varía de acuerdo a las necesidades del paciente durante el transcurso del tratamiento.

El grupo, entonces, está formado por pacientes en distintos estados del proceso terapéutico: algunos aún internados, otros en programa total, y otros en programa parcial y cerca del alta.

Las terapias individuales o familiares se realizan fuera del Hospital de Día, en los Consultorios

Externos del Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez" (Servicio de Adolescencia), en otra institución, en forma privada, si están indicadas.

Es importante reflexionar sobre algunas características de estos pacientes, su grupo familiar, y del medio que los rodea. La mayoría se presentan con el cuerpo, invocando y haciendo perentoria la injerencia del saber médico. El motivo de consulta llama a la urgencia de la intervención y no acepta demoras. Nos enfrentamos con un cuerpo sufriente o en casos más graves, con el riesgo de muerte. Su relación con la realidad y con la imagen aparece alterada. Cierta legalidad, que permite el ordenamiento de cada quien con su mundo, está desvirtuada. No se trata aquí de pacientes que son fácilmente derivados a una terapia individual y a un seguimiento clínico en un consultorio. El riesgo de vida es un modo más de imponerse la realidad y hacemos creer, por momentos, que no hay nada por hacer. Además del riesgo clínico, en líneas generales, llegan con un quiebre o fractura en su relación con el medio circundante. De acuerdo al grupo etario, encontramos en ellos dificultades para relacionarse satisfactoriamente, ya sea en la escuela, en el trabajo, con sus grupos de pares, y con su familia. Esto cobra un valor particular cuando, generalmente, los pacientes mismos logran convencernos de que estos espacios son inaccesibles para ellos.

Estas dificultades se inscriben en una estructura y dinámica familiar y social singular. Hay cierta modalidad predominante en el imaginario social actual en la cual se promueve el aislamiento del individuo a ultranza o, en el otro extremo, la masificación. Extremos ambos que dificultan la construcción del lazo social y, en última instancia, favorecen la aparición de la desligadura pulsional. Desde lo familiar, podríamos permitirnos una primera generalización al decir que estas familias presentan dificultades en dos de sus funciones básicas: el sostén y el corte. Con el sostén, nos referimos a la posibilidad de amparo y protección que tiene una familia para suplir las carencias del niño. Con el corte, nos referimos a la prohibición del incesto dentro del grupo familiar, lo que permite el pasaje a situaciones de mayor complejidad, de crecimiento y de diferenciación, y estimula el intercambio con otras familias.

Por lo anterior, estas familias tienen un concepto del mundo muy acotado, que los lleva a un empobrecimiento de los recursos con los que cuenta. Son familias aisladas, que poco a poco se alejan de su medio social, se encierran cada vez más en ellas mismas, desarticulándose de algún modo los modelos vinculares establecidos. Es importante recalcar que siendo éste un modo particular de funcionamiento familiar, muchas veces es endilgado a la "patología" del adolescente.

En relación a esta crisis y a esta sensación de desilusión, de sin salida, de desamparo afectivo y social que no permiten producir vínculos, en los que los afectos y la solidaridad entren en juego, lo primordial es construir nuevamente espacios de ilusión y de ficción, donde algo del orden de la narcisización sea posible, creando tramas vinculares que terminen constituyéndose en redes.

Un Hospital de Día aparece interviniendo en el sentido de cortar o quebrar aquello que venía en un estado de confusa continuidad. Es porque se interviene desde un lugar de tercero, que se produce una ruptura y una modificación de las estructuras con las que el paciente y su familia se vinculan con el medio que los rodea. Se genera entonces, un alto nivel de movilización de situaciones e intervenciones terapéuticas. Cuando intervenimos eficazmente, el conjunto de la familia cambia de posición en relación a la problemática que motiva la consulta, y aquello que aparecía como aislado, sin sentido, gobernando la dinámica familiar, comienza a quedar ligado a un nuevo sentido que se va construyendo, y por esto, va circulando.

Un Hospital de Día es un dispositivo que podría aparecer como una mera imposición directiva de horarios y actividades arbitrarias de no fundamentarse en el lugar de favorecer mediaciones de ficciones que permitan a los pacientes reconocerse y constituirse en relación a sus propios deseos. Nuestro Hospital de Día está ordenado según ciertas leyes, que respetamos y hacemos respetar: horarios, controles clínicos, almuerzos, lo "permitido" y lo "prohibido" en el dispositivo. Es así como esto produce rebeldías pero, al fin de cuentas, apacigua, da un marco, posibilita imaginarizar un cuerpo que padece y que por esto, lo lleva a la consulta.

Caso Clínico

Irina consulta al Servicio de Adolescencia en julio de 1995 acompañada por su padre refiriendo trastornos en la conducta alimentaria, crisis de angustia y situaciones de agresión física y verbal con su madre. En el momento de la admisión, cuando se les estaba ofreciendo una estrategia de tratamiento para ella y su familia, Irina se angustia, presenta una crisis de llanto, y manifiesta tener miedo de volver a su casa por temor a que se sucedan una vez más los episodios de violencia. Se evalúa la posibilidad de internación, que se descarta dadas las características de la paciente y la ausencia de riesgo clínico.

Se la cita entonces para una evaluación en Hospital de Día. Viene acompañada por sus padres, Omar y Alicia. Los mismos refieren que Irina sufre de "bulimia". Irina dice querer adelgazar y tener miedo a engordar. La paciente había comenzado su trastorno alimentario dos años atrás, alternando episodios de anorexia con otros de atracones y vómitos. El año anterior había realizado un tratamiento de tres meses en Aluba, de donde su

madre la retira por propia decisión, sin consultarlo ni con Irina, ni con Omar, ni con los profesionales. A su juicio, Irina estaba muy medicada. Realizan entonces una consulta en el Hospital Santojanni y otras en forma privada, que también son suspendidas. Durante las entrevistas de admisión relatan un episodio ocurrido dos meses atrás, en el que Irina ingiere una cantidad incierta de psicofármacos. El relato es confuso y los padres, al no considerar este hecho como algo grave, no hacen ninguna consulta en esa oportunidad. Irina presenta algunas ideas de muerte y refiere haberlas tenido con anterioridad.

La vida cotidiana de esta familia transcurre entre gritos, peleas, amenazas y golpes, e Irina participa activamente. Esto se pone de manifiesto en cada entrevista familiar, donde no faltan las acusaciones, los llantos y las amenazas.

Durante la primera semana de entrevistas diarias, Irina disminuye su nivel de angustia. Sin embargo, al considerar la situación como de alto riesgo, se realiza una intervención judicial.

Siendo una paciente adolescente tardía de 17 años y 8 meses, actuadora, sin continencia familiar, y habiendo abandonado varios tratamientos, encuadraba con el tipo de pacientes con los que habitualmente trabajamos en nuestro Hospital de Día. Se hace entonces un contrato en el que se acuerda que Irina concurrirá acompañada por alguno de sus padres. Se indica además tratamiento familiar y psicoterapia individual para la paciente.

En un primer momento, Irina se muestra con actitudes provocativas, casi procaces, tanto en su aspecto como en su conducta. Desde el punto de vista clínico, se presenta con francas características bulímicas: episodios de atracones y vómitos con oscilaciones de peso mayores de 5 kilogramos, seguido por períodos anorexígenos donde la ingesta es mínima, y algunos episodios de ayuno controlado (1 o 2 días).

El tema que insiste en Irina es su relación con los "hombres" (parejas o ex - parejas), ya que ningún otro tema le interesa. Se le hace difícil el cumplimiento de los horarios, que los padres dejan bajo su responsabilidad. En Terapia Ocupacional decide hacer una escultura. Dice que no sabe bien cómo, pero piensa que se la puede ayudar. Modela "un extraterrestre que está medio muerto. Me hace acordar a mi papá, mi mamá siempre dice que lo va a matar". Realiza luego una boca abierta muy grande: "Es la entrada a un tren fantasma o laberinto". Le sigue un cocinero con un gorro, y luego una figura humana sentada sobre un caracol con las rodillas y los codos flexionados, tapándose la cara y los oídos: "Esta soy yo cuando me pongo mal. Me puedo quedar así horas cerca del hogar porque tengo mucho frío, pero no soy todo el tiempo así".

Posteriormente dice que tiene ganas de "coser, pinchar y agujerear". Busca paño lenc negro, y borda su nombre sobre un señalador. Coincidiendo con esta etapa, retoma la escuela dos veces por semana, y comienza a usar el espacio de Terapia Ocupacional y el Tiempo Libre para realizar los trabajos prácticos. Necesita que se le confirme que hace bien las cosas.

Su madre, Alicia, se mete en todo, todo debe controlarlo, desde las comidas hasta los novios. Alicia dice que se trata de su vida y no de la de su hija, y se refiere al inicio del trastorno de Irina, relacionándolo a una infidelidad de Omar que Alicia descubre, llevando a su hija para que la acompañe a encontrar a su marido con la otra mujer. Relata orgullosa como Irina se pelea con la amante de su padre: "Le tiró un ladrillazo, casi le rompe la casa". Por otro lado, Irina está tranquila y contenta de concurrir al hospital. Se siente la dueña del lugar. La discusión por la comida de Irina cede lugar a las discusiones entre Omar y Alicia. A medida que Omar intenta ganar espacio para hacerse cargo de Irina, Alicia no quiere correrse de su posición de adueñarse de todo.

Comienza un segundo momento. Irina habla menos, descuida su imagen, se queja de venir al hospital, duda de continuar el tratamiento. En Terapia Ocupacional pasa por un período de inactividad. No puede elegir ningún proyecto, y si lo elige, no puede sostenerlo. Muchas sesiones directamente pide "no hacer nada". La situación familiar es más tranquila, pero se suceden algunas peleas violentas entre madre e hija. Irina "se enamora", se compromete y poco después se pelea con un muchacho. Alicia habla con él y con otros en el lugar de su hija y les reprocha su actitud. Consulta con nosotros hasta el más mínimo detalle sobre Irina y nos pide nuestra opinión y nuestro aval.

En esos días, Irina pregunta a una Acompañante Terapéutica si le puede contar un secreto sobre algo que estaba haciendo que sabía que era malo y de lo cual no quería que nadie se enterara, especialmente su madre. Se le responde que si es algo que pone en peligro su vida, no podrá ser guardado como secreto. Al día siguiente la madre concurre al hospital y pide hablar con el coordinador. Apoya sobre el escritorio una bolsita con cocaína y relata que descubriendo una falta importante de dinero, comienza a revolver los placares de su hija, donde encuentra la droga, e Irina confiesa que estaba consumiendo.

Era necesario acordar con los integrantes del equipo que decisión tomar, ya que una de las exclusiones del dispositivo son los pacientes adictos: Se decide expulsar la droga y aceptar a la paciente. Luego de una entrevista familiar, se comunica en la Asamblea Multifamiliar lo que pasaba con Irina, y la condición para su permanencia es que no se drogue y para esto, estar continuamente acompañada por terapeutas y acompañantes (incluso cuando va al

baño). En esta Asamblea, el padre dice sentirse muy apoyado por el hospital y por las otras familias.

Se produce un cambio de actitud con respecto a sus compañeras, se acerca más a ellas, y comienza a realizar pequeñas actividades en Tiempo Libre, para lo que pide ayuda. Se la ve menos angustiada. Parece no necesitar la transgresión todo el tiempo como algo que la identifique.

Es también en este espacio donde comienza a hablar de su fantasía de tener un hijo. "No voy a estar tan preocupada por la comida, voy a tener que ocuparme de él". Concorre al Seguimiento Clínico sospechando estar embarazada. Se realiza un método rápido de detección de embarazo, confirmándose el diagnóstico.

Irina y Darío, su novio, intentan una convivencia en casa de los padres de Irina. A medida que ambos comienzan a hacer planes para su futuro e independencia, Alicia comienza a sentirse desplazada, interfiriendo entre ambos bajo cualquier excusa, haciendo constantes reclamos a Darío, y protagonizando con él escenas de celos, sin poder reflexionar sobre esta situación, y sobre su dificultad para permitir a Irina una salida exogámica. Esta situación conflictiva termina con la expulsión de Darío, por parte de Alicia, de su casa. Tiempo después, Irina se separa de Darío.

En el Hospital, Irina cambia su forma de actuar y de hablar, y comparte con el grupo y los terapeutas lo que le pasa. Deja de hablar de las peleas familiares y habla de las dificultades con Darío, se muestra preocupada por el futuro y piensa en algunos proyectos propios. Comienza a tejer ropa para su bebé, aunque nunca antes había tejido. Acepta aprender la técnica, que va incorporando con dificultad, pero puede sostener el proyecto, aunque le demanda tiempo y esfuerzo. Puede esperar y esperarse. Piensa en nombres para su hijo, para lo cual pide opinión de sus compañeras, a quienes también aconseja cuando las ve mal. Poco tiempo después, Irina falta al tratamiento algunos días, o llega tarde, refiriendo tener que realizar los controles de su embarazo en el Hospital Santojanni. Se decide programar una derivación para que Irina continúe su tratamiento allí. Los padres piden también la posibilidad de continuar con un tratamiento familiar.

Las pacientes realizan una despedida para Irina. Ella escribe en un poster: "Gracias por ocupar un lugar tan grande en mi corazón. Los quiero muchísimo y espero contar siempre con ustedes". Refiere estar un poco nerviosa y dice: "Antes escribía todo lo que me pasaba, pero ahora me gusta más hablar. Los quiero mucho a todos. Me ayudaron a pensar sobre las cosas que me pasan, y además... ahora encontré un lugar fijo para estacionar. Antes siempre daba un

montón de vueltas, y hace unos días encontré un lugar fijo."

Conclusiones

No podemos hablar del Hospital de Día sino retrospectivamente, al estilo de los recuerdos infantiles, siempre encubridores, no tratándose más que de una FICCIÓN. Se trata siempre de distintos momentos que nos hacen pensar como en cada caso singular, aquello que ofrecemos puede ser tomado. No apuntamos entonces a producir objetos y acciones que tengan sentido. (Como dijo una paciente al ingresar, "Yo no pienso venir acá a hacer bolsitos"), sino a un hacer en el que el paciente se implique: "Esta/e soy yo cuando me pongo mal".

La comida, el vómito, la violencia, la provocación, la cocaína, la realidad tan real que parece no haber más que eso, a través del dispositivo de Hospital de Día, es domesticada. Con el Hospital de Día ofrecemos una ficción. Ofrecemos la posibilidad de distanciarse de "lo real" para que cada espacio dispare un "¿Dale que?", una mediación, una representación que evite SER piel y huesos para PONERLOS EN ESCENA. Tomemos a cualquier paciente: para poder identificarse en algún trabajo cuando dice: "Esta soy yo", deja el espacio del ser para que un objeto, devenido representante, tome su lugar.

La realidad, desde la más temprana infancia, se nos aparece como algo a conquistar: los primeros juguetes, el jardín de infantes, nuestra primera fiesta o ir al médico... Son todas escenas que en un primer momento nos hacen vacilar. Armamos ciertas fantasías en torno a lo que de nosotros se espera allí, y de ese modo van formando parte de nuestra vida cotidiana. Sin embargo, en muchos de nuestros pacientes, un paseo, una invitación a una fiesta, una reunión social, aparecen como inaccesibles. Como si no hubiera modo de "vestirse" para ellas. Este sería uno de los caminos que, como integrantes de este Hospital de Día proponemos recorrer, "vistiendo" esta emergencia de lo real.

Bibliografía

- FREUD, SIGMUND: Obras completas, Vol. III. Recuerdos Encubridores, año 1899. Editorial Amorrortu. Ed. 1987
- WINNICOTT, DONALD: Realidad y Juego. Editorial Gediso. 1993
- MOCCIO, FIDEL: El Taller de Terapias Expresivas. Editorial Paidós. 1991
- MOCCIO, FIDEL: Creatividad - Teorías, Metodologías, Experiencias. Editorial Ancan. 1997

**Trabajo realizado por el equipo de Hospital de Día del Servicio de Psicopatología del Hospital de Niños «Ricardo Gutiérrez» (Capital)*

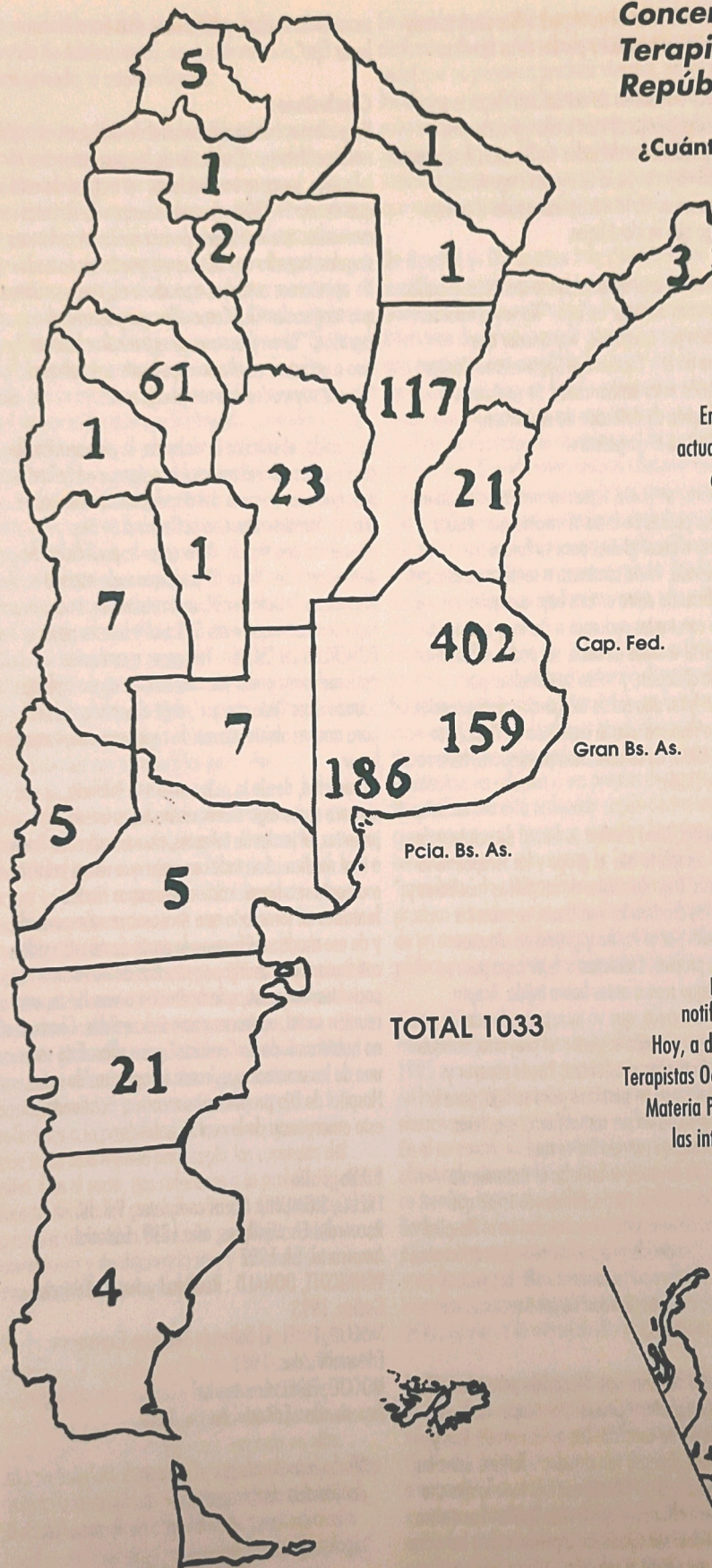
Materia

Prima



Concentración Demográfica de Terapistas Ocupacionales en la República Argentina.

¿Cuántos somos? ¿Dónde estamos?



Tras intensos meses de trabajo, en junio de 1996, acercamos a nuestros lectores un *mapa* con los primeros datos recogidos por Materia Prima sobre la cantidad de Terapistas Ocupacionales argentinos y los lugares en que se hallaban.

En septiembre de ese mismo año presentamos la actualización del material, gracias a la colaboración de colegas, Asociaciones y lugares de formación. Las diferencias eran significativas: de los primeros 784 profesionales a los 872 que posteriormente logramos contabilizar, se dio un incremento de la información por los datos que aportaron muchas provincias.

Ellos estaban, nos acercamos y conocimos más de lo que podíamos imaginar: trabajo, situaciones particulares, formas de asociarse, ganas de comunicarse, de contar lo que hacen y saber también de nosotros. El ida y vuelta de la información se hizo realidad y las distancias se acortaron al establecerse un contacto directo entre los lectores, quienes nos utilizaron como nexo.

Materia Prima nació y funciona en la Capital Federal pero, de alguna manera, está presente en cualquier punto del país. Llegan cartas, pedidos, información, notificaciones y aquí nos encontramos.

Hoy, a dos años, sabemos de muchos más: **1033** son los Terapistas Ocupacionales que están registrados en la redacción de Materia Prima. El número no es poco, si juntamos las voluntades, las intenciones de crecer y el deseo de participar, hay muchísimo por hacer.

Durante el próximo año *ampliaremos nuestra investigación* y necesitaremos de la comunidad profesional entera. Hace falta conocernos, respetarnos y apoyarnos, con opiniones diferentes y en debate constante, serio y a la altura de las circunstancias nacionales, regionales y mundiales, para delinear el perfil profesional en base a nuestra identidad Argentina y para nuestro contexto real.

Reporte

Del 10 al 13 de setiembre tuvo lugar en la ciudad de Mendoza -Argentina-, el III Congreso Mundial de Estados Depresivos y Simposio Internacional de Anorexia Nerviosa y Bulimia. El mismo fue organizada por el Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo. Contó con el auspicio de la Dirección de Salud Mental de la OMS y de la Asociación Mundial de Psiquiatría, entre otras reconocidas entidades. Asistieron numerosos invitados nacionales e internacionales quienes abordaron temas relacionados con aspectos epidemiológicos, etiopatogénicos, clínicos, terapéuticos y socioculturales.

Los asistentes, alrededor de un millar de profesionales, pudieron apreciar la calidad científica del evento, además de la cordialidad brindada por los organizadores y los habitantes de la hermosa ciudad de Mendoza.

Dr. Daniel Favalli

Se realizó en Mar del Plata - Pcia. de Buenos Aires - el Xmo. Encuentro Nacional de Departamentos y Programas Universitarios de Adultos Mayores, organizado por la Secretaría de Extensión de la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. El Encuentro contó con 1300 personas de la mediana y tercera edad que estudia en las Universidades que cuentan con programas destinados a adultos mayores. Se contó con la presencia de 14 universidades, que realizaron actividades demostrativas de los talleres que cursan, habiéndose presentado 130 representaciones.

Talleres, disertaciones, espectáculos y exposiciones de una gran diversidad temática han dado muestra de la potencialidad creativa y productiva implícita en los programas universitarios para la mediana y tercera edad a lo largo y a lo ancho del país.

El próximo encuentro nos espera el año 1998, organizado por la Universidad Nacional de Tucumán.

T.O. Paula Mantero

Se realizó en la ciudad de Mar del Plata - Pica de Buenos Aires - durante los días 25, 26 y 27 de setiembre del corriente año, el "IV Congreso Interdisciplinario sobre Barreras Arquitectónicas y Urbanísticas", organizado conjuntamente entre la Municipalidad de Gral. Pueyrredón, la Universidad Nacional de Mar del Plata y la Asociación Mutual de la Sociedad Central de Arquitectos.

La temática central ha sido "Turismo Accesible". Desde la óptica de distintas disciplinas se afirma que nos dirigimos a una civilización del ocio donde la correcta utilización del tiempo libre adquiere para el hombre una importancia fundamental para su desarrollo psíquico y social.

Las personas afectadas por alguna forma de discapacidad, permanente o transitoria, durante el uso de su tiempo libre destinado a las actividades turísticas y/o recreativas, generalmente encuentran situaciones de conflicto en sus espacios verdes y en la estructura urbana de la ciudad, en los edificios, entre los que se pueden destacar los destinados a los alojamientos hoteleros y extrahoteleros, en las instalaciones para gastronomía y actividades culturales.

Concientizar a la sociedad es tarea de todos. En el campo del turismo, el conocimiento de esta temática y su difusión nos permitirá un aporte a la solución de un tema permanente como es la plena accesibilidad al medio físico.

T.O. Paula Mantero

ACTIVIDAD DE VERANO

- BASQUET
- ATLETISMO
- NATACION

DISCAPACITADOS LEVES

ADOLFO MASARICHE
(PSICOMOTRICISTA)

Tel: (01) 785-7796

• Diseño de muebles y lámparas

• Decoración

(Honorarios accesibles)

Tel.: 951-3657

ESTUDIO CONTABLE

HERRERO MORANELLI
Y ASOC.

Asesoramiento a T.O.
Tel.: 636-2447

TALLER DE CREATIVIDAD DE VERANO

Lic. Susana H. Salzamendi

Tel.: (01) 983-8484
Fax: (01) 958-1650



En la ciudad de Caracas - Venezuela - del 15 al 17 de octubre del corriente año, tuvo lugar el III Congreso Latinoamericano y II Congreso Venezolano de Terapia Ocupacional. El tema central fue la Rehabilitación de Base Comunitaria, y estuvo abordado desde diferentes áreas por profesionales de Venezuela, Colombia, Brasil, Chile y Argentina.

El evento contó también con la asistencia de dos colegas de República Dominicana quienes, al igual que los delegados de los demás países, participaron de la reunión sobre la Regionalización de la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales. Cabe destacar la importancia de este encuentro ya que, con la aprobación de los allí presentes, quedó formada la CLATO - Confederación Latinoamericana de Terapia Ocupacional -. La comisión directiva será presidida por la representante argentina, T.O. Ana María Papiermeister. Es menester de dicha entidad preparar las bases de lo que será la participación como bloque Latinoamericano en el XII Congreso Internacional de la federación Mundial de Terapistas Ocupacionales - Ottawa, Canadá, 1998-. Asimismo, quedó fijada la fecha para el próximo Congreso Latinoamericano de Terapia Ocupacional, a realizarse dentro de dos años, en el vecino país de Chile.

La calidad de las presentaciones y la participación de los trescientos asistentes colmaron las expectativas de los organizadores quienes, en todo momento, supieron brindar calidez y hospitalidad a los quienes, desde diferentes puntos de Latinoamérica, nos acercamos a compartir nuestras experiencias.

T.O. María Juliana Sánchez Vissani

Del 1 al 3 de octubre se llevaron a cabo las VII Jornadas de Terapia Ocupacional, en el Hospital Borda. Asistieron un número aproximado de 135 inscriptos, siendo un 55% del mismo alumnos de Terapia Ocupacional. En su gran mayoría pertenecientes a la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional (Bs.As.) y a la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social (Universidad Nacional de Mar del Plata), y en un menor número, de las carreras de Terapia Ocupacional (Facultad de Psicología- U.B.A.) y Universidad Nacional de Quilmes. El 45% restante, casi en su totalidad, fueron Terapistas Ocupacionales, aunque entre los presentes se encontraron dos médicos y psicólogos, así como en el transcurso de las mismas se acercaron profesionales de otras disciplinas pertenecientes al Hospital.

Las comunicaciones libres incluyeron temas de diversas áreas de nuestro ejercicio profesional, varias de ellas de carácter interdisciplinario y ponencias de profesionales de diferentes especialidades.

Se otorgaron becas a estudiantes y profesionales, como años anteriores, a fin de posibilitar la presencia de alumnos y colegas del interior, por entender que el espacio que hemos construido debe ser amplio y abierto para enriquecer nuestra práctica.

T.O. Sara Daneri

El 1 y 2 de noviembre se realizó un encuentro de DanceAbility, coordinado por Aliti Alessi (bailarina, estudioso de la improvisación en el Contact Improvisation y la danza contemporánea), creador y director del festival anual "DanceAbility Project", que une discapacitados y no discapacitados, para explorar la danza y el movimiento. El propósito es cultivar una base común ("common ground") para la expresión creativa de todas las personas.

En el encuentro participaron personas de variada edad, variada discapacidad física y variada capacidad.

Animándonos a esto, el sentido de comunidad integrada se vivencia conmovedoramente. Fue un placer participar. Una danza hermosa.

T.O. Patricia Nirino

Durante los días 28, 29, 30 y 31 de octubre, se realizó en Minas Gerais, Brasil, el V Congreso Brasileiro y VI Simposio Latinoamericano de Terapia Ocupacional "Horizontes de la clínica y la investigación". El objetivo se centró en el debate de temas de Terapia Ocupacional, para promover el perfeccionamiento científico, profesional y cultural; buscar el desarrollo y la difusión de la profesión, discutir y buscar la integración efectiva del T.O. en los programas de salud.

Concurrieron al evento más de mil colegas, diecisiete de los cuales eran argentinos.

Rodeados por la naturaleza y en un marco confortable se desarrollaron cursos, conferencias, mesas redondas, temas libres, coloquios, paneles, talleres, presentaciones de posters y videos, que pusieron en relieve la calidad de producción de los participantes.

El próximo congreso nos espera en San Pablo, en 1999.

T.O. Andrea Monzón



Noticias

CONFEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE TERAPIA OCUPACIONAL (CLATO)

El comité del III Congreso Latinoamericano y II Congreso Venezolano de Terapia Ocupacional, incluyó durante el desarrollo del mismo una reunión de representantes de las Asociaciones Nacionales de Terapia Ocupacional, para tratar el tema propuesto por la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT), acerca de su posible organización por regiones, en nuestro caso la Región de las Américas. Es objetivo de la WFOT, que las asociaciones lleven sus opiniones para discutir este tema en la Reunión de Consejo de Ottawa, en mayo del año 1998.

En la sesión estuvieron presentes representantes de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, El Salvador y Venezuela. Los mismos coincidieron en la enorme responsabilidad que significaba la regionalización y las dificultades de mantener una organización homogénea debido a las marcadas diferencias culturales, socioeconómicas, educativas e idiomáticas entre los países que conformarían la región. Se discutió acerca de la importancia de un intercambio activo entre los países de habla hispana y de elevar una propuesta a la WFOT para que el español sea realmente lenguaje oficial ya que esto favorecería la integración de los mismos. Se propuso formar una confederación de los países americanos independientemente de la propuesta acerca de la regionalización que se llevaría a Canadá.

Se decidió:

- que cada representante transmitiría esta información a su Asociación, y que cada Asociación llevaría su propuesta a la reunión de Consejo de Ottawa,
- crear la Confederación Latinoamericana de Terapeutas Ocupacionales,
- que los representantes de los 6 países presentes se reunieran para redactar la organización y funcionamiento de la confederación.

La Confederación Latinoamericana de Terapeutas Ocupacionales (CLATO) tiene como objetivos fundamentales, entre otros: promover y divulgar la profesión, favorecer intercambios profesionales y estudiantiles y equiparar el desarrollo profesional en cada país. Así como, participar en políticas gubernamentales que propicien una mejor calidad de vida y asesorar a los países para la creación de Asociaciones Nacionales.

Se eligió como sede del IV Congreso Latinoamericano a Chile. Se decidió que el país sede de la presidencia será el más cercano geográficamente al país que realice el congreso y este último tendrá la Secretaría de Relaciones Internacionales. Se realizará tres ó más días antes del Congreso Latinoamericano, la reunión de la Confederación Latinoamericana de Terapeutas Ocupacionales.

En la misma, se elegirá el país sede del Congreso y se renovará la Comisión Directiva. El IV Congreso Latinoamericano y por lo tanto, la reunión de la CLATO, se llevarán a cabo en el año 1999, en Chile.

La Comisión directiva de la CLATO está integrada por:

Presidenta: Ana María Papiermeister, Argentina

Secretaría Administrativa: María Lucía Rosa Quinta, Brasil

Secretaría de Relaciones Internacionales: Silvia Navarrete, Chile

Vicepresidenta: Silvia Cristina Duarte, Colombia

Tesorera: Silvia Reina de Pocasangre, El Salvador

Secretaría Científica: Antonieta Rivas de Puche, Venezuela

T.O. Ana María Papiermeister

Recibimos en nuestra redacción:

- **Trazos**, Edición Especial (Asociación de Profesionales de Salud Mental del Hospital "José T. Borda"). Publicación correspondiente a los trabajos del premio "Dr. Enrique Faccio", año 1996, cuyo tema fue Responsabilidad Profesional en la Práctica Hospitalaria. El premio fue instituido por dicha Asociación para promover la producción científica de equipos interdisciplinarios. Felicitamos a nuestra colega Elizabeth Gómez Mengelberg, integrante del equipo ganador del Primer Premio, por el trabajo "Responsabilidad Profesional en el Ámbito Psiquiátrico".

- **"El viento de las palabras"**

- **"La animación de lo viviente"**

Rodolfo Luorno (1953-1994) Poeta. Escritor, Psicoanalista.
Coordinador del Hospital de Día, del Hospital de Emergencias Psiquiátricas T.

de Alvear, desde 1983 hasta 1994.

Director del Centro de Investigaciones en autismo, psicosis infantil y estructura familiar de la Fundación Estilos, al momento de las Conferencias que se presentan en "La animación de lo viviente" Esta publicación, es la primera de una serie de trabajos (textos, conferencias, clases, ensayos, notas) que acompañaron como producción a más de veinte años de ininterrumpida práctica hospitalaria, clínica y docencia, desarrollada por parte del autor.

"El viento de las palabras" presenta algunos poemas y prosas poéticas elegidos de veinticinco años de ininterrumpido ejercicio de la escritura. "...Original. Enamorado de los papeles, las letras, los trazos. Muere el 25 de abril de 1994. Tremendamente joven, plenamente entusiasmado por seguir develando siempre algo. Un corte brutal y absurdo. No he dudado en propiciar que sea ahora él, leído. Lo imborrable..."

Liliana Negro de Luorno



El 20 de Mayo de 1997 se creó el **Capítulo de Terapistas de la Mano**, en la Asociación Argentina de Cirugía de Mano y Reconstructiva del Miembro Superior.

La Comisión Directiva la integran:

Presidente: Cristina Alegri

Secretario General: Beatriz Piso de Archiain

Secretario de Actas: Regina Friebe

Directores de Publicaciones: Adelaida Heredia

Vocales: Roxana De Falco, Verónica López, Gladys Cangini

Durante las Jornadas del Borda (octubre'97) Materia Prima tuvo el gusto de participar como invitada en el panel "La Clínica y el Contexto Actual". La presentación se basó en los dos años de trabajo que sostienen a nuestra publicación. Reafirmamos el derecho a la libertad de pensamiento y expresión, cuestionamos la encrucijada cultural que nos presenta la creciente globalización, y la necesidad de un debate que replantee la identidad profesional argentina. Para escuchar a los actores reales de la clínica diaria nos basamos en las numerosas cartas que nuestros lectores envían a diario. Hacer escuchar otras voces, desde la Quiaca hasta Usuahia, es parte del compromiso que nos hemos impuesto como medio de comunicación.

A los organizadores de las jornadas y a nuestros crecientes lectores,
Muchas Gracias.

Gracias a las colegas Daniela Hernalz y Diana Cuesta por el envío de material para la sección "Matices".

Durante el presente año Materia Prima hizo un gran esfuerzo para concurrir a los eventos nacionales e internacionales de interés con el objetivo de acercarle toda la información a través de nuestras páginas. En los próximos números seguiremos compartiendo entrevistas, trabajos y todo lo necesario para mantenerlo actualizado. Deseáramos encontrarlo en los próximos eventos. Sabemos que sumando esfuerzos, una mayor *participación e intercambio* es posible.

A. P. E. F.

Asociación Argentina de ayuda a la persona que padece Esquizofrenia y su familia.

Institución intermedia, privada, no gubernamental y sin fines de lucro que ofrece servicios gratuitos: grupos de autoayuda, autogestivos para familiares, reuniones mensuales abiertas con distintos especialistas.

TE: (01)-786-3979 (Martha);(01)-702-5057 (Gloria)

Redacción: Gral. Mansilla 2665. Capital (1425) Rep Argentina

TE: (01)- 962-1101 / 701-4369

Fax: (01)- 786-6833/ 964-0091

E-mail: andrea@fsoc.uba.ar

Cierre de la Próxima Edición: 15 - 2 - 98

AMTO Informa 25/10/97

- **LEY DE EJERCICIO PROFESIONAL:** el Proyecto está siendo tratado en la Cámara de Diputados de la Pcia. de Bs. As., concretamente en la Comisión de Legislación 11. Aún no tenemos fecha aproximada para que pase a la siguiente Comisión, que es la de Asuntos Constitucionales. Desde la A. M. T. O. mantenemos contacto permanente con los legisladores, para tomar conocimiento de los avances en el tema.

- **IOMA:** es inminente la firma de un convenio entre la AMTO y esta Obra Social. Para ello necesitamos con urgencia reunir los datos de todas las colegas que trabajan en forma privada en Pcia. de Bs As, a fin de incorporarlas a la lista de prestadores de IOMA. Dicha institución exige que todos los prestadores estén asociados a la AMTO, ya que la Obra Social, firmará el convenio con esta Asociación.

Falucho 3369 (7600) Mar del Plata Pcia. de Bs As
TE: (023)-92-2640

Para obtener información acerca de las Residencias de Terapia Ocupacional en la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.- Año 1998- Dirigirse a la Dirección de Capacitación. Htal. Rivadavia. Las Heras 2670. Capital Federal

GRAPHIC



i m p r e s o r e s

Solis 530/32 • Tel.: 384-8339/9862



re necesario.

Las cartas dirigidas a esta sección no deben exceder las 35 líneas para ser publicadas. *Materia Prima* se reserva el derecho de editarlas, así como de resumirlas cuando lo considere necesario.

Paraná, 6 de Agosto de 1997

A la Directora de la Revista "Materia Prima"

T.O. Andrea Monzón

La Asociación Entrerriana de Terapia Ocupacional (A.E.T.O.) tiene el agrado de dirigirse a Ud. a los efectos de presentar la nueva Comisión Directiva constituida de la siguiente manera:

- Presidente: T.O. Altamirano, Marina Andrea

- Vicepresidente T.O. Díaz, Norma

- Secretaria: T.O. Yujnovsky, Natalia

- Prosecretaria: T.O. Ruiz, Catalina

- Tesorera: T.O. Montini Silvia, Carina

- Protesorera: T.O. Vega, Ma. Alejandra

- Vocales: T.O. Ramallo, Mariela Fabiana

T.O. Albornoz, Nancy Beatriz

- Vocales suplentes: T.O. Rodrigo, Susana Mónica

T.O. Acharta, Griselda

- Revisores de cuentas:

T.O. Zuttián, Betina Inés - T.O. Coronel, Patricia

T.O. Soria, María Lorena - T.O., Tessio Cristina

Queremos comentarles que para esta gestión hemos confeccionado un Programa de Trabajo a partir de tres ejes: Gremial, Difusión y Legal, teniendo en cuenta los objetivos principales que nos nuclean: defender y generar fuentes de trabajo, dar a conocer a la Profesión en el medio y avanzar en la elaboración de la Ley Provincial de Ejercicio Profesional que avale nuestra práctica.

Sin otro particular saludamos atentamente manifestando nuestro apoyo a la valiosa labor que Uds. realizan y con el compromiso de mantenernos en contacto.

T.O. Marina Altamirano (Presidente)

T.O. Natalia Yujnovsky (Secretaria)

Entre Ríos

Mar del Plata, 22 de Agosto de 1997

Estimadas colegas:

Me dirijo a ustedes, en primer lugar para felicitarlas por la realización y publicación de la Revista "Materia Prima" ya que es un gran aporte para nuestra profesión y permite actualizarnos.

Quería por medio de la presente, pedirles si me

pueden conectar con T.O.s que se encuentren trabajando específicamente con pacientes renales crónicos que reciben tratamiento de diálisis, ya que hace un mes que me incorporé a un equipo interdisciplinario de un servicio de diálisis, y como sabrán es una experiencia nueva para mí, no sé dónde recurrir para encontrar otras experiencias. También aprovecho la oportunidad para obtener información sobre colegas que trabajen en "Atención primaria de la Salud", debido a que fui convocada para participar de un grupo de trabajo, integrado por diversos profesionales dedicado a la atención de pacientes con patologías cardíacas, respiratorias, de Clínica Médica, tabaquismo, alcoholismo, etc. Les hago llegar mi gratitud por cualquier información que me puedan mandar, espero confiada una pronta respuesta y les deseo de todo corazón "sigan adelante con toda la fuerza que demuestran".

Muchas gracias por lo dado, estoy abierta a toda comunicación con las distintas colegas, ansio que mis inquietudes puedan ser escuchadas y resueltas.

Un gran saludo, Hasta pronto!!

Lic. en T.O. Mónica Suárez

Alberti 2359 13° B

(7600) Mar del Plata

(023) 931564

Bs. As., 8 de septiembre de 1997

T.O. Andrea Monzón y equipo

Me dirijo a uds. con el fin de felicitarlas y agradecerles por la iniciativa tomada de haber creado una Revista Independiente para Terapeutas Ocupacionales, brindando a través de la misma información y abriendo canales de comunicación con nuestras colegas de todo el país.

Aprovecho este medio para desear a todas las T.O., un muy FELIZ DIA !

Sin otro particular y deseándoles la mejor de las suertes en el camino que han creado y decidido emprender, me despido hasta pronto. Cordiales saludos

T.O. Diana Cuesta
Capital

Bs. As., 22 de septiembre de 1997

Tengo el agrado de dirigirme a ustedes para felicitar al staff de *Materia Prima* por este emprendimiento en pos de nuestra profesión. Me

parece que el trabajo se encaró con seriedad y es un logro de ustedes.

Les quiero contar también que me fue adjudicada, luego del examen de "Residencias y Concurrencias", una concurrencia en el "Hospital Gutiérrez", en el Hospital de Día que depende del Servicio de Psicopatología que funciona desde hace dos años.

Estoy contenta ya que integro un equipo interdisciplinario formado por un coordinador (Lic. en Psicología y Terapeuta Ocupacional), un Terapeuta Ocupacional, dos Acompañantes Terapéuticos (Lic. en Psicología), dos Médicos Psiquiatras, dos Terapeutas Corporales, dos Médicos Clínicos y Talleristas.

Durante la semana estoy de coterapeuta junto a la T.O. Patricia de Di Giovanni, participo además de reuniones de equipo, ateneos, cursos, talleres, etc.

Me parece importante dar a conocer este lugar donde se trabaja con seriedad y responsabilidad en el tratamiento de pacientes púberes y adolescentes de ambos sexos, en su mayoría con trastornos de la alimentación.

Nuestra profesión tiene aquí un lugar respetado y valorado por el resto de las disciplinas.

Sin más agradezco la oportunidad de expresarme por este medio.

T.O. Marisa F. Barberis (egresada de E.N.T.O.)
Capital

Santa Rosa, 2 de octubre de 1997

Estimada Colega:

Queremos por este medio llegar al staff de la Revista *Materia Prima* y a todos los Terapeutas Ocupacionales del país, para compartir la inquietud que refleja la situación de provincias, como la nuestra, que por ser pocos profesionales no puede conformarse como asociación que los nuclea.

Creemos que el respaldo que otorga el pertenecer a una entidad con personería jurídica da otra prestancia ante las diferentes instituciones.

Al no estar asociadas a nivel provincial, no podemos por ejemplo: defender nuestras fuentes de trabajo, realizar gestiones ante organismos públicos y/o privados, realizar presentaciones a Obras Sociales, ingresar a la Caja de Previsión Social, etc.

Por esta realidad, iniciamos gestiones en diciembre de 1996 ante la A.A.T.O., para ver la



posibilidad de conformar una filial de la misma en la Provincia de La Pampa, dado que es la entidad que nos nuclea a nivel nacional. Se nos informó telefónicamente que el tema sería tratado en la Asamblea General Ordinaria, convocada para el día 29 de agosto del corriente en Capital Federal. A la fecha no hemos recibido respuesta por escrito si esta gestión es viable o no.

Esta situación nos preocupa, porque nos sentimos absolutamente desprotegidos y nos lleva a preguntarnos qué otras alternativas tendríamos. Esto también desalienta a otros T.O. que aún no se han afiliado.

Estamos convencidos que no sólo las cuestiones teóricas hacen crecer a nuestra profesión, sino también su capacidad de organización y gestión...

T.O. *Marcela Battaglia*
Lic. T.O. *Mariana Belústegui*
La Pampa

Bs. As. 10 de octubre d 1997

Me dirijo a ustedes con un doble objeto. Primero felicitarlos por la calidad de las notas publicadas en *Materia Prima*, las cuales revisten un importante trabajo de producción y equipo seriamente formado. Segundo solicitarles la publicación de la aprobación del dictado de la carrera en el Instituto Diocesano del Profesorado Monseñor Miguel A. Raspanti. En ocasión de intentar tomar un curso de Adaptaciones Blandas con la T.O. G. Petrolini, se me ha discriminado absurdamente por no conocer la profesional, y lamentablemente colega, la existencia de este lugar. Creo sinceramente que estas actitudes deben dejar de existir dado que no nos edifican en absoluto y en esta tarea de rehabilitación, desde donde fuere y como fuere, nos vemos involucrados todos los que elegimos la profesión y todos merecemos perfeccionarla para hacerlo cada día mejor.

Atentamente
Viviana Pereyra
M.P. 543

*(La documentación mencionada se encuentra a disposición en la redacción de *Materia Prima*)*

Estimados lectores:
Permitanme en estas líneas compartir con ustedes la grata emoción vivida durante el V Congreso Brasileño y VI Simposio Latinoamericano

de T.O.. Los terapeutas argentinos recibimos una cálida bienvenida y *Materia Prima* fue testigo del clima especial en el que transcurrió el evento. La apertura de los anfitriones hacia nuestra publicación permitió darnos a conocer, compartir e intercambiar con otros, dentro y fuera de los espacios establecidos.

Los colegas argentinos recibieron buenas críticas por los trabajos presentados. Me refiero a *Cristina Cuello*, *Aurora Escobar*, *Luisa Fernández*, *Verónica Fernández*, *Elizabeth Gómez Mengelberg*, *Liliana Paganizzi*, *Myriam Roubiseck* y *Marta Suter*.

Ante la masiva concurrencia, cabe destacar la repercusión de nuestra publicación, así como también los libros de *Liliana Paganizzi* y *Liliana Sbriller*.

Quiero rescatar dos cuestiones de los colegas brasileños que llamaron mi atención: la democratización activa de sus estructuras y el compromiso político que trasciende la profesión, situaciones que los ubica como actores pujantes de su realidad. Ambas se ven reflejadas en sus escritos.

Quiero agradecer a la Pte. del Congreso *Carmen Teresa Costa Souza* y a la Pte. de la ABRATO (Asociación Brasileña de T.O.) *María Lucía Rosa Quinta*, por el respeto, la cordialidad y atención recibidos, permitiéndonos un amplio contacto para realizar entrevistas y participar en todos los hechos significativos.

Quiero hacer público mi agradecimiento a mis colegas argentinas *Marcela Giménez*, *Elizabeth Gómez Mengelberg*, *Alejandra Varela* y *Marta Doermer* por su colaboración desinteresada para facilitarme la cobertura del evento.

Participar implicó un gran esfuerzo, sumamente enriquecedor, y desde aquí los invito a aunar esfuerzos futuros para aumentar la concurrencia de nuestra delegación a eventos nacionales e internacionales, para

ampliar nuestros horizontes.

T.O. *Andrea Monzón*

Santa Fé 24 de noviembre de 1997

Materia Prima

Les escribo desde *Venado Tuerto* para contarle que he presentado un proyecto desde T.O. para trabajar con adolescentes en situación de riesgo, el objetivo final es que los jóvenes puedan obtener y conservar un empleo por fuera del emprendimiento. El proyecto ha sido aceptado por el Hogar Pablo VI. Esta es una Institución que trabaja con familias carentes, y justamente lo que les faltaba cubrir era lo relacionado a los adolescentes, por esto mi proyecto fue aceptado rápidamente.

Si pueden publiquen estas líneas para conectarme con colegas que trabajen con comunidad.

Les mando un fuerte abrazo y les agradezco el estar, ya que para la gente del interior es una alegría muy grande recibir la revista.

T.O. *Marta Pacanini*
Universidad Tecnológica Nacional (Unidad Académica *Venado Tuerto*)
Castelli 501 - *Venado Tuerto* - *Santa Fé Argentina*
Tel.: (0462) 34555
E-mail: utnven@ssdnet.com.ar

Materia Prima



GRAPHIC
impresores

- Folletos
- Catálogos
- Revistas
- Libros
- Facturación General

Solis 530/32 • Tel.: 384-8339/9862

SEMINARIO
"PSICOSIS Y GRUPO"

- psicosis
- admisión
- grupos
- casos clínicos

T.O. *Silvia Destuet*

Sábado 13/12/97
de 9 a 18 hs.

Alumnos \$ 30.- Graduados \$ 40.-

Informes: (01) 541-9758



Nuevos Libros de Terapia Ocupacional

Actividad Lenguaje particular

110 páginas. Tera. Edición. Septiembre 1997. Editorial Independiente.

Autora: Liliana Paganizzi, Lic. en terapia Ocupacional.

El contenido de esta publicación resulta en parte la tesis que la autora realizara para acceder a la Licenciatura de Excepción en Terapia Ocupacional. Organizado en tres secciones y un anexo, resulta un texto accesible que permite repensar una temática tan específica a la profesión como lo es el análisis de la realización de actividades.

En la sección A aparece un panorama básico de distintos modelos teóricos que sustentan diferentes modalidades de utilizar las actividades en Terapia Ocupacional.

La sección B plantea identificar los diferentes elementos que participan en la realización de una actividad "donde insoslayablemente participan; la actividad misma con sus particularidades, el paciente con su historia singular, inmerso en los fenómenos culturales del tiempo que le toca vivir y el terapeuta con su formación y desempeño dentro de un marco interdisciplinario".

La sección C se refiere a algunas líneas de instrumentación de actividades en ámbitos de la Salud Mental, por último el Anexo brinda un resumen de lo trabajado para cerrar con informes acerca de la utilización de las actividades de la vida cotidiana (AVD) en diferentes dispositivos, se incluye aquí el trabajo de una invitada a esta publicación, la T.O. Elizabeth Gómez Mengelberg.

Terapia Ocupacional. Avances. Serie Compilaciones I.

90 páginas. Tera. Edición 1997. C.O.L.T.A. Grupo Editor

Este nuevo libro es muestra de evolución, crecimiento y desarrollo de la Terapia Ocupacional y otras disciplinas. Tiene como objeto "hacer participar, comunicar y compartir el conocimiento" como refiere la T.O. Lorenza Aguaysol en el prólogo del mismo.

El texto abarca dos ejes temáticos: "De Terapia Ocupacional y las Instituciones" y "De la Terapia Ocupacional y la Clínica".

Incluye trabajos reconocidos de autores argentinos: Lic. Alfredo Grande, T.O. Silvia Destuet, T.O. Natalia Yujnovsky, T.O. Silvia Narvaez., T.O. Silvana Suppo, T.O. Patricia Reyno, M.T. María Basso, Lic. Marcela Baez, T.O. Silvia Kleiban, T.O. Elizabeth Gómez Mengelberg y T.O. Magalí Risiga.

Alquilo Consultorio

*por hora a
profesionales*

**Zona Belgrano
(01) 785-0951
543-1599**

INGLES METODO HOLISTICO

1987



1997

Cursos Intensivos Pre-Congreso APRENDIZAJE ACELERADO

Billinghurst 1741 • Tel.: 821-0280/827-1396
(1425) Capital Federal

COLTOA Grupo Editor

Informa la publicación del libro
"AVANCES EN TERAPIA OCUPACIONAL"
Compilación 1 de trabajos de diferentes
autores argentinos

Se encuentra a la venta en librerías:
Av. Santa Fé 3673 - Bulnes 1926 Cap. Fed.

Envíos al interior y exterior
Gorriti 4663/65 (1414) Capital Federal
Argentina
Tel.: (541) 831-3442 - Telfax: (541) 772-7221



1997

5 y 6 de diciembre
I Simposio Argentino de Terapia
Ocupacional Pediátrica

Sede: Universidad Nacional de Mar del Plata (Funes 3350)
Organiza: A.M.T.O.
Informes: Falucho 3369 Mar del Plata. Pcia de Bs.As. Argentina
Tel. (023) 92-2640

1998

2 al 4 de febrero
VI Encuentro Internacional sobre
Massmedia y Salud Mental

Sede: Fac. de Medicina - Santiago de Compostela, España.
Organiza: Sección de la Asociación Mundial de Psiquiatría
Informes: Tel.: (01) 773-7514 - Fax: (01) 658-0430

Abril

Curso Introductorio de Neurodesarrollo Bobath
Sede: Falucho 3369 Mar del Plata
Organiza A.M.T.O.
Informes: Tel.: (023) 92-2640

22 al 25 de abril

I Curso Iberoamericano de Cirugía de la Mano
Sede: República Dominicana
Informes: Asociación Argentina de Cirugía de la Mano y Reconstructiva
del Miembro Superior.
Vicente López 1878 Cap.
Tel.: (01) 801-2320 - Fax: (01) 801-7703

2 al 5 de mayo

VI Congreso de la World Association for Psychosocial Rehabilitation
"Challenges and Demands of Psychosocial Rehabilitation in a Changing
World"
Organiza: Federación Europea de Investigación sobre Rehabilitación
Informes: Profesor F. M. Stark - Universitätskrankenhaus Eppendorf,
Martinstrabe,
52 - D - 20246 Hamburg, Alemania-
Tel.(49-40)4717 / 5290 Fax. (49-40) 4717 / 5310

24 al 28 de mayo

7 th. Congress of the International Federation of Societies for Surgery
of the Hand.
Sede: Vancouver, Canadá
Informes: Conference Secretariat Events by Design 601-3225 Howe
Street, Vancouver, BC, Canadá, V6C 1Z7.
Tel.: (604) 6697175 - Fax: (604) 6697083

31 de mayo al 5 de junio

XII Congreso Internacional de la Federación Mundial de Terapeutas
Ocupacionales
"Sharing a Global Perspective"
Sede: Palacio de los Congresos de Montréal, Canadá

Informes: 759 Victoria Square, Suite 700, Montréal, Québec,
Canadá H2Y 2J7
Tel. (514) 286-0855 Fax. (514) 286-6066
E-mail: info@eventsintl.com

Junio de 1998 - Evento Anual

III Congreso sobre La Salud Mental y el Siglo XXI
VII Simposio Internacional sobre Massmedia y Salud Mental
III Encuentro sobre Procesos de Globalización y Articulación Cultural
III Festival de Video Film Científico
Sede: Manzana de Las Luces - Perú 222 Capital. Argentina.
Organiza: FINTECO - Fundación para la investigación
interdisciplinaria de la comunicación.
Informes: O'Higgins 2348 Capital. Argentina
Tel. (01)773-7514 / 911-8332 Fax.(01) 658-0430

Julio

VI Congreso Nacional II Congreso Internacional
"La persona discapacitada mental y su calidad de vida en el Siglo XXI"
Informes: Julio Prado 1761, Chile
Tel. (56) 204-7755 / 274-4435 / 341-2340

23 al 28 de agosto

XII Congreso Mundial de Inclusión Internacional
Sede: Edificio de Congresos Nacional - La Haya, Países Bajos.
Informes: Stichting Inclusion, P.O. Box 85276
NL - 3508 AG Utrecht, The Netherlands

2 al 5 de setiembre

V Congreso Internacional de Psiquiatría
Organiza: AAP - Asociación Argentina de Psiquiatría
Informes: Serrano 669, Buenos Aires. Argentina.
Telefax. (01) 857-3730 / (01) 303-3796

13 al 16 de octubre

II Congreso del Norte-Nordeste de Terapia Ocupacional
Sede: Belém - Pará - Brasil
Informes: Trav. Perebebui, nº 2623 - Marco
CEP - 66087-670 -Belém/Pa
Telefax. (55-91) 226-5280 / 246-9331

1999

ANTICIPOS

Setiembre

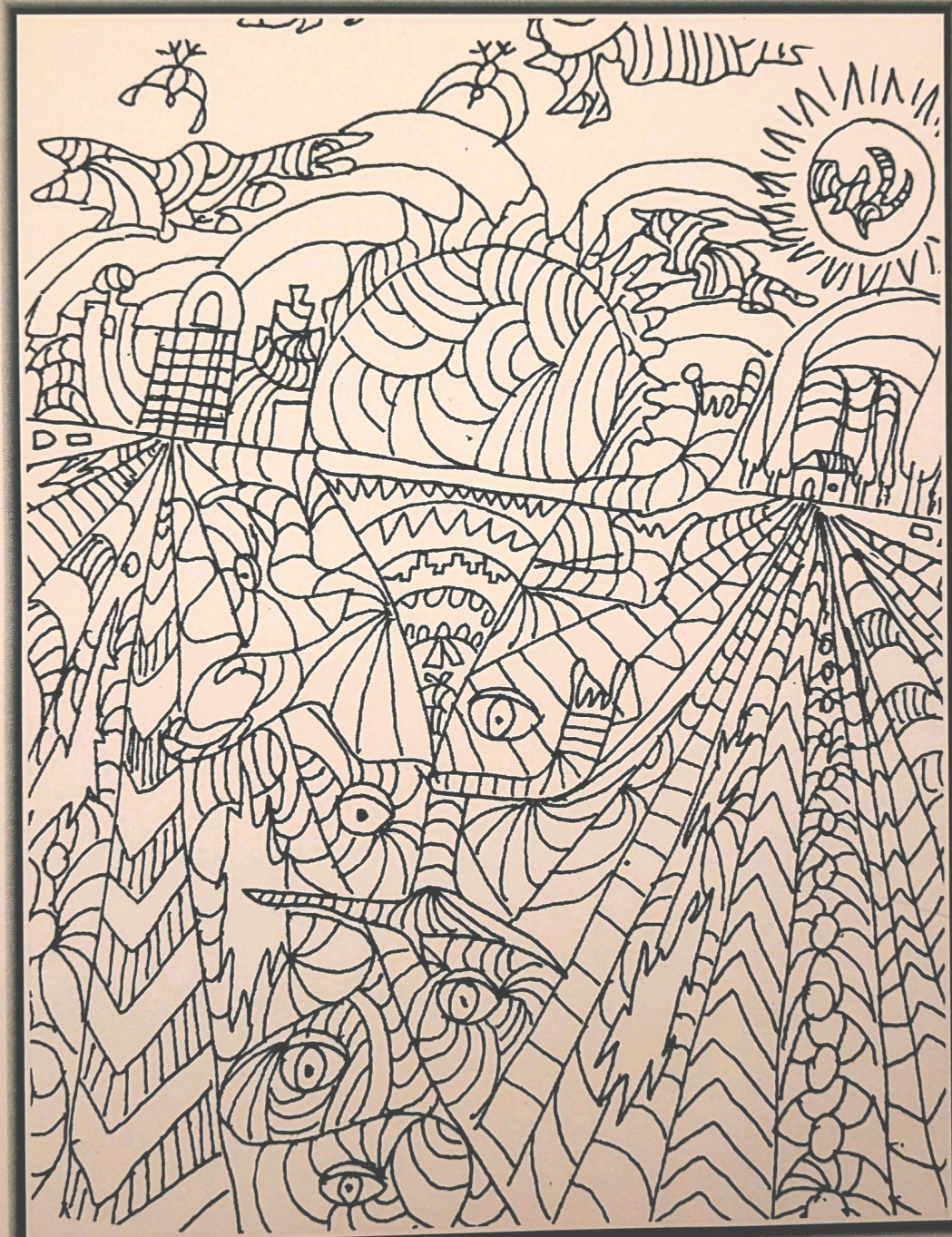
IV Congreso Argentino de Terapia Ocupacional
Sede: La Rioja - Argentina

Octubre

VI Congreso Brasileiro de Terapia Ocupacional
Sede: São Paulo - Brasil

IV Congreso Latinoamericano de Terapia Ocupacional
Sede: Chile

Matices



"Dibujos"

MAR GLACIAL



VINIMAR - TUR

E.V. y. T. - Leg. 7896

Especialistas en Congresos y Turismo Nacional e Internacional

Ha organizado para que Usted pueda concurrir al **"12 th. International Congress of the World Federation of Occupational Therapists"**.

a realizarse en Montreal, Canadá entre el 31 de Mayo y 5 de Junio de 1998.

Excursiones Adicionales en El País de los Lagos, Cataratas Niagara, Otawa

RESERVE YA EN CUOTAS ULTIMO PLAZO EL DIA 2/02/98

**Av. de Mayo 981 - 2º Piso Of. 221
Tel/fax: 345-9930/6145 - Buenos Aires**

• MONTREAL



**Gral. Lucio Mansilla 2665 • 1425 Capital Federal
Buenos Aires • Argentina
Tel.: (541) 962-1101 / 701-4369 • Fax: (541) 786-6833 / 964-0091**