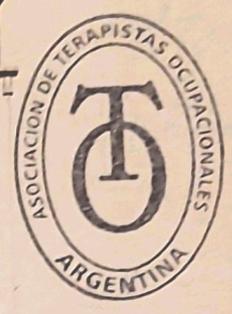


26/9

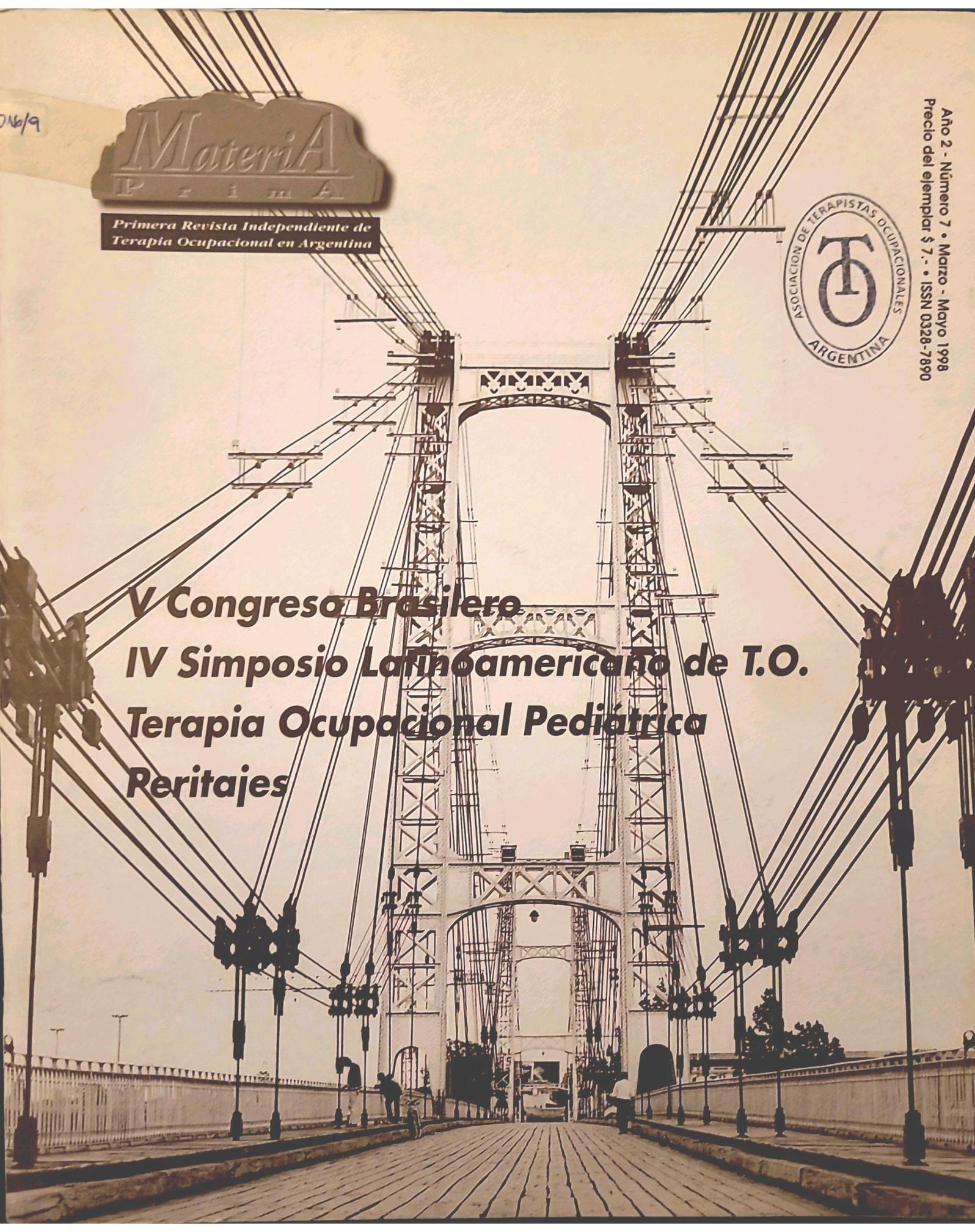
**Materia**  
P r i m e r a

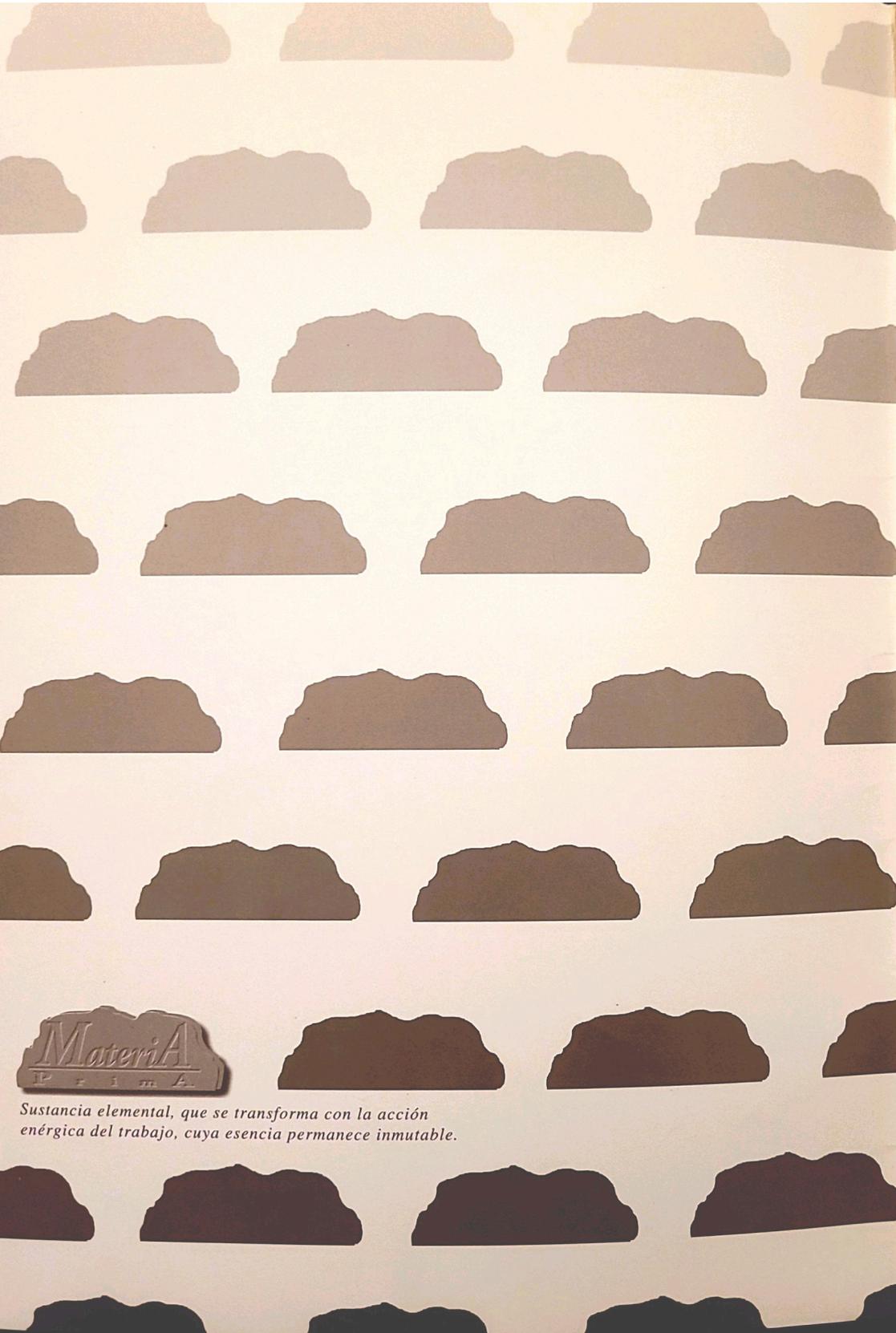
*Primera Revista Independiente de  
Terapia Ocupacional en Argentina*



Año 2 - Número 7 • Marzo - Mayo 1998  
Precio del ejemplar \$ 7.- • ISSN 0328-7890

**V Congreso Brasileiro**  
**IV Simposio Latinoamericano de T.O.**  
**Terapia Ocupacional Pediátrica**  
**Peritajes**





# STAFF

**Editora- Directora**  
T.O. Andrea Monzón

**Subdirectora**  
T.O. Carolina López

**Consejo Editorial**  
*Coordinadora*

T.O. Mónica von Wernich

T.O. Ma. Juliana Sánchez Vissani

T.O. Paula Mantero

T.O. Ma. Rita Martínez Antón

T.O. Marcela Gimenez

**Colaboradores**

T.O. Paula Redivo

Lorena Rodríguez

Paula Cagliolo

Manuel Massolo

Ma. Cecilia Rocha

Daniela Claiman

**Colaboran en este número:**

Terapeutas Ocupacionales

Cindee Q. Peterson (EE.UU.)

Ma. Eugenia Veyra

Milagros Demiryi

Ana Cocciolone

Silvina Oudshoorn

Soledad Calveira

Silvia Fernández

Claudia Battistoni

Alejandra Castro Ares

Dora Pianaroli

Ma. Laura Barcala

Ana Auzmendi

Maura Santella

Luciana Vainer

**Foto de Tapa**

"El hombre construye ...y destruye"

por Osvaldo Salsamendi

**Diseño Gráfico**

Gabriel Grosso 01- 384-8339

**Impreso en Graphic impresores**

01- 384-8339/9862

**Registro de Propiedad Intelectual N° 894162**

ISSN 0328-7890

Propietaria Andrea S. Monzón

**Correspondencia:**

Gral. L. Mansilla 2665

(1425) Capital Federal

Tel.(54-1) 962-1101 / 701- 4369

Telefax: (54-1) 786-6833 / 964-0091

E-mail: andre@fsoc.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 así tampoco por el contenido de los espacios publicitarios.

**Materia**  
PRIMA

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

# Sumario

## Estilos I

Entrevista a las colegas  
brasileras Carmen Teresa Costa  
Souza y María Lúcia Rosa  
Quinto.

## Estilos II

Entrevista a las colegas  
colombianas Sylvia Cristina  
Duarte Torres y Elvia Cuartas

## Del Exterior

Evaluando el funcionamiento  
de las destrezas de ejecución en  
niños con desorden de  
hiperactividad por déficit de  
atención (EE.UU.)

## De uno en Uno

Licenciada en T.O. Alicia Patrizzi

## Dossier

Encuentro Profesional II -  
Primer Simposio Argentino de  
T.O. Pedriátrica

## De Producción Nacional

El derecho a tener derechos.  
Pobreza y discapacidad

## Noticias

Otra puerta  
Carnavaleando

## Correo

## Agenda

## Matices

"Ciudad" por Gabriel B.

# Editorial

Nueve años después regresé al país donde con mi flamante título había realizado mi primera experiencia laboral. En Belo Horizonte me reencontraba con mis queridas colegas brasileras; las de palabras sencillas y profundas, gestos amables y desprendidos en su saber profesional.

El presente nos obligaba a hablar de nuevas cosas instaladas en el escenario socio-político actual de la globalización. Temas como CLATO, MERCOSUR, regionalización nos invitaban a entablar otros debates y conocer más las realidades de los dos países. En la nuestra, no es necesario detenerme porque nosotros la vivimos a diario. Prefiero contarle que los T.O. brasileros me impresionaron como un cuerpo sólido, organizado y orgulloso de su identidad, con una pujante inquietud por crecer. Conocí la espontaneidad entre docentes y alumnos que, con cantos, bailes, brindis y bromas tenían como única distancia el respeto. Intercambiaban, se desprendían de sus producciones y opinaban sobre las ajenas con respeto y admiración. Escuché su preocupación por la formación de post-grado específica, con maestrías y doctorados. Encontré una comunidad profesional capaz de debatir y confrontar buscando el protagonismo de la profesión en el contexto social. Participé de reuniones donde representantes de asociaciones regionales opinaban democráticamente sobre quién tomaría la posta en la conducción de la Asociación Brasilerá. Creo que se cuidaban unos a otros, no unos de otros y puedo inferir que, más allá de las discrepancias, son capaces de desprenderse del protagonismo personal buscando el bien común. Me regalaron un escrito en el que leí "el futuro es un cofre donde están guardadas todas las posibilidades y una cosa es indiscutible: el tamaño real del futuro no puede ser definido por el tamaño del momento inmediato que estamos viviendo" (Régis de Moraes).

Al iniciar un nuevo año es frecuente pensar en el futuro, renovando expectativas y preocupaciones. En 1998 nos apremian temas como la inestabilidad laboral y las condiciones de trabajo y, en esta situación de crisis, necesitamos generar ideas que orienten nuestra acción para la elaboración de alternativas.

Comparto con Epelman que hay un "desfasaje cada vez mayor entre el nivel de conocimientos, las capacidades creativas individuales y la realidad de los puestos de trabajo", y entiendo que no estamos exentos de los costos sociales que el modelo económico implanta. Pero confío en que la manera de afrontarlos es la que puede marcar la diferencia.

Hemos crecido en número, producción y experiencia. Tal vez la madurez alcanzada nos permita ser capaces de aceptar el desafío de encontrar mejores opciones ante los fuertes condicionantes de esta época. Sobra motivación si comprendemos que están en juego las fuentes de trabajo.

Elegir los caminos a seguir encierra un grado de responsabilidad personal. Juntos lograremos espacios de inclusión que contemplen a toda la comunidad profesional. Así evitaremos el estancamiento y un futuro de terapistas ocupacionales de primera y otros de segunda. En la actualidad urge un cambio de situaciones ya agotadas pero al avanzar debemos ser capaces de no reproducir en nuestro medio los mecanismos de exclusión que el modelo nos enseña. Sólo la equidad y la igualdad de oportunidades nos garantizará una salida airosa al círculo vicioso conformado por un lado, por la necesidad de especialización y por otro, por la pérdida del trabajo, la baja de salarios, el aumento de horas laborales, sumados a la pérdida de derechos adquiridos.

Tal vez el mayor desafío sea construir un foro abierto al aporte de todos, que evite el aislamiento y conjugue ámbitos interrelacionados, con intereses comunes, que puedan reforzarse mutuamente.

Podemos buscar un lugar cómodo para esperar y delegar toda la responsabilidad en quienes nos representan y toman decisiones. Pero sería un signo de madurez de nuestro grupo profesional participar activamente en los ámbitos necesarios para consensuar, entre todos, el destino de nuestra profesión en estos tiempos de cambios.

Andrea Monzón



## **Estilos I: DESDE BRASIL** por Materia Prima

*Durante el V Congreso Brasileiro y IVI Simposio Latinoamericano de Terapia Ocupacional, realizado en Belo Horizonte -Minas Gerais, Brasil- entre el 28 y 31 de octubre de 1997, Materia Prima se entrevistó con las colegas Carmen Teresa Costa Souza y María Lúcia Rosa Quinta.*

*Síntesis del encuentro.*

*La Terapeuta Ocupacional Carmen Teresa Costa Souza cuenta con más de 20 años de experiencia profesional. Desde 1980 a 1995 fue profesora asistente en la Universidad Federal de Minas Gerais, trabajando en disciplinas de fundamento, salud mental y supervisión de clínica y salud mental, en hospital escuela con atención ambulatoria. Fue Presidente de la Asociación Brasileira de Terapia Ocupacional (ABRATO) desde 1993 a 1995. Es delegada de Brasil ante la WFOT y Presidente de la Asociación Minera de Terapia Ocupacional (ATOMG), anfitriones de este evento.*

### **¿Cuál es el objetivo de este evento?**

El gran objetivo del Congreso es posibilitar al máximo que los profesionales se puedan encontrar, hacer un intercambio y lograr una comunicación sobre el trabajo que están haciendo. El tema es la cuestión del desarrollo, la clínica y la investigación.

En función de esto privilegiamos la presentación de temas libres. Tuvimos cerca de 170 pero por el espacio y la disponibilidad de tiempo, se lograron presentar 130.

Creo que en verdad suceden dos grandes congresos: uno formalizado, oficial, en las salas; otro, que es más rico, en los corredores. Además de lo científico quisimos que la gente pudiese trabajar la cuestión de la cultura, del arte, y del hacer, que envuelven las características de nuestra profesión.

Es un congreso organizado y estructurado pero que va a ser vivenciado en forma diferente por cada una de las personas en función de la

disponibilidad, la plasticidad y la sensibilidad. Es una manera de no trabajar sólo con la cabeza, sino usar el cuerpo, la creatividad y el contexto.

Considero, acerca de la Terapia Ocupacional, que el momento que estamos viviendo en Brasil, es extremadamente especial, bonito. Mirando hacia atrás y hacia adelante se delinea una trayectoria en la que hoy, no sólo se va hacia una clínica con buenos presupuestos teóricos, sino que es también a partir de esa clínica que se hacen nuevas construcciones teóricas. O sea, una trayectoria que circula de la clínica a la teoría y de la teoría a la clínica.

### **¿Qué hechos caracterizaron la organización?**

En octubre de 1996, venció el mandato de la directoría anterior y un nuevo grupo asumió en la ATOMG, asociación regional que promueve este evento. La Comisión organizadora fue un grupo pequeño. Contamos con una Comisión Científica y una agencia promotora, como equipo de apoyo. Trabajamos intensamente durante un año.

Tuvimos dificultades: la primera, de orden financiero. Cuando asumimos no teníamos un real, estábamos en cero. Hicimos una serie de eventos sociales y cursos para tener un poco de dinero. Tampoco teníamos patrocinadores grandes, como los laboratorios. Como nosotros, por el contrario, disminuimos el uso de la medicación, no recibimos este tipo de patrocinio. La segunda fue que tuvimos que encontrar un recinto capaz de contener 1000 personas. En un gesto de osadía hicimos una propuesta no convencional, con el objetivo de cuidar un poco la salud del profesional, darle un tiempo de contacto con la naturaleza y que en ese contexto, el ambiente favoreciese el intercambio. Fue así como elegimos el SESC - Venda Nova, un lugar con mucho espacio verde que permite el sistema de alojamiento colectivo para que las personas pudiesen convivir.

Es la primera vez en la historia que tuvimos el apoyo de agencias de fomento, de recursos de

investigación nacional. Por ejemplo, el apoyo pequeño, pero significativo, del Consejo Nacional de Investigación, la CAPS - Coordinación a nivel nacional- y de la Agencia de Investigación del Estado. Esto va a facilitar próximos eventos y principalmente cuestiones de financiamiento de proyectos, de investigación, de calificación profesional.

Estamos plenamente satisfechos por el retorno que hemos recibido sobre la calidad científica del evento y sobre las posibilidades de intercambio propuesta.

### ¿A cuántos colegas convocaron y cuántos asistieron?

La convocatoria fue hecha a 4.600 colegas en ejercicio profesional, en Brasil. También a estudiantes, distribuidos en 16 escuelas, más dos cursos en funcionamiento. Además, hicimos una convocatoria básica en Argentina, enviamos información a una lista de 200 nombres que la Asociación Argentina nos dio e hicimos contacto con asociaciones regionales. A su vez con las escuelas en Colombia, Venezuela y Chile, a través del listado de la Federación Mundial. Concurrieron más de 1000 inscriptos.

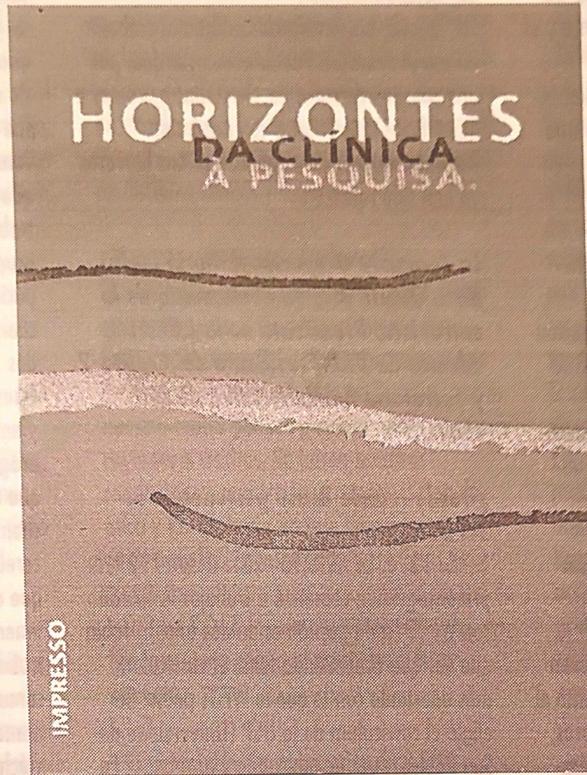
### ¿Cuándo es el próximo Congreso?

En octubre de 1999. Se realiza cada dos años, siempre en el mes de octubre, esa es nuestra tradición. El lugar y la temática surgen del propio encuentro en el cierre de la Asamblea Plenaria.

### ¿Qué opinión le merece la relación T.O. - MERCOSUR?

Creo que hoy ya no hay cómo vivir aislado. La tendencia mundial es ser social, compartir. La importancia del MERCOSUR en todos los aspectos, pasa por la relación de la T.O. con la realidad social, política y económica que el mundo está viviendo. Esto implica un posicionamiento político de la profesión. Yo tengo la impresión de que Terapia Ocupacional, tal vez por la propia forma como está

estructurada la profesión, o por las características de la clientela con la que convivimos, tiene una conciencia política muy grande de la realidad. No hay cómo alienarse de ella, ni cómo hacer un ejercicio profesional sin un



ejercicio político.

No es posible hablar de una competencia profesional restringida. Probablemente para otras profesiones muy específicas, de alto nivel de precisión, que no lidian con humanos, sea posible, aunque creo que no.

Nuestro contacto con el MERCOSUR es fundamental para tener una ampliación, así como es fundamental el contacto con otros países vía WFOT.

### ¿Cómo se inicia la profesión en Brasil?

La profesión tiene inicio al final de la década del '50 ('58 - '59) a través del envío de algunos técnicos de la OMS a San Pablo, para atender principalmente debilidades físicas. Vinieron desde EE.UU. - a diferencia de Argentina, que llegaron desde Inglaterra y tienen otra estructura de profesión que la americana -. Fue exactamente en el segundo

momento de evolución americana, bastante tecnicista y reduccionista, fuertemente arraigado y entrelazado con el modelo médico, dentro del movimiento de rehabilitación.

Nosotros caminamos un tiempo, precisamos hacer un retorno y pegar un giro en la historia para recuperar en parte los principios filosóficos.

Cuando todavía no estaba estructurada la profesión tuvimos, en el área de salud mental, algunos profesionales, básicamente psiquiatras, que desarrollaron trabajos muy interesantes con una base filosófica y humanista muy fuerte.

### ¿Durante qué década?

En la década del '40. Ya había un movimiento, con tres libros de terapia ocupacional, con esa base, en el área de salud mental. En el '69, la profesión fue reconocida como profesión de nivel superior ( el 13 de octubre, fecha en que se conmemora el día nacional del T.O.). Se inició como técnica, después como profesión de nivel superior y después fue reglamentada.

El gran boom de la profesión fue al final de la década del '70, principios de los '80, con el aumento del número de escuelas, de profesionales y de las áreas de intervención.

### ¿Dónde se forman los terapeutas ocupacionales?

Son 16 centros de formación reconocidos y aprobados; 5 públicos y el resto privados. Todos tienen examen de ingreso y una curricula mínima, hecha en el '81/ '82 (debe ser discutida para una nueva actualización). Todas las escuelas cumplen ese mínimo y hacen un curriculum pleno, además del mínimo, en función de las características de la región y de las orientaciones de la escuela. El mínimo es de 3.240 horas y se cumple en las facultades y universidades en 4 o 5 años. Tenemos demandas altísimas en los cursos de T.O. Por ejemplo, en la región de Recife tuvieron una media de 13 candidatos por vacante.



#### ¿Cómo es la formación de Post - grado?

Hay apenas cursos de especialización. No tenemos en Brasil maestrías ni doctorados específicos. De los T.O. brasileros que tienen un nivel de post - grado el 60% tienen curso de especialización, el 19% cursos de maestría y el 5% de doctorado.

Hoy la post - graduación es una necesidad no sólo del investigador y del docente, sino una demanda de calidad en la prestación de servicios, que la clínica nos impone.

#### ¿Cuánto dura el curso de especialización?

Por una definición del Ministerio de Educación y Cultura tiene que tener un mínimo de 360 horas y ser realizado en una institución reconocida, con proyecto aprobado y profesores con título adecuado. Se termina con un trabajo final o monografía.

#### ¿Cómo ha evolucionado la producción escrita?

El volumen de producciones se da a nivel científico y en grupos de estudios, de carácter informal. La producción científica representa el 36% del volumen escrito formal; entre libros, capítulos y artículos, llega al 18% de producción total y el 22% de los profesionales están

envueltos en producciones escritas. Tengo la impresión de que vamos a crecer en proporción geométrica.

#### ¿Qué proyección vislumbra para la T.O. en Latinoamérica?

En Canadá, todos reunidos podremos trabajar en esa proyección. Puedo aventurar que, por una cuestión de cercanía, de contacto, vamos a hacer lazos muy fuertes con Argentina. Tenemos muchas cosas parecidas. Las barreras ya han sido rotas...

**La Terapeuta Ocupacional María Lúcia Rosa Quintana era, en el momento de la entrevista, Presidente de la ABRATO, además de Vice Presidente del Crefito-2 y Secretaria Administrativa de la CLATO.**

#### ¿Desde cuándo Brasil pertenece a la WFOT?

Desde 1994. La ABRATO existe desde 1989, la primera gestión comenzó a trabajar la filiación con WFOT (cada gestión es de dos años). Había que ver qué Universidad tenía el currículum más adecuado con lo que la WFOT pedía. Se eligió el currículum de la USP (Universidad de San Pablo), que fue adecuado y aprobado. En el '94, durante la tercera gestión, la ABRATO fue aceptada en WFOT. La demora fue a causa de la preparación del currículum.

#### ¿Son reconocidos en los equipos de salud por otros colegas? ¿Cómo es la situación laboral?

En la mayoría de los Estados, prácticamente en todos, existe conocimiento. Hoy en día, con la

política de salud del gobierno, existe el Sistema Único de Salud que contempla, en su legislación, que todos los profesionales deben trabajar en equipo, todas las profesiones deben estar integradas en ese equipo. El Terapeuta Ocupacional está integrado, trabaja en equipo y es aceptado a partir del '88 en que fue implantado el nuevo Sistema. A partir de entonces se abrieron los concursos públicos, fue un boom.

Tenemos una ley, la 224 (para Salud Mental), que obliga a todas las instituciones que trabajan con salud mental a tener un terapeuta ocupacional, dependiendo del número de pacientes. Cada T.O. tiene que atender 60 clientes (si tiene 120 camas tiene que tener dos T.O.). Eso amplió el mercado de trabajo. Estamos trabajando en proyectos de promoción y en puestos de salud donde se trabaja con programas previstos para esto. Otra ley es la que contempla a los "gravatares" (son los clientes con secuelas muy graves, con parálisis cerebral, compromiso motor y mental, etc.) que aprovecha la ley 224, siendo obligatorio tener un T.O. por cada 30 clientes. También trabajamos en equipo en rehabilitación comunitaria, en varios Estados.

Hemos tenido muchos avances, se han abierto muchos mercados en lo que nosotros llamamos salud del trabajador, actuando en las empresas, dando orientación y supervisión en cuanto al mobiliario, mejores posturas en el trabajo, etc.

#### ¿Cómo son las condiciones de trabajo?

Como Brasil es muy grande, nosotros tenemos el SINFITO (Sindicato de Fisioterapeutas y

#### Lic Sergio Zalazar

*Terapia individual y familiar*

Tel (01)542 - 9422

#### Psicoterapia Individual y grupal

*Descuentos a T.O.*

(01) 777- 2038

#### TALLERES DE CREATIVIDAD

LIC.  
SUSANA SALSAMENDI

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

#### ALQUILO CONSULTORIO

*por hora a profesionales*

Zona Belgrano  
(01) 785-0951  
543-1599



Terapeutas Ocupacionales). Algunos estados ya tienen un valor mínimo para que paguen los empresarios, otros todavía no tienen sindicato ni estipulado ese valor. Pero lo mínimo es tres salarios mínimos (un salario mínimo son 120 reales). Hay estados con una regulación mayor, como San Pablo, Río de Janeiro. En nuestro país un funcionario público de salud o educación, no está siendo remunerado como debería. Creo que los terapeutas ocupacionales que tienen consultorio, trabajan en domicilio o en empresas tienen una remuneración mejor. Hemos hecho una Lista de Procedimientos, colocando un referencial. Ahí se estipula cuál es el valor mínimo para igualar. Eso también va adecuando el mercado. Hay profesionales que no saben colocarse y aceptan una remuneración más baja que el nivel de mercado. En nuestro Código de Ética, la persona no puede aceptar un salario muy ruin, es falta de ética. Allí el profesional tiene atribuciones y deberes a cumplir, sino es penado.

### ¿Los T.O. ocupan lugares de decisión política?

Por ejemplo, en Río de Janeiro, tenemos una Gerencia de Terapia Ocupacional del Municipio, es un cargo político. Otros ya son Directores de alguna Unidad. En Maceió una T.O. es Directora Administrativa de una Institución Federal; en San Pablo, otra T.O. es Directora de un Centro de Salud.

### ¿Están trabajando en algún proyecto a nivel nacional?

Uno, es la Lista de Procedimientos. Otro, un mayor reconocimiento de la Terapia Ocupacional en la sociedad. Es una cuestión política que la gente tiene que trabajar para lograr ese reconocimiento y colocar más terapeutas ocupacionales.

### ¿Y a nivel de la población en general?

Hemos hecho algunos folletos divulgando qué es y qué hace un terapeuta ocupacional. Vamos a la comunidad, al shopping, a las plazas, y estamos un día divulgando. Eso tiene un retorno porque hay un contacto directo con la población. Se ha hecho en varios Estados: Río

de Janeiro, Fortaleza. También hacemos el Día Nacional de Movilización de la Terapia Ocupacional. El 28 de agosto todo el mundo hace movimiento de divulgación de T.O., alumnos y profesionales tienen una remera que dice Terapia Ocupacional y salen a la calle, al shopping y a otros lugares. En Río de Janeiro hicimos en el metro una divulgación, poniendo un stand, porque allí pasan muchas personas. Siempre estamos haciendo algún movimiento en distintos niveles y lugares.

### ¿Tienen colegio profesional?

Son los Consejos. Es obligatorio tener Consejo en nuestro país. T.O., conjuntamente con fisioterapia, tiene 9 Crefitos regionales y uno Federal, que congrega. Está en Brasilia, que es nuestro centro político y está dividido en nueve regiones o crefitos. Se hacen nuestras resoluciones, nuestra ley, nuestro código de ética y las atribuciones que tienen los profesionales. La inscripción es obligatoria, es una ley en nuestro país, y se tiene el control de todos los T.O. Tiene un pago de tasa anual, no fija, que varía según la estabilidad de la moneda

### ¿Qué opinión le merece la CLATO?

Es muy importante, América Latina se tiene que juntar. Es una oportunidad de integrarnos más, intercambiar nuestros saberes, discutir políticas y mostrar el crecimiento de América Latina. Además, ayudar a aquellos países que no están tan bien.

Brasil estaba muy apartado del contacto con otros países y eso está cambiando. Hoy hay un contacto mayor, más intercambio, más divulgación de los eventos entre los países.

### ¿Cuál es la influencia de los EE.UU. en cuánto a teorías y modelos teóricos?

Nosotros tenemos producción propia de conocimiento. Muchos terapeutas ocupacionales cuestionan a EE.UU. porque tienen una visión más directiva y nosotros tenemos una visión más creativa, un modo diferente de ayudar al cliente. Sólo en la especialidad de terapia de mano se copia mucho el modelo americano. Aunque tenemos modelo propio no dejamos de ver la evolución de otros países. Eso nos ayuda

pero de ahí se adapta a lo que es la realidad brasilera.

Es mejor que la gente tenga varios saberes. Tenemos muchos terapeutas con esa visión más democrática.

### ¿Qué opinión le merece el contexto en el que se desenvuelve la T.O.?

Yo no estoy a favor de la política de nuestro país, identificada con el neoliberalismo (igual que Argentina). Soy una profesional, una persona de izquierda que cree en una vida social que no estamos viviendo. Vivimos en un país donde todo se está privatizando, no hay respeto por nuestra ciudadanía y el pueblo no tiene derecho a la salud y la educación. Estamos en un país muy complicado con mucha discrepancia social: muy ricos o muy pobres. Eso nos afecta a los trabajadores y a nosotros, profesionales de nivel superior. Todo lo que unía a los trabajadores está siendo cortado, hay muchos desempleados, la personas aceptan cualquier salario, aceptan una jornada grande de trabajo. Hay que unirse, no podemos quedarnos quietos... tenemos que pensar... y estar alertas.

## Estilos II: DESDE COLOMBIA por Materia Prima

*En octubre de 1997, durante el III Congreso Latinoamericano y II Congreso Venezolano de Terapia Ocupacional, Materia Prima entrevistó a las licenciadas en T.O. Sylvia Cristina Duarte Torres, Presidente de la Asociación Colombiana de T.O. y a Elvia Cuartas, Decana de la Facultad de Terapia Ocupacional de la Escuela Colombiana de Rehabilitación.*

### Síntesis del encuentro

Comencemos con una visión general sobre la Terapia Ocupacional en Colombia S. D.: hay nueve escuelas de formación: cuatro están localizadas en Bogotá, una en Valle, otra en la Costa Atlántica y tres en Los Santanderes (solamente cuatro están autorizadas por la WFOT). La primera fue la Universidad Nacional



de Colombia en el año '66, continuó la Escuela Colombiana de Rehabilitación y luego la Universidad del Valle. La formación es de 4 y 5 años, con 4800 horas, cumpliendo con las 1000 horas básicas de parte práctica.

Hay cuatro grandes sectores de desempeño profesional: el de *Salud* (mental, física y la parte comunitaria); el de *Educación* (regular y especial); el de *Trabajo* (salud ocupacional y rehabilitación profesional). Una parte que recién está comenzando es el sector *Justicia* (poblaciones marginales, menos favorecidas: prostitución, la parte carcelaria, "gamines" - niños de la calle). Todavía no tenemos una acción muy directa, sino que estamos haciendo planes; entrando en el Ministerio de Justicia para hacer diagnósticos de población. Dentro de la formación uno de los vacíos que se ha visto es la falta de conocimiento de los Terapeutas Ocupacionales en políticas. Se ha querido reforzar la parte legislativa para que conozcan bien las políticas de salud, educación, justicia para que, cuando se enfrenten a la realidad, no digan "yo no tenía la menor idea que eso era una oportunidad para trabajar". En la Escuela Colombiana de Rehabilitación tratamos de crear personas más administrativas y gerenciales, que puedan presentar programas y proyectos a diferentes instituciones. Que no sean personas que piensen que tienen que esperar a que llegue el cliente, el paciente o el usuario, sino en presentar programas y proyectos donde se vea más la efectividad de los resultados.

### ¿Cuál es el número de Terapeutas Ocupacionales en Colombia?

S. D.: de las nueve escuelas, solamente en cinco ya han salido egresados (cuatro están en proceso) y son aproximadamente 3500 terapeutas ocupacionales, muchos de los cuales no están ejerciendo.

E.C.: hay gente fuera del país, muchos se han ido a los EE.UU.

S. D.: a ejercer, a trabajar con población geriátrica, específicamente en el área de La Florida (se han ido alrededor de 200, a través de las empresas americanas).

E.C.: proporcionalmente, los egresados son más

mujeres que varones, en la Escuela Colombiana los varones han comenzado a incursionar hace más o menos unos cuatro años.

S. D.: aproximadamente el 97% son mujeres.

### ¿Cuál es el reconocimiento de la profesión en el ámbito del trabajo, en la comunidad, etc. ?

E.C.: nosotros nacimos por proceso histórico y por trayectoria inglesa y un poco canadiense. Nacimos en el sector salud, en el área de extensión física y extensión mental básicamente, y estamos ejerciendo desde hace mucho tiempo con reconocimiento en estos campos. Desde los años '60 incursionamos en el sector educación especial y, simultáneamente, en el área de rehabilitación profesional. En los años '80, obedeciendo un poco al proceso de teorización de la disciplina, el T.O. incursiona en educación regular y en salud ocupacional y un poco en ergonomía.

En estos momentos tenemos más reconocimiento en salud y mejor el posicionamiento laboral en el sector educativo. En Colombia, *no hay colegio reconocido que no tenga un T.O.; colegio que se respete tiene un Terapeuta Ocupacional.*

S. D.: en 1997, nace en Colombia la primera especialización a nivel de post - grado, en 1997, en el área de ergonomía. Esto ha logrado un reconocimiento, no solamente salarial, sino de cargos más gerenciales, a nivel empresarial y de las multinacionales; también en cargos administrativos. Un buen antecedente es la T.O. Margarita González, rectora de una Universidad; otra T.O. es integrante del Ministerio de Planeación Nacional. Son puestos en donde están por encima de otros profesionales.

E.C.: en la Universidad Nacional la T.O. Marta Torres es Vicedecana de la Facultad de Medicina.

### ¿Cuáles son los objetivos del ejercicio en educación regular?

S. D.: desde el accionar de terapeuta ocupacional, ser parte de un equipo interdisciplinario que complementa las acciones pedagógicas para implementar estrategias que incrementen

el desarrollo en el aprendizaje, siendo un planificador; es un elemento importante para crear actividades vivenciales en programas que incluyen la parte motora perceptual.

E.C.: más acciones preventivas que clínicas.

Hemos tratado de ir trascendiendo a acciones preventivas más que de asistencia.

### ¿Cuál es el reconocimiento a nivel social?

E.C.: es un proceso, nos hace falta mucho. De unos 20 años a hoy, obviamente se reconoce más la acción de un T.O.. Se busca empresarialmente a los Terapeutas Ocupacionales para ocupar cargos que anteriormente eran para un médico o un administrador, porque se ha visto más impacto nuestro que de otros profesionales.

### ¿Cuál es a nivel salarial de la profesión?

S. D.: por una jornada de tiempo completo (8 Hs.) aproximadamente son seis salarios mínimos lo que se gana. El mejor reconocimiento salarial se da en educación y en el área empresarial. En general los profesionales del área de la salud no tienen un buen salario; hay una crisis y la gente no quiere estudiar nada en salud, porque ven que los salarios no son acordes.

E.C.: hay mucho reconocimiento en trabajo comunitario. Hacemos acciones comunitarias en salud, educación y trabajo, en forma conjunta. Además lo ha habido en investigación, una función extra del profesional que ahora es una función tan importante como la asistencial.

### ¿En qué proyectos nacionales están insertos los T.O.?

S. D.: hay varios comités para trabajar en políticas de salud ocupacional. En éstos tienen asiento tres T.O. para poder decidir sobre políticas para empleados, por ejemplo. A nivel de salud, hay dos T.O. como Jefes del Departamento de Rehabilitación; en educación hay una persona en planeamiento.

### ¿Reciben la influencia de modelos existentes en otros países?

S. D.: tenemos la influencia de modelos de los

EE.UU. Sin embargo, en Colombia, específicamente en la Universidad Nacional, hay un modelo: el Modelo Ocupacional Realizante. La idea, dentro de la formación, es brindar al estudiante todos los modelos y que tenga un parámetro de análisis según uno o dos. Pero no nos casamos con un solo modelo.

### ¿Y en cuanto a la formación?

E.C.: ese modelo lo conceptualizaron para darle solidez a todo lo que eran los programas académicos; a nivel de la Universidad, hemos ido trabajando sobre un modelo que denominamos "Modelo de Integración Docente - Asistencial". Pienso que falta pulirlo para que en realidad llegue a ser un modelo; es un marco de referencia sobre el cual nosotros empezamos a estructurar prácticas de campo y de allí hemos ido tratando de darle solidez a todo lo que fue el currículum. El plan de estudios está incluido dentro de una concepción curricular del proceso, con todas las acciones pedagógicas, acciones investigativas, financieras y administrativas involucradas. Tratamos de lograr un equilibrio para que el estudiante del primer semestre, con un ciclo básico, tenga una orientación en los diferentes sectores

### ¿Cómo se está desarrollando la formación de posgrado?

S. D.: en la Escuela Colombiana de Rehabilitación está el posgrado en Ergonomía y, desde hace cinco años, hay un programa de educación continua.

E.C.: la Escuela Colombiana de Rehabilitación, de manera constante, hace cursos en Bogotá y de manera descentralizada, a nivel de país. En este momento hay un diplomado de férulas y el posgrado de ergonomía. Tenemos dos proyectos: una especialización en desarrollo educativo y otra en tecnología.

### ¿Qué institución los nuclea y representa?

S. D.: nuestra representante, que coordina, es la única Asociación. Realiza la promoción de la carrera, en beneficio de los profesionales afiliados y contribuye a la información de

eventos nacionales e internacionales, además de representarnos legalmente si hay algún tipo de problema; presta ayuda en donde necesiten actualización. Aproximadamente somos un 5 ó 7 % de los graduados.

### ¿Cuál es la concentración demográfica de los graduados?

S. D.: la mayor parte se queda en las ciudades, específicamente en Bogotá, para mantener una actualización. Le siguen: Medellín, Cali, Salamina, Barranquillas. Hace falta llegar y hacer acciones en las zonas rurales.

### ¿Realizan intercambios con otros países?

S. D.: con la Asociación Americana se ha mantenido una relación estrecha pues nosotros escribimos para todas las investigaciones que nos mandan. En 1997 se pidió la participación de los países latinoamericanos en el Encuentro Hispanoamericano y el único país de Latinoamérica que concurrió a presentar la situación de la educación y la cultura en Terapia Ocupacional fue Colombia; el resto era gente de México, Cuba o de Puerto Rico, que son muy a lo americano.

E.C.: este es un momento de apertura, a todo nivel, que ha facilitado que los profesionales se muevan, busquen, sean gestores de cosas importantes.

### ¿Qué conocimiento tiene en lo que respecta a la Terapia Ocupacional en Argentina?

E.C.: muchas raíces nuestras son de Argentina, porque las primeras personas que hicieron nuestros programas estaban formadas en la Argentina. No tenemos ahora tanto contacto con ustedes, no podemos decir que actualmente sea permanente.

S. D.: en la parte de Rehabilitación profesional, Argentina, Chile y Colombia hicieron redes fuertes para trabajar en todo el Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional (GLARP). Hoy no es tan fuerte como hace tres o cuatro años.

### ¿Qué proyecciones ven para la Terapia Ocupacional en Latinoamérica?

S. D.: post - grados ... el año 2000 va a estar lleno de nuevos campos de acción y como hay tanto que aprender y tanto por hacer, un pregrado no alcanza para condensar toda la información. Todas las escuelas formadoras se tienen que pellizcar y decir: bueno, tenemos que hacer expertos por áreas en Terapia Ocupacional. El Terapeuta Ocupacional no podrá seguir manejando todo lo de la ocupación humana, van a estar en auge lo de los post - grados en cada una de las áreas; más especialización, llegando a masters y doctorados.

Yo pienso como proyección entre el 2000 y el 2020, a las especializaciones en masters; y en el 2025, los doctorados.

E.C.: pero para llegar al doctorado necesitamos fortalecer mucho la investigación. Una forma de fortalecer es hacer investigaciones entre países con intereses comunes.

S.D. : debemos acoger a entidades poderosas como UNICEF, la OMS, ocupar puestos gerenciales, no podemos seguir siendo los que estamos ahí, en el Hospital, entre cuatro paredes... tiene que ser así, porque si no, no tendría sentido la Terapia Ocupacional.

- *Diseño de muebles y lámparas*
- *Decoración*

(Honorarios accesibles  
Descuentos a T.O.)  
Tel (01) 951-3657

### ESTUDIO CONTABLE HERRERO MORANELLI Y ASOC.

*Le recuerda que en Abril vence la presentación de la Declaración Jurada de Ganancias y Bienes personales del año '97*

Consulte al (01) 636-2447  
Asesoramiento a Terapeutas  
Ocupacionales



# UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

Facultad de Psicología

## *Licenciatura* ————— ————— **EN TERAPIA OCUPACIONAL**

La Universidad Abierta Interamericana, está sustentada por una trayectoria educativa de excelencia, llevada a cabo durante más de 50 años, por la organización VanEduc (Vanguardia Educativa).

La Competencia profesional del futuro egresado de la carrera requiere no sólo la adquisición de ciertos conocimientos y habilidades en el ámbito académico, sino también la existencia previa de un conjunto de valores, vocaciones y disposiciones de personalidad que le permitan una firme identificación con el rol a desempeñar. Esto implica: disposición de servicio, vocación y aptitudes creativas, salud mental y armonía de personalidad.

El egresado como Terapeuta Ocupacional estará capacitado para desempeñarse en el ámbito de los centros de salud y rehabilitación, escuelas especiales e instituciones geriátricas, ejerciendo la práctica específica de la Terapia Ocupacional.

La carrera tiene una duración de 5 años, con un título final de Lic. en Terapia Ocupacional.

El alumno podrá elegir el curso intensivo acelerado, cuya duración es de 4 años para la Licenciatura, sin que ello implique disminución de carga horaria, ni de excelencia en su formación.

Se implementará un plan de becas al finalizar, que en intercambio científico-cultural, se realizará con países de América y Europa.

### **Exclusivo para Terapeutas Ocupacionales**

**Los terapeutas Ocupacionales egresados de otras carreras, cuyos títulos estén reconocidos por la Federación Mundial de Terapia Ocupacional, podrán obtener su Licenciatura**

#### **RECTORADO:**

Chacabuco 90 1º Piso (1069) Cap.Fed. Tel/Fax.: 342-7788 (y rotativas)  
E-Mail Vaneduc @ Datamarkets.com.ar

Campus Sur: Av. H. Yrigoyen 9963 - Lomas de Zamora Tel.: 292-7973

Campus Norte: Bdo de Yrigoyen 696 - Boulogne Tel.: 737-5313/14

Campus Centro: Av. San Juan 983 - Capital Federal Tel.: 300-2147

Campus Almagro: Palestina 748 - Capital Federal Tel.: 862-4593

Campus Oeste: Arias 3550 - Castelar Tel.: 661-6986

C. M. de Alvear 1075 - Ituzaingó Tel.: 624-3483

Sede Rosario: Av. Pellegrini 1957 - Rosario Tel.: 041-81-8032



# Del Exterior

## EVALUANDO EL FUNCIONAMIENTO DE LAS DESTREZAS DE EJECUCIÓN EN NIÑOS CON DESORDEN DE HIPERACTIVIDAD POR DÉFICIT DE ATENCIÓN

por Cindee Q. Peterson\*  
(Michigan, Estados Unidos)

Trabajo presentado en el V Congreso Europeo de Terapia Ocupacional - Madrid, España - Septiembre, 1996

El Desorden de Hiperactividad por Déficit de Atención (ADHD) representa la razón más común de bajo rendimiento escolar en los Estados Unidos. Aproximadamente el tres por ciento de los niños en esta edad están afectados, exhibiendo conductas como disminución de la concentración, distracción, ejecución inconsecuente y dificultad en el autodomínio. Los expertos han notado que los niños con Déficit de Atención tienen áreas de «disfunción» en las destrezas de ejecución, término utilizado para describir el nivel de destrezas cognitivas más alto, además de inteligencia, alojado en la región del lóbulo frontal del cerebro (Denckla 1996; Shue & Douglas, 1992). Los signos de disfunción ejecutiva dan como resultado problemas en el autocuidado, en el mantenimiento de relaciones sociales normales, o en la ejecución independiente de un trabajo, más allá de las capacidades cognitivas de la persona. Los niños con «disfunción ejecutiva» tienen problemas en la planificación, organización e inicio de una actividad. También presentan dificultades en el manejo del tiempo y el espacio lo cual impide una ejecución académica exitosa. Lezak (1995) indicó que las funciones ejecutivas son las capacidades que permiten a una persona llevar adelante exitosamente un comportamiento independiente, con un propósito y en su propio beneficio.

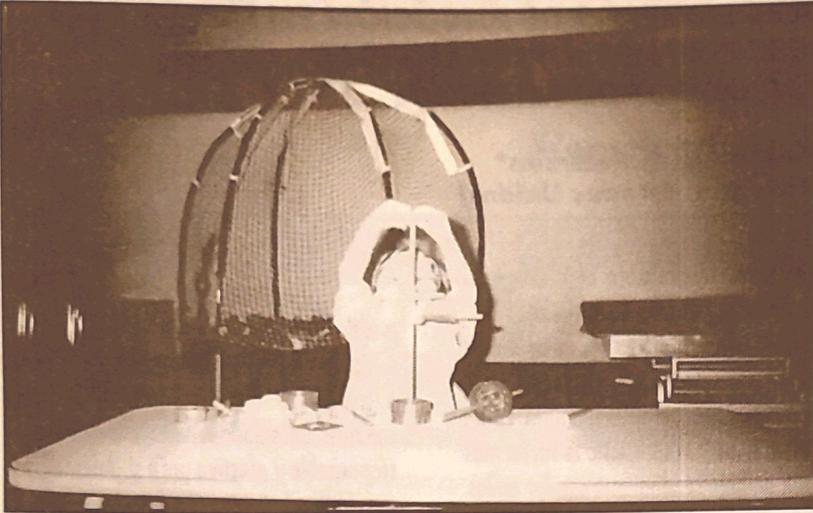
«Las funciones de las destrezas de ejecución pueden conceptualizarse como compuestas por: (1) volición; (2) planificación; (3) acción con propósito; y (4) ejecución efectiva. Cada



uno de estos componentes involucra un conjunto diferente de conductas relacionadas a la actividad. Todos son necesarios para la conducta apropiada, adulta, socialmente responsable y efectiva para sí. Además, es raro hallar pacientes con deterioro de la capacidad para dirigirse o regularse a sí mismos, que tengan déficit solamente en uno de estos aspectos del funcionamiento de las destrezas de ejecución. Mas bien, un comportamiento ejecutivo defectuoso involucra típicamente un grupo de deficiencias de las cuales una o dos podrían ser especialmente prominentes (Lezak, 1995, p.650)».

Los Terapeutas Ocupacionales observan niños con déficit de atención en variados lugares de práctica. Frecuentemente tienen problemas para determinar la evaluación apropiada y las formas de tratamiento con validez probada para esta población. Aunque varias evaluaciones han documentado sensibilidad al funcionamiento de las destrezas de ejecución en adultos lesionados cerebrales, la confiabilidad y validez de estas herramientas, como medidoras del funcionamiento de las destrezas de ejecución en niños, no han sido establecidas.

Este estudio investigó la confiabilidad test-retest del Lezak Tinkertoy Test como medidor del funcionamiento de las destrezas de ejecución en niños. El Lezak's Tinkertoy Test ha demostrado sensibilidad para medir el funcionamiento de las destrezas de ejecución en adultos con mínimo daño cerebral (Lezak, 1995). Los sujetos fueron 30 niños diagnosticados con Desorden de



Hiperactividad por Déficit de Atención, y un grupo control de 30 niños de escuelas públicas del oeste de Michigan. Todos los sujetos fueron varones debido a que el setenta y cinco por ciento de los niños diagnosticados con ADHD son varones (Barkley, 1996). Los niños tenían entre once y catorce años de edad e inteligencia promedio o por encima del promedio.

A cada niño se le administró el Lezak Tinkertoy Test en dos ocasiones, con un intervalo de tres semanas. Todos los niños realizaron el test durante el fin del período del almuerzo para asegurar la consistencia en el horario del día y el ambiente. El Tinkertoy Test permite al niño iniciar, planificar y estructurar una actividad potencialmente compleja y llevarla a cabo independientemente. Difiere de otras pruebas estandarizadas porque es de final abierto, y los terapeutas ocupacionales tienden a sobre planificar, lo cual puede impedir la identificación de posibles problemas en el funcionamiento de las destrezas de ejecución. Se colocan cincuenta piezas estándar del juego Tinkertoy en una mesa frente al niño. Se le pide entonces, «hace lo que quieras con las piezas, tenés por lo menos cinco minutos y tanto tiempo más como desees para hacer algo». Una vez

finalizado, el examinador pregunta qué representa la estructura, «¿Qué es?». Los puntajes son calculados sobre la base de: si la construcción del niño es un objeto identificable; el número total de piezas que usó; si el niño lo nombró apropiadamente y en tiempo adecuado luego de la terminación; si la estructura es tridimensional; si tiene partes móviles; si se mantiene libremente parada; y si hay errores de ejecución tales como piezas forzadas, colocación incompleta, o piezas caídas sin recuperar. El puntaje final se tabula basado en estos factores y en rangos de -1 a 12 puntos (Lezak, 1995). El valor de la confiabilidad test - retest entre las dos evaluaciones fue calculado con el «Pearson product moment correlation» ( $N=60$ ,  $r = .87$ ,  $p < .001$ ). Cuanto más alto el coeficiente más estable la medida, y se consideran satisfactorios los coeficientes más confiables por encima de .70 (Polit & Hungler, 1983). La confiabilidad test- retest del Tinkertoy Test probó tener alta correspondencia en niños con ADHD y en el grupo control. El Lezak's Tinkertoy Test podría ser una herramienta efectiva para identificar niños con problemas de funcionamiento de las destrezas de ejecución. Los juegos Tinkertoys han sido desarrollados de manera apropiada para niños y proveen un método de

evaluación que involucra a un objeto de juego común. La Terapia Ocupacional se basa en la actividad deliberada, y el análisis de la construcción de una estructura Tinkertoy utiliza el aspecto ocupacional de nuestra profesión. Los niños con ADHD son generalmente evaluados en las áreas de inteligencia, comportamiento, y habilidades motoras, cuando la disfunción ejecutiva podría ser la causa primaria del fracaso académico. Tendrán que llevarse a cabo más investigaciones para desarrollar datos normativos para niños y así construir la validez del Tinkertoy Test.

#### REFERENCIAS:

- Barkley, R. A. (1996). Linkages between attention and executive functions. En G. R. Lyon & N. A. Krasnegor (Eds.), Attention, Memory, y Executive Function (pp. 307-325). Baltimore: Brooks Publishing Co.
- Denckla, M. B. (1996). A theory and model of executive function. En G. R. Lyon & N. A. Krasnegor (Eds.), Attention, Memory, and Executive Function (pp. 263-278). Baltimore: Brooks Publishing Co.
- Lezak, M. D. (1995). Neuropsychological Assessment (3rd ed). New York: Oxford University Press.
- Polit, D., & Hungler, B. (1983). Nursing Research: Principles and Methods. Philadelphia, PA: J. B. Lippincott Co.
- Shue, K. L., & Douglas, V. I. (1992). Attention deficit hyperactivity disorder and frontal lobe syndrome. Brain and Cognition, 20, 8-23.

\* MA, OTR Associate Professor, Department of Occupational Therapy. Western Michigan University.



DE UNO EN UNO

DE UNO EN UNO

DE UNO EN UNO

**LICENCIADA EN TERAPIA OCUPACIONAL ALICIA PATRIZZI**

por T.O. María Eugenia Veyra  
T.O. Marcela Gimenez

*"...Volverás a mi huerto y a mi higuera:  
Por los altos andamios de las flores  
pajareará tu alma colmenera  
de angelicales ceras y labores.  
Volverás al arrullo de las rejas  
de los enamorados labradores.  
... que tenemos que hablar de muchas  
cosas, compañero del alma, compañe-  
ro."  
(Miguel Hernández- ELEGÍA)*

Para la mayoría de los marplatenses resulta obvio vincular el nombre de Alicia con la terapia ocupacional comprometida con la salud pública y los niños.

No pasaba desapercibida, se la podía querer o no, pero nunca tratarla con indiferencia.

Como sus amigas y colegas nos parece conveniente transmitir a quienes no la conocieron algo de lo que fue su vida en relación a la profesión.

Se recibió en su ciudad natal, Mar del Plata y una vez graduada, inició su carrera profesional en el área de Minoridad del Partido General Pueyrredón. Formó parte de los equipos de asistencia a menores. Su Norte fue la ética, la responsabilidad frente al niño y la denuncia frente al

sistema: luchadora incansable cuando se trataba de "pelear" en Tribunales, exigiendo que se respetaran los derechos de los niños, el tiempo la urgía y repetía: "había que lograr algo antes de que los chicos cumplieran los 18 años y fueran derivados a La Plata..."

Mantuvo la asistencia, cuestionó al sistema, pero no dejó de lado la formación y la responsabilidad que tenemos los trabajadores de la salud de dar cuenta científicamente de la tarea.

Tenía presente la importancia de la circulación y adquisición del saber, creía en la necesidad de la transmisión del conocimiento al resto de los trabajadores de las instituciones de menores.

Con la reapertura democrática se acercó al ámbito universitario. Alicia fue docente de la Universidad Nacional de Mar del Plata, donde enseñó coherentemente lo mismo que sostenía en su tarea como trabajadora de la

Salud: los niños y la salud mental fueron los temas de su mundo profesional.

Mencionábamos anteriormente la trayectoria ética de Alicia, ética por mantener en el tiempo, ideales de transformación en el campo social. Así fue que como docente participó activamente del proceso de normalización de la Universidad post - dictadura. Había que retomar el cogobierno, la autonomía universitaria y bregar por los concursos de todas las cátedras. Representó al claustro docente en la primera Asamblea Universitaria que eligió al Rector, fue consejera académica, y sobre todo en sus clases, pudo generar la participación de los alumnos, promoviendo una actitud crítica a lo instituido: Alicia se le reía en la cara a la Terapia Ocupacional del Macramé y "los objetivos terapéuticos", la Terapia Ocupacional que recorta al sujeto de su realidad histórico social.

Vivía como hablaba y hablaba como vivía, lo que por momentos la hacía



parecer desfachatada frente al poder. Su vida fue eso, la batalla cotidiana en su defensa.

Paralelamente a su actividad docente, asistencial, gremial, se fue especializando en la atención del niño con severos trastornos de la personalidad. Pero su cuestionamiento frente a lo social y su compromiso frente a los que menos tienen, la llevo a salir del consultorio, a dejar de asistir por momento, para intentar prevenir: desarrolló el primer programa de Atención Primaria y Terapia Ocupacional. Entre 1986 y 1987, constituye la primera práctica clínica para alumnos en el campo de lo comunitario y lo preventivo. El Barrio "Las Heras" todavía la recuerda.

En el ámbito gremial propulsó la reclasificación de la carrera, en 1987 se concreta: En la Municipalidad de General Pueyrredon la Terapia Ocupacional es considerada carrera mayor.

Con todo, con su vida privada, sus cuatro hijos, su amor, sus matices...

Retoma la vida de estudiante en la Licenciatura de Excepción de Terapia Ocupacional, se licencia a través de su tesis sobre atención Primaria y Salud Mental.

En estos tiempos quedan pocas "Alicias", militantes de la vida, pero de la vida justa y digna, así que nos resulta más que conveniente recordarla y tenerla presente. A pesar de extrañarla demasiado. A pesar que le causaría mucha risa esta "Formalidad Recordatoria" que salteándola, podemos agregar su compulsión a la compra de juguetes, a la "Isla Flotante" a pedir cigarrillos, a manejar descontroladamente su Citroen de techo volador, a tener siempre pañuelos en la manga para limpiar las cuatro narices de sus hijos. Nosotras la queremos mucho, pero nos resulta importante haber escrito esto, porque es una forma de dejar marcas y resaltar a los justos, a los que querían y quieren que la Terapia Ocupacional sea una herramienta de transformación y liberación.

Alicia murió el 20 de mayo de 1995, a la madrugada, por ahí cuidando de no arruinar el cumpleaños de una niña amada por ella, el día anterior.

### Materia

Primaria

### ACTIVIDAD DE FIN DE SEMANA

\* *BASQUET*

\* *ATLETISMO*

\* *NATACIÓN*

(en natatorio climatizado)

DISCAPACITADOS LEVES

*ADOLFO MASARICHE*  
(*PSICOMOTRICISTA*)

TEL (01) 785-7796

## CEPAD

*Centro Psicogeriatrico Asistencial y Docente*

*Curso - Taller*

*"Entrenamiento de la Memoria"*

(Para profesionales que trabajan con adultos mayores)

Equipo docente: Dr. Bernardo Kleiner

Dra. Haydée Andrés

Lic. Mercedes Acuña

T.O. Magalí Risiga

Tel.: 747-5972 / 372-1362 / 982-6955

Vacantes Limitadas

## INGLES METODO HOLISTICO

1987



1997

**Cursos Intensivos Pre-Congreso  
APRENDIZAJE ACELERADO**

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

## ENCUENTRO PROFESIONAL II

## Dossier

**I SIMPOSIO ARGENTINO DE TERAPIA OCUPACIONAL PEDIÁTRICA  
por Materia Prima****INTRODUCCIÓN**

Desde 1985, al realizarse el Primer Congreso Argentino de Terapia Ocupacional, se han sucedido regularmente espacios de encuentro entre terapeutas ocupacionales.

Incrementados en los últimos años, con temáticas particulares y características regionales, cada congreso, simposio, jornada, seminario, curso, reaviva la posibilidad de compartir con pares el desarrollo de nuestra práctica y sus marcos conceptuales. Cada uno enriquece la historia de los anteriores y precipita el espíritu del siguiente.

En 1997, los días 5 y 6 de diciembre, en la Ciudad de Mar del Plata se dieron cita Terapeutas Ocupacionales y estudiantes del país. La convocatoria fue novedosa y específica: I Simposio Argentino de Terapia Ocupacional Pediátrica. Organizado por la Asociación Marplatense de Terapeutas Ocupacionales (AMTO), se llevó a cabo en el Aula Magna de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

A través de este Dossier el lector tendrá la oportunidad de acercarse al origen, su historia, su proyección, los temas completos y una selección de trabajos allí presentados.

**ORIGEN, HISTORIA, FUTURO...**  
por Ana Cocciolone\*

En el mes de mayo del '97 algunos miembros de la Comisión Directiva de la AMTO, pensamos en realizar un encuentro de Terapeutas Ocupacionales Pediátricas. Era momento de discutir una Terapia Ocupacional especializada en los niños y empezar a encontrarnos quienes teníamos un interés común en una temática.

Consideramos la necesidad de establecer especialidades y que la gente se forme en áreas específicas.

Creemos que la Pediatría es una especialidad en sí misma e intentamos la toma de conciencia de la formación específica con niños, porque hasta el momento no ha sido presentada como especialidad, como salud mental o geriatría.

Convocamos abiertamente a todos los asociados que quisieran trabajar en la organización del evento y quedó constituido el Comité Organizador: Lic. Ana Cocciolone, T.O. Diana Escobar, T.O. Leticia Lamas, T.O. Ana Auzmendiá, T.O. Ana Maggiano, T.O. Adriana Zalazar, Lic. Mónica Colabelli, Lic. Marta Vera.

El mismo decidió que la modalidad sería a través de invitados especiales. Cada colega acercó nombres de otros cuya trayectoria era reconocida por: acreditar experiencia en el área pediátrica, poseer formación de postgrado y estar realizando en la actualidad una tarea innovadora en el área.

Se eligieron las autoridades del Simposio y se convocó a los profesionales. Cabe destacar el entusiasmo que generó en prestigiosos colegas nuestra invitación para presentar su trabajo. Sabemos también que debe haber mucha gente valiosa que no fue convocada, pero estos encuentros son, a nuestro entender, lugares privilegiados para encontrarnos, conocernos, compartir y crecer.

Abarcamos todos los temas, desde intervención temprana hasta inserción laboral en la preadolescencia y adolescencia y las distintas necesidades en todas las áreas: salud mental, disfunción física, área laboral.

También quisimos darle la oportunidad a

algunos recién graduados con trabajos de tesis muy valiosos: la Tesis de Aurora Escobar, una investigación sobre marcos teóricos; el trabajo de la santafesina Carla Boggio, sobre niños institucionalizados.

El comité organizador otorgó a la T.O. Verónica Paradera el premio "Lic. Alicia Patrizzi" al mejor trabajo del Simposio: "Terapia Ocupacional en Intervención Temprana en Pacientes Neurológicos".

Es nuestra intención que se realice un II Simposio Argentino de T.O. Pediátrica, que tome la posta otra asociación y que todos continuemos en esta maravillosa profesión, promoviendo el camino del encuentro y el crecimiento profesional.

\* T.O. Presidente de la AMTO y del Comité Organizador del Simposio

**DESARROLLO DEL SIMPOSIO**

Los temas y sus presentadores día a día...

de diciembre  
TEMAS:  
- Modelo de Ocupación Humana aplicado a la pediatría  
Presentaciones: T.O. Silvina Oudshoorn (Mar del Plata), T.O. Carla Boggio (Esperanza, Santa Fe), T.O. Milagros Demiryi (Santa Fe)

- Terapia Ocupacional en Psicopatología Infantojuvenil  
Presentaciones: T.O. Marisa Tavecchio (La Plata, Bs.As.), T.O. Psicomotricista Ana María Piccini (La Plata, Bs.As.), T.O. Soledad Calveira y T.O. Silvia Fernández (Cap. Fed.), T.O. Carla Boggio (Esperanza,



Santa Fe), Lic. en T.O. María Eugenia Veyra (Mar del Plata)

- Intervención de Terapia Ocupacional en secuelas discapacitantes  
Presentaciones: Lic. en T.O. Dora Pianaroli (Mar del Plata), T.O. Gladys Cangini (La Plata, Bs.As.), T.O. Marisa Nuñez (Mar del Plata)

#### CONFERENCIAS:

- "Modelos Teóricos de Terapia Ocupacional" Lic. en T.O. Aurora Escobar (Mar del Plata)  
- "Enfermedades Reumáticas en la Infancia, abordaje en Terapia Ocupacional" T.O. Gladys Cangini y Lic. Adriana Bofelli (La Plata, Bs.As.)

6

de diciembre

#### TEMAS:

- Prevención e Intervención Temprana

Presentaciones: Lic. en T.O. María Eugenia Veyra (Mar del Plata), T.O. Mariel Pellegrini y T.O. Miriam Sar (Bs. As.), T.O. Verónica Paradera (Cap. Fed.)

- Parálisis Cerebral

Presentaciones: T.O. Mirna Cusato NDT (Cap. Fed.), T.O. Bernardita Cárdenas NDT (Cap. Fed.), T.O. Laura Barcala NDT y T.O. Carolina Alchourron NDT (Cap. Fed.)

- Integración Sensorial y Neurodesarrollo  
Presentaciones: T.O. María Inés Villanueva NDT (Cap. Fed.), Lic. en T.O. Ana Coccione NDT

- Integración Laboral del Adolescente discapacitado

Presentaciones: T.O. Laura Pezzoli (Cap. Fed.), T.O. Soledad Calveyra (Cap. Fed.), T.O. Laura Di Clemente (Mar del Plata)

#### CONFERENCIA:

- "Las Claves del Marketing profesional"  
Lic. T.O. Beatriz Mignone (Tucumán)

### ALGUNOS PROTAGONISTAS...

*Presentación realizada por la T.O. Silvina Oudshoorn, Directora del Proyecto PAANET, Universidad Nacional de Mar del Plata.*

### EL NIÑO CON CÁNCER TAMBIÉN JUEGA

El juego es inherente a la vida misma: es un medio de exploración del mundo circundante, una instancia de crecimiento y aprendizaje, una posibilidad de elaboración de temores y angustias, reducción de tensiones, obtención de logros. Para el niño, el juego es la ocupación que le insuena la mayor parte de su tiempo, ya que constituye todo un trabajo, e invierte en él grandes caudales de energía.

El cáncer infantil - en realidad «un grupo de enfermedades cada una de las cuales tiene su propio tratamiento y sus propias chances de curación» (1) - genera grandes expectativas sobre el pronóstico del niño, y suma otro elemento estresante al cuadro de incertidumbre del entorno familiar.

Del estilo particular adoptado por el niño y su familia ante la enfermedad, dependerá en gran medida su capacidad de adaptación a los cambios, y el mantenimiento de las capacidades del niño. El cáncer no debe ser impedimento para el desarrollo del juego espontáneo, libre y natural, fuente de motivación para el crecimiento y desarrollo del niño.

Cuando hablamos del niño, incluimos también a su grupo familiar, ya que ellos constituyen la Unidad de Asistencia destinataria de los cuidados del equipo terapéutico. El presente trabajo ha sido elaborado en colaboración con Graciela Vázquez, Adriana Mórtoles y María Beltrán, quienes forman parte del equipo interdisciplinario del proyecto de extensión PAANET, Programa de apoyo y asistencia a niños con enfermedades terminales de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Uno de los objetivos del

mismo es brindar apoyo y contención a los niños con cáncer y sus familias en nuestra ciudad, y desde la Terapia Ocupacional, nosotros aportamos una mirada particular de esta problemática bajo el sustento teórico del Modelo de Ocupación Humana. Este Modelo propone una orientación en el razonamiento clínico, dirigida hacia la comprensión de la situación del niño con cáncer dentro de un determinado contexto ambiental e histórico, prestando especial atención a las necesidades y objetivos del paciente, orientando el tratamiento desde la perspectiva de la persona. El Modelo de Ocupación Humana es «un instrumento conceptual que ha sido diseñado para potenciar la reflexión de los terapeutas ocupacionales»(2), y provee el andamiaje o estructura teórica sobre la cual asentar el enfoque dentro de la praxis.

La visión holística o multidimensional propuesta, genera en nosotros la búsqueda de respuestas para aplicar en la clínica, y como el juego es una ocupación de gran carga significativa para el niño, planificamos estrategias de abordaje dentro de tres modalidades de atención:

- en internación (períodos en los cuales se requiere hospitalización del niño para efectuar procedimientos médicos - quimioterapia, radioterapia, cirugía, transfusiones, otras medicaciones, etc.-)  
- ambulatoria (durante los períodos en los que el niño puede deambular y participar en actividades grupales)  
- domiciliaria (desde el inicio de la intervención del equipo del PAANET, dada la importancia del ambiente familiar y su grupo de pertenencia)

Un pilar teórico en el que se basa el Modelo de Ocupación Humana es la Teoría General de los Sistemas, lo cual nos permite ver al niño como un sistema abierto, en interrelación constante con su ambiente, en un intercambio de información permanente. La curiosidad que mueve al niño a explorar, a conocer el mundo que lo circunda, promueve a través del juego un flujo de información sobre los objetos y

las personas que lo rodean, lo cual le permite ejercitar diferentes roles y desarrollar habilidades y destrezas.(3) Instrumentos propios del Modelo, como la Historia del Juego y la Escala del Juego, organizan la información que el niño brinda sobre sus intereses, valores, manejo temporal y espacial, rutinas diarias, tipo de participación y compromiso, creatividad, y otros datos que el terapeuta considere relevantes.

El niño con cáncer se siente agredido por el mundo externo, y el juego como ocupación le brinda la posibilidad de ser un participante activo atendiendo a su necesidad de dominar el ambiente, sin relegarlo a ser meramente un espectador.

El juego propone el desarrollo de experiencias ante situaciones nuevas, de recabar información sobre su enfermedad y el tipo de tratamiento al que se verá sometido, de expresión de sentimientos, de desarrollo de potencialidades. No debemos olvidar, que por más aislado, pasivo, dolorido e inmobilizado que se encuentre este niño, sigue siendo un niño.

Gracias a los avances terapéuticos de los últimos 20 años, «la mayoría de los niños con cáncer sobreviven por períodos prolongados, y más del 50% se curan»(4); siguiendo esta tendencia, podríamos calcular que para el año 2000, muchos de los adultos jóvenes serán personas curadas de cáncer infantil. Y aunque sólo fuera a un niño al que se pudiera llegar, abordar desde nuestra disciplina, aún así el esfuerzo habrá valido la pena. Juguemos el juego de la vida, que se inicia con el nacimiento y culmina con la muerte, y en el que la regla es el compromiso.

### **Bibliografía**

- (1) Diez, B.; Secretaria de la Junta Ejecutiva del Comité Nacional de Oncología de la Sociedad Argentina de Pediatría. «Aspectos emocionales del cáncer», Fundación Natalí Flexer, Buenos Aires, Argentina.

- (2) Fernández González - Martínez Higuera; "El Modelo de Ocupación Humana. Conceptos teóricos de Gary Kielhofner". APETO, España.
- (3) Moreno, L.; «Inclusión del tiempo libre en los tratamientos de Terapia Ocupacional». Libro del II Congreso Argentino de Terapia Ocupacional; Buenos Aires, Argentina. Publicación de la Asociación Argentina de Terapeutas Ocupacionales, 1992.
- (4) Diez, Blanca, publicación citada - Reilly, Mary; «Play as exploratory learning»
- Bianchi, Ariel; «Psicología evolutiva de la infancia», Ed. Troquel, Buenos Aires, Argentina.
- Fundación Natalí Flexer, Buenos Aires, Argentina (todas las obras publicadas)
- Zapata, Sandra; «Una posibilidad de abordaje». Hospital Posadas. Jornada de Psicooncología pediátrica, Bs.As. 1997

**Presentación realizada por: T.O. Soledad Calveyra y T.O. Silvia Fernández.**

### **PRE-COMEDOR: UN RELATO DE LO COTIDIANO**

Autoras: T.O. Claudia Battistoni  
T.O. Soledad Calveyra  
T.O. Alejandra Castro Ares  
T.O. Silvia Fernandez

*Integrantes del equipo de T.O. del Htal. Infante - Juvenil Dra. Carolina Tobar García - Capital*  
*Este trabajo fue presentado en el espacio de Docencia del mismo Hospital, en Septiembre de 1997.*

El abordaje específico que caracteriza a la Terapia Ocupacional en relación a las actividades básicas cotidianas, entre las cuales se incluye la alimentación, permite llevar un registro de datos en relación a las mismas, en cuanto a la evolución de cada una de ellas y el momento en que se encuentra cada niño, así como también focalizar el trabajo en las dificultades que pueden presentarse. Es por ello que nos resultó interesante incluirnos en la organización de un espacio de precomedor iniciado en

Hospital de Día para aquellos niños de dicho servicio que por diversos factores no podían integrarse al comedor. A partir de 1996 el mismo quedó a cargo de nuestra sección.

Los chicos que participan en la actividad presentan trastornos alimenticios asociados a otras dificultades complejas que los comprometen en el desarrollo evolutivo. En relación a lo que nos atañe particularmente en este espacio, pudimos observar que los chicos prefieren determinados alimentos o los eligen en base a ciertas características (texturas, temperaturas, consistencia, marcas, envases, gustos, etc.); comen sustancias no alimenticias; no pueden seguir pautas sociales en el momento de la alimentación ni compartir el espacio o momento de la comida en el hogar; se niegan a comer o tienden a eliminar los alimentos luego de ingerirlos, lo cual puede repercutir seriamente en la salud y el crecimiento físico del niño; no buscan espontáneamente los alimentos; evitan contacto con la comida; o presentan hipo o hipersensibilidad oral frente a la comida.

Tomando como referencia teórica los principios de Integración Sensorial es necesario considerar el procesamiento sensorial en el área oral, particularmente el procesamiento de feedback táctil y propioceptivo kinestésico. Es importante distinguir entre hiporespuesta e hiperrespuesta en estos sistemas sensoriales.

Los signos de hiporespuesta al input táctil y propioceptivo - kinestésico son:

- disminución de la conciencia de experiencias de contacto en el área oral.
- tendencia a buscar alimentos que provean un input mayor, tales como aquellos de textura crujiente.
- tendencia a llenarse la boca.
- babeo excesivo.

- hábitos de comida desorganizados. Los signos de hiperrespuesta al input táctil y propioceptivo - kinestésico en el área oral son:

- evitación de comidas pulposas.



- arcadas producidas por la comida. (Palmer y Heyman 1993)
- tolerancia a beber agua, pero no jugos y otros líquidos. (Palmer y Heyman 1993)
- tolerancia a ponerse sus dedos en la boca, pero reacciones de aversión a los dedos de otro. (Palmer y Heyman)
- mantenimiento de la boca abierta luego de haber introducido alimentos para evitar la manipulación de la comida dentro del área oral. (Palmer y Heyman)

La alimentación constituye uno de los primeros contactos del niño con el entorno que lo rodea. Este lazo tiene su base en una interacción mutua, una mamá que ofrece y un bebé que responde de acuerdo a un bagaje que trae con él desde su nacimiento, la actividad refleja arcaica: los reflejos primitivos de búsqueda del alimento, de succión y de deglución. Por otro lado, el bebé nace en un estado de indefensión total, dependiente de un otro que asegura su supervivencia, que otorga los cuidados primordiales y satisface las necesidades básicas, entre ellas la alimentación. La mamá no sólo se limita a cumplir dicha función: cuidarlo, cambiarlo, darle de comer, acunarlo, sino que se ubica en una posición especial con respecto a su hijo, que es única y particular. Decodifica aquello que el niño expresa con su propia actividad, le otorga un sentido y responde de acuerdo a lo que cree que es adecuado. Cuando por diversos motivos aparecen interferencias en esta interacción, se ve afectada entre otras el área de la alimentación. Ésta compromete de manera particular a la mamá o cuidadores del niño. Así escuchamos frases como "¿Es que no le sé hacer la comida?", contándonos de su angustia ante la negativa de su hijo a comer, perdiendo de vista otros aspectos que hacen al momento de la alimentación: "Mientras coma, no me importa cómo o dónde lo hace".

L. tomaba su comida con las manos y elegía la cama de sus padres como lugar habitual para comer, usando las sábanas como envoltorio.

Periódicamente mantenemos entrevistas con las madres, trabajando con ellas las inquietudes y cambios que observan en el hogar, y a la vez contándoles lo que va pasando en el precomedor. Marcamos la importancia de sostener cada movimiento que el niño pueda hacer en este aspecto, estableciendo un ida y vuelta con la familia. Dentro del aspecto orgánico focalizamos el trabajo en las respuestas motoras necesarias para que el niño pueda comer sin dificultades y llegar a la alimentación independiente en cuanto al uso de utensilios, así como también la posibilidad de vivenciar experiencias sensoriales, de exploración y manipulación incorporando así componentes orales, táctiles y kinestésicos. Quedan excluidas de nuestra tarea las apraxias orofaciales, o trastornos específicos del área bucal. Dentro del procesamiento sensorial en el área oral se pueden distinguir signos que implican una hiper o hiporespuesta ante un estímulo en dicha área.

L. sólo acepta comidas que estén muy calientes, prueba su temperatura con la mano antes de comerlas.

La posibilidad de interacción social que implica la presencia del otro que lo alimenta, permite que el niño entre en contacto con las normas sociales y constituya el hábito como una manera de integrarse al medio que lo rodea.

Cuando G. pudo ver que los otros niños se sentaban a comer a la mesa en reiteradas oportunidades mientras él trepaba y saltaba por los muebles, comenzó paulatinamente a sentarse para ingerir los alimentos.

#### **ENCUADRE DEL ESPACIO**

Para la admisión es requisito que el niño venga a partir de una derivación de su terapeuta individual que dé cuenta de dificultades específicas en la alimentación. Nuestra idea es posibilitar el encuentro del niño con la comida y con pares en un grupo pequeño, y abierto en el sentido que otro niño pueda integrarse al grupo ya establecido, "re-conociendo" un espacio que para

ellos es familiar (T.O.), pero con una propuesta diferente: el espacio está acotado, hay una sola actividad que los convoca (el almuerzo) con determinadas reglas compartidas.

Este proceso apunta a que paulatinamente los niños puedan vivenciar ciertos códigos o pautas: por ejemplo que la comida esté sobre la mesa y no en cualquier otro lugar del salón; a posibilitar la interacción social compartiendo la mesa, la comida, pero armando un espacio propio y personal de a poco; que registren sensaciones corporales (por ej. el hambre), propiedades de los alimentos y gustos; favorecer el uso de los cubiertos en reemplazo de las manos; y armar una secuencia temporal en relación con el momento de la comida.

En este proceso hay un primer momento en que la madre está presente. Participa trayendo la comida que cree que su hijo come con gusto, lo cual facilita su inclusión en el espacio y a su vez le permite dejar a su hijo con otros para comer. A través de la escena lúdica el niño puede dominar eventos que lo conmocionan mediante la participación activa en vez de ser un espectador pasivo. Utilizar el juego de esta manera parece ser útil con el niño que ha sido forzado a comer o no ha tenido oportunidades para manejar apropiadamente las demandas ambientales.

Ofrecemos elementos y situaciones lúdicas como una forma de aproximación al contacto con los alimentos, posibilitando así una participación activa y placentera del niño en la situación alimentaria. Desmenuzamos el objeto comida a los elementos más simples, dándoselos de esta manera para que puedan mezclarlos a su gusto.

L. se escapaba comúnmente al otro salón buscando la persecución del otro y tomando algunos juguetes. Incorporamos uno de ellos, un auto, a través del cual la comida se desplazaba de un lado al otro de la mesa para llegar a su boca.

M. sólo aceptaba probar ñoquis si



jugábamos a los avioncitos.

### UN CASO CLÍNICO

A continuación presentamos el proceso que realizó G. en el espacio de pre-comedor hasta el momento de su alta en esta actividad y derivación al comedor.

Fue admitido en Abril de 1996, a los 5 años de edad. Presenta una hipoacusia bilateral moderada a severa como consecuencia de una rubeola de la madre durante el embarazo. Según el DSM IV, el diagnóstico es Trastorno Generalizado del Desarrollo no especificado.

En la primera entrevista la madre planteó como dificultad principal la imposibilidad para permanecer sentado a la mesa en el momento de la comida, desmenuzaba los alimentos al tomarlos y salía corriendo. Comía poco, pero de todo y en todo momento del día, iba a la cocina, sacaba un plato y pedía. Jugaba con la saliva, chupando y mordiendo objetos. Ante estas dificultades, la mamá trataba de mantener la limpieza tanto en G. como en el lugar en que comía y lo amenazaba mostrándole la ojota para que pudiera permanecer quieto. En los primeros meses la presencia de G. en el precomedor se hizo notar. Los alimentos eran deshechos con sus manos antes de ingerirlos, y sólo una parte llegaba a su boca ya que el resto quedaba desparramado. Quienes entraban al salón después de la actividad, podían deducir en primer lugar que G. había venido, y segundo, el menú del día por las huellas en las paredes, piso, muebles y nuestros cuerpos.

No había diferenciación entre su comida y la de los otros, se acercaba a la mesa y picoteaba de cualquier plato, continuando su recorrido por el espacio. Sacaba la comida de su boca y la esparcía por la mesa o las paredes, volviendo a incorporarla algunas veces.

No toleraba los tiempos de espera que implicaban abrir un envase, pelar una fruta, o desenvolver un paquete. Podía comer una banana con cáscara, o hincar el diente en el tapa del envase del yogur. Paralelamente realizaba juegos de

equilibrio: balanceo del cuerpo en los bordes de la mesa, saltos y aterrizajes en los brazos de las T.O. Proponía claramente un juego de persecución, "desapareciendo de nuestra vista" al irse por los otros salones buscando que lo atraparan, lo cual le producía mucho placer.

Para G. todo era juego. Este funcionaba como un elemento mediatizador frente a un afuera que se le presentaba siempre en forma muy abrupta, al no existir el sonido que pudiera anticiparle lo que ocurría.

Esto para nosotras representaba un doble desafío. Por un lado sostener el juego que G. traía como por ejemplo cuando transgredía los límites conocidos, demandando el enojo y participación del otro en esta persecución en la que la mirada y la risa estaban muy presentes e indicaban que todo era parte de un juego; y por otro lado, intentar que pudiera incorporar ciertas pautas sociales a través del mismo.

En la deambulación permanente, comenzó a acercarse a la mesa siempre por el mismo lugar, quedando un banco largo como su espacio. El mismo le permitía desplazarse de un lado a otro pero cerca de la mesa y de lo que le ofrecíamos. Así significamos este sitio como suyo.

A partir de su propia iniciativa, ofrecimos la mezcla deliberada de alimentos dulces por un lado y salados por otro que fueran combinables entre sí: por ejemplo fruta en el yogur. A pesar de ello, G. mezclaba los diferentes sabores y comidas que obtenía de los otros platos. Esta era su manera de interactuar con los demás chicos con quienes compartía la actividad.

Todo era tomado con las manos, incluso los alimentos semi líquidos, por lo que estábamos atentas a presentarle en cada momento una cuchara para que pudiera experimentar con ella. Al principio no le interesaba, era lanzada repetidas veces o sostenida entre sus dedos mirando qué posición tomaba en el espacio, de la misma manera que lo hacía con otros objetos. Éstos siempre quedaban colgando de su mano, y así los observaba. G. experimentaba en sí mismo lo que

desplegaba con los objetos pero en relación a la comida, dejando deslizar el Serenito lentamente por su boca y garganta, hipertextiéndolo la cabeza para poder sentirlo más.

De a poco fue incorporando la cuchara cuando la recibía llena de comida, también la usaba para jugar tirando el contenido sobre la mesa hasta que pudo llevarla a la boca.

Lo que ingería no era totalmente tragado, una parte era volcada en los recipientes de yogur o postre. Cuando aparecieron alimentos más sólidos este juego fue cayendo. La comida dejó de estar desparramada por el salón, marcándose límites más claros entre un adentro y un afuera, entre la boca y dichos recipientes.

Empezamos a pensar que G. iba asociando el precomedor con la hora de la comida. Un signo de esto era que a mediodía se acercaba llorando a la entrada de T.O. y se calmaba cuando entraba y se sentaba mirando lo que habíamos servido. Esto también marcaba el indicio de una diferenciación entre lo que se hacía en el precomedor y su espacio en Terapia Ocupacional.

Al incluir un menú común traído del comedor, G. ya no se sentaba por el plato de los otros chicos, el interés comenzó a limitarse al propio, pudiendo permanecer sentado más tiempo atento a la situación que se desplegaba.

Frente a una comida más elaborada comenzamos a insistir en el ofrecimiento de un nuevo utensilio: el tenedor. Con el mismo, una vez que éste pasó por la etapa de juego al que solía someter a los objetos, pudo aceptarlo con comida ya pinchada, y paulatinamente usarlo él para el mismo fin. Paralelamente, no dejaba de experimentar el uso directo de sus manos sobre la comida; ej. cuando apretaba entre las mismas hasta convertir en puré una papa, al no lograr cortarla con el tenedor; actividad que le causaba gran placer, sobre todo si con esto aparecían frente a él caras de "asco" o "enojo".

En el último período pudimos distinguir que G. marcaba dos momentos en el tiempo de



la actividad: uno para comer, en el que se sentaba, aceptando los utensilios que le ofrecíamos, y otro para jugar. Comenzamos a pensar entonces en el pasaje al comedor, ya que en este momento creímos que podía ofrecerle una mayor organización, límites más claros y una situación de comida más limitada. Los chicos que veía en el pasillo, compartirían con él este espacio.

Se trabajó con el equipo esta derivación haciendo hincapié en que esta fuera sostenida por una misma persona a lo largo del tiempo y que G. fuera conociéndola mientras se hacía el cierre de la actividad de pre-comedor.

Debido a lo dificultoso que resultaba poder explicarle este cambio de espacio cuidamos que el pasaje fuera paulatino, acompañado en un principio por una de las T.O., e incluyéndose luego las acompañantes terapéuticas que lo bajarían en lo sucesivo.

### CONCLUSIONES

Pensando en la finalización, creemos que el pasaje al comedor no es una conclusión, es el cierre de un espacio y apertura de otro.

Cierre de un espacio lúdico que incluye la comida. Cierre de un primer espacio compartido en relación a la comida, ya que en general las madres relatan que sus hijos no pueden permanecer en la mesa con otros. Cierre de un espacio en el que lo importante no es que "coma", o que "coma bien", sino en el que pueda conectarse con el alimento de otra manera, acercándose y manipulándolo por iniciativa y gusto propio.

Apertura de otro espacio más convencional, con límites y reglas más claras, compartido con una gran cantidad de "otros" convocados a comer y ya no a jugar.

El precomedor es PRE (previo), creemos que es uno de los puntos iniciales de un recorrido del niño hacia la posibilidad de establecer un lazo social, y de incluirse en ámbitos de los que suele quedar excluido por las conductas que presenta. Este pasaje implica también al núcleo familiar,

abriendo las puertas hacia afuera.

En el transcurso del proceso y en el cierre del mismo, las madres representan un papel muy importante, son ellas las que van sosteniendo todo cambio, prueban, proponen, preguntan y cuentan todo lo que sus hijos hacen. Sobre esto nos apoyamos para trabajar y para pensar posteriormente en un cierre y derivación.

### Bibliografía:

- Jean, Ayres. "Sensory Integration and Learning Disabilities".
- Ema Blanche, Tina Botticelli, Mary Hallway. "Combining Neurodevelopmental Treatment and Sensory Integration Principles. An approach to Pediatric Therapy". E.E.U.U., 1995.
- Denton, Rick. "Desórdenes de la conducta alimentaria en niños pequeños: un marco de referencia de T.O.". "Occupational Therapy for people with eating disfunctions". Occupational Therapy in Health Care. Volumen 3, Nº 2, 1986.
- Humphry, Ruth. "La relación madre - hijo y los problemas en la alimentación". "Problems with eating. Interventions for children and adults with developmental disabilities". The American Occupational Therapy Association. E.E.U.U., 1987.

*Presentación de la Lic. en T.O. Dora Pianaroli Integrante del Servicio de Terapia Ocupacional del H.I. E. M. I. desde 1985.*

*Profesora titular de la Cátedra de Ortesis y Prótesis de la U.N.M.D.P. hasta 1996 Integrante del Servicio de Terapia Ocupacional de Traumatólogos Asociados*

### EL QUELOIDE UN FACTOR INCAPACITANTE TABLA VALORACIÓN

Las contracturas y la hipertrofia de cicatrices representan dos de las secuelas más frustrantes de las lesiones térmicas y traumáticas. Frecuentemente, el paciente presenta una apariencia satisfactoria al ser dado de alta; sin embargo, tres o cuatro semanas más tarde, se desarrolla una

hipertrofia de la cicatriz que se vuelve progresivamente una grave desfiguración, en cualquier parte del cuerpo.

Cuando la porción reticular profunda de la dermis se altera, se inicia la cicatriz hipertrófica. El aumento de la vascularización en el área injertada produce una herida en cicatrización de color rojo brillante. Se desarrollan fibras de colágeno para «puentear» la herida y comienza a formarse una masa enmarañada que puede tardar hasta un año en madurar. Las contracturas de las articulaciones no solamente son un problema durante la cicatrización, sino que representan un peligro constante a través del periodo post-recuperatorio por un mínimo de seis meses. El desarrollo de cicatrices hipertróficas y la formación de contracturas son tan comunes, especialmente en los niños, que muchos médicos las aceptan como secuelas inevitables de las lesiones térmicas y traumáticas.

Nuestra experiencia en el tratamiento con lesiones de quemaduras agudas o reconstructivas pos traumáticas demuestra que estas secuelas pueden ser considerablemente modificadas y controladas mediante técnicas especiales. La aplicación de presión continua y controlada mediante el uso de ortesis especialmente adaptadas y de prendas de soporte elásticas anticicatriz, hechas a medida, han permitido obtener excelentes resultados en la reducción sin intervención quirúrgica de las contracturas de cicatrices, así como la formación de cicatrices hipertróficas.

La presión suave y continua influye sobre la disposición de las fibras de colágeno, de modo que éstas se alinean en hileras paralelas en vez de haces a la manera de cordones, como acontece sin la presión. La disminución del aporte circulatorio hacia el área retarda el desarrollo de una cicatriz. Mientras la cicatriz permanezca activa, se le puede influir mediante:

- 1- Posición mediante equipamiento ortésico estático y estático progresivo, para prevenir y corregir contracturas.
- 2- Presión elástica con prendas de lycra y

estática mediante placa siliconada y conformadores termoplásticos para aplicar presión en áreas específicas.

**3-** Programa de ejercicios secuenciados, para mantener y recuperar la capacidad funcional del segmento afectado.

La terapia ocupacional para los pacientes quemados o con lesiones traumáticas consiste primordialmente en la prevención de secuelas deformantes.

Una gran quemadura o lesión traumática deja lesiones físicas y emocionales. Esto resulta particularmente cierto en el caso de lesiones desfigurantes de la cara. Los pacientes tienen que recurrir a mecanismos de defensa y de adaptación para hacer frente a las repetidas cirugías y procedimientos incómodos y dolorosos.

Aunque la calidad de la atención de estos pacientes, con base en las estadísticas de supervivencia, mejora anualmente, no se ha investigado extensamente la calidad de la vida posterior a un trauma.

Una secuela estética, en cualquier zona del cuerpo, es motivo de diferencias entre un individuo y otro; más aún, tratándose de regiones normalmente expuestas como brazos, piernas, cuello y cara. Se crean así marcas indelebles que "señalizan" a esa persona, que la frustran interiormente en grado variable y que son origen, muchas veces, de rechazos personales y/o laborales.

Por todo lo expuesto anteriormente es que creemos necesario iniciar el trabajo de obtención de porcentajes de incapacidad para las localizaciones de cara, cuero cabelludo y cuello. Basando nuestra elección en varios factores:

**A)**- La elevada frecuencia de lesiones ubicadas en esas zonas anatómicas; en EE.UU. sobre 939 quemados 71% en M.M.S.S. y 52% en cabeza y cuello; en muchos casos asociadas a otras localizaciones. En el caso particular de los niños creemos importante considerar la relaciones entre las variables altura del niño y la ubicación del agente productor de la lesiones, térmica o traumática (cocina,

mesa, y animales domésticos, etc.).

**B)**- La importancia anatómo - funcional de la zona, por la presencia de los sentidos de la visión, el olfato, el gusto, la audición. Lo cual, por otra parte da lugar, en ocasiones, a secuelas complicadas y graves por la participación de los diversos elementos que compromete.

**C)** - Por constituir la porción inicial del aparato digestivo, se considera a tal fin: las glándulas salivales, los dientes, la integridad del paladar, los mecanismos deglutorios y secundariamente los sentidos de la visión, el gusto y el olfato.

**D)**- Participación en la función fonatoria.

**E)**- Proximidad a las estructuras vitales del sistema nervioso central.

**F)**- Por el valor estético de la extremidad cefálica, en general, y de cada una de sus partes constitutivas, en especial. Además presta ubicación al sistema muscular de la mímica, el cual imprime una particular expresión y fisonomía a cada persona.

**G)**- Valor de la cara como simple método de identificación desde el punto de vista médico - legal e importancia de las secuelas que "marcan" el rostro, como factor de pérdida del anonimato de ese individuo frente a la sociedad al imprimir una "seña particular" que lo acompañará de por vida alterando, de acuerdo con su morfología y en distintos grados, la estética y la armonía facial; que "marca al individuo con un ligero entorno de desagrado y de rechazo en el medio social.

En resumen, intentamos abordar este tema desde la óptica singular de la Terapia Ocupacional y la Cirugía Plástica, resaltando la jerarquía de los aspectos estéticos sin olvidar la complejidad anatómo funcional de una zona altamente especializada como la cara, en la que las secuelas resultantes evidenciarán distintos tipos y grados de déficit.

Como es sabido, existen múltiples tablas y diagramas de valoración y evaluación que se aplican en distintas etapas y en diversas afecciones y zonas del cuerpo, en especial en el paciente quemado, tales como:

**1-** Evaluaciones físico- funcionales: edema, amplitud funcional del movimiento desde el

punto de vista articular y tisular o dérmico, fuerza muscular y su disminución por atrofia o por dolor al movimiento, sensibilidad, procesos psicológicos.

**2-** Independencia personal.

**3-** Valoración de la profundidad.

**4-** Extensión de la quemadura según la regla de los Nueves o Gráfica de Lund Browder.

**5-** Criterios de gravedad, e Índices de Garces.

**6-** Evaluación de la cicatriz, etc.

Desde Terapia Ocupacional hemos visto dificultades en la valoración de las secuelas más allá de consideraciones físico funcionales de fácil dimensionamiento.

Por lo tanto, se propone la utilización de la Tabla de valoración y evaluación de incapacidades, de los Dres. Rizzi, Mastrángelo y colaboradores y sus modificaciones para Terapia Ocupacional; que fija un valor a las secuelas cicatrizales que se observan en los pacientes con lesiones craneofaciales y de cuello. Acentuando la importancia del valor estético de las cicatrices como agente productor de la desventaja socio - cultural y laboral futura.

Se realizó una tabla en la que se consideran cuatro parámetros, asignándose valor numérico a cada uno, en relación a su jerarquía y gravedad, uno de los cuales es fijo y otros varían.

### Los parámetros son:

**I Parámetro:** Topografía de la lesión

Se dividieron cabeza, cara y cuello en nueve regiones topográficas: 1- R. frontal, 2- R. orbitaria, 3- R. nasal, 4- R. bucal, 5- R. mentoniana, 6- R. mejilla, 7- R. auricular, 8- R. cuero cabelludo, 9- R. cuello.

Tomando en cuenta las características de diferenciación, funcionalidad, complejidad y valor estético de cada una de las regiones antes mencionadas, se agruparon las mismas en zonas:

**A:** R de cuero cabelludo, frente, mejilla, mentón y cuello.



**B:** R. auricular.

**C:** R. orbitarias, nasal y bucal.

A cada zona se le dio un valor numérico en proporción a su importancia, tanto para los tejidos duros y semiduros como para los blandos:

**Zona A:** de 5 a 10 %.

**Zona B:** de 10 a 15 %.

**Zona C:** de 15 a 25 %.

Estos números máximos y mínimos de cada zona se calcularán en base a la visibilidad que adopte la lesión; ya sea que esté oculta o disimulada por pelos, surcos, pliegues, etc. o se ofrezcan nitidamente, aumentando por consiguiente su valor antiestético.

**II Parámetro:** Tamaño de la lesión

Es el segundo parámetro a tener en cuenta, y se establecieron tres variantes fundamentales:

**A:** hasta 4 cm. de longitud o diámetro, o hasta 1/3.

**B:** hasta 7 cm. de longitud o diámetro, o hasta 2/3.

**C:** más de 7 cm. de longitud o diámetro, o más de 2/3.

Las equivalencias en números quebrados son para aquellas regiones donde las medidas de longitud no resulten prácticas. Por ejemplo: r. orbicular, nasal, cuero cabelludo.

Los valores asignados a cada zona son:

**A:** de 3 a 5 %.

**B:** de 10 a 20 %.

**C:** de 50 a 100 %.

**III Parámetro:** Importancia de la lesión

Se destacan en este tema los factores de gravedad, evolución, y de posibilidades de recuperación, entre otros; los cuales califican a cada tipo de patología. Se le asignó un valor fijo a cada lesión, que en algunos casos es único y en otros varía de acuerdo con la medida de la secuela. Por ejemplo: todas las cicatrices lineales valen 3 puntos, pero las pérdidas de sustancias nasales valen 50 si ocupan hasta 1/3 y 150 desde 1/3 en adelante. Estas cifras están consignadas por orden alfabético en el cuadro correspondiente.

**IV Parámetro:** Valor estético de la lesión

Si bien es un índice de valoración altamente subjetivo, hemos tratado de minimizar esta condición colocando valores muy distantes entre si. Las cifras son móviles, variando acorde al caso y a la impresión del observador especializado.

**Evaluación final**

La obtenemos sumando todos los valores de los cuatro parámetros analizados y dividiendo por cuatro ese resultado. Así llegamos al porcentaje que se consigna en la tabla.

Razonamiento a seguir en cada caso clínico:

**Caso N° 1:**

- Topografía:	Zonas A y C	25 %
- Tamaño:	más de 7 cm. de diámetro:	100 %
- Lesión:	Cicatrices viciosas:	50 %
- Estética:		100 %
- Subtotal:		275 %
- Total:	275 / 4	68,75 %

**Caso N° 2:**

- Topografía:	Zona A 10%+ B 10%	20 %
- Tamaño :	mayor a 7 cm. de longitud	50 %
- Lesión:	cicatriz viciosa:	50 %
- Estética:		50 %
- Subtotal		170 %
- Total		42 %

Los objetivos perseguidos con este trabajo son:

**1-** Contar con una evaluación práctica de las secuelas estéticas.

**2-** Crear conciencia de la derivación a Cirugía Plástica y a Terapia Ocupacional, en casos que así lo requieran y minimizar las secuelas.

**3-** Normatizar desde Terapia Ocupacional las técnicas a poner en práctica para el tratamiento precoz y efectivo en las lesiones craneofaciales y de cuello.

Cabe consignar que la presente tabla de valoración fue confeccionada con el fin de dimensionar las secuelas, en relación a establecer un porcentaje de incapacidad

laboral y su indemnización correspondiente. En nuestro caso en particular la investigación esta orientada a lograr una evaluación inicial del daño producido por la noxa, establecer pautas de tratamiento y valorar los resultados obtenidos y su injerencia en la desventaja socio cultural y laboral futura del niño. Esta investigación se halla en su etapa preliminar y aún no se ha puesto en marcha su implementación como medio de evaluación.

Esperamos que las modificaciones de la presente tabla y su adaptación a la óptica particular de la Terapia Ocupacional, proporcionen un método práctico y útil, y cubran de alguna manera las expectativas de los colegas que deban intervenir en casos de esta naturaleza.

**Bibliografía:**

- Achauer Bruce. Atención del paciente quemado. Ed. Manual Moderno. México 1988.
- Larson Duane Md., Willis Barbara O.T.R., y cols. Prevención y corrección de las contracturas y de la hipertrofia de cicatrices de quemaduras. Shriners Burns Institute. Universidad de Tejas.
- Rizzi Jorge Md., Mastrángelo Nora y cols. Cabeza y cuello: Tabla práctica para la evaluación de incapacidades en cabeza y cuello en Cirugía Plástica. Hosp. San Roque Córdoba Rep. Argentina Revista Argentina de Quemaduras. 4(1-2): 15-33, (abr.-ago.) 1986.
- Salisbury Roger. Manual de tratamiento en las quemaduras. Salvat 1986 Barcelona.
- Trombly Catherine. Terapia Ocupacional para enfermos incapacitados físicamente. Ed. La Prensa Médica Mexicana. México 1990.

**Presentación de la T.O. María Laura Barcala**

Desde 1992, trabaja en AEDIN (Asociación en Defensa del Infante Neurológico) como asesora de los grupos terapéuticos y a cargo de las terapias individuales de los niños.

## TRATAMIENTO DEL NIÑO CON TRASTORNOS NEUROLÓGICOS. EQUIPAMIENTO DE LOS MIEMBROS SUPERIORES

El tratamiento de los niños en general, más allá de la discapacidad que posean, puede abordarse desde tres enfoques. Dichos enfoques son:

- 1) **Neurodesarrollo**
- 2) **Biomecánico**
- 3) **Rehabilitativo**

1) El enfoque de **neurodesarrollo** busca facilitar el cambio en la integración sensorio - motriz del Sistema Nervioso Central (SNC) de personas con disfunciones neurológicas. Dentro de este enfoque se incluyen distintos métodos de tratamiento basados neurofisiológicamente en el desarrollo. Uno de ellos es el de Neurodesarrollo Bobath. Por medio de este enfoque se busca lograr un cambio en la organización del SNC y, de esta manera, mejorar el funcionamiento general del niño discapacitado.

2) El enfoque **biomecánico** está encaminado a incrementar la fuerza, la resistencia y la gama de movimiento articular. Por lo general se aplica a personas con disfunción del sistema nervioso periférico, o con limitaciones músculo - esqueléticas.

3) El enfoque **rehabilitativo** busca hacer a la persona lo más independiente posible, a pesar de la incapacidad residual que le haya quedado por cualquier razón. La Terapeuta Ocupacional (TO) trata de buscar la forma de compensar las pérdidas en el funcionamiento independiente mediante técnicas y equipos adaptados.

En el tratamiento del niño neurológico preferimos basarnos en el enfoque de neurodesarrollo Bobath, pero también buscamos complementarlo con los otros dos enfoques.

Cuando lo complementamos con el enfoque biomecánico, la TO va a poner la mirada

sobre el equipamiento del niño y va a asesorar sobre el mismo. En un marco amplio, este asesoramiento se refiere a:

- tipo de silla: reclinada o fija a 90°;
- tipo de sujeciones: de pelvis, tronco y pies;
- tipo de mesa: con o sin escotadura, con o sin rebordes laterales, altura y reclinación de la misma;
- necesidad de collar cervical y tipo;
- necesidad de atril o de otras adaptaciones para las diferentes actividades de mesa;
- necesidad de toma de presión pronada o neutra, fijada a la mesa.

"Es importante recordar que, para que los miembros superiores puedan funcionar óptimamente, necesitan una base estable, especialmente a nivel de pelvis y tronco, y también la mayor alineación posible para que no se limite el rango de movimiento de los mismos."

En forma específica, la TO se encarga del equipamiento de los miembros superiores (MMSS). Actualmente estamos equipando niños que presentan diferentes compromisos:

- a) espasticidad en un cuadro puro o en cuadros mixtos. Es decir: espasticidad con atetosis o atetosis con espasticidad;
- b) fijaciones que llevan a contracturas y

deformidades. Por ejemplo: niños con cuadro de coreoatetosis que fijan una articulación en una posición para ganar control de sus movimientos en otras partes de su cuerpo;

c) manos "caídas", por lo general en flexión de muñeca por acción de la gravedad, por ejemplo: en niños hipotónicos y/o con retraso mental severo.

Motivos de trastornos en el desempeño de los MMSS en el niño con PC:

- alteraciones del tono
- asimetrías
- reacciones asociadas
- problemas asociados a la PC: cognitivos, perceptuales, sensoriales, conductuales, otros

Patrón original  
(Alteraciones del tono)



### **Actitud del M. Superior con hipertrofia**

- hombro: aducción, rotación interna y antepulsión
- codo: flexión
- antebrazo: pronación
- muñeca: flexión y desvío cubital
- mano: cerrada o con dedos en extensión

### **Limitaciones funcionales**

- limitado alcance de la mano en el espacio
- pobre movilidad
- alteraciones en las AVD, Ej.: alimentación
- pobre adecuación de la mano al objeto
- fuerza de presión disminuida
- pobre estereognosia
- poco espacio para el objeto dentro de la mano



### Músculos frecuentemente afectados

- |   |   |
|---|---|
| - hombro: en aducción, rotación interna y antepulsión | - pectoral mayor                                      |
|   | - subescapular  |
|   | - dorsal ancho  |
|   | - redondo mayor                                       |
|   | - deltoides   |
| - codo: en flexión                                    | - biceps  |
|   | - supinador largo                                     |
|   | - braquial anterior                                   |
| - antebrazo: en pronación                             | - pronador redondo                                    |
|   | - pronador redondo                                    |
|   | - pronador cuadrado                                   |
| - muñeca: en flexión y desvío cubital                 | - cubital anterior                                    |
|   | - palmar mayor  |
|   | - palmar menor  |
| - mano: en flexión de dedos                           | - flexor común profundo                               |
|   | - flexor común superficial                            |
| - pulgar: en flexión y aducción                       | - por predominio de la <b>musculatura extrínseca:</b> |
|   | flexor largo del pulgar                               |
|   | - por predominio de la <b>musculatura intrínseca</b>  |
|   | flexor corto del pulgar                               |
|   | aductor del pulgar                                    |
|   | oponente del pulgar                                   |
|   | primer interóseo dorsal                               |

Durante la **actividad funcional** de la mano en el niño neurológico se observa a veces:

- uso de sinergia flexora para abrir la mano: la flexión de muñeca se acompaña de extensión de dedos.
- uso de sinergia extensora para cerrar la mano: la extensión de muñeca se acompaña de flexión de dedos.
- diferentes posiciones del pulgar. Por ejemplo: por predominio de la musculatura extrínseca:
  - hiperflexión de la falange distal del pulgar, porque el flexor largo del pulgar flexiona la falange distal y luego aduce el pulgar.
- por predominio de la musculatura intrínseca:
  - hiperflexión e hiperaducción de la falange proximal del pulgar y del metacarpiano,

junto con extensión o hiperextensión de la falange distal, por la acción de los músculos cortos del pulgar.

### EQUIPAMIENTO PARA LOS MIEMBROS SUPERIORES

Cuando hablamos de equipamiento de los miembros superiores nos referimos principalmente a las férulas y a los yesos progresivos. Ambos los confeccionamos artesanalmente en el consultorio de TO. Sólo excepcionalmente y por razones muy específicas indicamos la elaboración de las férulas a un técnico ortesista; en el caso de los yesos progresivos solicitamos el seguimiento y/o control de los mismos por un médico neuro-ortopedista.

**1) Férulas:** En líneas generales las podemos clasificar en:

**a) Estáticas:** son las que no tienen partes

móviles. Pueden mejorar la función o corregir deformidades mediante la elongación de los músculos. Ejemplos: codera en material termomoldeable, férula completa de reposo, cock-up, etc.

**b) Semidinámica:** Son las que tienen alguna parte blanda que permite ciertos movimientos. Ejemplos: guante de neoprene, anillo de neoprene, etc.

**c) Dinámicas:** Tienen partes móviles como bandas elásticas para ayudar a la mano a corregir el desbalance muscular, aumentar el rango de movimiento y mejorar la alineación. Éstas son comúnmente usadas en fracturas o lesiones de nervios periféricos.

**2) Yesos progresivos** Se indican por lo general en niños que tienen un grupo muscular con una importante contractura o acortamiento. Los yesos provocan una fuerte elongación. Son inicialmente colocados en un rango submáximo (de 5 a 10 grados menos) y se aplican 4 o 5 veces consecutivas, manteniéndolos colocados cada uno entre 4 y 7 días. Luego de sacarlos se mantiene el rango articular logrado con férulas bivalvadas o univalvadas, se indica movilización articular periódica y se trabaja para fortalecer el grupo muscular antagonista. El yeso puede incluir codo; codo y muñeca; muñeca; muñeca y pulgar; o codo, muñeca y pulgar.

### OBJETIVOS PARA INDICAR EL USO DE UNA FÉRULA

#### 1) Prevención o corrección:

Se indican para prevenir o corregir deformidades provocadas por contractura muscular, posicionando la articulación en una correcta (o casi correcta) alineación, para mantener el rango de movilidad ganado en la movilización pasiva. Ejemplo: férula completa de reposo.

**2) Protección:** Usadas para proteger los músculos débiles del sobreestiramiento y,



por consiguiente, prevenir de contracturas a sus antagonistas, reduciendo o previniendo el incremento del desbalance muscular. Ejemplo: cock-up.

**3) Función:** Se colocan para aumentar el uso funcional del miembro afectado, ya que la férula provee soporte y protección a los músculos débiles, y da estabilidad proximal para tener un mayor control distal. Ejemplo: anillo de oposición del pulgar en material termomoldeable.

Sin embargo, una férula de mano puede ser prescrita para más de un objetivo. Una férula puede ser un equipo de posicionamiento para mejorar la función durante el día y un equipo correctivo durante la noche; o un mismo niño puede tener dos o más férulas que cumplan diferentes funciones.

En algunos casos en que los niños han aprendido a realizar actividades con sus manos en base a patrones patológicos, requerirán una *reeducación de las prensiones con la férula*.

Puede suceder que el niño logre realizar la función requerida en forma inmediata, al tener un mejor posicionamiento articular gracias a la férula, o que la misma no ocasione el resultado esperado, a causa del hábito producido por patrones no deseables, siendo en este caso la reeducación de las prensiones un objetivo a trabajar.

### CONSIDERACIONES PARA LA CONFECCIÓN DE UNA FÉRULA

A la hora de confeccionar cualquier tipo de equipamiento para los MMSS es importante tener en cuenta ciertos conceptos anatómicos - fisiológicos, por ejemplo:

**a)** recordar que los arcos de la mano son fundamentales para poder realizar una función eficiente (arco proximal transverso, arco distal transverso, arco longitudinal, arcos oblicuos), por lo que el aplanamiento de los mismos limita severamente la posibilidad de hacer diferentes tipos de prensión;

**b)** observar los pliegues de la mano, especialmente:

- pliegue transverso palmar distal
- pliegue tenar

**c)** también deben recordarse las posiciones normales de relajación, descanso y función, para luego elegir una correcta posición de inmovilización.

POSICIÓN DE	RELAJACIÓN	DESCANSO	FUNCIÓN
antebrazo	pronación	pronación	semipronación
muñeca	flexión máxima	10° a 20° de extensión	30° a 45° de extensión
dedos	extensión	suave flexión	35° a 50° de flexión
pulgar	aducción	abducción parcial, opuesto al pulpejo del dedo índice	abducción, opuesto al pulpejo de los cuatro dedos

### POSICIÓN DE INMOVILIZACIÓN

**a) Codo:** Usualmente las limitaciones se encuentran para lograr la extensión completa de esta articulación, por lo cual se inmoviliza en el rango submáximo ( 5° menos) logrado durante la movilización pasiva.

**b) Muñeca:** La estabilidad de la muñeca es esencial para la función óptima de los músculos de la mano, y la posibilidad de extensión de la muñeca es crítica para lograr prensiones eficientes y fuertes. Cuando la muñeca está en flexión por déficit muscular los tendones extensores se elongan, el arco metacarpal transverso se aplanan, y el pulgar es llevado adentro de la palma de la mano. Para impedir esta posición no funcional y la potencial deformidad, la muñeca debería ser ferulada en leve extensión (de 20° a 30°). Esto dependerá de la disfunción particular, de las limitaciones articulares presentes en ella, del grado de sensibilidad muscular, y del objetivo del ferulado.

"En los niños con trastornos neurológicos con acortamiento de la musculatura flexora de la muñeca, es necesario ferular en 0° de flexo-extensión de la misma, para que el niño pueda continuar abriendo la mano y/o

realizando prensiones".

**c) Mano:** En la posición de función los músculos están en la mejor posición mecánica para la función eficiente, por lo que es sumamente deseable ferular la mano en una posición tan cerca de la posición funcional como fuera posible.

- *Articulación metacarpofalángica (MCF):* son las articulaciones clave para la función de los dedos. La habilidad de estabilizarlas en un punto de su rango de flexión es fundamental para la prensión.

En caso de hiperextensión deben ser feruladas entre 30° y 80° grados de flexión, dependiendo de la disfunción particular y de los objetivos del ferulado.

- *Pulgar:* es el elemento más valioso de la mano. El 60 % de la función de la mano depende de él. La oposición del pulgar es fundamental para casi todas las formas de prensión.

Las férulas de mano son usadas a menudo para estabilizar y posicionar el pulgar apropiadamente, y así poder lograr algunas de las formas de prensión, por lo que se lo debe posicionar en abducción y oposición.

Usualmente, en los niños neurológicos, el flexor corto y aductor del pulgar están muy tensos, por lo que en las férulas cock-up no se debe dejar totalmente libre la eminencia



tenar.

Algunos niños, por el aumento de tono de la eminencia tenar, comienzan a desarrollar hipermovilidad en las articulaciones MCF e interfalángica del pulgar, debido a que tratan de llevar el pulgar hacia afuera de la palma. Es importante en estos casos que la férula establezca la articulación trapecio-metacarpiana.

**MODELOS DE FÉRULAS**

OBJETIVOS	TIPOS	
	Codo	Mano
1. Corrección	- codera en material termomoldeable	- férula de reposo completa
2. Protección	- codera en tela ballenada	- cock-up con barra en C
3. Función		- cock-up con barra en C - anillo de oposición en termomoldeable - anillo de neoprene - guante de neoprene

**TIEMPO DE USO**

Cuando indicamos férulas que tienen por objetivo la corrección o protección, aconsejamos usarlas con un "esquema de uso intermitente" e "intercalado". Por ejemplo, si ambas manos están feruladas, indicamos usarla durante dos horas alternando con una o dos horas de descanso, mientras se le coloca la férula a la otra mano, cumpliendo períodos de cuatro, seis, ocho, diez o doce horas diarias, según el grado de espasticidad o contractura.

Cuando es tolerado por el niño indicamos el uso nocturno, especialmente cuando hay retracciones musculares, es decir, cuando no se completa el rango articular durante la movilización pasiva.

Es importante combinar el uso de férulas de reposo con movilización pasiva articular en todo el rango posible y movilización de tejidos blandos.

Cuando ceden los acortamientos se reforma la férula posicionando la articulación en

una mejor alineación de acuerdo a los grados ganados. Para esto muchas veces debe esperarse varios meses.

En el caso que el niño esté equipado con férulas para asistir a la función indicamos solamente el uso diurno, y durante los momentos en que el niño realiza actividades de la vida diaria, escolares o durante el juego.

**ELECCIÓN DEL MATERIAL**

Como aún no hay medios uniformes para medir espasticidad, y, además, hay niños que presentan variabilidad del tono, la elección del material está relacionada con una selección personal y, aún, subjetiva. Actualmente estamos confeccionando las férulas con material termomoldeable a baja temperatura, con memoria y con diferentes espesores y cantidad de perforaciones, prefiriendo, obviamente, las de menor espesor para las férulas de función.

**Bibliografía**

- Kapandji .Cuadernos de Fisiología Articular. Tomo de MMSS. De Mason, Barcelona. IV edición, 1982. V reimpresión 1993
- Elaine Ewing Fess, O.T.; Cynthia A Phillips, O.T.. Hand Splinting. Principles and Methods. 1987
- Lorraine William Pedretti. Artículo: Hand Splinting.
- Hoppenfeld. Physical Examination of the Spine and Extremities.
- Viladot. Ortesis y Prótesis del Aparato Locomotor. De. Mason, Barcelona. 1992
- Catherine Trombly. Terapia Ocupacional para enfermos incapacitados físicamente. Ed. La Prensa Médica Mexicana. 1990.
- Yasukama A. Development of Hand Skills in Children. Capítulo 8: Upper Extremities Casting in Cerebral Palsy (Editado por la AOTA). 1992

# De Producción Nacional

## EL DERECHO A TENER DERECHOS. POBREZA Y DISCAPACIDAD por Milagros Demiryi\*

Trabajo presentado en las VII Jornadas de T.O. del Hospital J.T. Borda (octubre '97) y en el I Simposio Argentino de terapia Ocupacional Pediátrica (diciembre '97)

### 1-INTRODUCCIÓN

Sustentar un modelo de concepción integral de los derechos humanos es reafirmar el carácter indivisible e interdependiente de los derechos fundamentales y su necesidad de ser reconocidos y protegidos. Según A. Magendzo: "se plantea la necesidad de dar cabida a un paradigma de racionalidad distinta a la racionalidad instrumental, que permita develar las contradicciones que subyacen a ésta. Desde este punto de vista, aproximarse a los derechos humanos implica abandonar los modelos de pensamiento dicotómico para favorecer un conocimiento integrador en el cual tengan cabida lo subjetivo y lo objetivo, el orden y el desorden, lo particular y lo universal, lo individual y lo social, lo racional y lo irracional." La Asamblea Constituyente, que en 1994 reformara la Constitución Nacional, incorporó en ésta algunos principios, declaraciones y normas de los Derechos Humanos, otorgándole jerarquía constitucional. Este hecho constituye un paso de enorme trascendencia para la vigencia y libertades fundamentales de las personas, a partir del cual los jueces ya no podrán desconocer el derecho internacional en la administración de justicia, ni fundamentar la invalidez jurídica de textos tales como la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Convención Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, entre otros. Sin embargo, la sola aprobación formal no garantiza el ejercicio de estos derechos. Se plantea la necesidad de su vigencia en la vida cotidiana.

Los llamados "derechos de la segunda generación" comprenden los derechos sociales, económicos y culturales. Tocaban las necesidades más elementales de las personas tales como: alimentación, trabajo, salud.

La realidad actual de nuestro país, desnuda crudamente la distancia que existe entre el plano formal y el real, respecto al estado de estos derechos.

La O.M.S. en su Declaración de Alma Atta (1978), dice: "la salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades; es un derecho fundamental cuyo más alto logro constituye un objetivo social, exigiendo la intervención de muchos otros sectores sociales, además del de la salud."

Salud y enfermedad son categorías conceptuales encuadrables en la teoría de construcción social. Esto abarca su representación y significación junto con las prácticas y su articulación en el contexto que operan.

El carácter indivisible de los derechos humanos es análogo al de integralidad de toda persona.

El marco conceptual precedente constituye el soporte teórico de la experiencia que a continuación se presenta

### 2- PRESENTACIÓN DEL CASO

En Santa Fe, en el mes de Agosto de 1996, una pareja muy humilde acude al Movimiento Ecuménico por los Derechos Humanos, solicitando asesoramiento jurídico. Denuncian que, por disposición del Juez de Menores, habían sido despojados de la tenencia de tres de sus hijos (de 11, 3 y 1 año y medio de edad). Relatan la historia familiar que sintéticamente es la siguiente: la pareja había tenido hasta ese momento doce hijos y uno en camino, porque la mujer se encontraba embarazada.

Sólo una hija había quedado a cargo de ellos. Una niña de 11 años, que padece epilepsia y que nunca fue retirada del lado de sus padres. De los demás hijos, uno falleció siendo pequeño y los otros fueron retirados sistemáticamente por orden del Juez de Menores, en distintas situaciones. Relatan haber firmado papeles de los que desconocen su contenido por no saber leer ni escribir. Ambos padres tienen retraso mental.

### 3- DESARROLLO DEL CASO

El Movimiento Ecuménico por los Derechos Humanos (MEDH), decide actuar en la causa

después de haber constatado la posibilidad de una decisión judicial injusta. Al momento de presentarse su asesor legal, la causa ya estaba para fallo.

Previendo, dadas las circunstancias, un fallo desfavorable y, a fin de evitar la separación de padres e hijos, se propuso al Juzgado como solución intermedia, que se le diera la tenencia de los niños a una familia del barrio. El Juez no rechaza esta propuesta pero dicta la resolución disponiendo privar a los padres de la patria potestad sobre los dos niños más pequeños, quedando éstos "bajo la protección del Patronato Estatal" y quitarles la tenencia sobre el mayor, que debía quedar "bajo el sistema de Institutos Proteccionales".

El fallo, en su fundamento, sostenía que los padres carecían de capacidad para criar a sus hijos por padecer alteraciones mentales, conforme al dictamen de pericias médicas realizadas que caracterizaban como debilidad mental leve la del padre y profunda la de la madre. Se invocaba como causales el art.307, inc. 2 y 3 del Código Civil y arts. 3, 6, 9, 19 y 20 de la Ley 23.349.

La defensa apela inmediatamente este fallo ante el Superior. El expediente pasa a la Sala Penal Tercera de la Cámara de Apelaciones, en virtud de la Ley 11.452 (Art.141), que ya había entrado en vigencia.

Durante este lapso, Terapia Ocupacional comienza a realizar una evaluación de las capacidades funcionales de la pareja, para determinar si están en condiciones de desempeñar los roles parentales.

Las partes son citadas a la audiencia que prevé el art. 114 de la Ley 11.542. En esa oportunidad el asesor legal del MEDH, en su condición de apoderado de la familia, sostiene que no obstante las deficiencias mentales que padecen, los padres de los menores están en condiciones de ejercer su función parental. Como lo demuestra el hecho de que tienen a su cargo una hija de 10 años, que padece epilepsia y una bebita de meses, cuya crianza se desarrolla sin problemas, teniendo ambas la mejor atención y cuidados que los padres pueden proporcionar desde su modesta condición. Destaca también la lucha de estos padres por recuperar a sus hijos, el cariño que le profesan y otras circunstancias no tenidas en cuenta por la resolución del Juez

Inferior.

Fundado en el art. 116 de la ley 11.452, solicita a la Sala disponga como medidas de mejor proveer, las siguientes: Informativa; Inspección ocular; Documental y Testimonial.

La documental para que se recepcione el documento elaborado por la terapeuta ocupacional, que contenía el estudio mencionado anteriormente.

La testimonial, para que depongan la terapeuta ocupacional y un miembro de la vecinal, respecto al trato que recibían los niños y su desarrollo en el hogar.

La Asesora de Menores, por su parte, defendió los fundamentos del fallo de primera instancia, oponiéndose a las medidas de mejor proveer, salvo el documento de la terapeuta ocupacional. La Sala dispuso aceptar las medidas, a excepción de la Informativa y fijó fecha de nueva audiencia.

Constituida nuevamente, deponen los testigos propuestos por la defensa.

Es de hacer notar aquí el particular interés que despertó en los Jueces de la Cámara, el informe efectuado por terapia ocupacional.

La Sala Tercera de la Cámara de Apelaciones, con fecha 30 de mayo de 1997, resuelve el caso revocando la sentencia del Juez de Menores, resolviendo la restitución de la patria potestad y la tenencia de los niños a sus padres.

El fallo, entre sus fundamentos, invoca la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño y en los considerandos, menciona en particular, el contenido del informe de la terapeuta ocupacional y las apreciaciones de su testimonio.

Este fallo sienta jurisprudencia en la justicia santafesina.

Días después, los niños son restituidos a sus padres

#### 4 - ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

En la experiencia presentada se ha trabajado con una metodología participativa, a manera del sistema de redes, consistente en interconectar nodos, promoviendo los intercambios en la mayor cantidad de direcciones posibles, con la implicancia de romper fronteras (institucionales, disciplinares) y producir espacios de acuerdos,

consensos y coordinación.

De modo tal que el caso que inicialmente llegó al Movimiento Ecueménico por los Derechos Humanos, es llevado al grupo Santa Fe por la Defensa de los Derechos del Niño y del Adolescente (auspiciado por UNICEF). La Vecinal del barrio donde vive esta familia, tomó contacto con el MEDH luego de entrevistarse con el Juez de Menores, por iniciativa propia y en reclamo de una solución justa al caso.

Todas estas instituciones confluyen luego en una reunión de la Vecinal, en la que participan vecinos y otras personas, entre ellos asistentes sociales que habían intervenido años atrás en el caso.

En esta reunión surgen dos propuestas:

- Presentar una propuesta transitoria al Juzgado. Consistía en que una familia del barrio asumiera la crianza de los niños. Esta familia estaba dispuesta a que los padres estuvieran en contacto con los niños.

- Realizar una evaluación de terapia ocupacional sobre las capacidades funcionales de la pareja. El objetivo de la primera propuesta perseguía evitar la institucionalización de los niños con la consiguiente desintegración familiar, sostenida desde la movilización de recursos de la comunidad, dado que eran los vecinos del barrio quienes estaban dispuestos a acompañar y apoyar a esta familia.

La propuesta de terapia ocupacional tenía como objetivo clarificar cuáles eran las capacidades de estos padres, dado que en la resolución judicial (apoyada en intervenciones de diversas instituciones) el énfasis estaba puesto en sus discapacidades, mientras que en su desempeño cotidiano y en los relatos de los vecinos, aparecían fuertes indicios de la existencia de destrezas de desempeño competentes con el rol de padres.

#### 5- METODOLOGÍA DE TERAPIA OCUPACIONAL PERITAJE: EVALUACIÓN Y PROPUESTA

Se tomó el Modelo de la Ocupación Humana como marco teórico de referencia.

Para realizar la evaluación, se seleccionaron del Modelo, los siguientes instrumentos:

- Entrevista Histórica del Funcionamiento Ocupacional (o.p.h.i)
- Chequeo de Roles ( R. CH)

La confiabilidad y validez de tales protocolos fueron considerados elementos de peso previendo que este trabajo podría adquirir el carácter de peritaje de parte. El proceso de evaluación, focalizado en el desempeño del rol de padres, se realizó en el lapso de dos meses. Los resultados indicaron que, de acuerdo con la escala de puntaje, la pareja posee un nivel de función correspondiente al de Competencia. Caracterizado por: Un alto standard de comportamiento. Capacidad para resolver problemas. Objetivos ocupacionales claros: ser padres y trabajadores. Discriminación con gran potencia de las actividades de interés principal: crianza de los hijos, hogar y trabajo. Un patrón de participación en roles que gira alrededor de la familia y el trabajo. Y una rutina diaria organizada en relación a las actividades de interés, con ejecución autónoma, que apoya la participación de ambos en los roles de vida de mayor valor. Las habilidades mutuas (de la pareja en cuestión), se integran en esta rutina con función satisfactoria. Su desempeño ocupacional no evidencia ser interferido por el retraso mental, encontrándose más comprometidas las habilidades de procesamiento de la madre (RM Moderado) que las del padre (RM Leve). El ambiente social, en particular las instituciones con las que se relacionaban con sus hijos, aparece como el factor de mayor interferencia. Las innumerables intervenciones sociales y judiciales producidas durante los últimos diez años, han generado un circuito desadaptativo caracterizado por alto control externo del ambiente, en detrimento de la autonomía personal y familiar. La forma de vida de la pareja resulta congruente con la cultura predominante en su ambiente y coherente con su historia y origen. Sobre esta base, se propone que estas personas se beneficiarían con una intervención de Terapia Ocupacional (en el marco de un trabajo coordinado con otras disciplinas e instituciones), dirigida a facilitar el desarrollo de nuevas habilidades, acompañar y monitorear en el ejercicio del rol de padres.

## 6 - CONCLUSIONES

Para quienes participamos de esta experiencia,

ella ha resultado una cantera de aprendizajes. Los derechos humanos como basamento ético de una praxis de transformación, se convirtieron en el paradigma articulador.

Emprendimos la búsqueda de solución a problemas viejos, comenzando a transitar caminos nuevos.

El protagonismo activo de los directos afectados, en particular la actitud de lucha por recuperar sus hijos. Las expectativas de éxito de los padres, sustentadas en el esfuerzo propio y reforzadas por la movilización y compromiso de instituciones y personas de la comunidad. La actitud de servicio de entidades de derechos humanos y de profesionales de distintas disciplinas. El aporte de la comunidad barrial con sus saberes de vida. Motorizaron esta modalidad comunitaria e interdisciplinaria. Abogacía diseñando una estrategia de defensa innovadora, terapia ocupacional interviniendo en el ámbito de la justicia y sentando precedente en un campo de trabajo nuevo.

Hemos comprobado una vez más que los derechos se construyen cotidiana y colectivamente. Este es el desafío asumido por quienes conservamos sueños, ilusiones y utopías. Nuestro aporte a la justicia lo ha sido también a la salud y al bienestar de esta familia, quienes descubrieron que tienen derecho a tener derecho.

## PARTICIPARON DE ESTA EXPERIENCIA

- Asociación Vecinal Barrio Santa Rosa de Lima
- Grupo Santa Fe para la Defensa de los Derechos del Niño y del Adolescente
- Movimiento Ecuménico por los Derechos Humanos. Asesor Legal: Dr. Francisco Millán.
- Marcela D'Angelo. Terapeuta Ocupacional. Dirección Pcial. Menor y Familia.

### GRUPOS DE ESTUDIO

- 1) Actividad e incapacidad
- 2) Intervenciones en T.O.
- 3) Análisis de la actividad

Material teórico y clínico

Terapeuta Ocupacional  
María Rita Martínez Antón

Tel (01) 432-6040

Consulte por actividades en el interior

## AGRADECIMIENTOS

A Carmen G. De Las Heras (MS, OTR/L), quien desde Chile brindó su desinteresado apoyo y orientación y a la colaboración de Daniela Beltramo (T.O.).

## Bibliografía

- De las Heras, Carmen G. MS, OTR/L. 1996. Manual Rehabilitación y Vida. Modelo de la Ocupación Humana. Producido por Reencuentros. Centro de Rehabilitación psico-social. Santiago. Chile.
- Magendzo, Abraham. 1997. Una mirada a la educación en derechos humanos en América Latina. Ponencia realizada en el Seminario de Educación en DDHH. Publicada en Rev. Proyecto de Educación en derechos humanos. Amnesty International. Argentina.
- Rice, Patricio. 1990. Curso introductorio para el trabajo de defensa y promoción de los derechos humanos. Ediciones del Movimiento Ecuménico por los Derechos Humanos. Argentina.
- Salvioli, Fabián (compilador). 1995. La Constitución de la Nación Argentina y los derechos humanos. Un análisis a la luz de la Reforma de 1994. Ediciones del Movimiento Ecuménico por los Derechos Humanos. Argentina

\* Terapeuta Ocupacional. Coordinadora Regional del Movimiento Ecuménico por los Derechos Humanos- Santa Fé

## Materia

### Prima

### Actividad

### Lenguaje particular

Lic. en T.O. Liliana Paganizzi

110 páginas

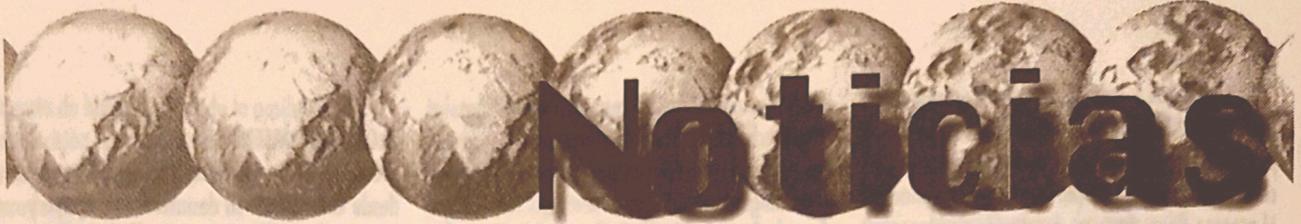
Ed. independiente

\$15.-

Solicite su ejemplar enviando

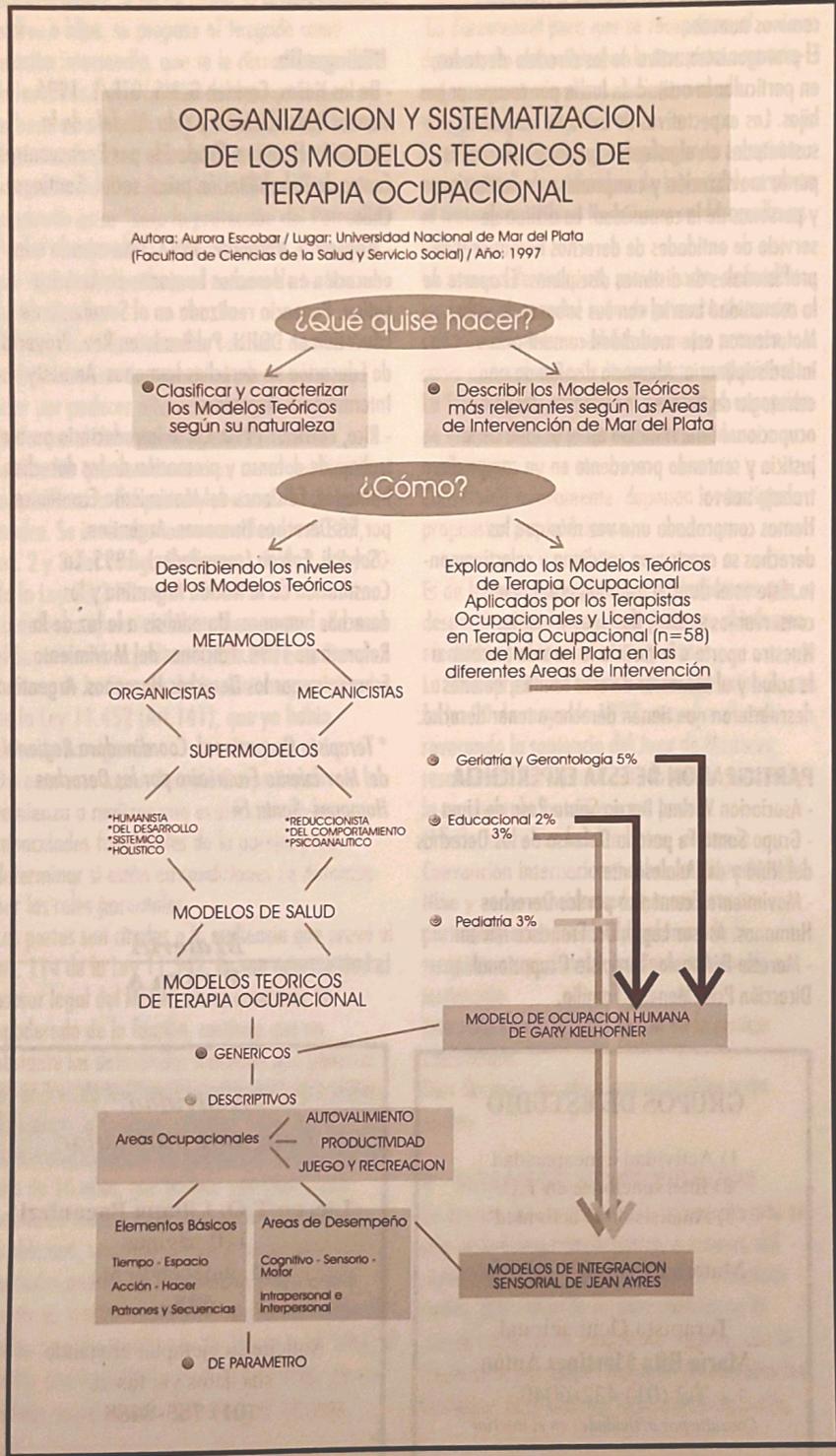
sus datos vía fax al

(01) 785-8488



## ORGANIZACION Y SISTEMATIZACION DE LOS MODELOS TEORICOS DE TERAPIA OCUPACIONAL

Autora: Aurora Escobar / Lugar: Universidad Nacional de Mar del Plata (Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social) / Año: 1997



### POSTER

Poster presentado por nuestra colega marplatense Aurora Escobar, como tema libre en el V Congreso Brasileiro y IV Simposio Latinoamericano de T.O.- Brasil. Está basado en el trabajo de investigación "Organización de los Modelos Teóricos de Terapia Ocupacional", realizado como trabajo de tesis.

Puede comunicarse a: Della Paolera 2266 C.P. 7600-. Mar del Plata - Argentina- Tel: (032) 797139

### PREMIO

El Comité Organizador del I Simposio Argentino de Terapia Ocupacional Pediátrica instituyó el PREMIO "Lic. en T.O. Alicia Patrizzi" para distinguir al trabajo que reuniera: mayor Interés, Mérito Científico, Originalidad, Claridad de Texto y Relevancia.

Dicha mención se instituye a partir de ahora para los próximos eventos científicos vinculados con la niñez.

En esta ocasión, aplaudida unánimemente por los presentes, fue la T.O. Verónica Paradera quien recibiera esta distinción, por su presentación: "Terapia Ocupacional en Intervención Temprana en Pacientes Neurológicos". En un clima emotivo se explicaron las razones por las cuales el Comité decidió que éste fuera el premio (ver "DE UNO EN UNO...") y ante la presencia de familiares y ex compañeros de trabajo de Alicia Patrizzi se brindó homenaje a quien ha marcado a una generación de terapeutas ocupacionales, haciendo importantes aportes a la profesión desde su ejercicio cotidiano.

### AMTO

Nos pareció oportuna la sugerencia de nuestra colega Gladys Cangini de realizar un encuentro de T.O. de la Pcia. de Bs. As. una vez finalizado el Simposio de T.O. Pediátrica.

Como es de conocimiento público, al disolverse la ATOPBA (Asociación de T.O. de la Pcia. de Bs. As.) con sede en la ciudad de La Plata, las Asociaciones que nuclean a los colegas de la Pcia. son las de Mar del Plata, Necochea y Bahía Blanca. Los

temas tratados fueron: estrategias a seguir en los convenios con Obras Sociales, Ley de ejercicio profesional, problemática del área de geriatría y situación de T.O. en el Ministerio de Salud de la Pcia. Luego de la presentación de los temas se abrió el debate sobre los distintos puntos y se establecieron las modalidades de trabajo a seguir. El momento actual de la Argentina es por demás complicado y requiere de mucha cohesión grupal. Nos pareció oportuno que los T.O. que trabajan o viven en la Pcia. de Bs. As. se acerquen a alguna de las asociaciones provinciales y participen de las discusiones que se plantean.  
(T.O. Ana Cociolone, Presidente)

### FEDERACIÓN ARGENTINA

El 13-12-97 se realizó en la Asociación Argentina de Terapeutas Ocupacionales una reunión de delegados de asociaciones. El objetivo básico fue la incorporación de delegados provinciales a la Comisión Directiva de la AATO.

Se propuso que la AATO pueda transformarse en una Federación, con representantes de todo el país, con sede en Capital Federal y que, al modificar el estatuto, se tenga en cuenta la personería civil y también la gremial. La AATO conservaría los cargos ejecutivos por elección (presidencia, tesorería y secretarías administrativa, científica y gremial) y el resto de los cargos (vicepresidencia, 4 vocales y 4 vocales suplentes) estarían ocupadas por las otras asociaciones, comprometiéndose la nueva Comisión a convocarse en forma cuatrimestral, en diferentes lugares del país.

El cronograma propuesto es: llamado a Asamblea Extraordinaria de las diferentes asociaciones, (marzo-abril). El temario será: 1) transmisión de la información de la reunión del día 13-12-97; 2) elección de un representante para intervenir en la nueva Comisión de la Federación Argentina, 3) elección de la nueva entidad gremial a la cual adherirse una vez obtenida la personería gremial. La AATO conservará un Comisión de transición hasta Julio, fecha prevista para la fundación de la nueva entidad.

(Extraído del Boletín de la AATO)

### REUNIÓN

La 1era. Reunión Nacional de Carreras de Terapia Ocupacional será realizada el 17 de abril de 1998, de 9 a 18 HS., en la Universidad Nacional de

Quilmes.

Está dirigida a Directores de las diferentes Carreras de Terapia Ocupacional y presidentes de las Asociaciones de Terapeutas Ocupacionales del país. El programa contempla: discusión de planes de estudio, futuras reformas, título a otorgar, prácticas clínicas, programas de extensión e intercambio, proyecciones futuras para Cursos de Post-grado, Maestrías y Doctorados.

### RESIDENCIAS 1998

Dirigirse a la Dirección de Capacitación, Av. Las Heras 2670 - Capital, de Lunes a Viernes de 9 a 12 Hs.

Cronograma de inscripción de profesionales del equipo de salud - Terapia Ocupacional:

-2 al 6 de marzo : letras A-N

-9 al 13 de marzo: letras O-Z

### VARIOS

- Se realizará el II Congreso Internacional de Promoción de la Lectura y el Libro, en el marco de la 24ª Exposición Internacional del Libro, que se realizará entre el 17 y 19 de abril, en Capital Federal

- Videoteca de Buenos Aires  
Comprende 2100 documentos.

Sarmiento 1551 2º p Capital (10 a 18hs)

Tel (01) 374-1251/9 int.270

### BECAS

Fundación Aragón - Avda. Alicia Moreau de Justo 1750, 1º C Tel. (01) 312-0055

Comisión Fulbright - Viamonte 1653 2º p.

Tel (01) 811-1494 / 814-3561

Oficina de Becas al Exterior, de Cancillería -  
Corrientes 327, 3º p (15 a 17 hs.).

Tel. (01) 310-6700

### Concurso:

"Fundación Obligado"

Trabajo Científico sobre Parálisis Cerebral

Plazo de recepción hasta el 30 de junio

Premio \$ 3000.- y Diploma

Informes: Av. Callao 1924 P.B.

Tel.Fax: (01) 807-6014 de 12 a 16 hs.

### Hemos recibido en nuestra redacción:

- Revista N°7 de la Asociación Colombiana de Terapia Ocupacional

- Revista N°0 Año 1 ABC, de la Asociación de

Artistas de Almagro, Boedo y Caballito

### LEY DE EJERCICIO PROFESIONAL Y COLEGIACIÓN

*Ante las inquietudes recibidas en relación al proyecto de Ley de Ejercicio Profesional y de Colegiación de la Provincia de Buenos Aires, presentado a la Honorable Cámara de Diputados, Materia Prima viajó a la Ciudad de Mar del Plata. El 10 de febrero la Lic. Ana Cociolone y a la T.O. Ana Auzmendiá, Presidente y Tesorera, respectivamente, de la AMTO nos recibieron gentilmente.*

*Las colegas nos cuentan:*

**A.C.:** el proyecto de Ley se presentó a fines de 1996 y es el mismo que se formuló en 1985, año que ingresó a la cámara. Siguió paso por algunas comisiones, pero después la Ley ingresó en archivo... porque no se siguió trabajando sobre ella, no se siguió "moviéndola".

La Ley exige bastante trabajo. Hay que estar en La Plata y hablar con los legisladores ya que va pasando por distintas comisiones y pueden llamar para pedir alguna aclaración sobre algunos puntos que no se entiendan.

Hoy pensamos que es una urgencia tener una Ley de ejercicio Profesional y un Colegio.

### ¿Cuál fue la necesidad de aunar en un mismo proyecto la ley de ejercicio profesional y la existencia de un Colegio?

**A. C.:** porque una vez sancionada la Ley, el otro punto es quién va a regular y controlar lo que esa ley diga. Por eso, Ley y Colegio son dos proyectos que van de la mano. Así lo vemos y así lo entendimos. Una vez que se sancione se forma el colegio. Este tendrá que velar por el cumplimiento de esa ley. La situación actual de depender del Ministerio de Salud, no garantiza absolutamente nada, ni siquiera que sea bien cuidado el ejercicio de la profesión. El hecho es que no tenemos Ley en la Pcia. de Bs. As. y es bastante grave porque, ante todo, hay que ver que estamos trabajando en una situación de total desamparo.

### ¿ Cuando hablás de incumbencias te referís a las de Licenciados en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata?



**A.C.:** no, las incumbencias son las aprobadas por el Ministerio de Educación de la Nación para todas las carreras de Universidades Nacionales, donde se establece cuáles son las de Terapeuta y cuáles las de Licenciada, que hay cierta diferencia.

En el primer proyecto que hicimos estaban las incumbencias pero los diputados nos dijeron que en el cuerpo de la ley no van las incumbencias y, ante situaciones de conflicto, se hace referencia a las incumbencias que aprueba el Ministerio de Educación de la Nación.

#### ¿A quienes contempla esta Ley?

**A. C.:** como Ley de la Provincia de Buenos Aires, a todos aquellos egresados de Universidades Nacionales o extranjeras (que hayan revalidado los títulos), Terapeutas Ocupacionales, Terapeutas Ocupacionales y Licenciados en Terapia Ocupacional. Se formula una cláusula transitoria por la cual los egresados de la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional (ENTO) podrán ingresar al Colegio de la Provincia por 180 días, una vez sancionada la ley.

#### ¿Sin ningún tipo de revalidaciones?

**A.C.:** no, sólo tienen que presentar los documentos que acrediten que son Terapeutas Ocupacionales, egresados de la E.N.T.O. En la Pcia. de Bs. As. las situaciones laborales, de escalafonamiento, son bien claras en relación a lo que puede acceder un Universitario y a lo que puede acceder un terciario. Por ejemplo, en los hospitales provinciales, nuestra principal fuente de trabajo, un terapeuta ocupacional terciario no tiene acceso a la carrera hospitalaria, no puede concursar cargos de jefatura, sus sueldos son inferiores: a mayor carga horaria, tiene menor sueldo. Un terciario, en la Provincia de Buenos Aires, tiene que cumplir una designación de 48 horas semanales, por un sueldo de 320 pesos, mientras que un universitario, cumple con una designación de 36 horas por 600 pesos. Creo que lo más serio es que se le traba la posibilidad de crecer intelectual y profesionalmente porque, al ser terciario, no tiene acceso a post - grado, ni maestrías, que es lo que hoy están planteando las universidades. Tiene que ver con el crecimiento de todas las profesiones porque ya un título de grado habilita para bastante poco en general. Aquí, en Mar del Plata la exigencia realizar el

Gerenciamiento en Salud y la Materno infantil, es ser licenciado y tener tres años de graduado, con lo cual, aún universitarios que no son licenciados (gente con carrera de cinco años pero no eran licenciados, no lo pudieron hacer.

En las Universidades, no es porque sí que se está planteando en todas que el título terminal sea de licenciado, como una necesidad de unificar criterios de acción y organizarnos en los post - grados, porque también, en términos de competencia laboral es más clara la necesidad de la especialización y de la formación.

#### ¿Cuál será la situación de la gente que no se colegie ?

**A.C.:** no va a poder ejercer en la provincia de Buenos Aires. El colegio tiene el poder de policía y de todo lo que es la regulación de la matrícula. Una vez creado se abre la matriculación y todas aquellas personas que ejerzan su profesión en la provincia de Buenos Aires, deben matricularse en el colegio (ya no va a ser el Ministerio de Salud el que otorgue la Matrícula sino el colegio).

#### ¿Cómo se constituyen las autoridades del colegio?

**A.C.:** por elección, se presentan listas y se vota. Lo que tendremos que discutir más adelante es como se va a regionalizar la provincia de Bs. As.. Una propuesta de algunos diputados es dividir por zonas sanitarias pero nuestra incógnita es si vamos a tener gente. En este proyecto se plantea que la sede sea Mar del Plata, después de haber discutido y conversado con la gente de la Plata porque la sede de los colegios provinciales es la ciudad de La Plata, pero lo que nos plantea la gente de la Plata es que no pueden hacerse cargo del colegio porque son pocas.

**A. A.:** para conformar una asociación se necesitan 17 ...

**A.C.:** para el Colegio el número es mayor porque hay que formar más Comisiones, para que actúen como comisión directiva, como cuerpo, como sede central. Dónde va a estar la sede del colegio es un punto abierto. Realmente ahora lo que más nos preocupa es la ley. Lo demás hay que ir organizándolo. Por eso es muy importante que nos vayamos conectando con todo esto. La Asociación de Mar del Plata nuclea mucha gente del interior de la provincia.

**A. A.:** la gente que en este momento esta

asociada es de Tandil, Dolores, Olavarría, San Cayetano, Azul, Balcarce, Juarez, Miramar, Otamendi. En estos últimos dos años ha crecido bastante. Somos cerca de 258, de los cuales 130 son activos.

#### ¿Cuáles serán los costos del colegio?

**A.C.:** eso no está definido todavía, tiene relación con la cantidad de gente colegiada. Hemos hecho algunos cálculos, por ejemplo hay colegios que son muy numerosos y la cuota es de 120 pesos anuales.

#### ¿Quieren comentarnos algo sobre la disconformidad de algunos colegas que elevaron una presentación?

**A.C.:** nos comunicaron los diputados que hubo una presentación de terapeutas terciarios, 5 ó 6 de La Plata y una de Bs. As., planteando su disconformidad en relación a que un artículo dice que solo podrán formar parte del Colegio los Licenciados en Terapia Ocupacional. Nosotros hablamos en enero con el diputado Carlos Marti o Matinez para ver si eso era correcto o no, porque no es lo que se planteó en el proyecto original. Buscamos el proyecto que estaba circulando ahora por la Cámara y sí decía eso, lo cual es un error en el tipo de paso de comisión en comisión, porque nosotros no pusimos que sólo formaran parte los licenciados. Ya había pasado por la comisión de salud, por de legislación II. En febrero entra en asuntos constitucionales y presentamos las modificaciones que son las que están establecidas en el proyecto original.

#### ¿Eso quiere decir que hay muchas posibilidades de que se promulgue?

**A.C.:** sí, ya está en la última Comisión de Diputados y después pasa a Senadores. No habría impedimento de lo que es la ley y su contenido. Lo que hay que consensuar más es que es necesario acceder al título universitario. En Buenos Aires, se han abierto desde el '85 en que salió el primer proyecto de ley hasta ahora, tres carreras universitarias: la de la UBA., la del Salvador y la UNQUI (cerca de Capital Federal). Sabemos que en la A.A.T.O. se organizaron cursos para poder promocionar las materias y no venir a cursarlas a Mar del Plata. Ahora Quilmes está organizando la licenciatura de excepción... para



mi, lo más importante es que se tome conciencia de las dificultades que hoy significa laboralmente tener un título terciario.

**A. A.:** en este momento en Mar del Plata se puede llegar por dos maneras: una, la gente que ya está inscripta en la licenciatura de excepción y la segunda, la gente que ingresa de nuevo como alumno a la carrera (tiene que pedir reválida de las materias, presentar su plan y el plan actual, y cada titular coteja qué unidades debe dar de cada materia).

**¿ Esto obedece a ley universitaria?**

**A. C.:** obviamente. Lo importante es analizar lo que nos pasa hoy en el contexto de lo que está

pasando en el país, no es un hecho aislado el querer promover que los títulos para el ejercicio de la profesión sean universitarios.

Va a haber una reunión en Quilmes para discutir los planes de estudio y la formación de post - grado, la maestría, las especialidades, los doctorados en la argentina. Todo eso está limitado para la gente con títulos terciarios, no van a poder acceder, y eso es parte de la realidad profesional.

**A. A.:** en la universidad, supuestamente, según la ley nueva no podés dar clases con un título menor al que está expidiendo la universidad. Cómo se está expidiendo el título de licenciado la gente que es terapeuta ocupacional no va a poder

ser docente

**¿ Quieren agregar algo más?**

**A.C.** lo ideal sería que la gente que está trabajando en provincia se conecte con las asociaciones provinciales. Tendremos que empezar a juntarnos...

**Fecha de Cierre de la próxima edición: 10 de mayo**

**Materia**

**Prima**

**LIBROS**

**Del Invento a la Herramienta**

Una experiencia diferente en el campo de la salud mental con niños y adolescentes en el zoológico de la ciudad de Buenos Aires.

Autores: T.O. Soledad Calveyra, Lic. Vicente De Gemmis, Lic. Nora Maggiore, Dr. Hugo Massei, Dr. Juan Vasen.

295 páginas. Edición, noviembre 1996.

Este libro relata y fundamenta una experiencia que es a la vez una apuesta. La de un grupo de profesionales de la Salud Mental que llevan adelante el "Programa Cuidar - Cuidando". Surgido hace 7 años a partir de un acuerdo entre el Hospital Municipal Infanto Juvenil Carolina Tobar García y el Jardín Zoológico.

El programa ofrece un espacio de inserción, aprendizaje y transmisión al lado de un trabajador o cuidador del Zoo. Lugar que es ofrecido a niños y jóvenes atendidos en el hospital o provenientes de escolaridades especiales que encuentran dificultades de integración.

Los aportes de las diferentes disciplinas: psicoanálisis, psiquiatría, servicio social, terapia

ocupacional y acompañamiento terapéutico se ensamban con reportajes a cuidadores y anécdotas de aprendices que trabajando comienzan a integrarse.

El objetivo del aporte de Terapia Ocupacional en este libro es mostrar la función del T.O. del área laboral fuera de los lugares tradicionales (talleres protegidos, talleres de un hospital o escuela).

Dadas las características del Programa se tuvieron que reformular y adecuar los métodos y las técnicas específicas de T.O. Es importante también destacar que el trabajo es llevado adelante por un equipo interdisciplinario y lo rico que resulta este intercambio.

Este libro combina lo narrativo con los argumentos que fundamentan una práctica inédita que ha requerido de inventar lugares y modos de intervención y comprensión que los articulen con la cura.

Está prologado por Valentín Barenblit, médico psicoanalista con reconocida experiencia en España y cuenta con los aportes de la Lic. Alicia Stolkiner y el Dr. Emiliano Galende de importante trayectoria en el campo de la Salud Mental en la Argentina.

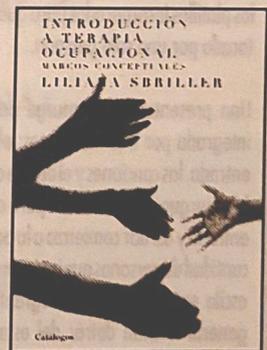


**Introducción a Terapia Ocupacional Marcos Conceptuales**

Autor: Lic. T.O. Liliana Sbriller  
125 páginas. 1ra. edición Agosto 1997

Como en publicaciones anteriores, la autora muestra una vez más su habilidad para investigar, cuestionar, escribir y transmitir los conceptos introductorios de terapia ocupacional, con un enfoque definido hacia el análisis del recorrido histórico - teórico de la literatura nacional.

Con prefacio y correcciones de Berenice Francisco, este texto se propone como manual básico tanto para aquellos que se acercan por primera vez a terapia ocupacional como para los que deseen utilizarlo como guía para futuras investigaciones.



# Otra Puerta

## CARNAVALEANDO

por Mauro Santella\*  
Luciana Vainer\*

La historia de la murga porteña comienza en la época del virreinato. Los grupos de africanos traídos como esclavos a la costa del Río de la Plata fueron poblando esta región con su cultura, sus costumbres y festejos. De ellos se heredó el ritmo de la percusión y ciertas características del baile actual. Las distintas olas migratorias fueron agregando nuevos elementos, hay datos que indican que los característicos personajes del Oso Carolina y su domador, proceden del Carnaval de Andorra; y de Europa vinieron distintos instrumentos como el acordeón y algunos instrumentos de viento. Algunos de estos objetos y personajes se fueron perdiendo, otros pueden encontrarse en las agrupaciones de carnaval de hoy en día. La percusión sigue siendo el corazón de este ritual callejero y es el bombo con platillo el instrumento fundamental de la Murga Porteña. Este bombo lleva en su parte superior los platillos incorporados para que pueda ser tocado por una sola persona.

Una presentación de murga porteña está integrada por tres momentos: el desfile de entrada, las canciones y el desfile de retirada. Los murgueros se ordenan para el desfile de entrada y así dar comienzo a la actuación. La cantidad de personas que integran una murga oscila entre 10 y 300 integrantes y por lo general forman detrás del estandarte que lleva el nombre de la murga, primero los chicos pequeños, llamados mascotas, luego los adolescentes y adultos, en algunos casos divididos por sexo. Cerrando el desfile avanzan la percusión y demás instrumentos (si los tuvieron). El desfile se realiza en la calle, a lo largo de varias cuerdas. Cada murga elige los colores que la caracterizan (dos o tres colores) que se utilizan en la vestimenta (conjunto de levita y pantalón, pollera y torerita) y en los elementos de la escenografía callejera, llamada fantasías, que constan de banderas, dados, abanicos, globos, paraguas, cabezudos, etc. Estos elementos están realizados en telas brillosas como el raso, cubiertos por lentejuelas y espejitos.

Luego del desfile comienza la actuación sobre el escenario, que es ocupado por toda la murga o parte de ella de acuerdo a la cantidad de integrantes. Mientras los murgueros se van acomodando y preparándose para cantar, el murguero glosador hace su recitado: **"atención toda la gente, que nadie se quede afuera. Ya llega a este lugar la murga Los Quitapenas. Traen sus levitas repletas de**

**buen director y presentar esta murga entonando esta canción. Llegó del barrio de Almagro, llegó, pongan atención, llegó con toda la onda de alegrar el corazón, Murgón te llevo en el alma, Murgón, te amo de verdad, Murgón, todo el mundo sabe que naciste en carnaval."** (Canción de Presentación de "Los Viciosos de Almagro", sobre la música de "Milonga Sentimental").



**lentejuelas y aplausos, provocando admiración en todos los escenarios. El estandarte flamea, el bombo ya está latiendo, mezcla mágica de gracia, arte, danza y sentimiento. La murga Los Quitapenas, la función va a comenzar..."** (de Félix Loíacono, Murga Los Quitapenas).

Es el glosador, quien a través de sus recitados irá conduciendo y anunciando los distintos momentos de la actuación.

A continuación la murga hace su canción de presentación: **"Levita bombo y galera de un tiempo que no pasó son tres cosas primordiales pa' mover este murgón. No es fácil pegar un salto sin ser**

Uno de los momentos más esperados por los espectadores son las canciones de crítica en las cuales, utilizando el humor y la sátira, se ironiza sobre personajes y situaciones de la sociedad ocurridos durante el año y que, debido a su repercusión, merecen una canción de crítica. **"Sin intervención del macho, una oveja fue donada, hicieron otra igualita y el ovejo se quejaba, decía no voy al cine, bailar nunca me ha gustado, mi única diversión ahora me la han quitado. Lamento comunicarle que lo que usted está viendo no es la murga original, son clones de otros murgueros"** (Félix Loíacono, Murga Los Quitapenas).

La murga también rescata hechos, personajes, lugares



de la ciudad o situaciones que merecen ser reconocidos y les dedica una canción homenaje. *"Este barrio es un suspiro, es ayer tranvía y ranas, una vereda bien ancha y un cielo de luna clara. Es una casa florida y la voz de un bandoneón, un abrazo callejero, es la sombra de un galpón. A esta barriada queremos saludar y hoy Pasión Quemera deja el alma en su cantar, por tu magia por tu gente, por tu sueño de arrabal y por vos Parque Patricios, cada vez te quiero más"*. (Andrea Merlino, Murga Pasión Quemera - Parque Patricios).

Ahora es momento de la retirada. El glosador anuncia que la murga se va, otros barrios la esperan pero promete que volverá. *"Suenan el parche y anuncia el Director que ya nos vamos, y nos vamos a Palermo entonando esta canción. Elegantes de Palermo ya se van a otros lugares, alegrando con sus gracias infinitas los eternos carnavales y al marcharnos les decimos con afán hasta el año venidero, es un saludo cordial de esta murga colosal, olé!"* (Retirada tradicional).

Durante toda la actuación la murga nunca deja de

bailar acompañando las canciones (se puede ver a los directores dando ánimo a los murgueros diciendo: *"La murga se mueve, la murga se mueve"*) y los murgueros esperan el momento en que puedan demostrar su arte, teniendo cada uno el lugar para lucir su particular forma de baile. Este momento se diferencia del desfile en el que todos realizan pasos similares, en algunos casos coreografiados.

Este baile, individual e improvisado está marcado por el ritmo de los bombos y los caracterizan el flameo de las piernas, el temblor de los hombros que anteceden a la explosión de los tres saltos: con elevación y patada, marcada por el golpe de la maza sobre el parche y de los platillos. A partir de ese momento el murguero entrelaza una sucesión de saltos y figuras en las que varía la dirección y la altura, culminando su demostración y dejándole el lugar al siguiente. La demostración de baile individual se realiza en el momento que cada murga lo decida.

A través de las décadas diferentes gobiernos intentaron erradicar esta fiesta popular que aún hoy, permanece ausente del calendario oficial de nuestro país. Pero es la gente, con su necesidad de encontrarse a compartir la que mantiene vivo a este festejo. Claro

ejemplo son las cuarenta murgas que han salido en carnaval para vivir en los corsos de los barrios. Aunque no figure en el calendario argentino, el último día de Carnaval, el 24 de febrero, se realizó por segundo año consecutivo la Marcha Carnavaleira. La idea de esta marcha es recuperar los festejos populares y su inclusión en el calendario oficial.

A partir de la marcha del año pasado y tras la repercusión de las actividades realizadas por las murgas organizadas en conjunto, se logró que a fines de enero el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires sancionara la ordenanza N° 52032 que declara "patrimonio cultural la actividad que desarrollan las asociaciones y agrupaciones artísticas de carnaval".

*"Un oído en el bombo y otro oído en la gente, estamos volviendo siempre artistas del arrabal. Que se sumen aquellos que ante el dolor no se achican y que a la sonrisa no renunciarán jamás, que se sumen aquellos que brindan con mate amargo y hacen que en el calendario siempre sea Carnaval"*. (Félix Loíacono. Murga Los Quitapenas)

\* Integrantes de la Murga Los Quitapenas



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE QUILMES

### CARRERA DE TERAPIA OCUPACIONAL

### Título: LICENCIADO EN TERAPIA OCUPACIONAL

### PLAN DE ESTUDIOS 1997

Aprobado por Resolución del Consejo Superior N° 075/97

Ministerio de Educación y Cultura de la Nación

Reconocido por la WFOT, Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales.

### DURACIÓN 4 AÑOS - 8 SEMESTRES

Inscripción a Ingreso: 1° Noviembre - Diciembre 1998

Curso de Ingreso: CUATRIMESTRAL

Informes: Universidad Nacional de Quilmes

Carrera de Terapia Ocupacional

Roque Sáenz Peña 180

1876 - Bernal - Buenos Aires

Tel.: (01) 259-3090 / 3092 interno 119. Fax: (01) 259-4352

No se cobra arancel para cursar ni para los títulos y/o certificados



**Las cartas dirigidas a esta sección no deben exceder las 35 líneas para ser publicadas. Materia Prima se reserva el derecho de editar-**

**las, así como de resumirlas cuando lo considere necesario.**

**Agradecemos a todos nuestros colegas, a las asociaciones de Mar del Plata, Necochea, Entre Ríos y Colombia; también al Dr. Sbarra Mitre, la Lic. Susana Salsamendi, al T.O. Steve Morgan y a la T.O. Anne Spenser (vicepresidente primero de la WFOT), por los saludos y buenos augurios recibidos con motivos de las fiestas.**

Bs. As. 25 de enero de 1998  
Sra. Directora

De mi consideración:

Deseo dirigirme a usted y por su intermedio a todos los colegas que leen Materia Prima para comentarles un acontecimiento sucedido en las oficinas del CONSUDEC (Consejo Superior de Educación Católica), lugar que posee un diario donde se publican avisos clasificados para profesionales, distribuido a todos los entes educacionales católicos.

Como me he recibido hace poco tiempo, estoy en la búsqueda de trabajo y entregando curriculum en instituciones donde los terapeutas ocupacionales tenemos o deberíamos tener espacio.

Cuando me acerqué a las oficinas del CONSUDEC, sito en Azcuénaga 1077 - Capital, fui recibida por una persona que me mostró el diario del lugar y los rubros de clasificados. Al revisarlos encontré profesionales que trabajan interdisciplinariamente con nosotros (psicólogos, psicopedagogos, fonoaudiólogos, musicoterapeutas) y el rubro de educación especial. No hallando el rubro de Terapia

Ocupacional, expliqué que quería anotarme en la sección educación especial, especificando mi condición de T.O.. Ante las expectativas que generan estas situaciones y el empeño que uno pone para ser reconocido como profesional, tuve como respuesta: "acá personas que hacen cursitos no pueden anotarse". Muy sorprendida y con indignación le contesté que ésta es una carrera universitaria, que dura cuatro años, ante lo cual me contestó: "hay cursitos que duran también tres años". Más desconcertada aún, traté de explicarle de qué se trataba la carrera, pero me encontré frente a una persona totalmente desinformada y desubicada, en lo que respecta a nuestro desempeño profesional.

Lo que me apena realmente y motiva esta carta, es que a poco tiempo de recibirme noto la poca promoción que tiene nuestra carrera. Yo sé que no es una novedad y que tal vez me enfrente a esta situación varias veces, pero quiero que tomemos conciencia al respecto. No solamente a través del trabajo somos representantes de nuestra carrera, sino que hay otros medios y formas de darnos a conocer, el "marketing", tan de moda, tal vez lo tengamos que implementar para hacer que nuestra profesión se equipare al reconocimiento que tienen otras profesiones de salud. Aprovechando estas líneas y considerando que la creación de la Revista ya es un paso adelante en este andar del desarrollo de nuestra carrera, los felicito y les agradezco poder tener un espacio para hacer llegar mis pensamientos. Espero que haya muchos terapeutas ocupacionales que quieran poner un granito de arena en esta movida y de esta manera dejar de vivir situaciones desagradables o de subestimación por desinformación y hacer valorar nuestra profesión.

Sin otro particular, les envío un cordial saludo

T.O. Alejandra Guidardini  
Capital

Bs. As., 13 de febrero de 1998  
Sra. Directora

Es sabido que el fin de siglo ha traído consigo más de una novedad. Hasta podemos casi presenciar por T.V. como el Estado Americano puede hacer cumplir una sentencia a muerte. Pero aquí, en el sur, también tenemos lo nuestro; las "cámaras ocultas" han revelado un nuevo lugar de horror, una suerte de E.S.M.A. asistencial.

Se suponía que PRONOR (Institución privada de asistencia a niños) debía ser controlada por algún Ente Estatal que funcione como tercero de apelación.

Esto no ocurrió, el maltrato y la tortura, era lo cotidiano. Las instituciones privadas, más impunes que las públicas, crecen día a día en número. A la vez, la Salud Pública se deteriora y el Estado renuncia al deber de brindar Salud para todos.

Mal pagos y "obedeciendo órdenes" los terapeutas ocupacionales transitamos por instituciones públicas y privadas cerradas, que violan los derechos humanos.

¿No será hora de seguir con el develamiento de estos horrores, desobedeciendo debidamente? Manicomios, cotolengos, cárceles, lugares, algunos de horror, pero también fuente de trabajo, que se mantiene en silencio.

Ambivalencia de fin de Milenio. Espero que el próximo traiga "Desinstituciones", desobedencias, para transformar los lugares de encierro rodeados de muros de silencio, en lugares de vida y salud.

P.D: mi respeto a la "Pepa" por desobedecer al muro del silencio.

T.O. Marcela Giménez  
Capital Federal

**Materia  
Prima**

# AGENDA

1 9 9 8

**6 de marzo al 11 de diciembre**

Curso de Especialización "Praxis Artística y Terapéutica: Interfases del Arte y de la Salud"  
Sede: Universidad de San Pablo (U.S.P.) - Brasil  
Informes: Servicio de Post - graduación de la Facultad de Medicina de la U.S.P.  
Av. Dr. Arnaldo, 455 - Pacaembu - São Paulo - Brasil  
Tel. (55-11) 8187454 Fax. (55-11) 8187415

**7 de marzo al 19 de diciembre**

XII Curso Multidisciplinario de gerontología y geriatría profesor Dr. Luis Munist  
Informes: División de Promoción y Protección de la Salud del Htal. Durand  
Av. Diaz Velez 5044 Capital Federal, Argentina  
Tel. (54-1) 981 2670 982 0366 / 5555 int. 230  
Lunes a viernes de 8:00 a 12:00 hs.

**17 al 21 de abril**

I Encuentro Latinoamericano de Psicología Analítica  
Sede: Punta del Este, Uruguay  
Organiza: Fundación de Psicología Analítica C. G. Jung - Uruguay  
Informes: Dr. José Scosería 2459 (11300)  
Montevideo, Uruguay  
Telefax. (598-2) 710 1826  
E-mail: fundjung@netgate.com.ur

**22 al 25 de abril**

I Curso Iberoamericano de Cirugía de Mano  
Sede: República Dominicana  
Informes: Asociación Argentina de Cirugía de Mano y Reconstructiva del Miembro Superior.  
Vicente López 1878 Capital Federal, Argentina  
Tel. (54-1) 801 2320 Fax. (54-1) 801 7703

**26 al 30 de abril**

III Congreso Latinoamericano y V Congreso Brasileiro de Psiquiatría Biológica  
Sede: San Pablo, Brasil  
Informes: Av. Rebouças 600 CEP 05402-000, Sao Paulo, SP, Brasil  
Tel (55-11) 881 1344 Fax (55-11) 881 1125  
E-mail: rebouças@m.tecnetsp.com.br

**2 al 5 de mayo**

VI Congreso de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial  
"Challenges and Demands of Psychosocial

Rehabilitation in a Changing World"

Sede: Alemania  
Organiza: Federación Europea de Investigación sobre Rehabilitación  
Informes: Profesor F. M. Stark - Universitätskrankenhaus Eppendorf, Martinstrabe, 52 - D - 20246 Hamburg, Germany  
Tel. (49-40) 4717 / 5290 Fax. (49-40) 4717 / 531

**9, 16, 30 de mayo y 6, 13 de junio**

Taller de Relajación Terapéutica, 3er. Nivel  
Dirigido a Estudiantes de 4to. y 5to. año de la Carrera de T.O. y Terapeutas Ocupacionales  
No arancelado  
Sede: Universidad Nacional de Quilmes  
Informes: Roque Sáenz Peña 180 Bernal, Pcia. de Bs. As.  
Tel. (54-1) 259 3090 int. 119  
Fax. (54-1) 259 3091

**14 y 15 de mayo**

Taller Internacional sobre Autismo y Psicosis Infantil  
Sede: Auditorio Borges. Biblioteca Nacional. Capital Federal  
Telefax. (54-1) 342-1126 343-9717

**16 de mayo**

Taller de Evaluación Muscular Manual de Miembros Superiores  
Dirigido a Estudiantes de Terapia Ocupacional  
Sede: Universidad Nacional de Quilmes  
Informes: Roque Sáenz Peña 180 Bernal, Pcia. de Bs. As.  
Tel. (54-1) 259 3090 int. 119  
Fax. (54-1) 259 3091

**24 al 28 de mayo**

7º Congreso Internacional de la Federación de Sociedades de Cirugía de Mano  
Sede: Vancouver, Canadá  
Informes: Conference Secretariat Events by Design 601-3225 Howe Street, Vancouver, BC, Canadá, V6C 127.  
Tel. (1-604) 6697175 Fax. (1-604) 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: Events International Meeting Planners

Inc.

759 Victoria Square, Suite 700, Montréal, Québec, Canadá H2Y 2J7  
Tel. (1-514) 286-0855 Fax. (1-514) 286-6066  
E-mail: info@eventsintl.com

**6 al 8 de junio**

III Encuentro de Estudio e Intercambio sobre Tiempo Libre y Recreación  
Informes: Hurtado de Mendoza 3130 Bº Alto Verde (5000) Córdoba, Argentina  
Telefax. (54-51) 81 3588

**10 al 12 de junio**

II Simposio Australiano de Ciencia Ocupacional "Desarrollo Ocupacional para el Siglo XXI: Servicios Humanos y el Arte de Vivir"  
Organiza: The Graduate School in Occupational Science, Occupational Therapy with the Occupational Therapy Research Center of WA, Curtin University of technology  
Informes: Dr. Loretta do Rozario  
Tel. (61-8) 9266 3651  
E-mail: L.dorozario@info.curtin.edu.au

**3 al 10 de julio**

Desarrollos Maximales para Niños y Adultos con Discapacidad de Desarrollo en el siglo XXI  
Sede: Tel Aviv  
Informes: Dan Knassim PO BOX 1931 Ramar Gan 52118. Israel  
Telefax: (972-3) 6133341

**8 al 11 de julio**

I Congreso Internacional de Integración Escolar 1998  
"Equidad y Calidad para Atender a la Diversidad"  
Sede: Centro C. G. San Martín - Buenos Aires.  
Informes: Carlos Pellegrini 979 6to P (1009) Capital Federal, Argentina  
Tel. (54-1) 328 7601 Fax. (54-1) 393 3436

**6 al 9 de agosto**

Seminario de Introducción al Modelo de la Ocupación Humana  
Prof. T.O. Carmen Gloria de Las Heras. Universidad de Chile  
Sede: Universidad Nacional de Quilmes  
Informes: Roque Sáenz Peña 180 Bernal, Pcia. de Bs. As.  
Tel. (54-1) 259 3090 int. 119



**8, 22 y 29 de agosto y 5 de septiembre**

Taller de Relajación Terapéutica 2do. Nivel  
Dirigido a estudiantes de 2do. y 3er. año de T.O.  
No arancelado  
Sede: Universidad Nacional de Quilmes  
Informes: Roque Sáenz Peña 180 Bernal, Pcia. de Bs. As.  
Tel. (54-1) 259 3090 int. 119  
Fax. (54-1) 259 3091

**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, XXVI Jornadas Argentinas de Psiquiatría  
Organiza: Asociación Argentina de Psiquiatría  
Informes: Serrano 669, Capital Federal.  
Presentación de Seminarios y Pósters hasta el 30 de Junio  
Telefax. (54-1) 857-3730 / (54-1) 303-3796  
E-mail: aap@drwebsa.com.ar

**12, 19, 26 de septiembre**

Taller de Introducción a la Relajación Terapéutica 1er. Nivel  
Dirigido a estudiantes de 1er. año de la Carrera de T.O.  
No arancelado  
Sede: Universidad Nacional de Quilmes  
Informes: Roque Sáenz Peña 180 Bernal, Pcia. de Bs. As.  
Tel. (54-1) 259 3090 int. 119  
Fax. (54-1) 259 3091

**13 al 16 de octubre**

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

**15 al 18 de octubre**

VI Congreso Internacional del aislamiento y discapacidad  
Sede: Universidad Católica del Sagrado Corazón Centro de Congresos. Facultad de Medicina y Cirugía Agostino Gemelli- Roma Italia  
Presentación de trabajos: hasta el 30 de marzo  
Informes: (54-1) 311-4102

**15 al 17 de octubre**

IV Congreso Internacional de la Sociedad Wernicke-Kleist-Leonhard  
"Progress in Differentiated Psychopathology"  
Sede: Goettingen, Alemania  
Informes: Dr. Brooks, Department of Psychiatry - University of Goettingen  
Von Sieboldstr. 5, 37075 Goettingen, Germany  
Tel. (49-551) 396610 Fax. (49-551) 392004  
E-mail: eruthe@gwdg.de

**16 y 17 de octubre**

Seminario de Evaluaciones Clínicas en el Modelo de la Ocupación Humana  
Prof. T.O. Carmen Gloria de Las Heras. Universidad de Chile  
Sede: Universidad Nacional de Quilmes  
Informes: Roque Sáenz Peña 180 Bernal, Pcia. de Bs. As.  
Tel. (54-1) 259 3090 int. 119  
Fax. (54-1) 259 3091

**12 al 14 de noviembre**

XI Congreso Nacional de T. O., Primer Salón de Exhibiciones. "Terapia Ocupacional para todos"  
Sede: Centro de Convenciones Santa Fé de Bogotá, D.C. Colombia.  
Informes: Asoc. Colombiana de T.O. Transversal 5a. Nº 49-00  
Tel.: 245-4481 Fax: 288-3985

**FECHAS A CONFIRMAR**

**Abril**

Curso Introductorio de Neurodesarrollo Bobath  
Sede: Falucho 3369 Mar del Plata, Argentina  
Organiza: Asociación Marplatense de T.O.  
Tel. (54-23) 92 2640

**junio - 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 Federal  
Organiza: FINTECO - Fundación para la investigación interdisciplinaria de la comunicación.  
Informes: Sede de la Fundación O'Higgins 2348 Capital Federal, Argentina  
Tel. (54-1) 773-7514 / 911-8332  
Fax. (54-1) 658-0430

Seminario sobre Demencia para Terapistas Ocupacionales  
Informes: (01) 982-6955 (01) 813-7634 (AGEBA)  
Lunes y jueves de 18 a 21 hs.

**septiembre**

Curso sobre la Teoría del Juego, Evaluación y Trata-

miento  
Prof. Susan Knox, PhD, OTR, FAOTA. California. USA  
Sede: Universidad Nacional de Quilmes  
Informes: Roque Sáenz Peña 180 Bernal, Pcia. de Bs. As.  
Tel. (54-1) 259 3090 int. 119  
Fax. (54-1) 259 3091

**noviembre**

Curso de Post - grado Investigación en Terapia Ocupacional  
Prof. Reba Anderson, PhD, OTR, FAOTA. Nova Southeastern University USA  
Sede: Universidad Nacional de Quilmes  
Informes: Roque Sáenz Peña 180 Bernal, Pcia. de Bs. As.  
Tel. (54-1) 259 3090 int. 119

Curso de Posgrado en Terapia Ocupacional con acreditación de UVACs, Conducente al Doctorado en Terapia Ocupacional. "Teoría del Modelo de la Ocupación Humana" de Gary Kielhofner Dr. OTR. FAOTA, por Carmen Gloria de las Heras, M.S., OTR, Módulos I y II  
Sede: Universidad Nacional de Mar del Plata.  
Informes: Funes 3350 4º piso. Mar del Plata. Argentina - Tel. (54-23) 75-2442

**ANTI CIPO S**

**1999**

**Setiembre**

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

**Octubre**

VI Congreso Brasileiro de Terapia Ocupacional  
Sede: San Pablo - Brasil

IV Congreso Latinoamericano de Terapia Ocupacional - Sede: Chile

**2000**

27 al 29 de setiembre  
ERGO 2000 - PARIS  
VI Congreso Europeo de Terapia Ocupacional "Ergothérapie: Mémoire et devenir"  
Informes: Comisión Técnica - Tel. (33-4-78) 61 09 09 Fax. (33-4-72) 71 81 06  
E-mail: bawan@mediasites.com

**9 al 13 de julio**

19th Congreso Internacional de Educación del Sordo - Sede: Australia  
Informes: ICED 2000 Congress Secretariat  
GPO Box 128 - Sydney NSW 2001  
Tel (61-2) 92622277 Fax (61-2) 92623135  
E-mail: iced2000@tourhosts.com.au

VII Congreso Mundial sobre Síndrome de Down  
Sede: Australia

**2004**

VIII Congreso Mundial sobre Síndrome de Down  
Sede: Sudáfrica





**VINIMAR - TUR**

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

**Especialistas en Congresos  
y Turismo Nacional e Internacional**

Organiza todo 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.

**Aéreos - Canadian Airlines  
Traslados**

**Alojamiento - Cuatro Estrellas**

**Post Congreso: Cataratas del Niágara - Toronto - Ottawa  
Varias Alternativas**

**Planes de Financiación con tarjetas de crédito**

*Llámenos, acérquese y encontraremos juntos la manera de viajar que usted necesita*

**Av. de Mayo 981 - 2º Piso Of. 221 • Telfax: (01) 345-3930/6145 Capital Federal**



**Gral. Lucio Mansilla 2665 • 1425 Capital Federal  
Buenos Aires • Argentina**

**Tel.: (541) 962-1101 / 701-4369 • Fax: (541) 786-6833 / 964-0091**