

# MATERIA PRIMA

6/19

Primera Revista Independiente de Terapia Ocupacional en Argentina

5

2

9

12

Dossier: Modelos teóricos • Síndrome de Guillain-Barré  
Geriatría • Contrapunto: Alegri-Destuet • Agenda

## Sumario

- 2 **Estilos**  
**Docencia y formación de posgrado**  
Entrevista a la T.O. Lucia Iara Pfeifer.
- 4 **De Producción Nacional**  
**El geriátrico como locus de control externo**  
Reflexión y análisis acerca de las características de las residencias u hogares geriátricos y su impacto sobre el funcionamiento ocupacional de los adultos mayores, en la ciudad de Mar del Plata.
- 12 **Del Exterior**  
**Diseño de un protocolo de intervención de Terapia Ocupacional en niños con Síndrome de Guillón Barré (Parte I).**  
Desde Colombia, una revisión teórica y de casos para determinar un instrumento de evaluación que indique el nivel de independencia básica de los niños afectados.
- 16 **Contrapunto**  
Cristina Alegri y Silvia Destuet inauguran esta nueva sección expresando sus posiciones, experiencias e ideas acerca de la clínica en Terapia Ocupacional.
- 23 **Dossier**  
**Modelos Teóricos de Terapia Ocupacional**  
Informe sobre la organización y sistematización, clasificación y caracterización de los modelos teóricos más relevantes en diferentes áreas de intervención.
- 31 **Noticias**  
Residencias, encuentro de carreras, ATOGBA, educación pública, graduados de la ENTO, simposios y congresos.
- 36 **Correo**  
Cartas que los lectores envían a nuestra redacción.
- 37 **Otra Puerta**  
**Amor y Humor**  
El amor a través de la visión de Claudio Kappel.
- 38 **Agenda**  
Cursos, Jornadas, Congresos, Seminarios, nacionales e internacionales.

## Staff

### Editora - Directora

T.O. Andrea Monzón

### Consejo Editorial

Coordinación

T.O. Mónica von Wernich

T.O. María Juliana Sánchez Vissani

T.O. María Rita Martínez Antón

T.O. Marcela Giménez

T.O. Magall Gociol

T.O. Fernanda Zamora

T.O. Paula Mantero

Lic. en T.O. Paula Cagliolo

### Colaboradores

Manuel Massolo

Natalia Colman

Laura Moreno

Silvia Lanzinetti

Gabriela Capel

Lic. Marisa Matínez Antón

### Colaboran en este número

Terapeutas Ocupacionales

Lic. Claudia Miranda

Lic. Aurora Escobar

Lic. L. Fernández

Lic. V. Fernández

Alicia Torre

Rut Leegstra

Natalia Yujnovsky

Comisión Graduados ENTO

AMTO

Colegio de La Rioja

ATOGBA

Sylvia Cristina Duarte Torres (Colombia)

Claudio Kappel

### Foto de Tapa

por Raquel Gociol

### Fotos Interior

Raquel Gociol

Sergio Conte

### Rediseño de Imagen

Hexa Bureau de Diseño

### Compaginación y armado

Gustavo Grosso

011 4373 4695

### Impresión

Solis 530, Capital

### Registro de propiedad intelectual

N°894162

ISSN 0328-7890

Propietaria: Andrea Monzón

### Redacción:

Gral. Mansilla 2665 (1425) Capital Federal

Tel. (54 11) 4962 1101

Telefax. (54 11) 4786 6833

E-mail: wernich @ arnet.com.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



## Editorial

*"El intelectual que no comprende lo que pasa en su tiempo y en su país es una contradicción andante y el que comprendió y no actuó tendrá un lugar en la antología del llanto y no en la historia viva de su tierra" (R. Walsh)*

En los últimos meses, los grandes medios mostraron la violencia con una dosis de crudeza inusual. Robos y asesinatos a la orden del día, arduos debates sobre sus causas y consecuencias: "mano dura", "reequipamiento policial", "aumento de penas", "pobreza y marginalidad", "seguridad privada".

Fiel reflejo de "la información", las reuniones sociales y los lugares de trabajo daban cuenta de las tensiones generadas y la desconfianza inspirada por cualquier desconocido, posible delincuente.

Transitar con calma disfrutando del paisaje urbano, charlar en la vereda, pasear perros, ventanas sin rejas, ventanillas de los autos bajas, tomar café en un bar sin mirar la cartera, pasaron a ser situaciones añoradas de épocas no tan lejanas. Casi imperceptiblemente fuimos modificando nuestras típicas costumbres ciudadanas: el miedo, el aislamiento y la desconfianza se convirtieron monedas corriente. Nada más terrible que esta parálisis social en una época de crisis y desmovilización como la que nos toca vivir.

Atentos a las noticias a través del diario, la radio o la televisión hemos dejado instalar en nuestra cotidianeidad la "agenda del día" que los medios monopólicos, con su habitual bombardeo de "actualidad" nos acercan.

En medio de tanto temor irrumpió parte de la realidad y las ciudades se vistieron de gente, la gente se vistió con banderas y las banderas se vistieron con consignas, y por primera vez en mucho tiempo, nos vestimos de ciudadanos con un objetivo en común: defender la educación pública como uno de nuestros derechos.

La educación, ese cliché manoseado desde distintos sectores de poder, desplazó por unos días a la violencia de las primeras planas informativas.

Docentes, alumnos, padres, profesionales, técnicos, trabajadores: diferentes centros de estudios y carreras del país dijeron presente. En esos días, reconocí gratamente a colegas y estudiantes que sumaron sus voces a la demanda general, algunos agrupados bajo una bandera de Terapia Ocupacional, otros dictando clases públicas.

El conflicto comenzaba a articularse en una dimensión social más amplia cuando el reclamo fue atendido y el recorte pareció retroceder.

Pero en la era de la velocidad informativa ya se han cambiado las imágenes y los discursos mediáticos quedando reducido el conflicto a la "violencia en las escuelas", pasando luego al impuesto "para pagarle a los docentes".

Iniciamos nuestro cuarto año concientes de lo que implica sostener un espacio que propone el encuentro, la reflexión, la participación y el compromiso, en la era de la "incomunicación". Somos ambiciosos al pretender que *Materia Prima* continúe siendo un lugar que afiance la comunicación entre colegas, cuando los lazos sociales parecen desmembrarse.

Nuestro soporte técnico seguirá brindando sus páginas para apostar a la participación comprometida, al rescate de los valores culturales y la historia, y al respeto por la diversidad. Imposible realizar esta tarea sin usted, nuestro fiel lector que con sus aportes e ideas, su reconocimiento y esfuerzo, hace factible nuestra existencia.

Andrea Monzón



por *Materia Prima*

# Docencia y formación de Post-grado

La Universidad es productora y reproductora de saber. No sólo para los que transitan carreras de grado, la formación permanente garantiza el desarrollo científico y la idoneidad de quienes tienen la responsabilidad de ser docentes. Dentro de nuestra profesión no existen colegas que hayan alcanzado el nivel de Doctorado, si tenemos referencia de algunos que han ingresado a diferentes maestrías interdisciplinarias. En la UBA, sólo el 8,4% de los docentes se han doctorado (ninguno es terapeuta ocupacional).

Otras universidades del mundo cuentan como requisito para su ingreso y permanencia el doctorado.

En relación a la Terapia Ocupacional, *Materia Prima* entrevistó a Lucía Iara Pfeifer, docente de la Universidad de Pará, Brasil, quien compartió con *Materia*



RAQUEL GOCIOU

Prima la forma en la que acceden los terapeutas ocupacionales a la docencia y realizan su formación de post-grado en forma permanente, en nuestro vecino país.

Lucía Iara, terapeuta ocupacional, es docente desde hace nueve años. Obtuvo su título de grado en la Universidad de San Pablo y el de especialización para el dictado de clases. Al mismo tiempo realizó su maestría en Educación Especial en la Universidad Federal de San Carlos. Al

finalizarla, retomó el dictado de clases en Belén y comenzó su Doctorado en Educación.

Lucía explica que para ingresar al Doctorado es necesario atravesar una selección que consiste en un examen escrito, el análisis de currículum y una entrevista, a cargo de un Consejo formado por cuatro doctores del área. En esa entrevista se debe defender el Proyecto de Investigación del Doctorado, cuya duración es de cuatro años.

La Investigación de Lucía Iara es acerca de la Metodología de Enseñanza de Terapia Ocupacional, problematizando situaciones de la práctica para llegar a la teoría. Los alumnos reciben una beca por participar en la investigación. Esta metodología fue aplicada en las últimas cuatro promociones de la carrera de T.O. de la Universidad de Pará.

*T.O. Ma. Rita Martínez Antón  
Grupos de Estudio  
y Supervisiones clínicas  
Tel.: (011) 4432-6040*

**Orientación para  
la presentación de  
monografías, trabajos en  
Congresos, tesis, etc.**

Tel.: (011) 4983-8484  
*Lic. Susana Salsamendi*

Las conclusiones de la misma han sido defendidas recientemente y publicada en la Tesis que aprobó obteniendo el título de Doctora (defensa a la que Materia Prima fue cordialmente invitada pero por diversas cuestiones lamentablemente no concurrió).

Es importante señalar que los docentes titulares, para mantener la permanencia en el cargo, deben llegar a este nivel y que una carrera para seguir siendo dictada en las Universidades Estatales y Federales de Brasil debe contar con el 40% de sus docentes doctorados. Al mismo tiempo, los docentes reciben un incentivo económico por

desarrollar su formación permanente.

Lucia Iara cree que en parte la Terapia Ocupacional aún no ha manifestado importantes desarrollos teóricos porque todavía son pocos los que han podido acceder a los Doctorados y recién este año, en la Universidad Pontificia de San Carlos (Estado de San Pablo) comienza un Maestría específica en Terapia Ocupacional, lo que permitirá un salto cualitativo de la disciplina en Brasil.

En relación a su ingreso a la docencia explica que los docentes para asegurar su cargo deben concursar. El tiempo máximo que pueden estar contratados

es de dos años y considera que cuando se pasa por un proceso selectivo la calidad del docente sin duda es mayor y mejor. Lucia Iara recalca que la mayoría de los docentes brasileños garantizan su idoneidad a través de los requisitos señalados.

En medio de los últimos acontecimientos vividos en nuestro país en el sector educativo, los terapeutas ocupacionales argentinos deberíamos replantearnos la función de la docencia y repensar si sólo la crisis provoca el enlentecido desarrollo de la vida académica de la Terapia Ocupacional en Argentina.



**WILLARD SPACKMAN**  
**Terapia Ocupacional**  
8a. edición, 1998

Una obra abarcativa, teórico-práctica, que trata los campos de intervención de la Terapia Ocupacional en relación con los trastornos clínicos, educativos y con los problemas sociales y económicos.  
Un tomo de 948 páginas

Precio: u\$s 95.- 4 cuotas de u\$s 23,75 c/u sin intereses.



**A. I. KAPANDJI**  
**Fisiología articular**  
5a. edición, 1999

Única en su tipo, muestra con claridad la representación espacial del funcionamiento de los músculos y las articulaciones. Estos esquemas integran las tres dimensiones del espacio y agrega una cuarta, la del tiempo. Privilegia la imagen frente al texto.  
Un tomo de 304 páginas

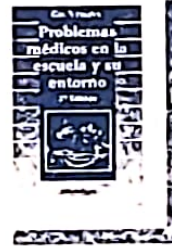
Precio: u\$s 84.- 4 cuotas de u\$s 21.- c/u sin intereses.



**Lorenzo-Ladero/Leza-Lizasoain**  
**Drogodependencias**  
Farmacología - Patología - Psicología - Legislación

Explica los mecanismos por los que las drogas producen dependencia, y cuales son las bases para el tratamiento farmacológico de estas.  
Un estudio científico útil para organizar estrategias asistenciales y preventivas con vistas al año 2000 contra uno de los problemas más importantes del mundo, la adicción a drogas.  
Un tomo de 448 páginas

Precio: u\$s 38.- 1 pago.



**Gil Verona**  
**Problemas médicos en la escuela y su entorno**  
2a. edición, 1999

El objetivo de la obra es que el maestro tome conciencia de que el estado médico afecta al aprendizaje y al proceso de socialización del niño, y que es primordial poseer un conocimiento cabal del desarrollo normal y patológico y de los efectos del funcionamiento físico sobre el aprendizaje.  
Un tomo de 260 páginas

Precio: u\$s 25.- 1 pago.

Marcelo T. de Alvear 2145 (1122) Buenos Aires - Tel.: (011) 4821-2066 Fax: (011) 4821-1214  
e-mail: info@medicapanamericana.com.ar / Visite nuestra web: http://www.medicapanamericana.com.ar

EDITORIAL MEDICA  
**panamericana**

# El geriátrico como locus de control externo

por Claudia Miranda\*

Este trabajo propone una reflexión acerca de las características de los ambientes que conforman las residencias u hogares geriátricos en la ciudad de Mar del Plata.

Partiendo de un análisis de los aspectos físicos y psicosociales del ambiente y luego de la repercusión de los mismos sobre el funcionamiento ocupacional de los adultos mayores que conviven en ellos.

El análisis plantea la influencia que el contexto de interacción ejerce sobre la percepción del control sobre los hechos interno - externo de los gerontes.

Paralelamente se expone una propuesta terapéutica en los geriátricos basada en el Modelo de Ocupación Humana.

Finalmente se concluye con una referencia sobre el concepto de adaptación que suele emplearse como criterio de asistencia en los equipos interdisciplinarios de las residencias.

Los hogares geriátricos o las llamadas residencias para ancianos en la ciudad de Mar del Plata, suelen estar conformados por un estilo de ambiente que los caracteriza, al que se puede describir en sus aspectos físico y social.

Desde el punto de vista edilicio las diferentes instituciones responden a un perfil que tiene en cuenta principios de ergonomía para hacer más accesible la movilidad de los adultos mayores que residen en él, como barandas en los pasillos, en los baños y accesorios en las duchas, elevación de la altura de la cama, escaleras con goma antideslizante, generadores de luz artificial de emergencia, entre otros.

Sin embargo la mayoría de estos lugares, no fueron construidos con la finalidad de convertirse en hogares geriátricos, en este sentido la excepción está representada por una marcada minoría, sino que se trata en general de viejos edificios que han sido creados con fines de hotelería de diferentes dimensiones y posteriormente fueron adaptados a los fines señalados. Por lo cual ni las puertas de entrada a las habitaciones, comedores, baños permiten un acceso cómodo de las sillas de ruedas (en muchas instituciones el ingreso a los baños con las mismas se halla imposibilitado), limitando la independencia de las personas que requieren de ellas.

Otro punto a destacar lo constituyen los lugares dentro de la institución destinados como salas de estar, comedores, livings, jardines de invierno, salas recreativas, espacios para la realización de actividades terapéuticas, otros. En general los ambientes institucionales no suelen ofrecer variación de lugares donde los adultos mayores puedan elegir para permanecer solos, en compañía de otros residentes o con sus familiares. Es frecuente observar uno o dos espacios que son utilizados en forma multifuncional para

responder a los diferentes fines expresados.

En su mayoría los hogares cuentan con espacios verdes, de distintas dimensiones, aunque hay una minoría que carece de ellos.

Con relación a las habitaciones en menor medida presentan dormitorios individuales, con mayor frecuencia se observan habitaciones dobles, triples y cuádruples; estos espacios ofrecen por lo general una mesa de luz por cama y placards para compartir.

En cuanto al aspecto social del ambiente, el plantel institucional se encuentra compuesto por médico, enfermera, nutricionista, asistente geriátrico, auxiliar de enfermería, mucamas, variando el número de empleados, según la cantidad de internados, y siguiendo las normativas de las obras sociales, reglamentaciones municipales y organismos nacionales, quienes algunos exigen también la presencia de asistente social y terapeuta ocupacional.

Si bien las diferentes normativas establecen la cantidad y carga horaria de los mismos por lo general esta suele ser deficitaria, especialmente en lo referido a servicio social y terapia ocupacional (apreciación puesta de manifiesto por las asociaciones y colegios profesionales que los nuclean), ya que no alcanza para cumplir adecuadamente con las necesidades de una población que presenta en su mayoría adultos mayores semidependientes y dependientes. Así se pueden mencionar diferentes cuadros de enfermedad entre los más comunes se encuentran: afecciones reumáticas, (artrrosis, artritis); afecciones cardiovasculares (hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca); EPOC (neumonía); afecciones neurológicas (parkinson, secuela de ACV hemiplejías); afecciones endocrinas (diabetes); afecciones ortopédicas (fracturas de cadera); afecciones psiquiátricas (demencias). Es frecuente observar en los ancianos la

existencia de cuadros de polipatologías.

También es importante destacar una mayor presencia de adultos mayores con síndromes demenciales, cuyo diagnóstico suele ser responsable del motivo de internación en los geriátricos.

Ya en el año 1991 Bulbena hacía referencia a esta problemática al manifestar que la elevada incidencia de estados demenciales a partir de los 65 años, entre 6 - 10 % que se acentúa en mayores de 80 años, 20 - 30%, junto al progresivo aumento de la población mayor de 65 años, que actualmente ya llega al 15 % y será más del doble a finales del siglo, hace presumir que se va a producir un crecimiento importante de dichos estados demenciales; cuya atención sanitaria puede constituirse en un problema considerable, especialmente si se tiene en cuenta las dimensiones económicas que podrían alcanzar cifras muy costosas, para dar respuesta a la futura demanda.<sup>(1)</sup>

Pero al hacer referencia al ambiente de un hogar o residencia para mayores, no se puede dejar de mencionar el impacto emocional y por ende en el funcionamiento ocupacional, que provoca en los gerontes a quienes está dirigido.

Al efectuarse el ingreso la persona deberá adecuarse a las normativas y patrones de comportamiento del hogar, lo cual implica un tránsito desde un yo individual a un yo colectivo, en donde se modifican hábitos que caracterizan el estilo particular del geronte. Este no suele llevar a cabo un período previo de exploración al nuevo ambiente, por el contrario su internación suele ocurrir en forma brusca, por ejemplo ante el agravamiento de una afección anterior o la presencia de un cuadro agudo frecuentemente discapacitante. Se debe considerar que esta situación ocurre durante la fase del ciclo vital correspondiente al envejecimiento, con todas las modificaciones que implica en el área biológica, psicológica y social como pérdida de roles y status. El proceso de internación representa por lo general una circunstancia difícil de afrontar, a consecuencia de ello suele observarse tendencia a asumir actitudes depresivas y de aislamiento, especialmente si el adulto mayor no cuenta con una red de apoyo adecuada que lo contenga.

Las características edilicias anteriormente descritas, no posibilitan mudar demasiados objetos personales, como ropa, adornos, muebles, que refuercen el sentido de pertenencia e identidad, así su medio ambiente pasa a estar constituido por objetos y personas desconocidas que carecen de contenidos afectivos significativos.

Los adultos mayores reaccionan a estas situaciones de diversas maneras, pero es de esperar que los que son funcionalmente independientes tendrán mayores oportunidades de llegar a lograr una interacción más enriquecedora con el ambiente institucional. Esto también depende de las características individuales de los sujetos, relacionadas a las expectativas de control o locus de control, esta dimensión fue descrita por Rotter en 1966. La misma hace referencia a las consecuencias que suceden luego de efectuar una conducta, que pueden ser de éxito o de fracaso, la primera posibilidad está relacionada especialmente a la idea de esfuerzo personal,

mientras que la segunda está supeditada a la idea de fuerzas ajenas, como el grado de dificultad de una tarea o la suerte. Entre estos dos extremos se habla de individuos externos o internos.

A lo largo del ciclo vital se ha observado que la internalidad aumenta con la edad hasta llegar a la adolescencia, posteriormente en la etapa de adultez no habría una relación tan directa entre edad e internalidad debido a que se vuelve más flexible a los sucesos particulares de cada persona. Luego en la vejez esta relación tiende a cambiar, al considerar las modificaciones y pérdidas que van sucediendo, especialmente en el ámbito social. Bradley y Webb en 1976 sostienen que el anciano es consciente de ir perdiendo paulatinamente capacidades y por ende control sobre los hechos.<sup>(2)</sup>

Sin embargo aquellas personas que tengan una historia de mayor cantidad de sucesos de internalidad, afrontarán mejor las vicisitudes presentadas durante el proceso de envejecimiento.

El Modelo de Ocupación Humana de Gary Kielhofner también desarrolla el concepto de control, el mismo visualiza al hombre como ser integral, este es representado como un sistema abierto y su comportamiento ocupacional es la salida de ese sistema, hallándose en permanente interacción con el ambiente, además posee la habilidad de mantenerse y cambiarse a sí mismo a causa de dicha interacción.

El sistema abierto está constituido por tres sub-sistemas: volitivo, habituación y desempeño.

El *sub-sistema de volición* está formado por:

- un componente afectivo que comprende, la motivación intrínseca (motivo interno, energía vital).
- un componente cognitivo que comprende imágenes: causalidad



## COLTOA Grupo Editor

Invitamos a formar parte del próximo libro  
"SERIE COMPILACIONES 3"

Los ejes temáticos son:

**TRABAJO  
COMUNIDAD**

*Requisitos: enviar original y dos copias. Tamaño de hoja A4, letra N° 12, Time New Roman, espacio uno y medio, máximo de hojas 12 carillas  
Recepción de trabajos: hasta el 15 de julio de 1999*

Gorriti 4663/65 • Capital Federal (1414)  
Tel.: (011) 4831-3442 / 4772 / 7221

personal, valores, intereses.

La motivación intrínseca es un fenómeno complejo del sistema abierto que comprende la necesidad básica de explorar y dominar el ambiente, es decir implica sentido de placer así como sentido de eficacia personal.

Las elecciones de las diferentes ocupaciones, el cómo interactuar, está relacionado con las creencias y percepciones que tiene la persona de sí mismo como actor en el mundo, es decir está referido a los componentes simbólicos de la volición: causalidad personal, valores, intereses.<sup>(1)</sup>

La causalidad personal es el conjunto de vivencias eficaces que transmiten a la persona autoconfianza para manejar eventos en el ambiente, incluye la confianza en el control interno versus el externo, confianza en las destrezas y expectativas de éxito versus fracaso.

La causalidad personal representa un continuo de comportamientos que en sus extremos están representadas por personas que se creen en control, evidencian destrezas importantes y sienten tener potencial para lograr éxito (origen). Por otra parte aquellas que no creen en su propio control ni en sus destrezas y frecuentemente esperan el fracaso (peones).

En general la mayor parte de las personas presentan, una combinación de ambos comportamientos, en su vida cotidiana.

El proceso de institucionalización por lo general impacta negativamente sobre la volición del geronte, especialmente sobre el componente afectivo la motivación, limitando las interacciones con el ambiente que está constituido, como fue señalado, por objetos y personas que no representan vínculos significativos. La percepción del control sobre los hechos tiende a externalizarse.

Pero evidentemente los más afectados en este proceso resultan ser los ancianos semidependientes o dependientes, los cuales en su mayoría poseen diferentes grados de déficits cognitivos, observándose limitaciones en la capacidad para procesar la información del ambiente, presentándose restricciones en la realización de las actividades de la vida diaria, en ellos la dinámica institucional con frecuencia colabora generando un funcionamiento ocupacional deficiente. El ambiente geriátrico ejerce un verdadero condicionamiento externo, convirtiéndose en el locus de control. Esto se refleja en diferentes situaciones o lugares, dependiendo de las dinámicas internas de cada hogar pero en general suelen observarse algunas rutinas similares como por ejemplo:

al comenzar el día el adulto mayor es vestido, sin darle lugar a la elección de su ropa, se le realiza la higiene diaria básica, la cual no es frecuente que incluya el cepillado de dientes o lavado de su prótesis, especialmente si hay que trasladarlo al baño en silla de ruedas o por el contrario proveerle de una mesa recortada alcanzarle un recipiente con agua y los utensilios necesarios, el lavado de cara, manos y peinado también suele hacerlo rápidamente el asistente, sin que el mismo tenga participación activa.

Luego es llevado al comedor y/o sala de estar, donde permanecerá sentado en un lugar, generalmente asignado con relación al espacio libre existente hasta la hora del almuerzo. En el momento de la comida se ubicará al adulto mayor cerca de la mesa, donde ya se encuentran preparados los diferentes elementos, se le coloca una servilleta grande o delantal a modo de babero y se le indica que comience a alimentarse haciendo uso a veces de un solo tipo de cubierto para ingerir los diferentes menús y llevarse a la boca el vaso con líquido que ya está preparado. Si se considera que la alimentación debe darse en la boca, los brazos de la persona quedan debajo del delantal, para proteger la limpieza de la ropa, impidiéndole cualquier intento de participación. Nuevamente no se le brinda a la persona la posibilidad de ejercer sus habilidades motoras y de procesamiento, aunque estén medianamente conservadas, para por ejemplo, organizar por sí mismo en el espacio de la mesa, los elementos para alimentarse, seleccionando, discriminando, ordenando, ajustando o sorteando las dificultades que surjan, afectando también su motivación y confianza personal.

Luego será llevado a dormir la siesta y al terminar la misma volverá a ocupar el espacio anteriormente asignado, porque generalmente los lugares no son intercambiados, ni se les consulta brindándoles otras oportunidades de elección, acerca de donde o con quién desean permanecer. La organización de la rutina será similar hasta la hora de la cena, y finalmente llegará el momento del descanso nocturno.

En hogares que cuentan con servicios de terapia ocupacional, esta rutina será modificada por la posibilidad de realizar dos, tres o en el mejor de los casos cuatro o cinco días a la semana (en general pocas horas) de actividades terapéuticas grupales.

En algunas instituciones con capacidad de internación más reducida o cuando se cuenta con personal extra, se suele prestar mayor atención al arreglo personal de las mujeres semidependientes o dependientes, (perfumándolas, pintándoles las uñas, maquillándolas, depilándolas), pero esta rutina por lo general suele ser dirigida, sin dar oportunidad a una interacción entre la persona y la asistente que la realiza.

En un hogar con estas características, con capacidad para 17 mujeres internadas se observa la presencia de una señora de 75 años semidependiente, a la cual se le pintan los labios y perfuma a la mañana y a la tarde, al interrogarla sobre su preferencia por un color de lápiz labial responde: "me da lo mismo, porque nunca me gusto pintarme los labios, pero bueno como el dueño quiere y es bueno con nosotras, no importa".

Las circunstancias descritas llevarán al adulto mayor a asumir una serie de comportamientos, que en gran medida terminarán en actitudes que pueden denominarse de desesperanza o indefensión aprendida.





R. GOCIOI

Seligman (1975) desarrolla una teoría que afirma que cuando los organismos son expuestos a acontecimientos incontrolables, aprenden que responder es inútil. La expectativa de que un determinado resultado es independiente de las propias respuestas, hace disminuir el incentivo para futuras y produce una profunda interferencia en la motivación de la conducta instrumental. De similar modo se produce una interferencia para reaprender que las respuestas si pueden controlar el resultado.

Cuando se producen situaciones incontrolables, suele aparecer una intensa emocionalidad a la que se denomina en forma imprecisa miedo, este puede disminuir o desaparecer pero si persiste, el sujeto termina aprendiendo que no puede controlar el trauma, el miedo disminuirá y en su lugar será reemplazado por la depresión.<sup>(4)</sup>

Cuando observamos un comedor, sala de estar o piso reservado para gerontes denominados semi o dependientes y los vemos permanecer largas horas, tiempo durante el cual mantienen una mínima interacción con el ambiente, debemos preguntarnos si tal situación es provocada por el importante deterioro cognitivo y perceptivo - motor de los mismos, quienes cursan por lo general distintos tipos de demencia o estamos frente a una clara manifestación de

indefensión aprendida o ambas circunstancias.

Para algunos autores como Gratel y Proctos (1976), esta actitud de evitación, no siempre constituye un comportamiento negativo, ellos sostienen que la desesperanza aprendida a veces puede ser una estrategia benéfica ya que el ceder sería acompañado de una menor carga de ansiedad.

¿Para que intentar el solicitar elegir un vestido de su preferencia, vestirse o peinarse solo, si la mayoría de las veces no hay tiempo suficiente para repetir esta actividad a diario?. ¿Para que insistir en ser llevado al baño (en el caso de requerir silla de ruedas para deambulación), porque se siente capaz de tener sensaciones para controlar esfínteres si la respuesta será «no se preocupe usted tiene pañales», aunque se encuentre compartiendo una actividad grupal recreativa?.

Sin embargo también sabemos que el ceder a este comportamiento de los adultos mayores, implica aceptar la propia indefensión aprendida de los profesionales que trabajan en el hogar.

Si no hay oportunidades o son escasas para repetir experiencias de realización de actividades, seguida de posibilidades de recompensas, el adulto mayor no construirá el sentido de dominio o aumento de

la autoestima, pues esto se consigue cuando las acciones de las personas, cambian o influyen marcadamente sobre el ambiente que las rodea.

Seligman plantea que la posibilidad de modificación del comportamiento de indefensión aprendida, requerirá de un proceso que incluye terapia de refuerzo.

El punto central de la falta de iniciación de respuestas, es la expectativa que las mismas no serán eficaces, la inversión de esta expectativa posibilitaría la resolución del problema.

La teoría de la indefensión sostiene que la pérdida de control sobre los reforzadores, (entendida como la recompensa seguida a la iniciación de una conducta), es la causa del sentimiento de depresión. En la medida en que se generen posibilidades de vivenciar acontecimientos controlables, la persona podrá modificar expectativas negativas por otras más optimistas, de manera de llegar a confiar en que sus acciones darán lugar a lo esperado.

"La exposición forzada al hecho de que las respuestas produzcan reforzamiento, es la forma más efectiva de romper la indefensión aprendida."

"La terapia cognitiva de A.T. Beck (1970-1971) persigue el mismo fin, una intervención lograda cambia la disposición cognitiva negativa por otra más positiva, el autor mantiene que la principal tarea del terapeuta es cambiar las expectativas negativas del paciente deprimido por otras más optimistas".<sup>(5)</sup>

Desde otra perspectiva Kielhofner propone realizar una intervención desde el Modelo de Ocupación Humana, "en donde la terapia es un evento que se integra a una vida en progreso y debe ser entendida y tomada en este contexto"<sup>(6)</sup>. El razonamiento clínico está basado en comprender las necesidades de la persona, a través del sentido volicional de la misma y ayudarla a la clarificación de metas y objetivos significativos, con el fin de lograr un funcionamiento ocupacional satisfactorio.

Partiendo de estos conceptos se implementa un tratamiento constituido por tres etapas denominadas: de exploración, aprendizaje de capacidades, y de logros.

En este proceso el adulto mayor encontrará oportunidades de realizar actividades respondiendo a sus valores, intereses y características culturales, que le lleven paulatinamente a creer en la eficacia de sus destrezas y a reforzar la causalidad personal alcanzando mayor autoestima y control interno sobre los hechos.

El mejorar las imágenes cognitivas le permitirán recuperar la necesidad básica y energía vital para explorar e interactuar con el ambiente. En la medida en que pueda crear y/o recrear ocupaciones significativas donde continúe desarrollando roles importantes, el adulto mayor podrá enriquecer a otros y enriquecerse a sí mismo como ser humano.

Este proceso no sólo debe conseguirse en el espacio terapéutico sino que debe ser continuado en los diferentes ambientes de geriátrico, en la relación con la familia y en el contacto con la comunidad.

Si el ambiente físico y social más las redes de apoyo no acompañan dicho proceso, el geronte volverá paulatinamente a asumir un comportamiento de apatía.

Además es importante señalar que el profesional debe contar con un tiempo lógico de frecuencia y duración para llevar a cabo los tratamientos.

¿Es realmente posible lograr un cambio que permita revertir la problemática planteada, o el pensar una solución en esta dirección es sólo una utopía irrealizable?.

Quizás uno de los mayores obstáculos para permitir un cambio lo constituya la posibilidad de la modificación de la carga horaria y cantidad de personal existente en los diferentes hogares, tanto mucamas, asistentes geriátricos, como profesionales, los esfuerzos deberían dirigirse entonces a argumentar las ventajas fundamentadas en los principios organizacionales del costo-beneficio de las empresas, lo cual tendría que hacerse extensivo a los sectores políticos responsables de la elaboración de las reglamentaciones y normativas institucionales.

Pero también otro punto a resolver está relacionado a la idea que suelen manejar los equipos interdisciplinarios, sobre el concepto de adaptación a la residencia geriátrica.

Aunque en este aspecto cabe hacer una salvedad sobre la interdisciplinariedad, son muy pocos los lugares en donde se realizan reuniones de equipo donde se practique un verdadero intercambio de opiniones que lleven a una intervención interactiva desde las distintas disciplinas, además en hogares en donde no existen las exigencias de profesiones como terapia ocupacional y servicio social, nos encontramos por lo general con la presencia de "mini-equipos" de trabajo.

En dichos equipos, la adaptación con frecuencia es entendida desde una perspectiva conductista clásica, que pone de manifiesto los factores ambientales de la conducta antes que los genéticos innatos, remarcando que las influencias ambientales actúan sobre la modificación de las personas. De este modo se desarrolla un tipo de aprendizaje denominado condicionado, producido por la acumulación de la fuerza del hábito.

Este enfoque conductista plantea la idea del hombre como ser pasivo moldeado por el ambiente.

Pero el concepto de adaptación también puede ser entendido desde otro paradigma.

Mossy y Mitchel en 1982 proponen desde una perspectiva conductual ecológica un modelo de vejez, que pretende remarcar los aspectos potenciales y competentes en contraposición a una visión patogénica o deficitaria de la misma.

"El fenómeno de mayor interés para los ancianos en este modelo es la adaptación: este es considerado como el mecanismo a través del cual las personas se enfrentan, manejan y controlan su ambiente.

Mediante este enfoque se trata de promover las oportunidades de aprendizaje que incrementen la habilidad de los sujetos ancianos para influir en el medio en que viven, compensando las pérdidas que en esta etapa de la vida sufren. Para estos autores lo más importante es el contexto comunitario, en el que se expresa la competencia, porque es la comunidad la que provee de los sistemas de valores y de significado constituyendo así la conducta adaptativa".<sup>(7)</sup>

Por otra parte, desde una nueva orientación cognitivo-conductual, Bandura (1974) destaca la importancia de constructos de resonancia interna como autoevaluación, autocontrol y autogrificación como guía de la conducta y determinantes de la motivación y emoción humanas.

El actuar de acuerdo con las autopercepciones propias de autoeficacia, puede representar el éxito o el fracaso, que requerirá autorevaluaciones de las propias competencias. Las creencias sobre uno mismo influyen en el desarrollo del individuo.<sup>(8)</sup>

Desde la perspectiva del Modelo de Ocupación Humana, se destaca la función como criterio de salud y la adaptación como concepto de bienestar individual.

Dicha adaptación es el mecanismo a través del cual las personas se enfrentan, manejan e interactúan con su ambiente, con el fin de alcanzar el bienestar y satisfacción individual, respondiendo a su vez a las demandas ambientales.

El adulto mayor logra la adaptación en la medida en que puede reconocer especialmente las necesidades personales y las ambientales y en este proceso desarrolla actividades que le permitan responder a sus motivaciones intrínsecas aunque esto implique modificación de factores del contexto de interacción, manteniendo y reactualizando valores e intereses personales, desempeñando roles y ocupaciones significativas.

Es evidente que la adaptación entendida desde estas perspectivas exige un mayor compromiso e interacción entre todo el personal y los residentes que conforman una institución geriátrica.

Cuando esto es compartido sólo por una parte del equipo profesional, resulta difícil llevar adelante determinados proyectos e intervenciones terapéuticas como por ejemplo: crear un espacio desde terapia ocupacional para elaborar un reglamento de convivencia, surgido de las propias motivaciones de los residentes, que compatibilice en forma democrática las necesidades de los mismos con las normativas y/o expectativas empresariales.

Así como estimular a un matrimonio de ancianos que consideró siempre importante y placentero, el tomar mate durante determinados momentos del día, a que no pierdan el hábito de hacerlo, porque es difícil coordinar los horarios con el personal de cocina quienes deben proveerles el agua caliente; si no que busquen la forma de poder llevarlo a cabo, en contraposición a la actitud "ya no importa, total tomamos el té que nos dan y nos adaptamos".

O también lograr que residentes, con marcado deterioro cognitivo, que luego de ser evaluados han evidenciado conservación de sus habilidades motoras y de procesamiento, puedan continuar realizando tareas culinarias que fueron y son su principal fuente de motivación, orientándolos para que colaboren, con los recaudos necesarios, en el área de cocina de la residencia geriátrica. Aunque esto implique un esfuerzo de negociación por parte del terapeuta, con el personal de cocina e integrantes del equipo, para que accedan a tal solicitud haciéndoles comprender la importancia de esta actividad.

Finalmente y concluyendo lo planteado en el desarrollo de este trabajo, resulta vital la necesidad de crear espacios de discusión y análisis de la problemática expuesta, en el marco de un mayor diálogo interdisciplinario, que nos lleve a modificar y mejorar las relaciones humanas y calidad de las prestaciones brindadas a los adultos mayores protagonistas de las residencias geriátricas.

\* Licenciada en Terapia Ocupacional. Docente e investigadora de La Universidad Nacional de Mar del Plata. Integrante del Grupo Socioantropología de las Migraciones: Condiciones Psicosociales de los Ancianos en dos Contextos Migratorios Iberoamericanos. Ex presidente de la AMTO.

## Referencias Bibliográficas

1. Cfr. VALLEJO RUILOBA. *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría*. Bulbena capítulo 35, pág 530. Demencias (1991). Tercera Edición, Salvat
2. Cfr. PEREZ GARCIA. *El desarrollo personal y social durante la vida. Psicopatología evolutiva*. Madrid: UNED (1990)
3. Cfr. DE LAS HERAS CARMEN. *Manual Rehabilitación y Vida. Modelo de Ocupación Humana de Gary Kielhofner*. Parte I (1996) (inédito)
4. Cfr. SELIGMAN. *Indefensión* (1981) Ediciones Debate. Madrid
5. Cit. SELIGMAN. *Ibidem*. Pág 145,146
6. DE LAS HERAS CARMEN. *Manual Rehabilitación y Vida. Modelo de Ocupación Humana de Gary Kielhofner*. Parte I (1996) (inédito)
7. Cit. GARCIA PEREZ M. C. Toos J. M. *Motivación y vejez*. Pág.82 (1992). Barcelona. Fundación La Caixa
8. Cfr. GARCIA PEREZ M. C., TOOS J.M. *Ibidem* Pág. 51



## Año Internacional de las Personas de Edad 1999 "Una Sociedad para todas las edades"

por **Materia Prima**  
(extracto de material de las Naciones Unidas)

El Año Internacional de las Personas de Edad 1999 brinda oportunidad de apoyar las medidas nacionales que se esbozan en las estrategias para alcanzar determinados objetivos (documento A/47/339) que las Naciones Unidas adoptaron en 1992 para el año 2001 (resolución 4/47/86). Las medidas nacionales que se esbozan en los párrafos siguientes se basan en el Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento, que la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento adoptó en 1982.

### Metas nacionales básicas relacionadas con la infraestructura

*"El éxito de este Plan de Acción dependerá en gran medida de las actividades de los gobiernos encaminadas a crear condiciones y amplias posibilidades para la plena participación de los ciudadanos, en particular las personas de edad..."*

- .... Mejoramiento o establecimiento de las normas además del cumplimiento de los protocolos relativos a los encargados del cuidado de los ancianos, incluidos los entornos doméstico, comunitario y residencial
- ...Establecimiento de mecanismos para examinar y adaptar la legislación y las prácticas vigentes, a fin de eliminar omisiones, contradicciones y discriminaciones importantes respecto de las personas de más edad.
- ...Integración de los cuestiones del envejecimiento en los planes nacionales de desarrollo.

### Metas en materia de salud y nutrición

*"Aunque el hecho de que el número de personas de edad esté aumentando rápidamente en todo el mundo representa para la humanidad un éxito desde el punto de vista biológico, las condiciones de vida de los ancianos en la mayoría de los países han ido quedando muy atrás con respecto a las de la población económicamente activa..."*

- ...Establecimiento de índices nacionales de salud y discapacidad entre los ancianos.
- ...Medidas porque se preste atención primaria de la salud a los ancianos y por que éstos tengan acceso a ella.
- ...Promoción del establecimiento de un sistema de suministro de medios auxiliares técnicos.
- ...Garantía de nutrición adecuada, sobretodo de los

ancianos vulnerables, e incluso grupos como refugiados, víctimas de desastres y personas que viven solas.  
...Fortalecimiento o establecimiento de programa de salud pública para los ancianos que garantice el acceso al agua no contaminada y a un saneamiento adecuado.

### Metas para la vivienda y entorno social

*"Un alojamiento adecuado y un ambiente físico agradable son necesarios para el bienestar de todo el mundo, y se acepta de manera general que la vivienda influye mucho en la calidad de vida de cualquier grupo de edad de cualquier país. Una vivienda adecuada es incluso aún más importante para los ancianos, en cuyo domicilio se centran prácticamente todas sus actividades..."*

- ...Prestación de ayuda a las personas de edad avanzada para que puedan continuar viviendo en sus propios hogares todo el tiempo que sea posible, o seleccionar otro lugar de alojamiento si no desean seguir en su hogar o no lo consideran ya el lugar idóneo.
- ...Creación de albergues y servicios públicos accesibles e integrados a la comunidad para personas de edad avanzada, en las ciudades, pueblos y aldeas.
- ...Fomento de la educación de la comunidad en materia de seguridad personal en el hogar y la comunidad.
- ...Medidas para proveer y mejorar el acceso y la movilidad de las personas de edad avanzada al trabajo, a los servicios sociales y de la salud y a los centros de recreación.

### Metas relacionadas con la familia

- ....Promoción y perfeccionamiento de capacidades que permitan a hombres y mujeres de edad avanzada cumplir su función como jefes de familia, consejeros y personas encargadas de los cuidados.
- ...Establecimiento de grupo de apoyo a familias con problemas y necesidades de cuidados especiales.

**Metas en materia de educación y medios de comunicación**  
*"En muchas sociedades los ancianos siguen siendo los encargados de transmitir la información, los conocimientos, las tradiciones y los valores espirituales. No debe perderse esa importante tradición"*

...Lanzamiento de campañas de información, educación y comunicación sobre el envejecimiento para crear una imagen positiva del envejecimiento y promover el envejecimiento con tema de importancia social general en el que todos participen.

...Incorporación de la información sobre el envejecimiento en los programas de enseñanza primaria y secundaria...

...Asignación de funciones decisivas a personas de mayor edad para que actúen como voluntarios o personal remunerado en programas de alfabetización, en campañas de sensibilización social y en programas de enseñanza sobre las tradiciones y el patrimonio cultural, el medio ambiente, el uso indebido de estupefacientes y otros temas.

...Difusión y aplicación de los "Principios de las Naciones Unidas para las personas de edad".



RAQUEL GOCIOL

#### Metas en materia de bienestar social

*"Los servicios de bienestar social pueden constituir un instrumento de la política nacional y deberán tener como objetivo elevar al máximo la capacidad de las personas de edad para vivir en la sociedad. Dichos servicios deben prestarse en la comunidad y abarcar toda gama de la asistencia preventiva, de recuperación y desarrollo para las personas de edad, a fin de permitirles llevar una vida lo más independiente posible en su propio hogar y en su comunidad, y que continúen siendo ciudadanos activos y útiles"*

...Promulgación de leyes que garanticen el acceso de las personas de edad avanzada a los servicios de bienestar social

en condiciones de igualdad.

#### Metas en materia de seguridad de ingresos y el empleo

*"...Muchos países y regiones desarrollados han alcanzado satisfacer las necesidades de todos mediante planes generalizados de seguridad social. En los países en desarrollo, donde muchas de las personas, cuando no la mayoría de la población, viven bajo un nivel de subsistencia y la seguridad de ingresos es un tema que afecta y preocupa a todos los grupos de edad... los programas de seguridad social suele tener un alcance limitado"*

.....Creación de un programa nacional para promover un envejecimiento productivo  
...Establecimiento, fortalecimiento y puesta en práctica de planes o estrategias para velar por la seguridad del ingreso de todas las personas de edad

avanzada a niveles en concordancia con la infraestructura económico social del país.

...Establecimiento de una "red de protección" en lugares donde los planes de jubilación o de otra índole no existen o son inadecuados.

#### Más información dirigirse a:

Sección de Desarrollo y Derechos Humanos, Depto de Información Pública, Naciones Unidas  
Oficina S.1040, Nueva York, NY 10017, EEUU Tel. (212) 9638104, Fax.(212) 963 1186, E-mail:vasic@un.org, Sitio en la Web: [www.un.org/es/socdev/iyop/iyoplogo.htm](http://www.un.org/es/socdev/iyop/iyoplogo.htm)

# Diseño de un protocolo de intervención de Terapia Ocupacional en niños con síndrome de Guillain-Barré (Parte I)

por Sylvia Cristina Duarte Torres \*

El presente trabajo ha sido desarrollado en el Instituto Franklin Delano Roosevelt, Institución de Ortopedia y Rehabilitación para la atención de niños y adolescentes con enfermedades del sistema neuromuscular y esquelético.

El objetivo del Instituto desde su fundación ha sido la integración en la sociedad de niños con discapacidad, siendo desde hace varios años centro de remisión a nivel nacional de pacientes pediátricos con polineuropatía motora aguda tipo Guillain - Barré. En Colombia, emerge el síndrome de Guillain - Barré como una de las causas más comunes de parálisis motora aguda en los niños encontrándose su mayor frecuencia en el grupo de preescolares y adolescentes del sexo masculino. La incidencia global es de 1,7 por 100.000 habitantes al año (1986) con una prevalencia de 9,5 casos por 1.000.000 a nivel mundial. La frecuencia de presentación del síndrome y su impacto en el comportamiento ocupacional de la población colombiana comprendida entre los 0 y 18 años dio origen a que se iniciara una revisión teórica y de casos, con el objetivo de identificar la existencia o no de un instrumento de evaluación que tuviera como finalidad determinar el nivel de independencia básica de los niños afectados por este tipo de síndrome.

## Revisión de literatura

Al revisar la Literatura Internacional de Terapia Ocupacional sobre el síndrome de Guillain-Barré al inicio de los '70 no se encuentra especificado este síndrome como tal sino que hablan de generalidades sobre principios terapéuticos básicos en motoneurona inferior, incluyendo aspectos tales como:

- "Evitar contracturas en MMSS"
- Averiguar necesidades del paciente con respecto a la ayuda que necesita para realizar actividades cotidianas
- Mejorar patrones de agarre o funcionalidad de la mano debido a que la función de la mano da independencia al individuo

Lo que se puede concluir es que la intervención a nivel de Terapia Ocupacional la enfocan hacia la reeducación motora en MMSS.

A finales de esta misma década Williard y Spackman en 1978 realizan una descripción detallada sobre la patología y determinan metas generales de rehabilitación incluyendo:

- Adecuado nivel nutricional
  - Prevención de Contracturas
  - Ejercicios activos y pasivos de las extremidades afectadas
  - Actividades para el fortalecimiento muscular y la coordinación
  - Restauración de sensación
  - Incremento de la actividad de acuerdo con la tolerancia del paciente
  - Ferulaje para prevenir deformidad y atrofia
  - Asistencia de aparatos que permitan el uso funcional de las extremidades
  - Desarrollar tolerancia al trabajo para una preparación prevocacional
- Durante este segundo período de la década de los '70 se concluye que

mencionan sin profundizar un número mayor de aspectos que el Terapeuta Ocupacional debe tener en cuenta para el manejo de estos pacientes, sin embargo no determinan criterios específicos de evaluación.

Entre 1980 y 1990 Pedretti y Trombly enfatizan dentro de la intervención de Terapia Ocupacional como paso inicial una evaluación del nivel funcional del paciente incluyendo un test muscular y sensorial (tacto suave, estereognosia, dolor, temperatura, propiocepción y discriminación de dos puntos). Se especifica dentro del tratamiento características globales sobre las actividades terapéuticas a realizar tales como:

- Graduación de actividades de no resistidas a resistidas
- Evitar fatiga
- Involucrar la acción de segmentos que

no estén directamente afectados  
-Evitar debilidad residual

De acuerdo con lo anterior se concluye que dentro de esta década se nombran áreas generales a evaluar que determinan el nivel de funcionalidad del paciente, sin tener en cuenta edad ni la parte emocional que son factores determinantes para el pronóstico.

En cuanto al tratamiento se evidencia que se da mayor prioridad a la actividad como medio de tratamiento y colocando al ferulaje como un instrumento más para evitar retracciones y deformidades.

A partir de 1990 en la literatura se especifican dos áreas básicas de evaluación profundizando en los métodos que se pueden utilizar de acuerdo al proceso de recuperación:

1. Examen muscular teniendo en cuenta condición física previa del paciente y su ocupación.
2. Examen sensorial incluyendo tacto superficial, estereognosia, dolor y temperatura, propiocepción y discriminación de dos puntos.

De igual forma se determinan áreas y técnicas de tratamiento mencionando por primera vez la importancia de implementar una rutina dentro de este. Dentro de los delineamientos que mencionan se encuentran:

- Respetar principios de conservación/ protección articular en la realización de ejercicios resistidos
- Coordinar metas de tratamiento dentro del programa de rehabilitación integral con los diferentes miembros del equipo
- Apoyo psicosocial dentro del proceso terapéutico, siendo considerado como un factor fundamental dentro de la recuperación y pronóstico de estos pacientes

Dentro de esta revisión se puede observar una visión más integral para intervenir a un individuo que presenta síndrome de

Guillain - Barré, estableciéndose la importancia del aspecto psicosocial y habituacional como áreas que son relevantes en la recuperación; sin embargo es necesario recalcar que no hacen diferencia para la intervención ocupacional entre niños y adultos. A partir de 1990, dentro de esta revisión se observa una visión más integral para intervenir a un individuo que presenta SGB, estableciéndose la importancia del aspecto psicosocial y habituacional como áreas relevantes en la recuperación. Esta revisión me permitió identificar los planteamientos existentes hasta el momento, si bien han progresado hacia la valoración integral del niño con G. B. aún no existe un instrumento que valore de manera válida y confiable el nivel de independencia básica y a su vez permita identificar el progreso del usuario dentro de los niveles de dicha independencia; además de establecer las directrices para un protocolo de intervención para cada uno de los niveles de independencia.

### Marco teórico

#### Definición Operacional

*Criterios de Evaluación:* Es un proceso que reúne información acerca de los sucesos y limitaciones de una persona en un grupo particular dentro de una situación específica. Esta información puede ser recolectada a través de observaciones directas del comportamiento, test estandarizados y entrevistas formales e informales. Para este estudio los criterios de evaluación serán considerados como conductas claras, específicas y observables del desempeño de un individuo que puedan determinar sus capacidades y limitaciones de una manera objetiva.

*Independencia Básica:* Se puede definir como tener adecuados recursos para cumplir con las tareas y exigencias cotidianas.

Corcoran (1984) lo define como: "Tener

acceso para usar las ayudas necesarias y humanas organizadamente para desarrollar las tareas de la vida diaria". Tener las habilidades esenciales para poder manejar su propio cuerpo y los objetos permitiéndole interactuar en su medio en forma satisfactoria.

Para este estudio la Independencia Básica se define como conjunto o la reunión de habilidades motoras, sensoriales, cognitivas y emocionales mínimas que debe presentar un niño entre las edades de 3 a 18 años para responder adecuadamente a las exigencias de su medio ambiente; para el mismo fin se ve la necesidad de diferenciarlo del concepto de funcionalidad.

*Funcionalidad:* Parte de la definición de Función que significa "la acción normal especial o apropiada de cualquier parte u órgano". La Funcionalidad es relativa a la interacción continua con el ambiente.

*Síndrome de Guillain-Barré:* Es una polineuropatía, ascendente simétrica y aguda que usualmente ocurre después de una infección viral o inmunización, predominantemente notoria con presencia de signos y síntomas específicos tales como: arreflexia, debilidad, compromiso respiratorio, disautonómico de esfínteres y en ocasiones de pares craneales especialmente el VII par. El compromiso sensitivo es mínimo o ausente y cabe anotar que la presencia del síndrome no afecta las áreas cognitivas y perceptuales del individuo que lo presenta. Para el presente trabajo se ve la necesidad de enfatizar en los síntomas clínicos que afectan directamente la funcionalidad y por ende la Independencia Básica del niño o adolescente que se ve afectado por este síndrome.

- \* Debilidad muscular de predominio distal
- \* Alteraciones sensitivas (dolor, parestesias, discriminación protectora)
- \* Compromiso respiratorio
- \* Disfunción autonómica

Paralelamente se producen cambios en forma indirecta a nivel emocional por la separación súbita del niño con su familia y el medio externo, la interrupción brusca de la ejecución de actividades propias de su edad y la exposición a diferentes procedimientos clínicos dentro de un medio hospitalario que son percibidas en forma agresiva por parte del niño/adolescente.

**Propósito del programa investigativo**

Estas inquietudes se han abordado a través del diseño y ejecución de un programa de investigación que cumple dos propósitos simultáneamente:

1. Contribuir al desarrollo del conocimiento acerca de la intervención del Terapeuta Ocupacional en niños con S.G.B.
2. Diseñar un instrumento de evaluación estableciendo parámetros de tratamiento

**Diseño del instrumento**

En 1991 se diseñó el primer instrumento de evaluación, estableciendo habilidades que fueran observables, medibles y verificables, de acuerdo a los subsistemas de ejecución, habituación y volición, además de organizarlas de forma evolutiva; a partir de este primer instrumento se entrenaron a 4 Terapeutas Ocupacionales del Instituto Franklin D. Roosevelt y a 4 estudiantes de VII semestre para realizar una validación externa.

**Supervisión a T.O.**

- Clínica y teórica
- Patologías Psiquiátricas
- Adultos y 3º Edad

T.O. Silvia Russo  
(011) 4362-1502

**Descripción del instrumento de evaluación**

El instrumento de evaluación consta de un encabezado que incluye nombre de la Institución y datos generales del paciente (nombre, edad, historia clínica, preferencia manual, escolaridad y rol ocupacional).

Posteriormente se encuentra un listado de ítems donde brevemente se describen las conductas a evaluar en el subsistema de ejecución, habituación y volición de acuerdo con el Modelo de la Ocupación Humana; en frente de cada uno de los ítems se encuentran casillas que se utilizan para realizar la evaluación inicial y las revaloraciones quincenales correspondientes a cada paciente.

Luego aparecen un cuadro de síntesis y ferulaje que incluye el número de la valoración, la fecha, la etapa en que se encuentra el paciente, el porcentaje de independencia, el tipo de ferulaje, su uso y finalmente una casilla para anotar todo lo concerniente a fechas sobre ferulaje.

En la última parte del instrumento se encuentra un espacio destinado para que el terapeuta determine el diagnóstico ocupacional del paciente y las observaciones que considere pertinentes en cada valoración.

**Instrucciones para diligenciar el instrumento de evaluación**

1. Antes de iniciar la valoración del paciente, lea el manual de manejo determinando como se evalúan cada uno de los ítems y los materiales que se requieren de acuerdo con la edad del paciente tal como muestra la tabla.
2. Llene los datos del paciente, mediante preguntas directas con él o sus familiares, corroborando la información con la Historia Clínica.
3. Coloque la fecha de la Evaluación en la casilla correspondiente (primera hoja) tal como lo indica el formato.
4. Si es evaluación inicial comience a

valorar desde el primer ítem dejando casillas en blanco cuando el paciente no presente estas conductas. Si por el contrario está presente coloque una (X) en la casilla paralela al ítem evaluado. Si es revaloración se debe partir del último ítem presente en la valoración anterior en cada uno de los subsistemas.

5. Cuando existan 3 ítems consecutivos en un mismo subsistema que el paciente no los presente se suspende la valoración en éste subsistema siendo válidas solamente las conductas presentes (Esto se realizará de igual manera en cada uno de los subsistemas) excepto en el subsistema volitivo.
6. Para las evaluaciones realizadas tenga en cuenta los criterios de calificación dados por cada uno de los ítems en el manual de manejo cerciorándose de que el paciente cumpla con los criterios de calificación para la conducta evaluada.
7. Tenga en cuenta que para mayor objetividad en la valoración de los ítems, la conducta debe observarse mínimo 2 veces. Si es una conducta ocasional deje el ítem en blanco y anótelos en observaciones.
8. Una vez evaluados los ítems en el subsistema de ejecución, habituación y volición, proceda a llenar los datos en el cuadro de síntesis y ferulaje, siguiendo siempre los siguientes puntos:
  - La columna titulada con número de evaluación debe llenarse con letras o números ordinales. Ejemplo: Primera, Segunda o 1ra. 2da.
  - En fecha coloque el mes, el día y el año en que se realizó la evaluación.
  - Etapa: para ubicar la etapa en la que se encuentra el paciente de acuerdo con el protocolo, el terapeuta debe totalizar la evaluación guiándose por el Manual de Calificación.
  - Porcentaje de Independencia: Este



porcentaje se determina con base en la tabla de calificación tal como se indican.

-En la casilla correspondiente al ferulaje, se deben anotar la o las férulas que el paciente está utilizando, aclarando en la casilla siguiente el uso de dicho ferulaje, es decir, si es uso diurno o nocturno, permanente o intermitente, colocando en el cuadro únicamente la inicial mayúscula de dichos términos (D,N,I,P).  
-En la fecha de ferulaje se observa inicialmente un cuadro, el cual debe llenarse con una letra C mayúscula, cuando la fecha que se vaya a anotar corresponda a la fecha en la que se coloca la férula; si por el contrario se va a anotar la fecha en la cual se quita la férula se coloca una letra R mayúscula (Remoción). En caso que no se realice cambio de ferulaje (por la etapa en que se encuentra el paciente) estas casillas quedarán en blanco.

9. Para llenar el espacio destinado a determinar el diagnóstico ocupacional, el terapeuta ocupacional debe realizar una síntesis de la valoración, destacando aspectos básicos dentro del desempeño ocupacional del paciente.
10. En la parte de observaciones anote conductas que el niño pueda presentar y que el formato no cobije, interferencias dentro de su desempeño, o cualquier otro aspecto que el terapeuta determine importante a tener en cuenta tanto en la evaluación como en la intervención.

#### Descripción de las Etapas de Independencia Básica

**Etapa I de 0 a 19% de Independencia:**  
El niño presenta flacidez generalizada, no asume ninguna posición, puede existir o no compromiso respiratorio, se encuentra deprimido, aislado de grupos, con disminución total de intereses y ruptura de hábitos.

**Etapa II de 20% a 39% de Independencia:**  
Presenta una fuerza proximal de 2 y 2+, puede mantener con ayuda alguna posición, comienza a integrarse a las rutinas hospitalarias, requiere asistencia en actividades de autocuidado, presenta algunos sentimientos de frustración por las visitas periódicas de su familia y utilización de ferulaje.

#### Etapa III de 40% a 59% de Independencia:

Es semidependiente en traslados, realiza alcances y agarres, existe un equilibrio entre las actividades de juego y autocuidado e inicia algunas escolares, hay mayor motivación por la efectividad de habilidad en su medio; grupos musculares medios en 2+.

#### Etapa IV de 60% a 79% de Independencia:

Fuerza muscular distal entre 2 y 2+, con estabilidad proximal, patrones integrales semifuncionales, independencia en asumir todas las posiciones, concientización de hábitos y organización de tiempos; menor uso de ferulaje lo cual implica mayores elementos de motivación en su medio familiar y hospitalario y mayor rapidez en manipulación de objetos según su rol central.

#### Etapa V de 80% a 99% de Independencia:

Realiza marcha con traslados de objetos sin pérdida del equilibrio, se observa temblor en actividades de coordinación fina, incremento

de fuerza muscular a nivel proximal entre 3+ y 4; puede tener dificultades para las actividades de escritura y manejo de útiles escolares con precisión y rapidez, muy colaborador, asume un rol activo familiar.

#### Etapa VI 100% de Independencia:

El niño está listo para asumir el rol de jugador, escolar y autocuidado completamente independiente de acuerdo a su edad cronológica.

\* *Terapeuta Ocupacional, egresada de la Escuela Colombiana de Rehabilitación, docente y Coordinadora del área de Salud en la Escuela Colombiana de Rehabilitación.*

(Continuará en el próximo número- Metodología, ambiente físico, población, parámetros de tratamiento en niños, conclusiones, formato de evaluación y seguimiento (ficha), bibliografía)

MP



## COLTOA Grupo Editor

Informa que se encuentran a la venta los libros:  
Terapia Ocupacional. "Avances". Serie Compilaciones 1  
Terapia Ocupacional. "Reflexiones" Serie Compilaciones 2  
"Encuentros y Marcas". T.O. Silvia Destuet. Serie Autores 1

#### ENVIOS AL INTERIOR Y EXTERIOR:

Gorrii 4663/65 • Tel.: 4831-3442/4772-7221 - Capital Federal  
AATO. Av. Corrientes 1186 - 5° F. Capital Federal  
Librería "Penelope" Av. Santa Fe 3673 - Capital Federal  
Galería "Florida". Alsina y San Martín. Bahía Blanca. Pcia. de Bs. As.  
C.E.T.O. de la Universidad de Mar del Plata. Dean Funes 2250. Mar del Plata



# Contrapunto

por Materia Prima

Bienvenidos a esta nueva sección. Un contrapunto: una concordancia de voces contrapuestas, el arte de componer para varias voces. Ésa es la apuesta. Para los que hacemos **Materia Prima**, la de proponer en cada número diferentes voces manifestándose sobre algún tema seleccionado de nuestra práctica. Para los entrevistados, la de expresar su posición, su experiencia, sus ideas. Para los que se acercan a la revista, la de su propia lectura, ese trabajo irremplazable que recrea los textos y los pone a dialogar. Todo un arte.

*Para inaugurar esta sección, elegimos un tema con el que la mayoría de los terapeutas ocupacionales nos encontramos cotidianamente: la clínica. ¿Qué es lo que pensamos de ella? ¿En qué consiste para nosotros nuestra clínica?*

**"Me apasiona la terapia ocupacional"**  
*Convocamos a dos terapeutas ocupacionales con una amplia trayectoria: Cristina Alegri y Silvia Destuet. Ambas tienen un recorrido de distintas áreas de trabajo y experiencia de transmisión de su práctica. Coincidieron en declararse apasionadas de la terapia ocupacional. Silvia Destuet trabaja en la actualidad en el Hospital de Día del Hospital de Emergencias Psiquiátricas "Torcuato de Alvear" del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y es profesora de Práctica Clínica de la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional. Cristina Alegri es jefa del Servicio de Terapia Ocupacional y de la Unidad de Mano del Instituto Marcelo J. Fitte y la primera Presidenta del Capítulo Argentino de Terapeutas de Mano.*

## Cristina Alegri

**¿Cómo comenzó tu práctica clínica?**  
 Trabajando por la mañana en clínica con pacientes motores, y por la tarde con psicóticos... A los veinte años uno es más cara dura que sabio... Así, hice cinco años una experiencia muy linda de atención en internación de psicóticos en salas de clínica, en el Instituto de Investigaciones Médicas "Agustín Lanari", experiencia que cerré para poder dejar de dividir el esfuerzo. No me daba el tiempo para leer sobre ambos temas y yo me había enganchado con esto por la parte física. Me había apasionado lo otro, en los '70, Freud, el psicoanálisis, creo que me había abierto el mundo, me llevó a mi propia psicoterapia... Lo recomendaría para lograr un poco de contacto con ambos mundos, que uno tarda muchos años en entender que es uno solo, en aprender a no dividirlo desde la cabeza y el corazón. Para estudiar, ciertamente, lo tenés que dividir.

**A lo largo del tiempo, ¿sentís que cambiaron los problemas que se te presentan en la clínica?**  
 La patología fue rotando. Mientras antes había una mayor cantidad de cuadriléjicos por zambullida, ahora la

hay por herida de bala. Eso te da otro perfil psíquico del paciente, otro tipo de sufrimiento: resulta más gratuito ser asaltado y que te peguen un balazo... En la institución (ALPI) antes atendíamos parapléjicos, reumáticos, y ahora se nos presentan muchos comatosos y mucha enfermedad psiquiátrica combinada con patología clínica. Y, además, desde que me recibí hasta bien entrado los '80, uno podía hacer mayor trabajo de equipo. No había quien te dijera: "el tiempo es dinero; no podés dedicarle a un paciente más que esto porque el costo aumenta y no lo puedo cobrar". Entonces, ahora tenés mucha más complicación en la patología y menos tiempo para dedicarle.

**¿Cuáles son los problemas que más te interesan en tu práctica en este momento?**

(piensa) Lo económico es lo que tiñe todo... Esto tan "yanquilandia" de las férulas hechas, el velcro cortado y todo eso que yo me di el lujo de despreciar un día, es lo que te salva en estos momentos, porque una férula no me puede llevar cuatro horas, me tiene que llevar quince minutos... Uno termina girando alrededor del dinero: tenés que comprar los materiales y poder

facturarlos y tener alguien que te lo pague... Después llega la gente de PAMI, a la que PAMI no le cubre nada, y empezás a hacer malabarismos para ver de dónde sacar el material para ofrecerle la misma calidad de atención... No hay mayor incapacitado que el pobre... Alguien en silla de ruedas que además no tiene plata, está diez veces más incapacitado. Eso para mí en estos momentos es muy importante...

¿Y cómo definirías tu clínica?

Hace mucho que hago terapia de mano. Es algo que tiene que desarrollarse. Hay mucha gente atendiendo manos que no sabe lo que está haciendo. Esto es una especialidad, como tratar niños, o parálisis cerebral, necesitás conocimientos diferentes. En general, son tratamientos más cortos, que te exigen técnicas muy específicas, donde el riesgo de equivocarte es mucho más evidente: si rompiste un tendón, soltaste un injerto o hiciste fracasar una cirugía, se ve... Es una especialidad que tiene que armarse, y que va a llevar mucho tiempo porque se necesita, además de armar la formación, modificar la legislación. En EE.UU. lo solucionaron con legislación que permite a un terapeuta ocupacional formado en terapia de mano aplicar un agente. En Sudamérica no, con lo cual aunque uno armara un curso en el nivel universitario, no podrías aplicarlo.

¿Entendés la terapia de mano como una especialidad dentro de la terapia ocupacional o como algo diferenciado de ésta?

Es diferente. La terapia de mano es un casamiento de terapia ocupacional y terapia física. Prácticamente nada de lo

que usás con otro paciente lo utilizás acá. Yo busqué gente que respeto para aprender a hacer drenajes de edema, parafina, crioterapia. Aquí no hay problema: puedo enseñarle a un terapeuta físico a hacer una férula y el

terapeuta físico enseñarme a hacer parafina, o criogel.

¿Entonces alguien podría ser terapeuta de mano sin pasar por la terapia ocupacional?



RAQUEL GOCIOI

Ah, no. No. La terapia ocupacional aporta lo funcional. Un terapeuta físico, con muy buena voluntad, encuentra la manera de alimentarse de un paciente por pruebas de ensayo y error. Un terapeuta ocupacional tiene más herramientas para convertir una mano en la que quedaron un dedo y medio en una mano capaz de cepillar los dientes y manejar una maquinaria, aunque no todos los terapeutas tienen esa capacidad. Deberíamos estar trabajando con bioingeniería y con física que es lo necesario para diseñar una adaptación. Lo que no hacés en este tratamiento son actividades manuales, porque te corre el tiempo. No hay actividad que podás empezar y terminar en diez minutos. Lo artesanal pasa en este caso por las indicaciones de actividades de la vida diaria. El lijar por lijar o amasar cerámica por amasar cerámica me parece frustrante, estúpido, infantil, poco terapéutico... Si llego a ser paciente y me dan esa indicación, les tiro el lijador por la cabeza...

¿Cuáles son para vos los conceptos centrales de tu clínica?

...Lo reduciría a 'calidad', la mejor calidad de prestación posible dentro de todo lo que uno puede hacer, no hay otro. Creo que esto es, fundamentalmente, para que el tratamiento no nos frustre a nosotros. El nivel de insatisfacción que nos provoca no poder ayudar al otro, sabiendo que podemos hacerlo, se nos hace intolerable.

¿Cómo definirías los problemas con los que trabajás?

El primer problema sería el shock post-traumático. Muchos pacientes llegan una o dos semanas después del accidente, necesitan mucha contención porque vienen de pasar un episodio de

violencia que en general los sorprende y frente al cual cada uno reacciona como puede. Los atendemos al principio en un ambiente más pequeño, con colchonetas, música de relajación, con mucha tranquilidad. Se trata de situaciones donde están en juego el trabajo, la relación familiar, la estética del cuerpo, la violencia del accidente, los trámites judiciales, el monto de gastos. Hay que acomodar lo que se debe hacer en la urgencia con lo que el paciente tolere, porque a veces no puede escuchar la más mínima indicación. Si hay dolor, eso es lo prioritario.

En segundo lugar, está el paciente maltratado en otros lugares. Son pacientes que llegan con lo que debía haber sido resuelto, sin resolver, más con la iatrogenia que se agregó en tratamientos inadecuados... Y los demás son problemas más puntuales, más específicos: un problema estético importante en una quemadura, falta de función por lesión de tendones, problemas más conocidos.

Es más fácil manejarte con el tejido solo que con la persona. Pero, en la clínica, ése sería el orden de importancia.

¿Cómo definirías el objetivo de tu trabajo clínico?

En los pacientes con trauma de mano, tenés un objetivo que no lo tenés con otros pacientes de rehabilitación, que es devolverles la salud. En rehabilitación, compensás déficits, desarrollás potencialidades. En estos casos, en cambio, tenés la posibilidad de

devolverles la salud, la salud de los tejidos. Con otros, por ejemplo, amputados parciales, que quedan con un déficit irreversible, entrás en un concepto de rehabilitación: hacés adaptaciones, actividades manuales para aumentar funcionalidad... Pero la mayoría de los pacientes que llegan aquí tienen la chance de quedar sanos.

¿Cuáles considerás que son las herramientas más importantes en tu trabajo clínico?

(con rapidez y seguridad) La cabeza. Yo te diría que, para atender a un paciente, yo puedo no tener todo lo que tengo acá. Si no tenés cabeza, todo lo demás te sobra. La cabeza significa estudiar todo el tiempo, examinar cada paciente como si fuera el primero, no dar nada por sentado y no resolver nada "de taquito". Esta Unidad es producto de una donación del '96, '97. Y puede cambiarme la eficiencia, la capacidad de atender cuatro o cinco pacientes al mismo tiempo, pero no me cambia el resultado de las terapias.

¿Cuándo considerás que ya no es necesaria la intervención de terapia ocupacional?

Los pacientes te dan el índice cierto de cuando ya no lo necesitan. El paciente se empieza a dar de alta solo: comienza a priorizar otras cosas, que es lo mejor que puede pasar. Te dice que no puede venir porque tiene que cuidar a su nieta,

## MARIA FUX

*Creatividad con la danza • Niños, adolescentes, adultos*  
*Formación en danzaterapia*  
*Integración • Síndrome de Down • Sordos • Hipoacúsicos*  
 Callao 289 Piso 2 - Capital Federal • Tel.: (54 11) 4371 5667

cuando un mes antes esa nieta no existía por la preocupación de salir adelante... La mayoría de los pacientes tienen su escuela, su trabajo o su familia; cuando integraron su mano, hubo mejoras estéticas, ya no tienen dolor, reencuentran otras prioridades de su vida. Y se van dando el alta.

¿Qué significa hoy tu práctica para vos?

Yo soy una apasionada de lo que hago desde que me recibí. A mí me encanta lo hospitalario, el trabajar con otra gente, me da mucha salud trabajar en esto porque para mí es una fuente de energía. Es muy terapéutico porque me satisface, me da mucha curiosidad. Siempre trato de leer un poquito más, de resolver lo que no sé...

¿Esto es lo que hace que te interese trabajar en la clínica de terapia ocupacional hoy?

No es la plata... La alarma para mí sería sentir que me estoy convirtiendo en una empleada pública, mirando el reloj para ver cuándo puedo irme... Pero lo que hago, lo elegiría todos los días.

**Silvia Destuet**

¿Cómo empezaste tu práctica clínica?

Me recibí en el '71 y empecé en rehabilitación física. Durante muchos años trabajé en ALPI de Villa Ballester, y en el Hospital Roca, en el cual gané el concurso, presidido por el Director del Hospital, entre varios terapeutas. La formación de pregrado me dio una muy buena base por muchos años, pero había mucha idealización en relación con la rehabilitación y el trabajo en equipo multidisciplinario. Mi primer impacto fue encontrarme con la falta de circulación social en los pacientes. Me preguntaba: ¿qué estoy

rehabilitando, funciones para que lea una revista en el sillón de su casa?; si hacía una mera reeducación o una rehabilitación, y qué era una rehabilitación. Esto me llevó a asumir con otros el compromiso de armar la Ley Laboral para el discapacitado. Es una cuestión que me atravesó y me atraviesa permanentemente.


A lo largo del tiempo, ¿te parece que cambiaron los problemas que encontrás en la práctica?

Los sujetos son parte de la época que les toca vivir. Entonces, remitiéndome al campo de salud mental (porque hace tiempo no trabajo en rehabilitación física), creo que no hay psicosis diferentes, hay psicóticos diferentes, así como nosotros estamos diferentes: más aislados, encerrados, con menos redes, lazos sociales. Armar redes, espacios comunitarios deviene más difícil. Encontrar trabajo es hoy más difícil que en el '88. Hoy puede pasar una semana de ausencia de un compañero en el hospital de día y nadie pregunta;


antes esto no ocurría. Más que un grupo, hay un conjunto, siendo generosa en la definición. Esta alteración del lazo social también afecta al trabajo en equipo: cada profesional está más metido en su caparazón. En esta era "zapping" me parece que prima la ilusión de que no hay ninguna pérdida y el desafío es estar advertido de esto y armar redes imprescindibles para una clínica mejor. Me impacta, por ejemplo, ver cómo la gente puede jugar al truco, un juego que no podía ser más social, solo en la computadora.

¿Cómo definirías los problemas con los que trabajás?

Estoy trabajando fundamentalmente en la salud mental y con psicosis. Todo paciente que llega a instancias terapéuticas intensivas (salas de internación, hospitales de día) en principio tiene un corte en el circuito de circulación social, más aún de producción. ¿Cómo ubicar una clínica singular, que no sea adaptativa, pero



**PARACTIVA  
ESTUDIAR**



**PARACTIVA  
ESTUDIAR**

**CICLO ANUAL EN NEUROREHABILITACIÓN 1999**

JUNIO 05/06 (10/11 Fecha adicional)	HEMIPLEJICOS II	AGOSTO 07/08 (12/13)	PARAPLEJICOS I
SEPT. 04/05 (09/10)	PARAPLEJICOS II	OCT. 02/03 (07/08)	TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO I
NOV. 13/14 (18/19)	TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO II	DIC. 2 al 5	HEMIPLEJICOS I y II

**T.O. MARIA INES VILLANUEVA**

OCTUBRE 23/24 INTEGRACION SENSORIOMOTORA Y HABILITACION FUNCIONAL	
NOVIEMBRE 6 MOTRICIDAD FINA EN LA ESCUELA COMÚN	
NOVIEMBRE 27/28 FUNCION MANUAL (ANDRES VOLKHEIMER/MARIA INES VILLANUEVA)	

**CURSOS DE INVIERNO**

12 al 18 de JULIO ADULTOS	19 al 23 de JULIO NIÑOS
---------------------------	-------------------------

**CURSOS ESPECIALES**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• 26 de JUNIO TRASTORNOS ALIMENTICIOS EN SECUELAS NEUROLOGICAS - Lic. Mabel Rugano</li> <li>• 2 AL 11 DE JULIO: TECNICA "E" CON MANUELA PETRI</li> <li>• 14/15 de AGOSTO EQUITACION TERAPEUTICA EN NEUROREHABILITACION Sheila Campbell &amp; Harry Bachmann</li> <li>• 21/8 y 11/9 TRASTORNOS DEL LENGUAJE - Intervención terapéutica temprana desde fono y psicopedagogía - Lic. Liliana Haller et. al.</li> <li>• INICIO 27-08 TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA EN REHABILITACION (curso de postgrado UNRC e.c.) Lic. Graciela Inbarne</li> <li>• 17/18-9 y 15/16-10 ESTRATEGIAS TERAPEUTICAS EN NEUROREHABILITACION Harry Bachmann / María Inés Villanueva</li> <li>• 23/24/25-9 LA COLUMNA - Jornadas interdisciplinarias sobre las patologías y tratamientos de la columna (docentes internacionalmente reconocidos - Pida programa detallado)</li> </ul>	
---	--

THAMES 2110, 1E: 1425 CAP. FED. TEL/FAX: 011- 4776 2626 e-mail: paractiva@bormail.com

que a la vez le dé un lugar de circulación a ese sujeto que llega con su circuito ocupacional alterado o roto, incluso en el mismo ámbito familiar? Por lo general, los pacientes no consultan a terapia ocupacional cuando se corta el circuito exogámico, sino cuando ya no pueden organizar ninguna actividad, ni las mínimas de la vida cotidiana. Encontrar algún deseo para seguir circulando, para rearmar un recorrido que le sea propio es el desafío diario.

¿Cómo definirías tu clínica?

En principio, desde un posicionamiento ético: el de intentar en todo momento dar lugar al sujeto en el tratamiento. Esto da cuenta de no someter al otro, no sólo en relación con la psicosis, ayudando a que se pueda correr de este lugar de objeto en el que tan fácilmente se ubica, sino, en todo el campo de la terapia ocupacional, dando lugar a que el otro pueda pensar y armar su recorrido ocupacional. Para mí, el terapeuta ocupacional es quien analiza la actividad en términos del proceso particular de cada sujeto. Entonces, opero sobre este proceso de elección, planificación, ejecución y finalización a partir de la demanda particular de cada sujeto. Esto implica pensar la actividad más allá de la actividad concreta, reformular el hacer como un decir-hacer particular, que cobrará el valor de un hacer significativo en la medida en que el sujeto pueda ir apropiándose de un recorrido que le permita descubrir recursos propios. Me ubico como soporte de la organización de la cotidianeidad, presto iniciativa, acompaño, despejo lugares, quehaceres, responsabilidades. Creo que es un obstáculo pensar nuestra

práctica en términos de dar respuesta a la demanda social de actividad manual para todos, cuando se trata de tener en cuenta al sujeto y su recorrido histórico-ocupacional.

Se reiteran algunos conceptos en lo que decís: 'sujeto', 'decir-hacer', 'hacer significativo'. ¿Son los conceptos centrales en tu clínica? Sí. Para poder ubicar su procedencia: tengo una clara orientación psicoanalítica. Y aclaro que no soy psicoanalista. Pero sí creo en algo del orden del inconsciente. En este sentido, cuando digo sujeto pienso en sujeto del inconsciente, que pueda a partir de ahí poner en juego algún deseo, que está reprimido. No es, entonces, una clínica de lo observable. Cuando hablo de 'decir-hacer' y 'hacer significativo', supongo en todo momento un sujeto. Sé que esta construcción parte en primera instancia del deseo del terapeuta. No creo de antemano que el paciente tiene un límite, creo que hay que poder estar no sabiendo qué es lo que va a devenir, no pudiendo siempre precisar o entender, pero sí abriendo un espacio y un tiempo facilitador de un hacer, en tanto medida fálica. Creo que ésta es una terceridad organizadora. La oferta es del terapeuta, apostando a un encuentro para que después devenga un espacio propio y un decir-hacer singular. Entiendo lo ocupacional como ocupar un territorio e intento intervenir en el sentido de que el paciente pueda lograr ese espacio. Me detengo en el proceso del hacer que especifiqué antes, en cualquier actividad, no necesariamente artesanal, en querer ir al cine, organizarse para bañarse o hacer las compras para preparar milanesas. En terapia

ocupacional, se privilegia qué hace, cómo, para qué, pero se da poca importancia al devenir de un proceso y sus vicisitudes.

¿Cuáles son los problemas que te interesan en tu clínica actualmente? Estoy tratando de investigar el tema de los productos que los pacientes suelen dejar en los armarios de terapia ocupacional, tratando de ubicar si esto queda como una falla en la apropiación o si estos objetos caen necesariamente como resto, para que pueda devenir otro hacer, propio. Me estoy planteando la cuestión del encuentro con el objeto, en tanto estabilizador de nombre. Por ejemplo, un paciente empezó transcurriendo las sesiones en un desplazamiento constante, que era en realidad una detención en tanto no conducía a ningún lado. A partir de distintas ofertas de actividad, se encontró en un momento con la elección de la fotografía. Tomé esto, que llamo "encuentro con el objeto estabilizador", porque pienso la foto como la escena detenida, que lo ubica a él en una acción: la de fotografiar. La apuesta es darle lugar a despegar del encuentro con el objeto para ser "el fotógrafo". Busqué un lugar fuera del hospital para que hiciese fotografía. El paciente viene con su cámara, y se nota una apropiación: el ser "el fotógrafo". Continúo trabajando esto en el espacio grupal, dejando caer la oferta indiscriminada de actividades. En este espacio, eligió hacer una máscara en cerámica. Me pareció importante, porque él busca fotografiar rostros, así que viene en la misma línea. Estoy intentando esto que no es nuevo hacerlo en terapia ocupacional, pero sí teorizarlo de esta forma. Me encantaría pensarlo y debatirlo con otros.



SERGIO CONTE

¿Cuáles son los problemas que encontras en tu clínica actualmente? El mayor problema es que este encuentro con un decir-hacer que se resignifique tiene pocas posibilidades de circular por fuera del tratamiento. El paciente sólo tiene lugar de sujeto en el tratamiento, porque fuera, difícil está el mundo. Es un nuevo desafío, el armado de redes que puedan sostener este encuentro con un hacer significativo y esta estabilización. Creo que la estabilización en la psicosis por el lado de la metáfora delirante no es el mérito de la terapia ocupacional, en cambio sí el aporte a la estabilización

por el lazo social. Y el lazo social está hoy cortado, obturado, por eso el momento del egreso es el más difícil.

¿Cuáles consideras que son las herramientas, los instrumentos de intervención más importantes en tu clínica?

No sé si los llamaría instrumentos... Creo que no se puede llegar a pensar una clínica en terapia ocupacional si no hay un compromiso con el estudio. Ésta es mi principal herramienta, me gusta profundizar, me desvelan muchos interrogantes. Una parte de esto es individual y otra, de espacios de

supervisión, grupos de estudio, intercambio con colegas... La clínica en la psicosis es muy ardua y sé que no puedo sostenerla sola. Me parece que otra de las herramientas es el equipo, como otros con minúscula que me ayuden a acotar mi propia clínica y no quedar disparada al infinito como la psicosis propone.

¿Cuándo consideras que ya no es necesaria la intervención de terapia ocupacional?

Es una pregunta que también me hago, pero me parece que cierra, no que abre. Creo que cierra porque, a

pesar de que tratamos de resignificar el espacio de terapia ocupacional con otras intervenciones (individuales, familiares, clínica comunitaria...), siempre pensamos cuándo termina terapia ocupacional casi en un desliz de la clínica grupal-individual: cuando el paciente ya pudo tener cierto grado de resocialización y cierta apropiación de un hacer, podríamos decir que tiene el alta en terapia ocupacional. Mi pregunta es si no es necesario mantener otra instancia, un espacio individual o grupal de seguimiento de la posibilidad de sostener y hacer circular ese hacer del que se apropió. Tengo pacientes que hace quince años que están estabilizados, pero a los que sigo cuando me lo demandan. Esto me parece necesario en muchos casos, más allá del tratamiento de la psicosis. Una vez encontré en la calle a uno de los pacientes que había atendido por una parálisis cerebral, que había terminado muy bien la primaria, pero no había logrado hacer el

secundario porque, al ser cerebeloso, tenía muchas dificultades para hablar y no podía escribir. Mi intervención fue sugerirle que se anotase en una escuela nocturna. Allí el alumnado concurre por deseo propio, disminuyendo entonces los problemas de disciplina, lo que le permitiría rendir los exámenes en forma oral, respondiendo tres preguntas difíciles con las cuales se pudiese evaluar que sabía. Logró terminar el secundario abanderado. Hoy es abogado.

¿Qué significa tu práctica hoy para vos?  
 Más allá de las dificultades que señalé, estoy en un lindo momento, no me ganó el aislamiento ni el "nada sirve". Pienso en seguir investigando, estudiando, compartiendo, tejiendo redes porque no me veo sola. Me sorprende apropiándome de lo que decía y pensaba y encontrando entonces un respeto por parte del equipo. Como alerta a otros, digo: "dejemos la

queja y animémonos a hacer". No es fácil, es a construir permanentemente, pero el desafío diario vale la pena.

¿Por qué te interesa trabajar en la clínica de terapia ocupacional hoy? Nunca dejó de interesarme, ni hoy ni ayer ni nunca. Soy una apasionada de la terapia ocupacional porque creo que tiene mucho en que intervenir, como rol propio. Creo que aporta algo del orden de la Ley - que nos trasciende al paciente y a nosotros- en la cuestión de la técnica, inscripta en la cultura, que facilita un encuentro con un hacer que pueda devenir diferente. Creo que la terapia ocupacional empezó a definir mejor su objeto de estudio: la actividad. Habrá que seguir debatiéndolo, pero es nuestro.





## CURSO TALLER

### Férulas en Termoplásticos

Dirigido a graduados  
y estudiantes avanzados

Lidia Cistoldi T.O.  
Tel/Fax.: 4328-1894 Part.: 4633-1831  
Consulte por cursos en todo el país

## Colonia de los días sábados


Para niños y jóvenes con autismo y trastornos generales del desarrollo

*Bicicleteadas • Pileta climatizada e iniciación deportiva*

Tel.: 4787 5505

Liliana Paganizzi y otros

TERAPIA OCUPACIONAL:  
DEL MEDIO AL BIEN



## ACTIVIDAD

### Lenguaje Particular

Lic. en T.O. Liliana Paganizzi

110 pág. Edil. Independiente \$ 15

Solicite su ejemplar enviando datos vía fax al (011) 4785 8488



# Modelos Teóricos de Terapia Ocupacional

por Aurora Escobar\*

## Introducción

El siguiente informe es un resumen de la Tesis de grado para la Licenciatura en Terapia Ocupacional, de la Universidad Nacional de Mar del Plata, aprobada en septiembre de 1997.

El objetivo general del estudio fue la *Organización y Sistematización de los Modelos Teóricos de Terapia Ocupacional*, entendido como *la estructuración de los modelos teóricos en categorías, para fundamentar los marcos de referencias de los que se derivan, y para caracterizar los atributos y particularidades de cada modelo teórico, según sus postulados, conceptos, resultados esperados, técnicas de evaluación, y estrategias de intervención, dentro del cuerpo de conocimiento de la Terapia Ocupacional.*

Los objetivos específicos fueron *Clasificar y Caracterizar los Modelos Teóricos según su naturaleza y describir los más relevantes según las áreas de intervención de las instituciones de Mar del Plata.*

Más allá de los objetivos planteados he pretendido en este estudio sentar como precedente la existencia de una amplia gama de modelos teóricos en las áreas de práctica profesional y en los cuales los T.O. pueden formarse según su elección, la que hará así alcanzar una identidad pluralista para la profesión.

*Una identidad pluralista nos da libertad para crecer y progresar mas allá de la tradición, la autoridad y la ideología* (Mosey, 1985).

Dentro del rastreo bibliográfico, se halló una investigación realizada por las O.T.R. Javetz, Rachel y Katz, Noomi en el año 1989<sup>(1)</sup> cuyo objetivo fue indagar sobre la extensión de los conocimientos teóricos de los T.O. en Israel (nº98).

De la variable de estudio, *conocimiento internalizado de modelos teóricos* los encuestados mencionaron nueve modelos teóricos agrupados en tres niveles:

- 1) de *integración sensorial* y del *neurodesarrollo* eran conocidos por la mayoría de los entrevistados;
- 2) *conductual adquisicional*, *cognitivo* y de la *conducta social-ocupacional*, eran conocidos por unos pocos entrevistados;
- 3) *psicodinámico*, del *desarrollo*, *rehabilitativo*, y *biomecánico* fueron considerados como modelos teóricos sólo por algunos entrevistados.

Los encuestados reconocieron a dichos modelos teóricos según las respectivas áreas de especialidad. En el área de *discapacidad física*, el modelo del *neurodesarrollo* era aplicado por un 61%. En el área de *pediatría* el modelo de *integración sensorial* era aplicado por un 82%. En el área de *salud mental* el modelo más aplicado era de la *conducta social-ocupacional*, 42%. En el área *geriátrica* el modelo del *neurodesarrollo* era el más aplicado, por

un 60%.

Los modelos agrupados en el primer y tercer nivel registraron diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,001$  y  $p < 0,01$ ) respecto a la aplicación según las áreas.

En cambio, los del segundo nivel son modelos más generales y, por ende, se aplican en una amplia variedad de problemas. Al encontrar diferencias en el grado de conocimiento de las teorías concluyeron que aquellas pueden reflejar: el grado de desarrollo de las teorías en lo que hace a la claridad conceptual, sustento empírico, evaluaciones y métodos de tratamiento, y poblaciones a las que se dirigen; el grado en el cual ciertas teorías no son vistas como tales sino como técnicas y métodos de tratamiento; y los cambios en la profesión que se manifiestan en la currícula de las escuelas de T.O..

En el rastreo local se identificaron tesis de grado (1992-1996) que en su desarrollo teórico mencionaban modelos teóricos de terapia ocupacional. Ellos fueron los modelos de: Integración Sensorial (Jean Ayres), Ocupación Humana (Gary Kielhofner), Juego (Mary Reilly).

## ¿Qué es un Modelo Teórico?

*Es un recurso usado para representar o tomar una postura respecto a objetos o ideas a través del uso de formas físicas o simbólicas. Los modelos son útiles para seguir ideas o metodologías, proporcionando alternativas y analizando situaciones o condiciones* (Reed, 1984)<sup>(19)</sup>.

Los modelos teóricos deberían cumplir con los siguiente requisitos<sup>(19)</sup>:

- 1- Identificar el *marco de referencia* que apuntala la práctica de la profesión, definido como el conjunto de creencias o sistemas de valores y afirmaciones filosóficas sobre el cual un modelo es construido.
- 2- Facilitar la identificación de *campos comunes* con otras profesiones en el orden laboral y en armonía con ellas, al ser derivados de un mismo marco de referencia.
- 3- Proveer los *medios* para organizar y ajustar los supuestos, conceptos y definiciones, los cuales respaldan el ejercicio profesional. Los *postulados* son afirmaciones generales considerados verdaderos; los *conceptos* están formados por un proceso de abstracción que es seguido por un proceso de generalización; una *definición* da el sentido formal o significado a términos. Cuando una definición es establecida claramente en un modelo o en una teoría se convierte en un concepto.
- 4- Identificar aquello que es *exclusivo* para la práctica de la profesión y por lo tanto distingue a la Terapia Ocupacional de

otras profesiones en el campo de la salud.

5- Permitir el alcance de una *racionalización científica o sistematización del ejercicio profesional*, ya que provee de un método para organizar áreas de la práctica y su aplicación en problemas identificables, de los cuales pueden desarrollarse hipótesis.

6- Proveer una *base lógica* para la *práctica especializada* sin perder la esencia de la Terapia Ocupacional.

7- Favorecer la *comunicación* de la esencia de la profesión a otros profesionales y pacientes. *La esencia de la Terapia Ocupacional se manifiesta en comprender cómo los seres humanos usan las ocupaciones para su adaptación al medio y para satisfacer sus necesidades a través de las mismas.*

8- Ser una base para el *desarrollo* y el *refinamiento* de la aplicación en la *práctica* de Terapia Ocupacional.

Por lo tanto, Reed define un modelo como un *recurso para la generación de ideas, como una guía para la conceptualización y, por consiguiente, para la explicación de fenómenos.*<sup>(19)</sup>

Según Howe & Brigg<sup>(12)</sup>, un modelo es un *plan representativo o estructura que puede usarse para comparación o imitación, un diseño que puede adaptarse y reproducirse luego de una manera permanente. Se trata de una elaboración ideal sobre la cual se comparan fenómenos de índole específica.*

Christiansen<sup>(1)</sup> sostiene que un modelo es usado con referencia a una estructura para la organización y apropiada información para la práctica.

### Niveles de Modelos

**Metamodelos:** Los modelos tradicionalmente están insertos dentro de dos grandes tipos según la temática principal que abordan, estos son: metamodelos *organicista* y *mecanicista*. Estos metamodelos se consideran antitéticos uno del otro. En

otras palabras, un modelo o teoría basado en uno de ellos no puede usar conceptos del otro sin violar la división existente entre ambos. (Ver tabla 1)

### Influencia de los metamodelos en Terapia Ocupacional<sup>(19)</sup>

La Terapia Ocupacional comenzó a desarrollarse dentro del *metamodelo organicista* basado en la filosofía humanística ilustrada, en la aproximación del modelo del tratamiento moral y la teoría psicobiologista desarrollada por Adolph Meyer. La práctica concernía a la organización del tratamiento individual en las A.V.D. y a la promoción de una conducta socialmente aceptable.

Con la influencia de Gesell, entre 1930 y 1940, se modificó la práctica del remanente modelo organicista, siendo el punto principal de intervención los estadios de desarrollo.

En 1940 y 1950 la presión por la especialización médica en rehabilitación y la teoría psicoanalítica comenzaron a impulsar la orientación *organicista* a un segundo plano. La conducta fue evaluada en discretas unidades, tales como, rango de movimiento en grados, fuerza muscular en libras y análisis de acontecimientos específicos del pasado, la concentración en detalles observables y conductas regresivas a veces ignoradas, es decir, la persona en su totalidad con sentimientos y pensamientos. La práctica fue orientada a métodos de investigación diseñados para hallar hechos estadísticos de la conducta humana. La salud era considerada *ausencia de enfermedad o trauma*.

El cambio del modelo *organicista* al modelo *mecanicista* comenzó a ser evidente.

Durante las décadas '60 y '70 la Terapia Ocupacional en psiquiatría comenzó a resistir el movimiento del modelo

*mecanicista*. El desarrollo de ideas comenzó a resurgir. Al mismo tiempo, la Terapia Ocupacional en disfunción física aprobó la doctrina del modelo *mecanicista*. De este modo la aproximación neuroconductual, tales como, ejercicios resistidos progresivos, activos y pasivos, rango de movimiento, llegaron a ser populares, y algunos conceptos sensoriomotores siguieron la filosofía reduccionista. En el comienzo de los '60, sin embargo, pocos fueron los ejemplos del resurgimiento del modelo *organicista*. El modelo del *Comportamiento Ocupacional* de Reilly fue el más notable. En los '70 emergieron más modelos basados en la

Tabla 1  
Revisión de Niveles de Modelos

Título	Tipo		Información que provee
Metamodelos	<i>Organicista</i>	<i>Mecanicista</i>	Primariamente incumbe cuestiones filosóficas
Supermodelos	Humanista Del desarrollo Sistemas Holístico	Reduccionista Comportamiento Psicoanalítico	Provee principios generales para la observación de cómo ocurre el desempeño humano
Modelos de Salud (ejemplos)	Salud totalizadora Del desarrollo Biopsicosocial	Biomédico Rehabilitación Modificación de la conducta	Provee principios generales para la intervención
Modelos Teóricos de T.O. (ejemplos)	Comportamiento ocupacional Modelo Ocupacional Desarrollo humano a través de las ocupaciones	Ortopédico Kinesiológico Relación de objetos Teorías de aprendizajes	Provee principios generales para observar el desempeño humano a través del uso de las ocupaciones
Práctica de T.O.	Expresa la revisión de cada modelo	Expresa la revisión de cada modelo	Provee principios para la evaluación y control a través de la intervención de la Terapia Ocupacional

Fuente: Reed K. *Models of Practice in Occupational Therapy*. Baltimore, Williams & Wilkins 1984 p. 35

adaptación, tales como, la *Recapitulación de la Ontogénesis* de Mosey y la *Instrucción en la adaptación* de King.

Los conceptos de *humanismo, holismo, competencia y ocupación* llegaron a ser, una vez más, más visibles como esferas de influencia en la Terapia Ocupacional, la cual comenzó a reafirmarlos como patrimonio legítimo.

**Supermodelos:** Por muchos años, los modelos han sido usados como marcos de referencia para el desarrollo de modelos teóricos en Terapia Ocupacional. Existen siete "supermodelos", pero seis aparecen más frecuentemente: *humanístico, del desarrollo, de sistemas, reduccionista, del comportamiento, psicoanalítico* y un séptimo está emergiendo, el modelo holístico.

Los supermodelos no son mutuamente excluyentes. De este modo, algunos modelos teóricos de Terapia Ocupacional pueden hacer uso de más de un supermodelo. (Ver tabla 2)

**Influencia de los Supermodelos en Terapia Ocupacional**

Un análisis de los modelos en sí mismos ilustran las similitudes y diferencias.

**Modelo Humanista:** Este aparece como el modelo más temprano en que fue basada la práctica de la Terapia Ocupacional. Sus raíces provienen de la era del «tratamiento moral» del 1800. El modelo se basó más en el sentido común que en hechos científicos y es consistente con los supuestos o postulados del *metamodelo organicista*. El humanismo fue basado en la igualdad del hombre y sus habilidades para el pensamiento racional.

Este modelo es la base para la teoría de la ocupación presentada por Adolph Meyer y la aproximación de "entrenamiento de hábitos" de Eleanor Clarke Slagle. Susan Tracy & William R. Dunton Jr. también siguieron los conceptos generales del modelo humanista.

**Modelo**

**Reduccionista:**

En contraste con el modelo humanista, el modelo reduccionista fue basado en el *metamodelo mecanicista*, entrelazado además con el método científico. El modelo reduccionista ha sido usado como

marco de trabajo por los modelos Ortopédico y Kinestésico. Estos modelos ayudaron a la Terapia Ocupacional a alcanzar algunos reconocimientos en la comunidad médica, porque ellos fueron más «científicistas» que humanistas.

**Modelo del Desarrollo:** El modelo del desarrollo fue basado en el punto de vista individual, como un pasaje progresivo y continuo de cambios, desde el nacimiento a la muerte. Éstos han sido muy populares en la práctica de la Terapia Ocupacional. Los terapeutas han utilizado como marcos de referencia las teorías de Gesell, de Piaget, entre otros, aunque también han creado los propios, tales como, J. Ayres, A. C. Mosey y L. Llorens. El impacto del modelo del desarrollo en la práctica de Terapia Ocupacional ha sido significativo a partir de 1940.

**Modelo Psicoanalítico:** Está basado en el *metamodelo mecanicista* y en el postulado general de que la conducta es controlada por ansiedades desde la infancia y por mecanismos de defensa, los cuales son inconscientes. No obstante, Freud no explica los cambios a través del modelo mecanicista sino que toma prestado el concepto de desarrollo desde la óptica organicista. Los modelos de Terapia Ocupacional basados en el modelo psicoanalítico incluyen a Azima y a Fidler & Fidler.

**Modelo de Comportamiento:** En el modelo de comportamiento, la conducta es vista como ordenable y controlable. El escrito de Smith y Tempone, y Consecuencias de la acción de Mosey están basados en este supermodelo.

**Modelo Sistémico:** Se denomina sistema a un conjunto de elementos interrelacionados para el cumplimiento de un objetivo común, para denominarlo por su nombre más genérico representa una corriente de pensamiento de prevalencia creciente, pero cuyas características no son muy concretas debido a la riqueza de los enfoques que han contribuido en

Tabla 2

Revisión de la Filosofía y Modelos Relacionados con Terapia Ocupacional							
Metamodelos	Organicistas				Mecanicistas		
Supermodelos	Humanista	Desarrollo	Sistema	Holístico	Reduccionista	Comportamiento	Psicoanalista
Modelos de salud	Medio ambiente	Desarrollo de salud	a. Biopsico-social b. Educación para la salud	a. La salud totalizadora b. Alto nivel de bienestar	a. Biomédico b. Biorrehabil. c. Salud Pública	a. Modificación de la conducta b. Detenore de la salud c. Rehabilitación social	Procesos Psicoanalíticos
Modelos Teóricos de T.O. (ejemplos)	a. Trat. moral b. Pseudo farmacolog.	a. Comportamiento Ocupacional b. Adaptación c. Integración Sensorial d. Terapia de las Actividades			a. Ortopédico b. Kinesiológico	Teoría del Aprendizaje	a. Relaciones de objeto b. Comunicacional
Instrumentos de evaluación (ejemplos)	Análisis de actividad	Estudio de casos / historia de vida Lista de verificación de intereses Configuración de la actividad			(Evaluac Prevoc) (lista de verificación de A.V.D.)	(Análisis del Comportamiento)	Batería de actividades
Resultados Esperados	Balance del desempeño ocupacional				Restauración específica de áreas de desempeño		

Fuente: Reed K., Models of Practice in Occupational Therapy. Baltimore: Williams & Wilkins; 1984; p.49.

conformarla y a la multiplicidad de disciplinas envueltas, fruto de su propia concepción(21). Von Bertalanffy fue el precursor de la teoría general de los sistemas que emergió como una reacción contra el modelo reduccionista, basándose en que la totalidad no es lo mismo que la suma de las partes, y de este modo, el individuo no es la suma de una serie de elementos bioquímicos.

Los modelos de Terapia Ocupacional que primariamente han sido basados en el modelo de sistemas son el modelo del Comportamiento Ocupacional de Reilly y el modelo de Ocupación Humana de Kielhofner.

**Modelo Holístico:** Este modelo está emergiendo, pero ha ya tenido su efecto en la literatura de Terapia Ocupacional. El tema principal es el concepto de que la persona puede cambiar su comportamiento, por o a través de sus propias acciones, creencias y valores. Un modelo que hace uso de las ideas generales del modelo es el de Watanabe. (Ver tabla 3)

**Organización y Taxonomía de los Modelos Teóricos de Terapia Ocupacional (Ver tabla 4)**

**Modelos genéricos:** El principal propósito de estos modelos es explicar la filosofía de *valores y creencias* de la Terapia Ocupacional. En los modelos genéricos, los conceptos son ampliamente definidos y no se restringen al uso del modelo en un área de especialidad práctica o un área de desempeño. Dentro de esta categoría se encuentran dos tipos de modelos: por un lado están aquellos en el que el punto central es el proceso de *adquisición de las ocupaciones* como parte del

Tabla 5

MODELOS GENERICOS :	a) Adquisición de las ocupaciones b) Propósito de la ocupación
* <i>Comportamiento Ocupacional de Reilly</i> * <i>Modelo de Ocupación Humana de Kielhofner. Teoría integrada de Terapia Ocupacional.</i> * <i>Desarrollo humano a través de la ocupación de Clark</i>	

Fuente: Elaboración propia. Tesis para la Licenciatura de Terapia Ocupacional, Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. (U.N.M.d.P.)

repertorio de conductas humanas que enfatizan el proceso de aprendizaje, técnicas de aprendizaje y roles en el medio ambiente. Por el otro, el punto central es el propósito de una ocupación en la conducta humana, es decir, la adaptación o acomodamiento. (Ver tabla 5)

**Modelos descriptivos:** Estos han sido subdivididos, según Reed (1984), en tres categorías ocupacionales: *Autovalimiento, Productividad y Juego y recreación*, cada una de las cuales contienen elementos básicos (tiempo y espacio, destrezas y actitudes, motivación, propósito, movimiento, patrones y secuencia), *áreas de desempeño* (motor, sensorial, cognitivo, intrapersonal e interpersonal).

Según la 3ra. edición de la Terminología Uniforme para la Terapia Ocupacional (AOTA, 1994) (6), las áreas de desempeño son vastas categorías de la ocupación humana que constituyen componentes típicos de la vida diaria (*AVD, trabajo y productividad, juego y recreación*). Los componentes de desempeño son habilidades fundamentalmente humanas que de acuerdo con diferentes grados y combinaciones, se requieren para comprometerse adecuadamente en las áreas de desempeño. Éstos son de índole sensomotor, cognitiva, psicológica y

psicosocial. Los contextos de desempeño son situaciones o factores que influyen en la acción individual en áreas de desempeño requeridas o deseadas. Dichos contextos están compuestos de aspectos temporales (*edades cronológica, evolutiva, ubicación en el ciclo vital, estado de salud,*) y aspectos ambientales (físicos, sociales y culturales). Al respecto, The Canadian Association of Occupational Therapists (*CAOT, 1991*) (12) incluye un componente de desempeño (*espiritual*) no contemplado por la AOTA.

**Modelos parámetros:** permiten focalizar los procesos de T.O. tales como aproximaciones en la

Tabla 3

Exponentes de Terapia Ocupacional que usan como marco de trabajo los diferentes «supermodelos»						
Humanista	Desarrollo	Sistémico	Holístico	Reduccionista	Comportamiento	Psicoanalítico
Eleanor Clarke Slagle, Susan Tracy & Williams Dunton Barnes	Jean Ayres Mourey Anne C. L. Llorens	Mary Reilly Kielhofner	Watanabe	Burd T. Baldwin Taylor	Smith & Tempone Mosey Anne C. Lich Banus Fiorentino Rood M. Jean Ayres	Azima & Azima Fuller & Fidler

Fuente: elaboración propia. Tesis para la Licenciatura de Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. (U.N.M.d.P.)

Tabla 4

Lineamiento General de Modelos en Terapia Ocupacional			
1.00	Modelos genéricos		
	1.10 Adquisición de ocupaciones		
	1.20 Propósito de ocupaciones		
2.00	Modelos descriptivos		
	2.10 Áreas ocupacionales	2.20 Elementos básicos	2.30 Áreas de desempeño
	2.11 Autovalimiento	2.21 Tiempo y espacio	2.31 Motor
	2.12 Productividad	2.22 Acción y esfuerzo	2.32 Sensorial
	2.13 Juego y recreación	2.23 Patrones y secuencias	2.33 Cognitiva
			2.34 Intrapersonal
			2.35 Interpersonal
3.00	Modelos de parámetros		

Fuente: Reed, K., *Models of Practice in Occupational Therapy*. Baltimore, Williams & Wilkins; 1984; p.81

Tabla 7

**MODELOS DE PARÁMETROS DE TERAPIA OCUPACIONAL**

- \* Modelo de parámetros
- \* Modelo de comprensión de la terapia ocupacional.
- \* Modelo de prevención de la Terapia Ocupacional de Weimer

Fuente: Elaboración propia. Tesis para la Licenciatura de Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. (U.N.M.d.P.)

evaluación o intervención, el diseño de programas en Terapia Ocupacional los cuales examinan el tipo de servicio que provee la profesión, además, delinear las características de diferentes métodos de organización práctica.

**Método**

Este estudio fue de tipo **exploratorio - descriptivo**, *exploratorio*, porque pretendió indagar sobre Modelos Teóricos de Terapia Ocupacional aplicados por los Terapeutas Ocupacionales que ejercen en la ciudad de Mar del Plata en distintas áreas de práctica profesional, y, por otra parte, *descriptivo* porque a partir de los hallazgos realizados en el trabajo de campo, se caracterizaron los modelos más relevantes, además de clasificar los modelos teóricos de T.O. según su naturaleza. Se consideró una **muestra** de (n=58) T.O. / Lic. en T.O., que constituye el 65%, de la población accesible (N=88), basada en la muestra efectiva de un estudio previo (1995) (7). Se utilizó un muestreo no probabilístico, intencionado o de criterio escogiendo las unidades de análisis de las instituciones públicas y privadas más representativas de la ciudad según las áreas de ejercicio profesional en las que se distribuían los T.O./Lic. en T.O. según hallazgos (7): *asistencial, comunitaria, docencia e investigación -dedicación exclusiva-, educacional, geriatría -gerontología, laboral y social*. El área asistencial fue dimensionada en: Discapacidad física, Pediatría, Psicopatología infanto-juvenil y Salud mental, siguiendo el criterio clasificatorio de áreas de especialización del estudio de Javetz R. y Katz N. (1989). Se utilizó como técnica de recolección de datos un cuestionario, administrado durante los meses de enero y febrero de 1997.

**Resultados**

La muestra (n=58) se redujo por los encuestados incluidos en la prueba piloto, profesionales no localizados y cuestionarios no devueltos, quedando una **muestra efectiva** de n=45. Los profesionales que *no devolvieron* los cuestionarios (10%) se corresponden en su totalidad al área asistencial (discapacidad física.). De los no localizados (5.2%) corresponden a las áreas asistencial (psicopatología infanto-juvenil) y educacional. Sólo en tres áreas de intervención se aplican Modelos Teóricos, de las cuales *Asistencial y Geriatría-gerontología* lo hacen la mayoría de los profesionales (61,9%) y (57,1%) respectivamente. En el área educacional, sin embargo, la mayoría (72,8%) no aplican modelos teóricos.

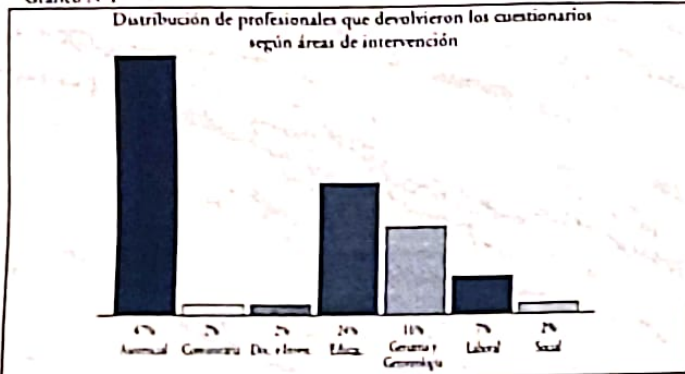
Se observó que la mayoría de los profesionales que se desempeñan en las áreas de *discapacidad física y salud mental* aplican modelos teóricos, mientras que en pediatría, la mayoría (60%) no aplican modelos teóricos.

Tabla 6

<b>MODELOS DESCRIPTIVOS:</b>	
	• <b>Áreas ocupacionales</b>
	a) Autovalimiento
	b) Productividad
	c) Juego y recreación
<u>Modelo de autovalimiento:</u>	* Modelo de actividades de la vida diaria (Sheldon 1935; Deaver & Brown, 1945; Livingston, 1962)
<u>Modelo de productividad:</u>	* Modelo prevocacional
<u>Modelo de Juego:</u>	* Modelo de juego de Reilly
	* Modelo de recreación
<b>MODELOS DESCRIPTIVOS:</b>	
	<u>Elementos básicos:</u> Respuestas adaptativas de King
	a) Tiempo y espacio
	b) Acción y hacer
	c) Patrones y secuencias
<b>Modelos de tiempo:</b>	* Modelo de filosofía en entrenamiento de la ocupación
	* Modelo de entrenamiento de labirios de Slagle
	* Modelo de adaptación temporal de Kielhofner
	* Modelo práctico de adaptación temporal de Neville
<b>Modelo de espacio:</b>	* Modelo de adaptación espacio-temporal Gilfoile & Grady
<b>Modelo de acción y hacer:</b>	* Modelo de acción y ejecución de Meyer
	* Modelo de acción y propósito del hacer de Fidler & Fidler
	* Modelo de actividades de Cynkin
<b>Modelo de patrones y secuencias:</b>	* Modelo de desarrollo de Llorens
<b>MODELOS DESCRIPTIVOS:</b>	
	<u>Áreas de desempeño:</u> Cognitivo y sensoriomotor
	a) Motor
	b) Sensorial.
	c) Cognitivo
<b>Modelos biomecánicos:</b>	* Modelo de reconstrucción de Baldwin
	* Modelo ortopédico de Taylor
	* Modelo Kinético de Liditz
	* Modelo compensatorio
<b>Modelos neumbiológicos:</b>	* Modelo Neuroconductual de Banus
	* Modelo de desarrollo de reflejos de Fiorentino
	* Modelo sensoriomotor de Rood
	* Modelo perceptual motor de Jean Ayres
	* Modelo de integración sensorial de Jean Ayres
	* M. de integración sensorial para esquizofrénicos de King
<b>MODELOS DESCRIPTIVOS:</b>	
	<u>Áreas de desempeño:</u> Intrapersonal e Interpersonal
	a) Interpersonal
	b) Intrapersonal
	* Modelo preocupacional de terapia
	* Modelo de ocupación terapéutica de Duntton
	* Modelo de relaciones objetuales de Azima
	* Modelo de procesos de comunicación de Fidler
	* Modelo de recapitulación de la ontogénesis de Mosey
	* Modelo de las actividades de Mosey
	* Modelo de procesos de terapia ocupacional de Watanabe

Fuente: Elaboración propia. Tesis para la Licenciatura de Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. (U.N.M.d.P.)

Gráfico N°1



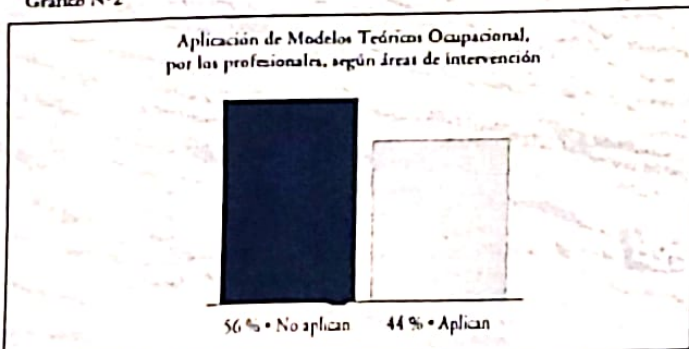
Fuente: elaboración propia. Tesis para la Licenciatura de Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. (U.N.M.d.P.)

Cuadro 1: Aplicación de Modelos Teóricos de T.O. por los profesionales, según áreas de intervención. Mar del Plata, 1997.

Áreas	Aplican		No aplican		Total
	Nº	%	Nº	%	
Asistencial	13	61,9	8	38,1	21
Geriátrica	0	0,0	1	100	1
Districta e Investigacion	0	0,0	1	100	1
Educativa	8	27,3	8	72,8	11
Geriátrica y Gerontología	4	57,1	3	42,9	7
Laboral	0	0,0	3	100	3
Social	0	0,0	1	100	1
Total	20	44,4	25	55,6	45

Fuente: elaboración propia. Tesis para la Licenciatura de Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. (U.N.M.d.P.)

Gráfico N°2



Fuente: elaboración propia. Tesis para la Licenciatura de Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. (U.N.M.d.P.)

Cuadro 2

Aplicación de Modelos Teóricos de Terapia Ocupacional en el Área Asistencial por los T.O./Lic. en T.O. de Mar del Plata, 1997

Área Asistencial	Sí		No		Total
	Nº	%	Nº	%	
Disc. Física	6	66,7	3	33,3	9
Salud mental	5	71,4	2	28,6	7
Pediatría	2	40,0	3	60,0	5
Total	13	61,9	8	38,1	21

Fuente: elaboración propia. Tesis para la Licenciatura en Terapia Ocupacional. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social (U.N.M.d.P.), 1997.

Cuadro 3 Diferentes Modelos Teóricos Mencionados en las Encuestas por los Terapeutas Ocupacionales. Mar Del Plata, 1997.

Mod	Áreas					TOTAL
	SALUD MENTAL	DISC. FÍSICA	PIEDIATRÍA	EDUCACIONAL	GER. Y GERONT.	
A	1 2 3 4 5					5
B						1
C		1 2				2
D		1				1
E		1				1
F		1				1
G		1				1
H		1	1 2			3
I		1				1
J		1	1			2
K		1	1		1	3
L			1 2	1		3
LL				1		1
M						1
N				1	1	2
N					1	1
O					1	1
P				1		1
Q					1	1

- A: Psicoanálisis
- B: Psicosocial
- C: Técnicas propioceptivas sensorial
- D: Kabat
- E: Bobath
- F: Brunnstrom
- G: Neuropsicología cognitiva
- H: Biomecánico
- I: Rehabilitativo
- J: del Neurodesarrollo
- K: Trombly
- L: Ayres
- LL: Integración Sensorial
- M: Escuela Francesa de Psicomotricidad
- N: Modelo de Ocupación Humana
- Ñ: Kielhofner
- O: Ecología de la Acción de Vidal
- P: Rood
- Q: Dice usar pero no menciona.

### Discusión

• En el área de **Salud Mental**, el 100% de los encuestados que se desempeñan en ésta mencionaron aplicar el Psicoanálisis como Modelo Teórico de Terapia Ocupacional; destacando que el "psicoanálisis" es un supermodelo (ver tabla 1 y 2), usado como *marco de referencia* en el *Modelo de relaciones objetales de Azima* y el *Modelo de procesos de comunicación* de Fidler & Fidler. También fue citado el modelo Psicosocial pero no se refirió el autor, el que se podría corresponder con la Escuela de Psicología Social de Pichón Riviére, y no como Modelo Teórico de T.O., sino como el anterior, ser un *marco de referencia* para T.O. En este mismo área, la Ph.D. Javets, R. y la Ph.D., O.T.R. Katz, N. <sup>(13)</sup> hallaron que se aplicaban los modelos teóricos de T.O. Comportamiento ocupacional de Reilly (1974) e Integración sensorial de J. Ayres (1972 y 1979).

• En el área de **Discapacidad física** los profesionales refirieron usar Modelos Teóricos de Terapia Ocupacional del siguiente modo: *Técnicas propioceptivas sensoriales; Kabat; Bobath; Brunnstrom y Neurodesarrollo*. Estos son métodos o técnicas que los terapeutas ocupacionales utilizan como *herramientas para la intervención* <sup>(22)</sup>, no son Modelos Teóricos de T.O., pero sí cabe destacar que están incorporadas dentro del cuerpo de conocimiento del enfoque biomecánico, del cual son exponentes Trombly & Scott (1977, 1983) y Pedretti (1985) <sup>(13)</sup>, entre otros. Los nombres de dichas técnicas son:

✓ Técnicas de facilitación neuromuscular propioceptivas de Kabat

✓ Modelo del neurodesarrollo de Bobath

✓ Terapia del Movimiento de Brunnstrom

Se citó el modelo biomecánico sin especificar el nombre y su autor. Dentro del rastreo bibliográfico (ver tabla 6), se destacan como Modelos Teóricos Biomecánicos de Terapia Ocupacional los siguientes:

✓ Modelo de reconstrucción de Baldwin

✓ Modelo ortopédico de Taylor

✓ Modelo Kinético de Licht

✓ Modelo compensatorio

La Sc.D., O.T.R. C. Trombly, no tiene un Modelo propio de Terapia Ocupacional como fue mencionado «performance ocupacional» pero sí en su libro *OCCUPATIONAL THERAPY for Physical Dysfunction* <sup>(22)</sup> desarrolla a partir del concepto occupational performance una metodología de práctica profesional, entendiendo al mismo como *habilidad de un individuo para desempeñar actividades diarias con propósito y estar satisfecho con su desempeño, dentro de su medio, desarrollando etapas y roles sociales*.

Se nombró el enfoque rehabilitativo como Modelo Teórico de Terapia Ocupacional, sin embargo, dentro de la literatura figura

como aplicable a la discapacidad y niveles de desventaja social de la minusvalía (Organización Mundial de la Salud)[OMS]<sup>(22)</sup>. Este enfoque es considerado un Modelo de Salud dentro del supermodelo reduccionista (ver Tablas 1 y 2).

Al mencionar a la Neuropsicología cognitiva como un Modelo Teórico de Terapia Ocupacional, destaco que la Neuropsicología es una disciplina que se ha originado de la convergencia entre la ciencia médica de neurología y la psicología en el estudio común de los efectos conductuales del daño encefálico; a la que se le suma la metodología de la psicología cognitiva en el estudio de los sistemas cognitivos alterados en la neuropsicología cognitiva (1970) (10). Comparando estos hallazgos con los del estudio de Javetz y Katz, en el cual un alto porcentaje de los profesionales mencionaron utilizar el neurodesarrollo, sin especificar el modelo teórico de T.O.; mencionan además, la aplicación en este área de los modelos de *Integración sensorial* (J. Ayres) y del *Comportamiento ocupacional* (Reilly); en una menor proporción el enfoque biomecánico y el rehabilitativo (modelo de Salud). Según Reed el Modelo Teórico de Terapia Ocupacional que utiliza como marco de referencia al neurodesarrollo de Karl y Bertha Bobath es el *Modelo de desarrollo de reflejos de Fiorentino*; y el que utiliza a la *facilitación neuromuscular propioceptiva* de H. Kabat es el Modelo sensoriomotor de Rood.

• En pediatría se menciona como un Modelo de Terapia Ocupacional a la *Escuela Francesa de Psicomotricidad*. La psicomotricidad, como lo definen los Docentes del depto. de Psicomotricidad de la Sapétriére (del texto de difusión establecido en 1980) "...en tanto práctica terapéutica, es neurofisiológica y psicofisiológica en su técnica; fisiológica y psíquica en su objetivo, está destinada a actuar por medio del cuerpo sobre las funciones mentales, compartamentales, psicológicas perturbadas del niño, del adolescente y del adulto, teniendo en cuenta permanentemente la dimensión relacional..."<sup>(14)</sup> entonces, se transforma en una herramienta valiosa, usada para la intervención en los tratamientos de Terapia Ocupacional sin llegar a ser un Modelo teórico de T.O.. Exponentes de esta disciplina son los psicomotricistas Aucouturier, Lapiere, Bernard, entre otros.

La Ph.D. y O.T.R. Jean Ayres fue mencionada por algunos encuestados, sólo como autora, la cual ha desarrollado dos Modelos Teóricos de Terapia Ocupacional (ver tabla 6):

✓ *Modelo perceptual motor* (1958);

✓ *Modelo de integración sensorial* (1968); siendo éste ampliamente aplicado por la

muestra del estudio de Javetz y Katz en el área de pediatría. En dicha muestra, a diferencia de los hallazgos de este estudio, no hacen uso del enfoque biomecánico en pediatría.

\*En geriatría y gerontología fue mencionado como Modelo Teórico de Terapia Ocupacional «la ecología de la acción» de S. Vidal; dicho modelo no se halló en las fuentes de datos que se consultaron para la realización de este trabajo. También en este área fue citado el Modelo de Ocupación Humana de Gary Kielhofner. Sin embargo, en el estudio referido de Javetz y Katz, el *neurodesarrollo* era el más utilizado en el área geriátrica, seguido por los modelos teóricos de T.O. del *comportamiento ocupacional* (Reilly, 1974; Kielhofner, 1983, 1985; Kielhofner y Burke, 1980) y el de *integración sensorial*, y el modelo de salud rehabilitativo.

\*En el área educacional se mencionó a la O.T.R. M. Rood sin especificar el nombre del modelo, a saber, modelo *sensoriomotor* clasificado como un modelo descriptivo del área de desempeño (cognitivo y sensoriomotor), dentro de los modelos neurobiológicos. También se mencionaron el modelo de *integración sensorial* (J. Ayres) y el *modelo de ocupación humana* (G. Kielhofner).

### Conclusiones

Según los hallazgos de la investigación realizada y su interpretación, existen sólo dos Modelos Teóricos de Terapia Ocupacional relevantes tanto en el conocimiento, como en la aplicación por los Terapistas Ocupacionales de la Ciudad de Mar del Plata: el Modelo de Integración Sensorial de Jean Ayres (áreas pediátrica 3% y educacional 3%); y el Modelo de Ocupación Humana de Gary Kielhofner (áreas geriatría y gerontología 5% y educacional 2%), coincidiendo con los cursos de posgrado dictados en nuestro país por profesionales extranjeros discípulos de los autores respectivos.

\* *Licenciada en Terapia Ocupacional.*

*Colaboración especial Lic. Fernández L. y Lic. Fernández V.*



### Bibliografía

- 1) Allen, C.K. 1982: Independence through activity: the practice of Occupational Therapy (Psychiatry) *American Journal of Occupational Therapy*, 48; 3; 73.
- 2) Canadian Association of Occupational Therapists. *Occupational Therapy Guidelines for Client-Centred Practice*. Toronto; *Special Health Systems*; 1991.
- 3) Christiansen, Charles: *Occupational Therapy*. New York; Edit. Slack. 1991.
- 4) Chokler, M.H. Los organizadores del desarrollo psicomotor. Del mecanismo a la psicomotricidad operativa. Buenos Aires; Ediciones cinco. 1988.
- 5) Cursino de Ferrari, M. A. Kielhofner e o modelo de ocupação humana. *Revista de Terapia Ocupacional, Universidade de São Paulo*. Ed Artigos; 2; 4; 1991.
- 6) Dunn, W.; Foto, M.; Hinojosa, J.; et. all.; 1994; Uniform Terminology for Occupational Therapy- Third Edition. *American Journal of Occupational Therapy*; 48; 11; 1047-54, 55-9.
- 7) Fernández, L. y Fernández V. *Expectativas Profesionales en Terapia Ocupacional*. Tesis para la Licenciatura en Terapia Ocupacional. (U.N.M.D.P.) 1995.
- 8) Francisco, B.R. *Terapia Ocupacional*. São Paulo; Ed. Papyrus 1988.
- 9) Gilfoyle, E. M. Eleanor C. Slagle Lectureship (1984): Transformation of a Profession; The Annual Conference of the American Occupational Therapy Association; *American Journal of Occupational Therapy*; 38; 9; 575-84.
- 10) Grieve, J.: *NEUROPSICOLOGIA para Terapeutas Ocupacionales*. Evaluación de la percepción y de la cognición. Bogotá. Médica Panamericana. 1995.
- 11) Hinojosa, Jini; Sabari, Joyce; Pedretti, Lorraine; 1994; Position Paper: Purposeful Activity. *American Journal of Occupational Therapy*; 47; 12; 1081-2.
- 12) Howe, M.; Briggs, A; 1982; Ecological Systems Models for Occupational Therapy. *American Journal of Occupational Therapy*. 5; 36 ; 322-327.
- 13) Javetz, R. Katz, N.; 1989; Knowledgeability of Theories of Therapy practitioners in Israel. School of Public Health, Hebrew University Jerusalem, Israel. *American Journal of Occupational Therapy*. 43; 10; 664-75.
- 14) Katz, N. ; 1985; Occupational Therapy's Domain of concern: Reconsidered. *American Journal of Occupational Therapy*. 39, 8: 523-4.
- 15) Lorens, L.A.; 1984; Theoretical conceptualizations of Occupational Therapy. *Occupational Therapy in Mental Health* Nº4; 1-14.
- 16) Mosey, A. C. *Occupational Therapy: Configuration of a profession*; New York, Raven Press ; 1981.
- 17) Mosey, A. C.; Eleanor Clarke Slagle Lectureship; 1985; A monistic or Pluralistic Approach to Professional Identity? (American Occupational Therapy Association) *American Journal of Occupational Therapy*, 39; 8 ; 504-9 .
- 18) Polit, D. F. y Hungler, B. P.; *Investigación Científica en Ciencias de la Salud*. México; Ed. Interamericana Mc Graw-Hill; 3ª edición; 1992.
- 19) Reed, K.L. Ph.D O.T.R. *Models of Practice in Occupational Therapy*. Baltimore; Williams & Wilkins; 1984.
- 20) Schwald, Anita.; *Modelo de Integración Sensorial. Curso sobre la integración sensorial básica* (primera y segunda parte) A.M.T.O. Asociación Marplatense de Terapistas Ocupacionales. Instituto de Rehabilitación Psicológica del Sur. 1992.
- 21) Sonis, Abraham. *Técnicas de dirección. El enfoque sistémico en la administración de la salud; en Análisis de las Organizaciones de Salud*. Washington, D.C. O.P.S. - O.M.S.; 1989 .
- 22) Trombly, C.A. *OCCUPATIONAL THERAPY for Physical Dysfunction*. Baltimore; Williams & Wilkins; Fourth Edition; 1995.
- 22) Van Deusen, J.; 1993; An Analytical Approach to Teaching Theory at the Postprofessional Level. *American Journal of Occupational Therapy*. 10; 47; 949-952.



## Residencias I

Con el llamado a concurso del ciclo lectivo 1999, seguimos cumpliendo etapas en el desarrollo y consolidación de la Residencia de Terapia Ocupacional (Dirección de Capacitación, Secretaría de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires), esperando llegar así al mes de mayo del año 2000 con nuestra primer camada de Residentes.

Este año, el 10 de abril, rindieron el examen 20 aspirantes egresadas de la ENTO y de las Universidades de Mar del Plata, Litoral, Quilmes, del Salvador, UBA. Felicitamos a las Lic. M. Brizzi (UBA), M. Cuello Otero (UNMP) y M. Cordobes (UBA), acreedoras al 1(, 2( y 3( puesto, respectivamente.

Informamos que además de los ya tradicionales pedidos de Concurrencias para distintos Hospitales de la Secretaría de Salud, se han agregado los de los Hospitales Durand y Rivadavia.

A raíz de gestiones realizadas en el Hospital de Agudos

“Tornú” ante la T.O. Warschavski, la Dra. Analía Pedernera, Secretaria del CODEI y el Dr. Miguel Martini, Subdirector del mismo, se decide trasladar los Residentes de 2( y 3( año a dicha institución. Es dable destacar la muy buena recepción a nuestra inclusión, tanto de parte de los ya mencionados como de los Jefes de distintos Servicios y de la Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud, como así también agradecer el espacio físico exclusivo para la Residencia que nos están acondicionando.

A nuestros colegas de reciente graduación se les reitera la convocatoria a inscribirse para el próximo llamado a concurso.

Informes: Dirección de Capacitación Av. Las Heras 2670, Capital, Tel. 011- 4807 0428/3341, Coordinadora T.O. Alicia Torre.  
(información suministrada por la T.O. A. Torre)

## Residencias II

Se ha creado la Primera Residencia de Terapia Ocupacional en dependencia del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Informes: Ministerio de Salud, Subsecretaría de Planificación de la Salud, calle 4 y 51, La Plata, Prov. de Buenos Aires; o a la Región Sanitaria (RS) más cercana:

R.S. I	H.I.G.A. Dr. José Penna Lainez 2501 - Bahía Blanca (L. a V. de 10 a 13 hs.)
R.S. II, III y IV	Liniers e Italia - Pergamino (L. a V. de 8 a 12 hs.)
R.S. V	Acasuso 715 - San Isidro (L. a V. de 10 a 14 hs.)
R.S. VI	Hospital «Evita» Rfo de Janeiro 1910 - Lanús (L. a V. de 8 a 12 hs.)
R.S. VII «A»	Ruta 3 Km. 21 - La Matanza (L. a V. de 9 a 13 hs.)
R.S. VII «B»	Av. 25 de Mayo y Alem - Gral. Rodríguez (L. a V. de 9 a 13 hs.)
R.S. VIII	Av. Independencia 1213 - Mar del Plata (L. a V. de 10 a 14 hs.)
R.S. IX	Arenales y Bolívar - Azul (L. a V. de 8 a 12 hs.)
R.S. X y XI	Dirección de Capacitación de Profesionales de la Salud Calle 4 y 51 - La Plata. (L. a V. de 8 a 12 hs.)

(información suministrada por la T.O. Rut C. Leegstra)

### Susana Vidal

Fue Terapeuta Ocupacional. No tradicional por cierto, se mantuvo por fuera de los espacios habituales de la profesión. Por suerte para algunos pudimos conocerla como docente, acercarnos a la «Ecología de la Acción» y empezar a pensar las de otra manera.

Materia Prima no quiso pasar desapercibida su muerte. Nuestro recuerdo y reconocimiento a la Sra. de la amplia sonrisa.

### Ley

La Comisión de la Ley de Ejercicio Profesional en la Ciudad de Buenos Aires, constituida durante el año pasado a partir de los plenarios realizados con participación de los diferentes sectores de la Terapia Ocupacional en esta jurisdicción, continua trabajando en el seguimiento del anteproyecto presentado en la Legislatura de la Ciudad. En este momento se están realizando gestiones para obtener audiencias con legisladores de diferentes bloques.

## Comisión de Graduados de la ENTO

Esta Comisión se encuentra trabajando en el tema desde agosto del año pasado, habiéndose realizado gestiones ante las autoridades de la Universidad nacional de San Martín, tendientes a lograr el acceso de los graduados de la escuela al título universitario.

A partir de que en septiembre del '98 fuera aprobada la currícula de la carrera con los títulos de Terapeuta ocupacional y Licenciado en Terapia Ocupacional del Ministerio de Educación para la Universidad, se comenzaron a perfilar las alternativas posibles. En diciembre, se presentó al Lic. Ferré, miembro de la Secretaría Académica, un informe con el análisis comparativo de los diferentes planes de estudio con relación a la currícula de la Universidad. Desde esa Secretaría se propuso la organización de un plan de complementación curricular basado fundamentalmente en las asignaturas que no habían sido incluidas en ninguno de los planes desarrollados hasta la fecha. Durante los meses de enero y febrero se empezó a trabajar en el diseño de un documento de presentación, según los lineamientos de la Secretaría Académica para ser elevado a las instancias correspondientes para su aprobación y posterior implementación.

Durante el mes de marzo se mantuvo una entrevista con el Dr. Masenga Vila, Director del Instituto de Ciencias de la Rehabilitación, dentro del cual se incluye la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional, para plantear la posibilidad de contemplar la homologación directa del título de Terapeuta Ocupacional. En esa oportunidad plantea que podría ser viable pero que el tema debería analizarse y estudiarse dentro del marco de una Comisión de trabajo creada para tal fin, en la que se incluyan representantes de la Escuela, de la Comisión de Graduados, de la Universidad y del Servicio Nacional de Rehabilitación y Promoción de la Persona con Discapacidad.

Se lleva a cabo otra reunión para conformarla y plantear los temas a tratar dentro del ámbito de la misma. En ella se elaboran una serie de puntos sobre los cuales realizar una consulta sobre su viabilidad en relación al reconocimiento del título que el Lic. Ferré realizó en la Secretaría Académica.

El resultado fue que la Universidad reconocería el título de Terapeuta Ocupacional al efecto de permitir la inscripción en un plan de complementación curricular ad-hoc para la licenciatura en Terapia Ocupacional.

A partir de entonces se perfilan las características del documento a elaborar para tal fin dentro de esta comisión.

Actualmente nos encontramos en el proceso de elaboración de la propuesta de complementación curricular, para lo cual se analizaron los contenidos de las asignaturas y las diversas modalidades de organización desde lo pedagógico. Se prevé que la propuesta completa se presentará antes de que finalice el actual cuatrimestre, y su inicio se programa para el año 2000.

En la próxima reunión de graduados que se realizará el sábado 26 de junio, a las 10 hs. En la ENTO, se presentará el documento completo, ya que hay temas pendientes para acordar con la Secretaría Académica de la UNSAM para su definición.

Para mayor información: ENTOGRADUADO@HOTMAIL.COM  
Fax: (011) 4771 7394

*(información suministrada por la Comisión de Graduados - Comisión de Homologación:  
T.O. Silvia Kleiban, T.O. Marta Doermer, T.O. Adriana Slatstein, T.O. Marcela Guzmán, T.O. Liliana Rüsler, T.O. Marcela Capozzo)*

## La memoria al resguardo

Con los materiales recibidos iniciamos el armado del archivo de la "Memoria al Resguardo". En esta edición compartimos el aporte de la T.O. Natalia Yujnovsky (Entre Ríos):

"... se me ocurrió mandarles algo que pueda servir para el trabajo de recopilación de antecedentes históricos... Son fragmentos del libro «Experiencias en Psiquiatría Comunitaria» (Dr. Luis Cesar Guedes Arroyo - Pre-edición 1977 - Edición especial 1992), donde se relata la experiencia de transformación del Hospital Roballos de un modelo «manicomial» a un modelo de «comunidad terapéutica». Esa experiencia se dio desde el año 1967 al '72 aproximadamente y fue de tal importancia que la O.M.S. propone se declare «1 (Centro Piloto Regional) a este Hospital y se lo considera como modelo y Centro de Capacitación para América Latina. Se incluye a la T.O. como uno de los pilares del modelo y creería que se conforma el primer «Servicio» o «División de T.O.» de la Provincia de Entre Ríos. En los fragmentos se hace mención a la T.O. Rosa Dato (egresada del Instituto Nacional de Rehabilitación), quien posiblemente sea la primera de esta provincia. También va una carta publicada en «El Diario», que es el diario local, donde «algunos pacientes concientes» plantean la importancia de la Terapia Ocupacional «aplicada con sentido realmente científico y curativo» (1973) ...»

## Continuamos focalizando la búsqueda en:

Los primeros terapeutas que trabajaron en las instituciones del país (públicas y privadas, en todas las épocas).  
Anímese y envíe lo que quiera compartir a Gral. L. Mansilla 2665 (1425) Capital.

## Nuevo Libro

El 7 de mayo de 1999, en la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional, la Terapeuta Ocupacional Silvia Destuet presentó su primer libro titulado Encuentros y Marcas.

«La COLTOA me pidió que escribiera el primer libro de la serie de libros de autor. Acepté no sin miedo, pero fue una experiencia lindísima»

Podría resumirse como una presentación epistémica-amorosa, porque después de veintiocho años de clínica, Silvia da cuenta de su recorrido y la fundamenta. Fue

acompañada por sus afectos, familia, amigos, colegas, supervisados, estudiantes, quienes con su presencia confirmaban reconocerla como maestra.

Silvia se atreve en este momento a hacer circular su producción, sin renegar del pasado.

Expresó a Materia Prima que «en el libro hay un capítulo que rescata las Jornadas de Terapia Ocupacional de 1971, en que la producción era

impresionante. Empezaban a circular publicaciones del exterior, comenzaba la revista de la Asociación Argentina y había un esfuerzo de escritura y de apertura de Servicios y dispositivos (como el Hospital de Quemados y los talleres Protegidos de rehabilitación Psiquiátrica). Este crecimiento de la profesión se cortó, como tantas otras cosas, con la dictadura».

Silvia pudo retomar, recapitular, seguir el camino. Desde aquí auguramos éxitos para este libro que pasa a engrosar la producción de los Terapistas Ocupacionales Argentinos.

## Simposio de Gerontología

Los días 14 y 15 de mayo se llevó a cabo, en la ciudad de Mar del Plata el Primer Simposio Argentino de Terapia Ocupacional en Gerontología, organizado por la Asociación Marplatense de Terapia Ocupacional (AMTO).

Concientes de los que significa la actual explosión demográfica presente y futura de la población años existente en el país y en el mundo, y los desafíos que ella puede implicar para una profesión como la nuestra, es que decidimos organizar este evento.

El objetivo del Simposio fue generar un encuentro donde nuestra profesión tuviera un lugar especial para exponer, compartir y debatir las diferentes formas de intervención terapéutica en los distintos niveles de prevención. Si bien la mayoría deriva de trabajos interdisciplinarios, quisimos que los mismos fueran expuestos primordialmente desde una perspectiva ocupacional.

El evento contó con la presencia de Lic. en T.O. y T.O. de la ciudad de Mar del Plata y de distintos lugares de la provincia de Bs. As., así como del interior del país (La pampa, Santa Fe, Entre Ríos, La Rioja) y alumnos de la carrera. En el transcurso del mismo se presentaron ponencias de T.O. invitados y trabajos libres sobre distintas temáticas gerontológicas y también se generó un espacio para el debate de los aspectos laborales.

Durante el cierre se invitó a trabajar en pos de la continuidad de este tipo de eventos, quedando la propuesta de un segundo encuentro en mayo del 2001.

*(Información suministrada por la Comisión Directiva de la AMTO)*

### AATO

La Asociación Argentina de T.O. invita a sus colegas a participar en las diferentes comisiones de trabajo y actividades que realiza la Asociación.

*Informes:*

*Av. Corrientes 1185 5º F (1430) Capital Federal*

*Tel/Fax: (54 11) 4382 4070*

### Greenpeace

Trabaja en defensa del medio ambiente. 9000 personas apoyan en Argentina y 4.000.000 de socios colaboran en las 31 oficinas de todo el mundo.

*Informes: Mansilla 3046 (1425) Capital Federal*

*(54 11) 4962 0404 Fax: (54 11) 4963 7164*

*E-mail: gp@wamami.apc.org // www.greenpeace.org.ar*

## Congreso Argentino - La Rioja 1999

Se ha concretado la participación en el V Congreso Argentino de Terapia Ocupacional y V Simposio Latinoamericano de Terapia Ocupacional, de destacados profesionales del país y del exterior.

### Cursos - talleres precongreso

«Paradigma de la Terapia Ocupacional: Ocupación Humana»

Dra. T.O. Carmen Las Heras Chile

«Autismo»

Dra. T.O. Milagros Cordero - EE.UU

«Fracturas de miembro superior: rehabilitación y ferulaje ... del hombro a la falange distal»

Dra. T.O. Janine Hareau - Uruguay

«Introducción a la teoría y tratamiento en Integración Sensorial»

T.O. María Rosa Nico - EE.UU:

«El rol de la Terapia Ocupacional en el desarrollo de la funcionalidad de la Mano y la enseñanza de la escritura»

T.O. María Rosa Nico - EE.UU

«La función del T.O. en accidentes laborales y enfermedades profesionales (ART)»

Lic. T.O. Liliana Sbriller - Bs. As.

«Coordinación del talleres de memoria para adultos mayores»

T.O. Magalí Risiga - Bs. As.

«Los cuidadores informales de adultos mayores: Intervención desde Terapia Ocupacional»

T.O. Magalí Risiga - Bs. As.

«Actividades. Para Pensar y Usar»

Lic. T.O. Liliana Paganizzi - Bs. As.

«Marketing Personal y Marketing Profesional de T.O.»

T.O. Beatriz Mignone - Tucumán

«Terapia Ocupacional Pediátrica»

T.O. Beatriz Mignone - Tucumán

### Conferencias

«El sentido de la Terapia Ocupacional»

Dra. T.O. Carmen Las Heras

«Autismo»

DRA. T.O. Milagros Cordero

«Funciones del T.O. en las estrategias de la Rehabilitación Psicosocial»

Lic. Liliana Paganizzi

«T.O. en Gerontología»

Lic. T.O. Magalí Risiga

«Lineamientos de la Federación Mundial de T.O.»

Prof. T.O. Marra Sutter

«Marketing Personal y Marketing Profesional»

T.O. Beatriz Mignone

«Los aportes de T.O. en la clínica con adicciones»

Lic. T.O. Silvia Julio

«Terapia Ocupacional en relación al conocimiento»

T.O. María Heloísa de Rocha Medeiros

«Rehabilitación Psicosocial»

T.O. Fátima Correa Oliver

«Un desafío de fin de siglo. T.O. y el HIV/Sida»

Lic. T.O. Milagros Demiryi

«Salud Ocupacional»

Lic. T.O. Liliana Sbriller

«Rehabilitación y Recalificación laboral dentro del marco de la ley de riesgos de trabajo».

T.O. Marcela Haro

«Talleres Protegidos»

Lic. T.O. Magdalena Albizu

Se realizará el "Encuentro Argentino de T.O. de Integración Sensorial", dirigido a todos aquellos que hayan tomado algún curso de formación en integración sensorial, que estén trabajando con ese encuadre o tengan interés en formarse. (Fax. 03822 430963)

Informes: Colegio de T.O. local 6 sector A Barrio Hospital  
(5300) La Rioja Tel. Fax. (54 3822) 4224236

## A.T.O.G.B.A.

En el marco del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, los Terapistas Ocupacionales que trabajamos en el sector público nos constituimos como Asociación, para salvaguardar nuestros derechos como trabajadores. Teniendo en cuenta las formas de organización del sector, donde existen formas diferentes de agrupamientos gremiales, algunos creímos conveniente una organización que contemplara nuestra identidad profesional.

El Sector Salud, como otros, se ve afectado también por una decadente administración y falta de presupuesto. Por eso invitamos a los colegas del sistema público a sumarse al trabajo. Arduo por cierto y multifacético: necesidad de extender servicios de terapia ocupacional en toda la red de Salud, redefinición de las prestaciones, y mucho más.

Nuestra propia organización paradójicamente es sumamente costosa. Sentirnos parte de un cuerpo profesional, un desafío. A.T.O.G.B.A. apuesta a la participación y al protagonismo de los colegas.

Informes: (011) 4305 1770

(información suministrada por la T.O. Marcela Giménez, secretaria de A.T.O.G.B.A.)

## Reunión Nacional de Carreras y Asociaciones

El 16 de abril se realizó la 3ª Reunión Nacional de Carreras y Asociaciones de terapia Ocupacional, en la Ciudad de Mar del Plata. Asistieron los Terapeutas Ocupacionales:

M. Monza (Directora), S. Barberi, M. Oks - Carrera de Licenciatura de T.O. de la Universidad Nacional de San Martín- B. Morales (Coordinadora) - Carrera de Licenciatura de T.O. de la Universidad Nacional de La Rioja- M. Suter (Directora), M Pellegrini - Carrera de Licenciatura de T.O. de la Universidad Nacional de Quilmes- L. Di Clemente (Directora), P. Mantero (Secretaria de extensión), Lic. M. Tellechea (Secretaria académica)- Carrera de Licenciatura de T.O. de la Universidad Nacional de Mar del Plata- M Bustingorri (Directora )- Carrera de Licenciatura de T.O. de la Universidad Abierta Interamericana- M. Ocello - Carrera de Licenciatura de T.O. de la Universidad Nacional del Litoral- A. Auzmenda (Presidente)- AMTO- M Demiryi (Presidente)- ATOS- S. Carrizo Noriega (Presidente)- Colegio de La Rioja.

### Temario:

- Respuesta de cada universidad respecto a Convenios con el Mercosur
- Información de la Universidad del Litoral sobre la Federación o Asociación de carreras
- Organización de la reunión del Mercosur
- Planes de estudio
- Práctica Clínica

## La Educación Pública (11-5-99)

A principios del mes de mayo fue anunciado un nuevo corte presupuestario que afecta gravemente a la Educación Pública.

El decreto de necesidad y urgencia 455/99 volvía a poner contra la pared a una de las garantías de igualdad y posibilidad de movilidad social. No sólo afecta gravemente al presupuesto de las 37 Universidades Nacionales, sino al nivel primario y secundario: hasta la escolaridad obligatoria, esto confirmado por la ex Ministra Decibe: «los chicos que pasen a noveno del polimodal no van a tener aulas».

¿Este es el primer mundo? ¿la Argentina de la estabilidad?.

En medio de una de las crisis sociales más profundas de la historia argentina, esto parecería una desfachatada provocación.

Así, los estudiantes otra vez ganaron las calles, quizás asustados y algo desorganizados, pero sabiendo que es la única manera de defender su futuro.

La educación es el polo de desarrollo de cualquier país que se aprecie como Nación. La nuestra, pública, gratuita y laica, fue ejemplo en todo América Latina. Hoy el poder instituido responde a intereses foráneos: paga los intereses de una deuda contraída ilegalmente y cierra Escuelas y Universidades.

Convocamos a ser militantes de la Educación Pública, por nuestros hijos, nuestros estudiantes y nuestra dignidad.

## Staff

*Queremos informar a nuestros lectores que a partir del mes de marzo nuestra colega, la T.O. Carolina López se ha desvinculado de Materia Prima.*

*Carolina ha sido uno de los pilares fundamentales y su marca perdurará en la historia de esta publicación.*

*Quienes disfrutamos de sus ideas y compartimos su energía le agradecemos su esfuerzo y dedicación.*

*Desde aquí, tus compañeras te deseamos el mayor de los éxitos en tus nuevos emprendimientos personales.*

## Fecha de cierre de la próxima edición:

*2 de agosto de 1999*



# Las Cartas

T.O. Marcela Capozzo  
T.O. Sandra Spampinato  
T.O. Sara Daneri

**Buenos Aires,  
20 de mayo de 1999**

Estimados colegas:  
Nuevamente por intermedio de esta invaluable vía de difusión de nuestra actividad profesional, nos comunicamos con ustedes para contarles que hasta la fecha no recibimos información sobre los sistemas de registros estadísticos que realizan los Terapistas Ocupacionales que trabajan en el ámbito del G.C.B.A.

La ausencia de información, creemos, habilita la reflexión acerca del valor que le asignamos a nuestra propia producción más si tenemos presente que a través de la estadística se presupuestan:

- Las necesidades de recursos humanos en la profesión
- Los recursos materiales: insumos, equipamiento e infraestructura

Nuestro silencio perjudica a TODOS, en el reconocimiento de nuestro trabajo.  
Callar devalúa nuestra práctica y de ella depende nuestro salario.  
Reiteramos el pedido efectuado en Materia Prima - Año 3 N° 10-

Diciembre 1998/febrero 1999 y recordemos «el reconocimiento bien entendido empieza por casa». Gracias Materia Prima por brindarnos este espacio.

T.O. Marcela Capozzo  
Tel 4636 3743

T.O. Sandra Spampinato  
Tel 4637 6081

T.O. Sara Daneri  
Tel 4772 5436



T.O. Marta Doermer  
T.O. Marcela Gimenez

**Buenos Aires,  
21 de mayo de 1999**

Sra. Directora  
De nuestra consideración:  
Nos dirigimos a Usted en carácter de integrantes de la Comisión Directiva de A.T.O.G.B.A. para que por su intermedio circule la siguiente

información entre los colegas lectores de la revista que Usted dirige: Con fecha 6 de mayo nos fue remitida una nota de la Federación de Profesionales de la Ciudad de Buenos Aires, informándonos acerca del listado de profesionales cuyas propuestas han sido elevadas por los Hospitales y que a la fecha se encuentran a la espera de nombramientos. Cabe consignar dichos pedidos fueron realizados en el período 1994-1995.

La Federación nos solicita como Asociación verificar y ratificar si estas designaciones están pendientes y si siguen vigentes, trámites que hemos realizado como Comisión Directiva. Ese pedido fue comunicado al Servicio de Rehabilitación del Hospital Moyano, a las colegas de Talleres Protegidos, al Servicio de Recreación y Deportes del Hospital Roca y al Director del Hospital de Quemados.

Esta información será girada como nos lo fue pedido a la Federación de Profesionales Municipales de la Ciudad de Buenos Aires. Quedamos a su disposición y agradeciendo este espacio, la saludamos atentamente.

# Amor y humor

Nos reencontramos en Otra Puerta para representar al amor en estos tiempos cercanos al siglo XXI. Entre todas las formas posibles elegimos compartir la visión del humorista Claudio Kappel\*



Abrigo la esperanza ( algo tengo que abrigar, porque hace frío) de que hombres y mujeres dejen de lado rivalidades imaginarias, y abracen juntos la misma causa, que es la del amor, la del encuentro, la del diálogo y la comprensión. Después de todo. «Amor» y «humor» son dos palabras que se parecen mucho...



El tema del vínculo y la pareja, es un tema que nos ha dado a los humoristas Materia Prima para seguir jugueteando con el lápiz y hacer esos garabatos con los cuales los demás se rien. Finalizando el milenio, todavía muchos no se ponen de acuerdo con respecto a diversas cuestiones que atraviesan esta temática, y que el ojo del humorista avezado (aunque no haya besado) retrata y desnuda con algunos trazos.



\* psicólogo y humorista, publica sus primeros trabajos en *Eroticón Humor* (1988), en el suplemento de humor de *El Cronista* (1989) y a partir de ese momento colabora con numerosas publicaciones, entre ellas: *Super Bit*, *Usuarios*, *Réport*, *Este Diario* (uruguay), *AZ 10*. Realizó las ilustraciones del libro de humor «A Prueba de tonos: diccionario ilustrado de computación». Colaboró en la revista *Humor*, y lo continúa haciendo con *SexHumor*. Actualmente publica un chiste diario en *La Prensa*, y en los suplementos Zonales del diario *La Nación*. Participó del suplemento de humor realizado por *Humoristas Argentinos Asociados*. Realizó muestras individuales y colectivas, y participó de los libros de humor «*Humoristas al Arco: Francia '98 vista por los humoristas argentinos*», y «*Al fútbol, con humor y color*». Edita la revista de humor «*No Estamos Dibujados*», y dirige la *Escuela Superior de Humor Gráfico e Historieta*.

# Encuentros y otros acontecimientos

## Nacionales

**9 de junio y 2do. Miércoles de cada mes**  
**Charlas gratuitas para la comunidad sobre alimentación**  
Organiza: Ira Cátedra de Medicina Interna, Htal. de Clínicas  
Tel. (54 11) 4508 3994

**14 al 18 de junio**  
**Curso sobre Rodilla Traumática**  
**Aguda**  
Organiza: Cetred y Fundación J. Avanzi  
Informes: Avellaneda 1235, Capital Federal  
Tel. (54 11) 4433 2232/2332  
(Vacantes limitadas)

**26 de junio**  
**Trastornos alimenticios e secuelas neurológicas**  
Lic. Mabel Rugano  
Informes: Thames 2110 1º E - Capital  
Tel./Fax. (54 11) 4776 2626 / 4542 7318  
E-mail: paractiva@hotmail.com

**25 y 26 de junio**  
**II Jornadas Federales de Actualización Educación Especial y Salud Mental**  
Organiza: Instituto de Educación Especial Piedra Libre  
Sede: Corrientes 1660, Cap. Fed.  
Informes: Achega 3515 (1431) Cap. Fed.  
Tel./Fax. (54 11) 4572 2637

**2 al 11 de julio**  
**Técnica "E"**  
Manuela Petri  
Informes: Thames 2110 1º E - Capital  
Tel./Fax. (54 11) 4776 2626 / 4542 7318  
E-mail: paractiva@hotmail.com

**12 al 16 de Julio**  
**Curso de Invierno "Adultos"**  
Informes: Thames 2110 1º E - Capital  
Tel./Fax. (54 11) 4776 2626 / 4542 7318  
E-mail: paractiva@hotmail.com

**12 de julio al 1 de agosto**  
**10ª Feria del Libro Infantil y Juvenil**  
Sede: Centro de Exposiciones de la Ciudad de Buenos Aires

**16 al 18 de julio**  
**Seminario de Teoría Integración Sensorial en Terapia Ocupacional**  
Prof. T.O. Julia Salzman  
(Univ. de Tel-aviv)  
Sede: Universidad Nacional de Quilmes  
Informes: R. Saenz Peña 180 Bernal  
Tel. (54 11) 4259 3090 int. 119  
Fax. (54 11) 4259 3091

**19 al 23 de julio**  
**Curso de invierno "Niños"**  
Informes: Thames 2110 1º E - Capital  
Tel./Fax. (54 11) 4776 2626 / 4542 7318  
E-mail: paractiva@hotmail.com

**23 al 25 de julio**  
**Seminario de Teoría de Integración Sensorial aplicada en Desórdenes de la Regulación, Dificultad en Modulación Sensorial y Preparación para la Escritura**  
Prof. T.O. Julia Salzman  
(Univ. de Tel-aviv)  
Sede: Universidad Nacional de Quilmes  
Informes: R. Saenz Peña 180 Bernal.  
Tel. (54 11) 4259 3090 int. 119  
Fax. (54 11) 4259 3091

**30 y 31 de julio**  
**Seminario de Evaluación de Pediatría en Terapia Ocupacional**  
Prof. T.O. Julia Salzman  
(Univ. de Tel-aviv)  
Sede: Universidad Nacional de Quilmes  
Informes: R. Saenz Peña 180 Bernal  
Tel. (54 11) 4259 3090 int. 119  
Fax. (54 11) 4259 3091

**Agosto**  
**Curso intensivo sobre Sida**  
Informes: Asoc. Benghaleusis  
Tel. (54 11) 4982 0199

**12 al 14 de agosto**  
**Introducción a la Teoría en Integración Sensorial**  
Organiza: Dpto.

Pedagógico de T.O.  
Sede: UNMDP  
Informes: D.Funes 3350 (dpto. T.O.)  
UNMDP  
Tel./Fax. (54 223) 475 2442

**12 al 15 de agosto**  
**Seminario de Introducción al Modelo de la Ocupación Humana**  
Prof. T.O. C.G. de Las Heras  
Sede: Universidad Nacional de Quilmes  
Informes: R. Saenz Peña 180 Bernal  
Tel. (54 11) 4259 3090 int. 119  
Fax. (54 11) 4259 3091

**14 y 15 de agosto**  
**Equitación Terapéutica en Neurorehabilitación**  
Shella Campbell / Harry Bachmann  
Informes: Thames 2110 1º E - Capital  
Tel./Fax. (54 11) 4776 2626 / 4542 7318  
E-mail: paractiva@hotmail.com

**21 de agosto**  
**Trastornos del Lenguaje Intervención terapéutica temprana desde fono y psicopedagogía**  
Informes: Thames 2110 1º E - Capital  
Tel./Fax. (54 11) 4776 2626 / 4542 7318  
E-mail: paractiva@hotmail.com

**27 de agosto**  
**Terapia Familiar Sistémica en Rehabilitación**  
Lic. Graciela Iribarne  
Informes: Thames 2110 1º E - Capital  
Tel./Fax. (54 11) 4776 2626 / 4542 7318  
E-mail: paractiva@hotmail.com

**25 al 28 de agosto**  
**III Encuentro Mundial de Educación Especial**  
**III Convención Internacional de Estimulación Prenatal y Temprana "Educación y Diversidad"**  
Organiza: Asoc. Mundial de Educación Especial  
Sede: Centro Cultural Gral. San Martín, Capital Federal  
Informes: AMEE - Av. de Mayo 982  
Piso 5 Dto. 8 -Capital Federal  
Tel. (54 11) 4334 1129/1730  
Fax. (54 11) 4334 1230



**Septiembre**

**Primera Cumbre**

**de Internet en Español**

Sede: Centro Municipal de Exposiciones de la Ciudad de Buenos Aires

8 al 10 de septiembre

**V Congreso Argentino**

**de Terapia Ocupacional,**

**V Simposio Latinoamericano de**

**Terapia Ocupacional**

(6 y 7 precongreso)

Sede: La Rioja

Informes: Colegio de T.O. local 6 Sector A

Barrio Hospital

(5300) La Rioja

Tel./Fax. (54 3822) 4224236

(Recepción de trabajos hasta el 11 de julio)

16 al 19 de septiembre

**XII Encuentro Anual**

**del MoTrICS**

**"Raíces y Redes de lo**

**corporal en la Argentina**

**de fin de siglo"**

Informes: Tel. (54 1) 4988 0189 - 4952

8894 - 4963 3126

(Presentación de trabajos

entre el 21 y el 30 de junio)

22 al 24 de septiembre

**II Congreso de Salud Mental de la**

**Ciudad de Buenos Aires**

**"Configuraciones de**

**la Clínica"**

Sede: Sarmiento 1551 - Cap. Fed.

Informes: Avda. Córdoba 3120 1er. piso

Capital Federal

Tel. (54 11) 4861 6891/4863 6586

2 de octubre

**Primera Jornada sobre Hogares,**

**Residencias y Centros de Día para**

**personas con discapacidad.**

"Redes de servicio de Apoyo a las Familias"

Sede: Mendoza 1259 - Capital

Organiza: AMAR

Informes: Cochabamba 3243 Capital

Tel./Fax.: (54 11) 4931 5227/7251

E-mail: amar @ topmail.com.ar

20 al 23 de octubre

**El Hospital Psiquiátrico en el**

**próximo Milenio**

Sede: Córdoba y Maipú -Capital

Organiza: AAP

Informes: Tel/Fax. (54 11) 4303 3796

E-mail: aap@drwebsa.com.ar

http://www.drwebsa.com.ar/aap

Internacionales

26 al 30 de julio

**Mauritius The 2000 Challenge O.T.**

**in Africa. I International Congress of**

**the O.T. Africa Region Group -**

**OTARG**

Informes: Mrs. J. Laurent (vice Chairperson

OTARG) 9 Doctor Raoul Felix Street Rose

Hill, Mauritius

Tel. (230) 686 2061 / 421 5852

Fax. (230) 424 5610

16 al 20 de agosto

**I Convención Latinoamericana de**

**Estimulación Temprana y**

**Alteraciones del Desarrollo Infantil**

Sede: Ciudad De Panamá, Panamá

Informes: Tel./Fax. 432 4724

E-mail: elcisne @ ciudad.com.ar

11 al 14 de septiembre

**The Second Asia Pacific O.T.**

**Congress**

Sede: Taipei, Taiwan

Informes: The Secretariat 2nd APOTC c/o

TCM/Congrex P.O.Box 68-439, Taipei,

Taiwan

Tel. (886 2) 2523 6017

Fax. (886 2) 2537 7479

27 de septiembre al 1 de octubre

**III Congreso del Comité**

**Latinoamericano de la Asoc.**

**Internacional de Gerontología**

**IV Congreso Nacional y Cubano de**

**Gerontología y Geriatría**

**II Encuentro Iberoamericano de**

**Asoc. de Adultos mayores**

Sede: Palacio de las Convenciones -

Habana, Cuba

Informes: Tucumán 1668 1er piso Dto. A

Capital Federal

Tel. (54 11) 4372 3152 / 4373 4914

28 de septiembre al 1 de octubre

**VI Congreso Brasileiro de Terapia**

**Ocupacional**

**"Trayectorias y Perspectivas de la**

**Terapia Ocupacional"**

Apellido y Nombres \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ DNI Nro. \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Domicilio

Calle \_\_\_\_\_ Nro. \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Depto. \_\_\_\_\_

C.P. \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax. \_\_\_\_\_ E-Mail. \_\_\_\_\_

Ejerce Si  No  N°de Matrícula \_\_\_\_\_

Institución \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Solicite suscribirme a la revista "Materia Prima" por \_\_\_\_\_ número/s

Quiero recibirla desde el número..... (sujeto a existencias)

Importe \$ \_\_\_\_\_ Giro \_\_\_\_\_

Fecha...../...../.....

.....  
Firma y Aclaración

Suscripción Profesionales 1 número \$ 7. 4 números \$ 26 Estudiantes \$ 5 c/número

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

Sede: San Pablo  
 Informes: Tel. (55 11) 3361 3056  
 Fax. (55 11) 3361 3089  
 CxPostal 62633 Sao Paulo  
 SP- CEP 01214-970  
 E-mail: eventus@dglnet.com.br

**13 al 16 de octubre**  
**"Foro Mundial de Educación,  
 Empleo y Discapacidad"**

Organiza: AMEE  
 Sede: Meucie, España  
 Informes: C/Micenas 143 - Urb. Monte  
 Rozas 28230, Las Rozas Madrid  
 Telefax. (34 91) 631 6362  
 E-mail: garabato.terre @ mcsa.es

**21 al 23 de octubre**  
**VII Jornadas Internacionales sobre  
 el Síndrome de Down**

Organiza: Fundación Catalana Síndrome de  
 Down  
 Sede: Barcelona, España  
 Informes: Tel. (34 93) 215 7423  
 Fax. (34 93) 215 7699  
 E-mail: integra @ fsd

**25 al 29 de octubre**  
**XVIII Congreso de la Asoc. Médica  
 Latinoamericana de Rehabilitación  
 (AMLAR 99)**

**I Congreso Cubano de Medicina  
 Física y Rehabilitación**  
 Sede: Palacio de las Convenciones -  
 Habana, Cuba  
 Informes: Tucumán 1668 1er piso Dto. A

Capital Federal  
 Tel. (54 11) 4372 3152 /  
 4373 4914

**14 al 21 de noviembre**  
**Jornadas Internacionales de  
 Intercambio Profesional Cuba '99**

Destinado a Terapistas Ocupaciones  
 (Visitas coordinadas con especialistas y  
 recorrido por los Servicios de cada uno de  
 los principales Centros de Salud - Talleres,  
 coloquios)  
 Informes: Esmeralda 719 Piso 9 (1007)  
 Capital Federal  
 Tel. (54 11) 4394 9905 /4322 2761  
 Fax. (54 11) 4322 2586

**Anticipos**

**2000**

**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

**27 al 29 de septiembre**  
**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

**VII Congreso Mundial  
 sobre Síndrome de Down**  
 Sede: Australia

**17 al 19 de noviembre**  
**III Congreso Nacional para  
 Instituciones de Educación Especial  
 sobre Formación Laboral y Empleo**

Organiza: Asociación Logros  
 Informes: Lavalle 1454 Of. 65 Capital  
 Federal - Argentina  
 Tel. (54 11) 4374 2740  
 E-mail: elite@ cutci. com. ar

**2002**

**23 al 28 de junio**  
**XIII Congreso de la Federación  
 Mundial de Terapeutas  
 Ocupacionales**

**Action for Health in a New  
 Millennium**  
 Sede: Estocolmo, Suecia  
 Informes: Planivagen 13, Box 760, S-131  
 24 Nacka, Suecia  
 Tel. (46 8) 466 2440 Fax. (46 8) 466 2424  
 E-mail: fsa @akademikerhuset.se  
 http://: www.fsa.akademikerhuset.se





# M A T E R I A P R I M A

Gral. Lucio Mansilla 2665  
 (1425) Capital Federal  
 Buenos Aires - Argentina





# YAFAR

## OPERADORES de turismo

### PAQUETE 01

- TRASLADOS DE LLEGADA Y SALIDA - TRASLADOS HOTEL / CONGRESO / HOTEL
- ALOJAMIENTO CON DESAYUNO EN HOTEL SELECCIONADO

NOCHES	CAT. 1*	CAT. 2*	CAT. 3*
03 noches	\$ 161.-	\$ 179.-	\$ 189.-
05 noches	\$ 210.-	\$ 238.-	\$ 254.-

### PAQUETE 02

- TRASLADOS DE LLEGADA Y SALIDA - TRASLADOS HOTEL / CONGRESO / HOTEL
- EXCURSION CIRCUITO DE LA COSTA CON ANILLACO - EXCURSION A TALAMPAYA
- ALOJAMIENTO C/DESAYUNO EN HOTEL SELECCIONADO

NOCHES	CAT. 1*	CAT. 2*	CAT. 3*
05 noches	\$ 325.-	\$ 354.-	\$ 370.-

### PAQUETE 03

(EXCLUSIVO PARA PARTICIPANTES QUE LLEGUEN A LA RIOJA EN FORMA PARTICULAR)

- ALOJAMIENTO CON DESAYUNO EN HOTEL SELECCIONADO

NOCHES	CAT. 1*	CAT. 2*	CAT. 3*
03 noches	\$ 71.-	\$ 89.-	\$ 99.-
05 noches	\$ 117.-	\$ 146.-	\$ 165.-

Importante: Se sugiere reservar antes del 15 de Julio de 1999.

**CONSULTE**  
PASAJES TERRESTRES Y AEROS DESDE Y HASTA SU LUGAR DE RESIDENCIA  
- SERVICIO DE GASTRONOMIA - EXCURSIONES LOCALES

**INFORMES**

**Suc. La Rioja: PELAGIO B. LUNA 352 • TELEFAX (03822) 436152 - CEL (03822) 15596518**

INTEGRANDONOS



V Congreso Argentino  
de Terapia Ocupacional  
V Simposio Latinoamericano  
de Terapia Ocupacional

LA RIOJA - ARGENTINA

Para cualquier información dirigirse al colegio de T.O. Local 6 sector A Barrio Hospital La Rioja  
Tel/Fax 54 3822 422436 o los tel. 0822 26621/23064 - Declarado de Interés Nacional Provincial  
Nº 558 -PMunicipal Nº 545 y Res. Nº 274 de Interés Académico U.N. LaR.

6, 7, 8, 9 y 10 de setiembre de 1999

MATERIA PRIMA

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

Tel.: (54 11) 4962 1101 / 4701 4369 • Fax. (54 11) 4786 6833 / 4964 0091