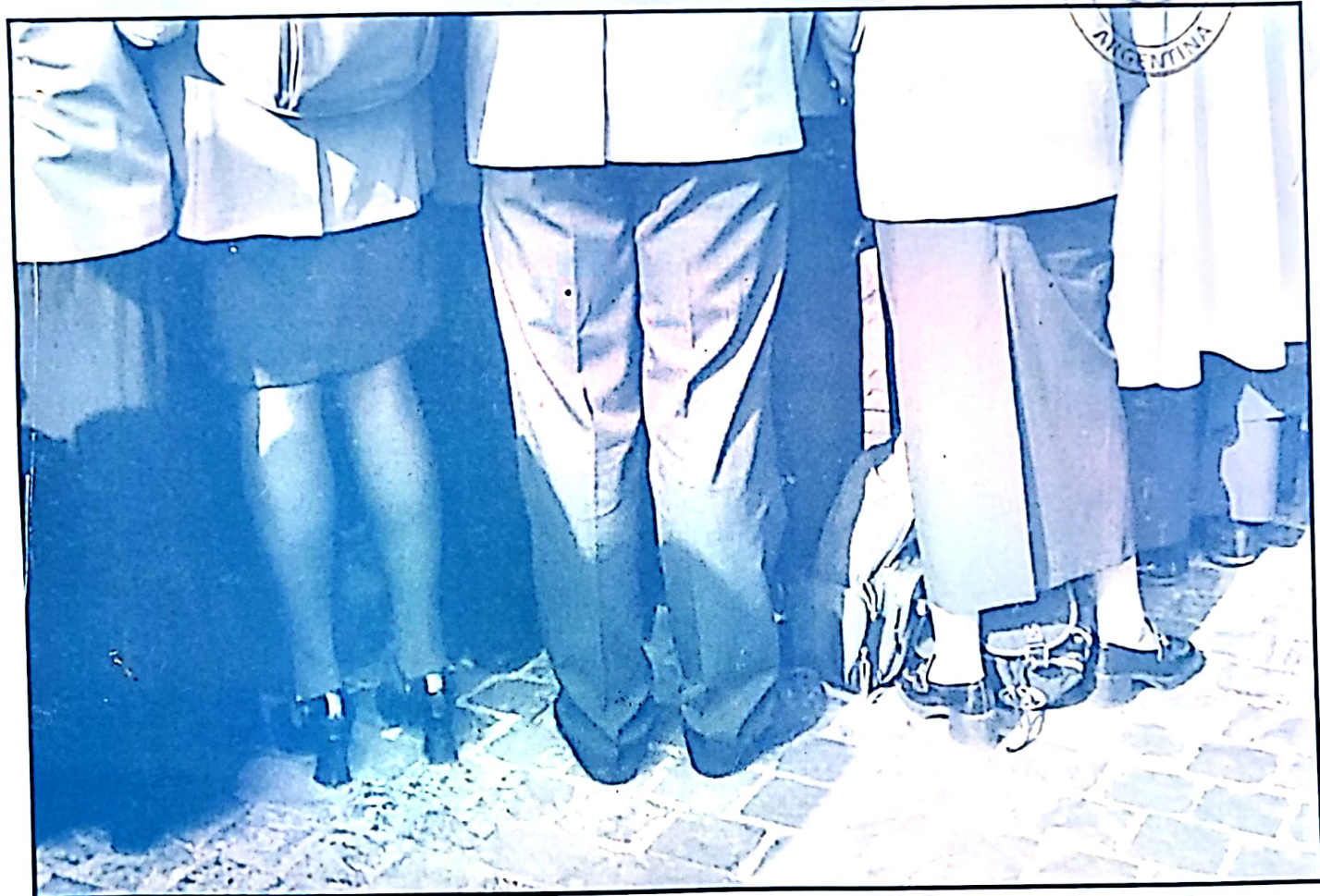


MATERIA PRIMA

Primera Revista Independiente de Terapia Ocupacional en Argentina



Año 5 Número 16 Junio/Agosto 2000 Precio del ejemplar \$ 7 -ISSN 0657784



16 Entrevista: Pablo Guilmo • Ortesis dinámicas • T.O. para bebés
T.O. en clínica médica • Intervención en comunidad indígena Maya

Sumario

- 1 **Editorial**

- 2 **Estilos**
El binomio vida - muerte
Entrevista al Profesor Paul Guilmot, Dr. en Teología y Lic. en Filosofía, director de una investigación sobre la muerte digna, en la UNMDP

- 7 **De Producción Nacional I**
"La vida te da sorpresas, sorpresas te da la vida"
Relato de un residente de T.O. en un Hospital General

- 11 **Dossier**
La pareja más famosa de occidente
Una visión sobre la atención de bebés en Terapia Ocupacional. Entrevista, trabajos de diferentes épocas, ficha de evaluación.

- 25 **De Producción Nacional II**
Cálculo de fuerza en las ortesis dinámica
Se plantea en forma didáctica el cálculo de fuerza de las ortesis dinámica y los requerimientos necesarios para cada caso.

- 28 **Del exterior**
El retorno del hombre de maíz
Intervención durante 6 meses con una comunidad indígena Maya, que regresaba a su Guatemala natal, después de haber permanecido 14 años en los campamentos de refugiados de Méjico, en 1996.

- 33 **Noticias**

- 37 **Agenda**

Staff

Editora - Directora
T.O. Andrea Monzón

Consejo Editorial
Coordinación
T.O. Mónica von Wernich

T.O. Marcela Giménez
T.O. María Rita Martínez Antón
T.O. Magali Gociol
T.O. Fernanda Zamora
T.O. Paula Mantero
T.O. María Juliana Sánchez Vissani
Lic. en T.O. Paula Cagliolo

Colaboradores
Laura Moreno
Gabriela Capel
María Silvia Iriarte
María Soledad Gutierrez
Juliana Rosadas

Colaboran en este número
Terapistas Ocupacionales
Celina Tamarit
Lic. Rosanna Defalco
Ana Peiretti
Elizabeth Gómez Mengelberg
Salvador Simó Algado (España)
Nina Mehta
Franciscus Kronenberg

Fotos
Tapa e interior
Raquel Gociol
(54 11) 4582 9315

Rediseño de Imagen
Hexa Bureau de Diseño

Compaginación y armado
Gustavo Grosso
(54 11) 4373 4695

Impresión
Besares 2743- J. Ingenieros
Ciudadela. Bs As

Registro de Propiedad Intelectual
N° 894162
ISSN 0328 7890
Propietaria: Andrea Monzón

Redacción:
Gral Mansilla 2665
(1425) Capital
Tel. (54 11) 4962 1101 / 4786 6833
Fax. (54 11) 4785 4085
E-mail: wernich@arnet.com.ar
E-mail: contemon@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 personas entrevistadas, como así tampoco por el contenido de los espacios publicitarios.

Editorial

"No, no aceptes lo habitual como cosa natural. Porque en tiempos de desorden, de confusión generalizada, de humanidad deshumanizada, nada debe parecer natural. Nada debe parecer imposible de cambiar" (Bertold Brecht)

Una manta sobre los pies, la luz tenue, un café caliente y un tierno abrazo masculino acompañaban el cansancio de mi larga jornada de trabajo. Me apropié de realidades conmovedoras cómodamente instalada desde el control remoto del televisor. Por la rendija de cada hecho convertido en noticia se filtran estadísticas, sin caras ni nombres, como atisbos deshumanizados de lejanas experiencias.

Otros, los 10.000.000 millones que viven, según Cáritas, "un dramático cuadro de exclusión social... pobreza sin esperanza"; *otros* que cortan rutas; *otros* que conforman entre el 7% y 10% de la población que vive con \$1 por día...

Más café y más zapping mientras observo pasmada a *otros* que alzan la taza de interés e incrementan en más de 100 millones de dólares anuales los intereses a pagar por la deuda externa Argentina; *otros* que dictan medidas de ajuste; *otros* justificando en debates estériles nuestro destino como Nación...

En la *habitualidad* de una época con dignidades violentadas, he perdido la confianza en quienes tienen como clase dirigente, más allá del color partidario de turno, la obligación ética de dar respuesta a tantas necesidades insatisfechas. Me he desencantado de los discursos de campaña, de las negociaciones, de las promesas. Me he cansado de creer que otros convertirán éste en un país mejor. También me harté de sumarme a la queda paralizante de las palabras.

La realidad, aunque parezca cosa natural, no pasa por la tele, ni por los típicos discursos intelectualoides de nuestra clase media arreglando el mundo en un bar, ni por las promesas políticas. Se juega en lugares con gente de carne y hueso que padece. Hay distintos niveles de responsabilidades, pero una parte nos atañe a cada uno de nosotros, quienes hoy trabajamos, comemos todos los días, tenemos una cama caliente donde dormir y gente que nos quiere y se preocupa por nosotros. No alcanza con sorprendernos con un "...qué terrible lo que está pasando..." o llegar a derramar alguna lágrima compasiva mientras damos una moneda que nos sobra...

Ante la crudeza de este tiempo descarnado tenemos algo que ofrecer a los *otros* con vidas olvidadas de las estadísticas: no necesitamos la excusa del dinero, sino la convicción para ejercitar nuestra ciudadanía, practicarla y enseñar a construirla; compartir algo de tiempo para acercarnos solidariamente a "poner el cuerpo" junto a *otros* a quienes el hoy se les presenta sin salida.

Sé que pagamos los impuestos, que le corresponde al Estado hacerse cargo, que hay cosas que no dependen de nosotros, que es el sistema, que estamos muy ocupados manteniendo lo que nos queda. La lista de justificativos sería interminable. Podemos sumarnos a *otros* que han iniciado, desde distintos sectores no gubernamentales, nucleados por afinidad de intereses, tareas solidarias para quienes ya no tienen tiempo para esperar. Agradezco a los colegas que desde sus prácticas incentivan la reflexión y la puesta en marcha de proyectos para superar la inequidad, a quienes desde las aulas enseñan a participar y a crear redes, y a todos los que con su ejemplo retroalimentan conductas solidarias.

Todos ellos han sido disparadores para que nos atrevamos a organizar el Foro Nacional de Terapia Ocupacional. Un nuevo desafío al que le invitamos a sumarse. Si vencemos nuestra propia inercia frente a lo instituido, si traspasamos la dolorosa realidad con actos comprometidamente solidarios, en definitiva, no será tan difícil ser un poco más humanos.

Andrea Monzón



por Materia Prima

El binomio vida-muerte

El Profesor Paul Guilmot ha dirigido a partir de 1997 una investigación sobre la muerte digna. Es Doctor en Teología, Licenciado en Filosofía y actualmente se desempeña como profesor titular de la cátedra de Introducción a la Filosofía en la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Además, es Profesor de Filosofía y de Estética en la Escuela Superior de Artes Visuales y en la Escuela de Cerámica de Mar del Plata.

La idea es conocer las características del grupo de investigación sobre "muerte digna".

¿Cómo surge la motivación de este grupo?

Surge como inquietud mía que data de muchos años. Recuerdo que en París realicé un seminario sobre la muerte. Este seminario me llamó mucho la atención, porque era un estudio filosófico, antropológico y psicológico que trataba de dar algunas pautas de reflexión sobre lo que podría pasar después de la muerte a partir de la experiencia de la vida. Esta es la inquietud que me habitó desde aquel momento y cuando se presentó al final de 1997 la posibilidad de investigación, pensé enseguida en este tema que desembocaría muy rápidamente en tratar de precisar lo que podría ser una muerte digna.

Lo que ha afianzado esta idea es el libro de María de Hennezel, que acompañó en algunos momentos la agonía y la muerte de Mitterrand y que cuenta en su libro *"La muerte íntima"* todo lo que gira alrededor del acompañamiento del enfermo terminal. En varios hospitales de París se ocupaba de los enfermos de Sida, de cáncer, etc., y se esforzaba para que ellos tuviesen una muerte humana. Con esta experiencia llegó a una conclusión algo paradójica: no es necesariamente el acompañante que ayuda al enfermo a vivir dignamente su muerte. Es el

moribundo que ayuda al acompañante a vivir. Los que mueren nos ayudan a vivir, reza el subtítulo del libro.

El presidente Mitterrand ha dado un prefacio al libro de María de Hennezel y vale la pena citar las primeras palabras de este texto que indica el clima en que nuestros contemporáneos están viviendo la muerte contrariamente a épocas anteriores: *"Cómo morir, estamos viviendo en un mundo que teme la pregunta y se aparta de ella. Civilizaciones que nos precedieron miraban a la muerte de frente, dibujaban para la comunidad y para cada uno el camino del pasaje. Daban a la conclusión del destino su riqueza y su sentido. Como nunca quizás la relación con la muerte ha sido tan pobre como en estos tiempos de sequedad espiritual, en la cual los hombres, urgidos para existir, parecen eludir el misterio. Ignoran que están secando así una fuente esencial de las ganas de vivir"*. Esta cita ha sido mencionada en el entierro de Mitterrand y el Cardenal Lutzinger de París, empezó su homilía con este texto que era el diagnóstico más acertado sobre la manera como el hombre de hoy elude la muerte. Lo interesante aquí es que retoma, sin decirlo explícitamente el pensamiento tan profundo de Edgar Morin en su libro *"El hombre y la muerte"*: *"Lo que es más asombroso que la muerte es el hecho de vivir. La vida entonces es más importante que la muerte"*. Siempre hay que confesar

que el hombre está más golpeado por la muerte que por la vida. Lo asombroso de la existencia humana es el hecho de vivir. ¡Qué paradoja! Los que mueren nos enseñan a vivir, digamos que frente a una muerte digna uno debería aprender a vivir una vida digna. Ahora ¿qué le pasa a la gente, a los profesionales de la salud que conviven con la muerte? ¿Cuál sería la sensación? Porque este acompañar al buen morir es todo un trabajo, pero a veces los que hemos tenido un familiar o un paciente en estas condiciones, hemos quedado quizás petrificados, inhibidos, sin palabras.

En la investigación, ¿cuál es el relevamiento que hicieron sobre este tema?

Hay que decir que los médicos, como cualquier ser humano, temen a la muerte y en muchos de los casos, tratan de evitar la palabra. Fíjate que en PAMI cuando alguien muere no utilizan la palabra morir, ni muerte. La substituyen por óbito. La muerte es una palabra tabú, exactamente como la palabra cáncer. La mayoría de la gente trata de evitarlo y si uno se atreve a hablar abiertamente de la muerte, los oyentes tratan de callarlo, como si hablar de la muerte fuese como llamarla. Entonces los que se ocupan de los enfermos terminales son pocos, porque muchos médicos, cuando se dan cuenta que el enfermo está por morir lo

devuelven a otros para no ocuparse más de ellos. Además, los médicos no están en general muy preparados para avisar al enfermo de la gravedad de su enfermedad. Tampoco el médico visita a la familia después de la muerte del ser querido. Raras veces ayuda a la familia a elaborar su duelo. Todo eso es muy comprensible porque el médico está formado para la vida y no para la muerte.

¿Cuáles son las líneas de investigación que se han planteado sobre los profesionales de la salud?

En realidad, nosotros hemos limitado nuestra investigación a la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio social. Hemos indagado en los docentes, los profesionales de la salud y los alumnos. Curiosamente, son los alumnos que enfrentan más fácilmente el problema de la muerte, probablemente porque están más lejos de ella y porque quizás la generación actual está mucho más familiarizada con el problema gracias a los medios masivos de comunicación que nos proporcionan todos los días imágenes de muerte. Lo que nos llamó entonces la atención es que los alumnos están más preparados para enfrentar la muerte y explicitan en la encuesta que hemos realizado en la Facultad la actitud que hay que tomar en los casos de enfermos terminales. Esta actitud se nota muy pocas veces entre los médicos.

El médico se define esencialmente como partero de la vida. Le es muy difícil aceptar que debe ser también partero de la muerte.



R. Guecel

¿Cómo se podría revertir el tema? Porque esto de la educación es muy importante. Y, paradójicamente, en los programas de estudio no se toca el tema de la muerte. Si la tanatología es la ciencia de la muerte, ¿cuál sería el grado de inserción que debería tener en los planes de estudio según su criterio?

En realidad, la investigación nuestra ha sido hecha en parte para que se inserte en los planes de estudio el tema de la muerte, porque los mismos docentes en las respuestas a la encuesta han afirmado que prácticamente, el tema está ausente, salvo rarísimas excepciones. Y lo curioso

es que Terapia ocupacional, Enfermería y Servicio social son carreras donde la muerte está presente en mayor o menor grado. Esta carencia fue el motivo por el cual hicimos la investigación, limitándonos a la Facultad y promoviendo la posibilidad de insertar el tema en el plan. Una segunda motivación de esta inserción es que hay que alentar a lo largo de la carrera toda una pedagogía que debe consistir en enseñar la manera de cómo el hombre puede vivir de un modo mucho más sereno este último trance de su existencia. La muerte reviste siempre un aspecto trágico. Pensar que el hombre puede vivir sin temer en alguna medida su muerte es algo ilusorio. Pero eso no quita que hay que acostumbrarse a la idea de nuestra propia muerte, dándonos cuenta que nuestra existencia está tejida con la muerte. Porque si estoy ahora dialogando con Ud., estoy muriendo a algo, a mi familia y Ud. también. Y si lo hacemos, es decir, si aceptamos esta muerte actual, es porque estamos convencidos que gracias a ella vamos a ser más, a personalizarnos de un modo más profundo. Aceptamos esta muerte parcial para ser un viviente más viviente. Lo que quiere decir que todos los días uno muere a algo, muere a algo que le gustaría hacer y no lo puede, justamente porque la obligación es hacer otra cosa. Muero a una actividad en función de otra actividad que, si la cumpla con responsabilidad, me perfecciono en mi realización humana. La muerte, entonces, está presente en mi vida, pero no son muchos los que reflexionan de esta manera. Estas

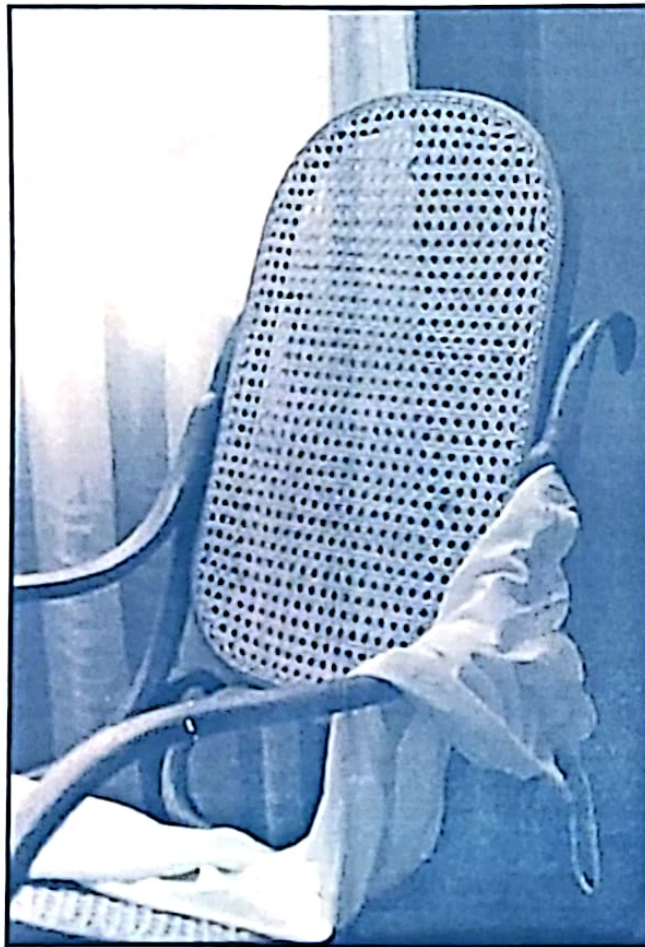
muerres cotidianas nos acercan a la muerte última cuya significación sería la superación de nuestra dimensión temporal, para acceder a otra dimensión, que no sería otra que una vida más plena. Pero aquí entramos en un tema filosófico imposible de comprobar.

Digamos, uno está en contacto cotidiano con muertes simbólicas pero no las toma con esta conciencia.

Toda actuación mía supone siempre algo que es vida, pero también algo que es muerte. Nuestra vida está siempre tejida con dos elementos vida-muerte. Pero lo que supera este binomio es la vida; la vida supera la muerte. La madre que engendra a un segundo hijo muere a miles de cosas, los casados que aceptan tener hijos mueren a miles de facilidades. Porque una cosa es vivir juntos durante varios años y otra cosa es tener un hijo que hay que atender, educar. Hay una intimidad que se pierde, pero al mismo tiempo surge una nueva relación, una nueva vida. No es pérdida, no es muerte, es vida, gracias a la muerte.

¿Qué cosas son las que usted cree que ayudan a una persona a bien morir? Las creencias, el afecto, la familia? En qué cosas se apoya el ser humano para construir esto del bien morir?

La fe y una creencia pueden ayudar evidentemente, según las perspectivas que se abren sobre un eventual más allá.



Pero aun aquel que no cree puede estar ayudado por el acompañamiento de sus seres queridos, familia, amigos. De todos modos la muerte me parece siempre un hecho bastante solitario, en el sentido de que es uno el que muere. Compartir la muerte de un amigo es una tarea sumamente delicada. La palabra "compartir" es una palabra difícil, porque nadie puede morir en lugar del otro. La muerte es una experiencia estrictamente personal. Sin embargo, la experiencia de la muerte, como muy bien lo dice Landsberg, la hace el sobreviviente, en la medida en que su relación con aquel que muere ha sido estrecha y muy profunda. De tal manera que cuando un ser querido de esta forma muere, es una

parte de nosotros que muere. Tal es para mí la única experiencia que podemos tener de la muerte, experiencia evidentemente truncada.

En conclusión, la muerte me parece que sigue siendo un acto donde uno se encuentra solo con su propia vida, su propia muerte. Lo que supone que hay que prepararse para vivirla. Pero no es común que mucha gente se prepare para morir. No lo piensa. Morir dignamente no es tan fácil, porque se supone que si uno puede morir dignamente es justamente porque ha podido vivir dignamente.

¿Cómo sería prepararse para la muerte?

El último horizonte de nuestra vida es la muerte. Pensar en el morir debería ser permanente, no para atormentarnos, sino más bien para vivir mejor. La vida finalmente es una preparación para la muerte y la

filosofía la define así.

Uno siempre piensa en la muerte de los otros y no piensa en su propia muerte, aunque a veces se manifiestan preferencias por velatorios, etc., esto, en general, tiene que ver con cuestiones más de forma que de fondo.

En el corazón de muchos hombres existe un pequeño rincón que alberga la ilusión de la inmortalidad. Y de una cierta forma se plantea el problema de la inmortalidad, porque la biología que hace tantos progresos afirma que el hombre, gracias a ciertas nuevas técnicas de detección del origen de la muerte, podría conservar

intactas las células biológicas y así permanecer en estado perfecto de salud sin que aceche la muerte. Pero si reflexionamos un poco, tenemos que preguntarnos: ¿para qué? ¿por qué no morir?. Cuando justamente la muerte da sentido a la vida: si uno no muriese la vida no tendría sentido. Si nosotros por el momento estamos dialogando sobre la muerte, es simplemente porque esta conversación tiene sentido en función de la muerte. La muerte nos urge, nos urge realizar obras. Porque si nos dijeran que somos inmortales, para qué vamos a seguir hablando sobre el tema. No tendría sentido. Pero la paradoja es que es la muerte que da su sentido y su orientación a la vida misma.

¿Existe algún aspecto de la investigación que le llamó la atención?


Como en toda investigación, hemos tomado contacto con los autores que trataron el tema. Y entre ellos, se encuentra el libro extraordinario de Philippe Ariès, "El hombre y la muerte". En esta obra el autor apunta que la muerte hasta prácticamente el siglo XIX ha sido una muerte bastante domesticada, es decir, que no existía este temor que conocemos hoy. El cristianismo ha acentuado indudablemente en ciertos momentos, el temor a la muerte con la perspectiva del infierno, no cabe la menor duda. En este sentido, completando los análisis de Ariès, Jean Delumeau, en un libro también extraordinario, "Le péché et la peur" (el pecado y el miedo) subraya este aspecto trágico. De la muerte domesticada, hemos pasado en nuestro siglo a la muerte salvaje, como la llama Ariès, en el sentido que se huye de la muerte y que existen las instituciones que afilan al moribundo de su entorno familiar para darle todos los cuidados que necesitaría para prolongar su vida a expensas del afecto humano de su familia y de sus

amigos. No nacemos ni tampoco morimos en nuestra casa. Uno es retirado de su ambiente habitual, puesto en una clínica especializada, donde en terapia intensiva, el enfermo puede recibir a sus seres queridos, durante algunos minutos y sin que haya tiempo para que se concreten los gestos necesarios que aliviarían los sufrimientos. Cuando publicaron en el diario "La Capital" de Mar del Plata los resultados de nuestra investigación, me encontré casualmente con mi zapatero que había leído la entrevista y que me dijo: "Lo que he vivido, Ud. lo menciona en su artículo: mi mujer estuvo varios días en terapia intensiva, hasta que un día, sin ningún tipo de precaución un médico me dijo que había fallecido". Este ejemplo indica claramente que existe, muchas veces, una deshumanización de la muerte. El enfermo llegando a ser un objeto de ciencia y no una persona humana.


Quizás esto de que la gente vuelva a que el familiar pase sus últimos días en la su casa tiene que ver

con lo cruento de la atención médica. Elegir lo hogareño para darle al enfermo la posibilidad de una intimidad familiar. Uno llega a la vida solo y se muere solo. Me parece que esto de morir en la casa, con los cuidados de la familia es más humano, que estos mismos cuidados de una enfermera o de un médico sin el lazo afectivo.

Pienso que hoy existe una tendencia entre los médicos que aceptan esta nueva problemática. Pienso en el doctor Dopaso que en su libro "El buen morir" subraya que no hay ninguna imposibilidad de trasladar al domicilio del enfermo algunos elementos técnicos que alivien sus dolores, como sea por ejemplo un tubo de oxígeno. No hay que estar en terapia intensiva para sobrellevar algunos trances difíciles. El entorno familiar ayuda indudablemente al enfermo a vivir sus últimos momentos rodeado de una presencia afectiva y lo mismo podemos decir del entorno mismo, que puede ser ayudado a vivir mejor y a descubrir un



**PARACTIVA
ESTUDIAR**



CICLO ANUAL EN NEUROREHABILITACIÓN 2000
(Harry Bachmann)

JUNIO	10/11	HEMIPLEJICOS II	AGOSTO	19/20	HEMIPLEJICOS II
AGOSTO	12/13	PARAPLEJICOS I	SEPTIEMBRE	9/10	PARAPLEJICOS II

CICLO TERAPIA OCUPACIONAL

(T.O. María Inés Villanueva)

SEPTIEMBRE	2/3	FUNCION MANUAL I
OCTUBRE	28/29	INTEGRACION SENSORIOMOTORA Y HABILITACIÓN FUNCIONAL
NOVIEMBRE	4/5	FUNCION MANUAL II

CURSOS ESPECIALES

JUNIO 3	ENTRENAMIENTO EN SILLA DE RUEDAS (Carlos Breyau)
JUNIO 17	TRASTORNOS ALIMENTICIOS (Mabel Rugano)
JUNIO 23/24	EQUITACION TERAPÉUTICA (Sheila Campbell/Harry Bachmann) -fecha a confirmar-
JULIO 9/10	NEUROREHABILITACION PEDIATRICA (T.O. Maria Ines Villanueva, Harry Bachmann)
JULIO 17 al 21	CURSO DE INVIERNO (Paractiva)
AGOSTO 11	EMPIEZA GRUPOS DE ESTUDIO III (Harry Bachmann)
AGOSTO 26	TRASTORNO DEL LENGUAJE (Lic. Liliana Haller)
SEPTIEMBRE 16	ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS EN NEUROREHABILITACION
SEPTIEMBRE 30	ENTRENAMIENTO EN SILLA DE RUEDAS (Carlos Breyau)

INFORMES E INSCRIPCION: PARACTIVA-ESTUDIAR
THAMES 2110, 1E (1425) CAP. FED.TEL/FAX:011- 4776 2626 -e-mail: paractiva@house.com.ar

nuevo sentido a su existencia por la simple presencia de un enfermo pacificado. Pensaba antes que en particular los niños debían estar apartados de escenas de muerte, pero ahora pienso que es importante que estén también presentes en la muerte de un familiar. Evidentemente, habría que hacerlo con suma delicadeza y ternura, pero no es necesariamente malo y contraproducente la presencia con el hijo en la muerte, por ejemplo, de un abuelo, o abuela.

Los chicos toman esto con una naturaleza que los adultos han perdido, lo que significa que el hecho de preservarlos de situaciones de muerte tiene que ver más con los miedos de uno que con los de los chicos. Ellos juegan a que se mueren, nosotros los adultos dejamos de jugar.

Ellos están mucho más aptos para aceptar la muerte. Un niño muere mucho más fácilmente que un adulto que tiene acumulada una serie de traumas y de experiencias desagradables. Eso hace que el morir resulte más penoso pero no quita la posibilidad para él de transitar

por diversas etapas que terminan por la aceptación, como lo describe Kübler Ross. Además, el adulto se da cuenta de su propia muerte. El médico no puede engañarlo; el enfermo sabe que va a morir, quizás no lo diga, a causa de todo un entorno que contribuye a incrementar su angustia desarrollada por la misma familia. No estamos preparados para eso. Los velorios son tantas veces insostenibles. En realidad uno no llora sobre el que ha muerto, sino sobre uno mismo y el temor a morir.

Quizás el secreto esté en aprender a nombrar la muerte y a vivirla como los chicos, insertarla en los lugares académicos a través de situaciones de role-playing, de una vivencia seria.

Sería una posibilidad desde lo pedagógico y desde lo personal familiarizarse con la muerte. Pienso que el hecho de que toda acción nuestra está marcada por vida y muerte ayudaría a acostumbrarnos paulatinamente a esta especie de convivencia. Morir no es una cosa del otro mundo. Es una cosa de la vida. Desde lo popular, quienes han traído el

tema de la vida después de la muerte, tienen algo que ver con estas experiencias de muerte por minutos, por ejemplo lo que relata V. Sueiro, pero el trato no es el adecuado, porque a la gente le genera en algún punto más temor. Estos libros que pretenden decirnos algo sobre el más allá son en general elucubraciones que no van al grano. Nos dan un aspecto ilusorio, a partir de ciertas experiencias que están en la frontera entre vida y muerte, pero no hacen nada más que aumentar la confusión. El morir es demasiado serio y no nos permite extraviarnos en consideraciones que lindan lo superficial.

(Han colaborado en la investigación la Lic. Verónica Beresiarte, Lic. Adela Giménez y la Lic. Verónica Fernández, docentes de la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social)

Bibliografía recomendada

- Philippe ARIÈS, *El hombre y la muerte*, Madrid, Taurus, 1999.
 Elizabeth KÜBLER-ROSS, *Una luz que se apaga*, México, Editorial Paz, 1985.
 Elizabeth KÜBLER-ROSS, *Conferencias*, Barcelona, Ediciones Luciérnaga, 1996.
 Elizabeth KÜBLER-ROSS, *La muerte: un amanecer*, Barcelona, Luciérnaga, 1997.
 Elizabeth KÜBLER-ROSS, *Sobre la muerte y los moribundos*, Barcelona, Grijalbo, 1993.
 Elizabeth KÜBLER-ROSS, *Preguntas y respuestas a la muerte de un ser querido*, Buenos Aires, Planeta, 1998.
 Stephen LEVINE, *Sanar en la vida y en la muerte*, Madrid, Los libros del comienzo, 1995.
 Bert KEIZER, *Danzando con la muerte*, Memorias de un médico, Barcelona, Herder, 1996.
 María de HENNEZEL, *La muerte íntima*, Buenos Aires, Sudamericana, 1997.
 Arnaud DESJARDINS, *Para morir sin miedo*, Málaga, Editorial Sirio, 1992.
 Hugo DOPASO, *El buen morir*, Buenos Aires, Era naciente, 1994.
 Sergio CECHETTO, *Curar o cuidar. Bioética en el confín de la vida humana*, Buenos Aires, Ad-Hoc, 1999.



“La vida te da sorpresas, sorpresas te da la vida”*

por T.O. Ana Peiretti**

La derivación

Entré al office de una sala de clínica médica preguntando si había derivaciones para T.O. Un médico clínico me pregunta acerca de mi trabajo, y luego dice: “Querés atender pacientes?... Mirá hay uno que está internado hace un par de meses y tiene para largo, está bastante mal... Fijate qué podés hacer... Ah! ... ¡cuidate! usá borbijo porque está vacilifero, y si se nos muere un médico de tuberculosis no pasa nada, hay muchos... pero terapistas hay pocas!!”

La historia clínica

Paciente de 54 años, HIV +, TBC pulmonar, y ganglionar; muy mal estado general (compromiso en páncreas, riñón); caquéctico, asténico, presenta atrofia muscular generalizada. Recibe tratamiento kinésico para asistir su función respiratoria. Pronóstico reservado.

(Pienso que R es un paciente terminal)

R. Gociol



*Un abordaje posible de Terapia Ocupacional en una sala de clínica médica. Ateneo de la rotación por el Hospital General de Agudos P. Piñero. Supervisora del caso T.O. A. Echazarreta.

**Terapeuta Ocupacional, residente de segundo año de las Residencias de T.O. del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

El encuentro

El 26 de febrero. Busco guantes y barbijo. Me presento a R. Le explico el motivo de la derivación en estos términos: vengo a ofrecerle un espacio para hacer algo que le guste y lo ayude a recuperarse, ya que su internación será prolongada. R no entiende bien para qué estoy allí, pero escucha atento. Está acostado en medio de un revoltijo de sábanas, despeinado, lleno de migas de comida en su cara y en la cama, con una camisa por pijama; expectora casi constantemente y escupe en un tarro que cuelga al lado de su cama; se agita cuando habla, lo que lo obliga a repetidas pausas en una conversación.

Dice que no puede hacer nada en este momento porque no tiene fuerzas (pienso que realmente no puede hacer nada), y que él ya había hecho muchas cosas en su vida. A partir de esta frase se empieza a establecer un vínculo y comenzamos a transitar por su historia ocupacional.

La historia ocupacional de R

Tomamos una semana de encuentros diarios para que R relate a qué se había dedicado. Durante esa semana voy interviniendo sobre el ambiente, mejorando la calidad de su pequeño hábitat, en la medida en que R encuentra significativas mis sugerencias: arreglamos la cama, la mesa de luz, la mesa en la que come, la caja con sus pertenencias, su cuerpo dentro de la cama. Comenzó a trabajar a los 6 años, vendiendo pasteles que hacían su mamá y su hermana mayor. En la adolescencia, su padre y su tío le enseñaron el oficio de componer calzados; luego otro tío le enseñó el oficio de chapista automotor, porque vio en él interés y habilidad. Recuerda a su padre trabajando y hablándole a él y a sus hermanos de los valores que debían respetar, de las cualidades importantes en el hombre. Recuerda también cómo apoyaban y valoraban sus habilidades, y cómo sus tíos le iban ofrecien-

do desafíos cada vez mayores que lograba resolver. De adulto instaló su propio taller mecánico, tomó un aprendizaje que conoció de casualidad y lo alojó en el taller. De allí nació una profunda amistad y un período de trabajo de mucha satisfacción (afectiva y económica). A los treinta y pico,

Pintura de Muros
 para decoración de casas, comercios e instituciones
 4582-9315 / 4902-3395

como dice R, cerró el taller porque estaba realmente cansado y no podía trabajar.

En relación a su familia, habla de sus dos hijas, y de la familia que cada una de ellas formó; de los nietos, de las actividades que comparte con ellos, a raíz de vivir con cada hija por un período alternativamente.

Está separado de su esposa, conserva el vínculo, pero nunca la mencionó a excepción de mi pregunta en una oportunidad.

La propuesta

Le ofrezco realizar una actividad: escribir acerca de su trabajo, porque a mí me llama la atención como cambia su expresión cuando habla de esto. Es notable como eleva el tono de voz, gesticula con un brazo, sonríe, me dirige la mirada y la sostiene. Le planteo la actividad con la siguiente dirección: "Se imagina cuando le toque trabajar a sus nietos... ¡Qué diferente va a ser!" Acepta con ganas, pero quiere poder hacer la actividad porque sino se sentiría peor- pide sentir cierto grado de competencia; "...me gusta... así dejarla constancia de las cosas que hice".

La actividad

El 2 de marzo comenzamos, organizo el ambiente para facilitar la escritura, prueba y no puede escribir, prueba otra vez, lee lo que escribió y se sorprende porque repitió una palabra sin darse cuenta. Pienso en evaluar funciones cognitivas, pero R pide otra cosa: habla de cómo preguntar al médico y a qué médico sobre su situación, porque las cosas no están bien.

Se angustia porque aparece una limitación en una actividad simple, reflejo de su mal estado. La actividad funcionó como una pared: que le marca hasta dónde, pero en la cual él puede apoyarse. Luego dice: "mejor escribí vos, porque a mí me cansa mucho". Pero ciertamente es él quien escribe: cuando llego a su habitación se acomoda en la cama, pide que le suba el respaldo, se pone los anteojos, me dicta y pide que relea determinados párrafos, pide mi opinión sobre la redacción, firma el relato de cada día, pide fotocopias ara su familia.

(Ya no recibe tratamiento kinésico para facilitar la respiración).

¡Sorpresa!

Luego de un fin de semana donde R tenía el producto de su trabajo en sus manos, está feliz porque su familia le sacó de las manos sus escritos llenándolo de elogios y reconociendo su desempeño laboral y su capacidad para cultivar una amistad. Sus relatos parten desde que conoce a J a quien toma por aprendiz y dice de él "es mi hermano menor, nos adoptamos mutuamente, se ve que nos necesitábamos"; se jacta de haberle enseñado todo desde el oficio, hasta tratar con la gente.

En esos días J llega a Buenos Aires desde Misiones donde vive, para visitarlo y con el reencuentro, surgen nuevos proyectos en los cuales R sigue recreando su rol más importante desde la cama, dándole indicaciones y asesoramiento (J quiere abrir un taller propio en su provincia).

En la historia clínica se informa: regular estado clínico, ha recuperado el apetito.

El 24 de marzo llego a trabajar con R y lo encuentro cambiado con ropa de calle, cuenta que se levantó y caminó con la ayuda de un andador. La médica a cargo me comenta su sorpresa en el pasillo por ver como está R.

Sus hijas al notar lo mejor deciden visitarlo con los nietos a quienes hacía tres meses que no veía. El reencuentro lo emociona, le da mucha felicidad y tranquilidad, ya no siente ansiedad esperando las visitas.

Empieza a hablar del alta, fantasea sobre qué hará cuando esté fuera del hospital, se muestra consciente de las limitaciones actuales y del tiempo que le falta para que estos planes puedan concretarse; es una forma de ocupar su tiempo de internación de un modo gratificante, lo comparte con sus hijas y con J, todos aportan al proyecto de alta, lo acompañan.

El 6 de abril hay un cambio importante de la medicación para la TBC, la cual puede traer como efectos secundarios un cuadro psiquiátrico, que no se presentó.

Los relatos de R llegaron a su fin; trabajamos el destino que le dará a estos: selecciona algunos familiares, prepara un ejemplar con dedicatoria especial para cada uno. Sigue en contacto con J a través de una de sus hijas. Un cuñado viene al hospital para hacerle una consulta acerca del arreglo de su auto. Un sobrino que lo visita le pide una recomendación para obtener un trabajo y lo logra. R sigue teniendo cierto sentido de control, de eficacia, aún en el reducido medio en el que se encuentra.

La historia clínica informa: buen estado general, apetito y sueño conservados, deambula; notable mejoría subjetiva.

El 20 de abril me espera para trabajar, propone el modo de continuar, se ha organizado una pequeña rutina diaria; y espontáneamente reflexiona acerca del proceso que en este tiempo realizó: "yo valoro mucho esto porque me ayudó un montón, parece pavo pero es como que vos me tendiste una soga para que salga del pozo, pero a su vez me hiciste hacerlo a mi sólo, darme cuenta que tengo recursos para levantarme. Yo cambié mucho, ahora veo las cosas de otra forma".

"Andá a ver qué podés hacer"

Probablemente R siga siendo un paciente terminal.

R sujeto cambió y Ana T.O. cambió, porque apostamos a lo que tiene que ver con su vida, sus roles, valores e intereses, con un

2das

Jornadas Internacionales de Intercambio Profesional **CUBA 2000**

Destinado a: TERAPISTAS OCUPACIONALES

Fecha de realización: 12 al 19 de noviembre de 2000

Visitas coordinadas con especialistas y recorrido por los servicios de cada uno de los principales Centros de Salud:

AUSPICIAN ESTE EVENTO: E.D.L. - ARGENTINA "DEPARTAMENTO DE EXTENSION CURRICULAR"
CENTRO NACIONAL DE PERFECCIONAMIENTO TECNICO Y PROFESIONAL DE LA SALUD "DR. FERMIN VALDES DOMINGUEZ"
MINISTERIO DE SALUD PUBLICA DE CUBA

Informes e Inscripción:

ESMERALDA 719 - PISO 9º (1007) BUENOS AIRES - ARGENTINA

TEL.: (54-11) 4394-9905 / 4322-2761 • FAX: (54-11) 4322-2586 • E-MAIL: sabor@tournet.com.ar

trabajo casi cotidiano (45 minutos por sesión), una médica comprometida y una familia sosteniendo, R pudo elegir vivir mejor.

El tratamiento de Terapia Ocupacional

Los efectos del tratamiento no fueron medidos metódicamente ni estandarizados pero son claramente observables. El tratamiento tiene un sustento teórico propio y se basó en el vínculo terapéutico establecido con R, vínculo de presencia. Y en el derecho - necesidad de toda persona a hallar satisfacción en las actividades que cotidianamente realiza.

El problema de R (y de cualquier internado) era la disrupción del rol habitual y significativo, el corte abrupto de los hábitos y la pérdida (momentánea o permanente) de habilidades; por lo cual adaptarse al nuevo rol de "paciente" fue un proceso. R estaba enojado y desesperanzado: no tomaba la medicación, se peleaba con el personal, se quejaba de la atención que recibía, clínicamente no mejoraba.

1º Intervine sobre los más básico de la estructura del ambiente: los objetos

2º R pudo retomar una esfera un poco más amplia del ambiente: tareas, las cotidianas para satisfacer sus necesidades y sentirse competente (salir a la calle).

3º En la esfera social pudo recuperar activamente y de un nuevo modo su rol de padre, abuelo, tío, amigo.

4º En el área cultural aparecieron sus valores, estos quedaron plasmados en sus escritos y circularon entre sus seres queridos, y lo van a trascender.

El proceso de adaptarse al nuevo rol

R vivía la confrontación de sus propias expectativas (internas) con las expectativas de los médicos, enfermeros, y los otros en general (externas); desarrollaba activamente su rol de abuelo, basado en una estructura de hábitos en la cual interactuaba con sus nietos e hijas coridianamente, tenía responsabilidad de realizar actividades para lo cual ponía en marcha destrezas propias, se sentía eficaz, esto le daba sentido a su vida en el período anterior a la internación; en el pasado ocurría lo mismo con su rol de trabajador. El cambio de rol cuando dejó de trabajar fue por una elección propia. Con la internación se le impone convertirse en paciente, teniendo que entregarse al saber de otro que actúa sobre su cuerpo viéndose limitado físicamente y con fantasías respecto a su cuadro (el cual conocía perfectamente).

Terapia ocupacional toma un lugar de transacción entre los dos grupos de expectativas, ofreciendo un espacio íntimo, donde R puede expresar las tensiones de la transacción y buscar alternati-

vas de resolución. Las alternativas para reubicarse en el nuevo rol fueron rescatadas y ofrecidas por la terapeuta como así el sostén, cuando no las había.

Esto produjo un efecto de alivio, que se refleja en el informe médico de la historia clínica como mejoría subjetiva. Probablemente este cambio haga más permeable el tratamiento médico específico.

Una vez que internamente pudo ir elaborando las experiencias internas y externas mencionadas, fue aceptado las limitaciones reales y las habilidades y destrezas que conserva; revirtió la sensación de control externo por la de control interno, asumiendo cierta responsabilidad en su rutina diaria, incluido el tratamiento: comenzó a realizar actividades cotidianas espontáneamente en forma independiente, se manifestaba tranquilo y feliz con el grado de competencia alcanzado.

Terapia ocupacional proveyó oportunidad para el cambio de rol a partir del involucramiento en actividades significativas; con un apoyo sustancial de la terapeuta en forma de presencia diaria para abrir el espacio; interviniendo sobre el ambiente para apoyar la misma búsqueda; y utilizando el feedback continuo en relación a las posibilidades y limitaciones como instrumento de validación del proceso de cambio.

Pienso este abordaje como una forma de rehabilitación, ya que se "rehabilita" la capacidad de la persona de lograr hacer las actividades significativas para ella. Un abordaje que apunta al sujeto que padece, dónde el objetivo no es el logro de la independencia en sí misma, sino el logro de una elección significativa. El logro de la independencia personal es una opción más. R pudo ubicarse en el nuevo rol y encontrar un modo de vivirlo más satisfactorio y confortable, con significado. Esto no es un privilegio o una prestación de lujo, es un derecho de todos los pacientes.

Bibliografía

- De las Heras, Carmen G. *"Rehabilitación y vida. Modelo de la ocupación humana"*. Editado por Reencuentros, Centro de Rehabilitación Psicosocial. Chile. 1994
- Destuet, Silvia. *"Encuentros y Marcas"*. COLTOA. 1999
- Astudillo, W; Mendiñeta, C y otros. *"Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia"*. España



por Materia Prima

La pareja más famosa de occidente

Introducción

"... Ahora quiero referirme a la introducción de la realidad externa en el bebé humano y no quiero que me entiendan mal si digo que sé lo que pasa entre una madre y su recién nacido. Un bebé viene al mundo y sin duda suceden muchas cosas de las que no estamos hablando, pero en cierto momento comienza a interesarse en algo externo; hay un vuelco de la personalidad hacia algo de lo exterior. Empieza a tener hambre. Está dispuesto a aceptar algo que viene de afuera de él y no tiene idea de lo que va a hacer, pero tiende una línea hacia algo, la madre. Entonces está la madre con su pecho, y tiene algo que ofrecerle y parece tan difícil, si uno no lo pensó..."

"...La madre organiza de diversas maneras su trato y contacto con el bebé, pero el asunto sigue adelante, y en el caso corriente, la madre se ha situado muchas veces en la dirección apropiada para el bebé y éste, poco a poco, ha llegado a tener, a partir de la experiencia real, material para alucinar, y se las ingenia para ver el pezón efectivo y experimentar los detalles del pecho, su olor y todo eso, y gradualmente, a través de un largo y penoso proceso, es capaz de imaginar en que va a convertirse realmente. Esto es algo que se hace y cuando se hace con éxito, le da al bebé la base de su salud mental, y es muy difícil que la pierda. Pero nunca el éxito es completo..." (De *Acerca de los niños*, D. Winnicott)

Para Winnicott la realidad eran los hechos, escribía con lenguaje simple y su objetivo era relatar. Este dossier relata la función de la T.O. en el trabajo con bebés, comienza nombrándolo como Estimulación Temprana.

Recurrimos a Celina Tamarit*, que escribe tan simple y profundo como Winnicott. Nos ofreció dos trabajos "viejos" a su decir, que encadenó y elaboró en una entrevista donde cuenta el proceso de la Estimulación Temprana a la T.O. para bebés. El lector se encargará de la reflexión para dilucidar si son diferentes momentos históricos o si se trata de un salto epistemológico.

En nuestra sociedad, la maternidad sólo tiene connotación positiva para la mujer (con no ía). Es el fin, es el destino manifiesto de las mujeres... No podés no estar contenta cuando te enterás que estás embarazada. Se supone que si se confirma un embarazo tenés que ser feliz, no hay lugar para que una mujer se queje. De lo que nunca se habla es de la desestructuración que sufre la madre en el momento del nacimiento. Cambia, se rompe un proceso para iniciar otro: en vez de simple es doble, en vez de la santísima trinidad es la santísima dualidad. Hay dos

personas en una, un bebé que crece y una madre que lo mantiene y ésto... a muchas las desorganiza.

¿Y quién ejerce la función materna?
Como dice Winnicott el bebé no existe, es una entidad médica. En la realidad existe un bebé con su madre, un bebé sin su madre no puede existir, tiene que haber alguien que se haga cargo del cuerpito y de la psiquis de este bebé para que viva. La función materna la asume la persona que ejerce el maternaje (una abuela, una mucama, una madrina, alguien).

Función materna existe siempre en tanto haya un cachorro humano de por medio... Sino no hay vida.

¿En tu experiencia clínica alguna vez tuviste un caso donde se evidenciara esta imposibilidad?

No. Me tocó la ambivalencia, no el "no lo quiero" absolutamente. Muchas que traen conflictos de este tipo son las mamás de los prematuros, porque se prepararon con sentimientos dobles: es decir "a lo mejor este chico se muere o a lo mejor vive", con un mensaje atávico de "mejor no encariñarse

* Terapeuta Ocupacional, recibida en la ENTO en 1964. Desde entonces trabaja con bebés y mamás. Es diseñadora del programa "Hola Bebé!" de Terapia Ocupacional para bebés y del curso "Ser bebé en Buenos Aires". Coordinadora docente de teoría y técnica de T.O. II, en la Carrera de T.O. UBA. T.O. a cargo de Grupos de T.O. en el Centro Periférico, Martínez. T.O. a cargo de Prácticas Clínicas de estudiantes de T.O. en Guarderías Comunitarias, Bs As.

demasiado porque si se muere voy a sufrir mucho". Lo que hacemos es poner en primer lugar el sufrimiento del bebé. "... vos sos grande, tenés trece, quince, treinta y cinco años, y el bebé tiene siete meses de gestación 1,5 kilos de peso, es chiquitito y sufre mucho más que vos, está lleno de tubos, con los ojitos tapados, una gorrita, no se lo puede tocar, le sacan sangre todos los días...". Todo lo que implica la neonatología, que es la única manera conocida hasta ahora para que viva.

¿No existen otras formas?

En Venezuela hubo una experiencia: como consecuencia de una fumigación de los cafetales se produjeron muchos nacimientos prematuros y se acabaron las incubadoras. La recomendación fue que las madres tuvieran a los chicos envueltos contra ellas. Lo que observaron fue que la temperatura de las madres actuaba en consonancia con las necesidades de los bebés: el chico tenía frío y a la madre le subía la temperatura corporal, al chico le empezaba a subir la temperatura la madre bajaba la temperatura corporal; si el chico tenía latidos cardiacos irregulares acomodaba su ritmo cardiaco al de la madre. La madre hacía de incubadora natural.

¿Se han producido muchos cambios en relación al momento del parto?

Lo pediatras norteamericanos Klaus y Kennel revolucionaron la neonatología con la cuestión de poner al bebé sobre la madre, recién nacido, dándole valor al "período sensible", de ambos. También aprendieron de una experiencia que vivieron en Guatemala donde descubrieron al personaje que acompañaba a la madre durante el proceso del parto. Vieron que era muy bueno para la madre tener su propia madre o una especie de madre sustituta y lo pusieron en práctica. Llamaron con un nombre griego, Doula, a esta señora grande, entrenada para acompañar a las parturientas y hacer de mamá. (En ese momento se estaba peleando, en EE.UU. por la presencia del padre en el parto).

Se olvidaron del factor cultural, ya que para algunas mujeres sería mejor la presencia de la Doula y para otras la del esposo. En la década del '60 desde Buenos Aires mandaron señoras a formarse a EE.UU., pero en la Maternidad Sardá no necesitaban a las Doulas formadas allá, estaban aquí.

Eso fue por negar nuestra parte india porque las comadronas, las parteras, existían. Recién cuando lo dijeron en EE.UU. se nos ocurrió pensar en la soledad de la parturienta que da a luz lo que ha venido criando adentro de ella. Se resolvió acompañar a la mamá, no yendo a las villas más próximas a compartir la experiencia sino en el hospital haciendo lo que habían visto los norteamericanos de las indias guatemaltecas."

Desde la época de la estimulación temprana de los '90 a la Terapia Ocupacional para bebés del 2000 ¿en qué cambiaste vos?

Usaba el término Estimulación Temprana porque era como se conocía en ese momento. Hoy lo llamo Terapia Ocupacional para bebés.

Hasta el '89 tuve consultorio con atención y visitas domiciliarias. En el '90 tenía chiquitos en atención domiciliaria y la diferencia con los chicos de consultorio era bastante grande, no sólo en los logros de los bebés sino en las familias. Estaban contenidas, había más participación, se organizaban redes barriales para comprometer a las personas con las que el bebé se cruzaba. La progresión "Mi cuerpo, mi casa, mi barrio" implica: primero conocer su cuerpo y el de la mamá, porque vienen en el mismo paquete (bebé - mamá), después un proceso de separación - individuación bebé y mamá, luego reconocer el espacio de la casa. Allí empiezan señalamientos tales como quién vive allí, la leche está en la heladera, el pajarito en el balcón. Y por último, al estar asumido este espacio como parte de la confianza básica, arriesgarse a salir al barrio.

¿Qué es la pacificación?

En cierto tipo de bebés es previa a la estimulación. Estimular es, de alguna manera, aguijonear en el sentido literal de la palabra, provocar una respuesta. Muchos han recibido una estimulación que está por encima de su capacidad de elaboración y llegan en un estado de sobre estimulación (pinchazos, ruido de incubadora, etc.) "no me mires, no me toques, porque no tengo lugar para nada más, tengo que evacuar, vomitar la estimulación extra".

Pacificar es calmar, proporcionar momentos de paz, bajar el nivel de estímulos, detectar qué es lo que más les molesta (casi siempre es el contacto porque ha tenido contacto para sacarle sangre, canalizarlo). Si bien eso fue necesario para que viviera no es ahora tiempo de poner globos, cascabelitos, espumas. Primero bajar los niveles de estimulación y observar.

¿Qué pasa con esta mamá?

Era inoperante, sólo podía acompañarlo tocándolo un poquito, hablándole y pensando en él. El bebé sobrevive y se lo entregan a una señora asustadísima (hasta ese momento el bebé fue del personal médico y de enfermería) "es todo suyo"... Hay que empezar a armar una relación amorosa con su mamá porque ¿qué aprendió a hacer con este bebé rarísimo que le tocó? Repite lo que vio hacer en enfermería, es una mamá eficiente. Por ejemplo, cuando el bebé pasa de terapia intensiva a intermedia, nunca le permiten arrugar las sábanas como repollos cerca de su cabeza, arañando para agarrarse de eso (reptan hasta que la cabeza toca con el borde de la cuna, se fabrican un útero). La guardia de enfermería entrega las cunas con las sábanas extendidas que no es como le gusta al bebé que, si le das oportunidad a los cinco minutos ha hecho un bollo.

¿Cómo surge la propuesta de sistematizar el programa ¡Hola Bebé!?

A partir de la confianza que me dio ver que en otros lados, como Suecia, se trabaja en la casa de los bebés. No solamente verlo sino acceder a bibliografía. El trabajo

estaba relacionado con ese momento "arquitectónico" de disminuir la cantidad de los grandes hospitales para hacer pequeños centros para la atención primaria. En esos centros chiquitos, la mayoría del personal está en la casa de los chicos para evitar la concentración y, según como están organizados, se bajan los costos. No es cierto que no se pueda atender la misma cantidad de chicos que en consultorio. En consultorio nunca trabajé módulos de quince o veinte minutos, siempre fue una hora más las visitas domiciliarias. En domicilio estamos dos horas. Desde el año pasado volví a atender a bebés fuera de su domicilio en Centros Periféricos por un proyecto en la UBA

¿Qué hacés en la Universidad?

El primer año dicté T.O. II, grupos etarios en situación de riesgo. Me enganché con el tema de tratamiento grupal y comunidad. Mi referencia a la comunidad era un triángulo invertido, una familia con un miembro de ella con una carencia, de allí al barrio, de alguna manera era orientación comunitaria pero no me lo había planteado en estos términos. Al año siguiente quise poner en práctica con los estudiantes lo que había estado diciendo desde la teoría. Persistente y molesta, conseguí el aval de la Facultad para buscar un lugar relacionado con la comunidad donde estuvieran los estudiantes. Conocí el Centro Periférico de Martínez y llevé un año establecer contacto, hablar con la gente, convencerlos de esta propuesta de trabajo; conseguimos un espacio en la Facultad y ellos tenían que aceptar esta cosa tan rara de pertenecer al Centro Periférico pero estar a una cuadra y media en otro lugar. El año pasado había sólo dos grupos: primero y segundo, cuarto y quinto grado. Este año está la propuesta de ampliar a más chiquitos y más grandes.

Les gustó...

Les gustó. Al Centro Periférico lo busqué yo pero otro proyecto, en guardería, se dio por

el llamado de una estudiante y una inquietud de opinar acerca de la estimulación en guarderías comunitarias. Me comuniqué con Silvia Estol, Asistente Social. Nos encantaron recíprocamente las propuestas, y desde el año pasado estamos trabajando en La Tortuga Tomasa y este año en dos guarderías más.

Te imaginas a Winnicott hablando de un pibe desnutrido del bajo Flores

Es muy difícil saber que diría, no se si conoció chicos desnutridos. Es como si yo hablara de los chicos de la guerra a quienes no conocí. Seguramente leyó pero a lo mejor sabiamente no se metió en cosas que no podía abarcar. En su época quizás no había tanta inmigración tercermundista en Londres, seguramente que ellos tenían sus chicos desnutridos de la India, no solamente por falta de alimento sino también por la diferencia cultural de la alimentación. Aquí le das carne a los chicos con el primer diente y hay lugares donde los chicos no comen carne. La desnutrición produce retardo, y también la falta de comida

¿Qué hace un T.O. en estos casos?

Primero tener un buen psicoanalista (risas) que contenga las ansiedades e instintos revolucionarios y nos ayude a mantener el encuadre... En el caso puntual habla algo recurriendo a lo de alrededor: la parroquia, el club, la patrona, el padre Farinello, Acción Social, los centros de jubilados. En la medida en que sigan apareciendo nuevas personas con antiguas carencias hay que empujarlos y acompañarlos hacia estos lugares de distribución benéfica, para que vivan ¿no?.

Eso es con los pobres nuevos, las madres de Centro Periférico tuvieron padres que estaban en una condición social mejor. En el caso de los pobres que tienen madres "border", o casi retrasadas y que además se consideran sin derechos, mamás que no pelean, que no tienen conciencia cívica, que no se sienten ciudadanos, y asumen con "así es la vida, a alguien tiene que tocarle, nos tocó a nosotros".

Es una desnutrición de creencias y también cultural. Es la desnutrición de la gente que viene de nuestro norte, la gente de la cultura del maíz (como en Centroamérica está la cultura del frijol, o en Indonesia la cultura del arroz). Hay que modificar los hábitos, tronco de la Terapia Ocupacional con Orientación Comunitaria, meterse en los planes de atención primaria para hacer promoción de la salud cambiando hábitos ocupacionales.

Trabajás desde la década del '60, algunos de tus pacientes deben tener ya treinta y pico de años... ¿los conocés?

Me recibí en el '64 y creo que laburé con bebés desde toda la vida. De algunos me sigo enterando de sus vidas. Armamos un cuaderno biográfico en el programa.

¿Quién escribe?

Se divide en dos partes: una con la prescripción médica, planes de tratamiento, informes, resultados, estudios; en la mitad posterior, mamá y papá cuentan lo que pasa cuando yo no veo. Hay hermanitos que escriben, dibujan, también la persona que ayuda en la casa. Eso queda en la familia (yo tengo fotocopias) y muchos chicos lo leen o se lo cuentan sus mamás, sobre todo cuando empiezan con las preguntas de porqué soy como soy. Trabajar en una familia es entrar y despedirme. Algo muy rico, interesante, movilizante y todos los "ante" que puedas imaginarte...

Vamos a "dar a luz" algunos de tus trabajos

Son trabajos viejos. Como envejece me puse más rígida en las convicciones y más blanda en el trato...cada vez defiendo más a las mamás..

¿Qué consejos de "Vieja" les darías a los jóvenes?

Mejorar la escucha, escuchando sin el encuadre... Lo que el otro te dice de sujeto a sujeto, no de sujeto a profesional.

Hacia una re - construcción de la identidad *

por *Celina Tamarit*

Nuestro trabajo se basa en experiencias compartidas con mamás que viven en Buenos Aires, herederas en tercera o cuarta generación de familias inmigrantes que pudieron ascender - con colaboración del trabajo intra y extra doméstico de sus mujeres- a la clase media. Son mujeres profesionales o con estudios secundarios. Pertenecen a la década del '60 y comparten su inserción en un sistema familiar y social patriarcal que tiene como marco el subdesarrollo económico - social.

La Persona - Mamá en el Programa de Estimulación "¡Hola Bebé!"

Siendo estas mamás relativamente independientes, con criterio propio sobre varias cosas, con un bagaje de intereses y proyectos, al acceder a la maternidad se identifican masivamente con sus bebés, afloran sus aspectos más infantiles, se vuelven vulnerables y transmiten la sensación de no bastarse a sí mismas. El bebé registra esta situación (recordemos que ambos están transitando por la etapa simbiótica) y la traduce en la conducta. Mamá y bebé van a la consulta médica y la queja es más o menos la misma: "No sé que pasa. No entiendo a este bebé". Casi siempre hay problemas con los ritmos: sueño, alimentación o eliminación, que delatan inseguridad en el manejo. Nueve meses no son tantos si se trata de prepararse para el papel más significativo, según nuestra sociedad, de la mujer. "Ahora vas a saber lo que es ser madre", anticipan en voz baja los mayores de la familia. Pero aunque el mensaje suena a sacrificio y postergación, se la felicita. Por lo general la mamá no registra cuando hablan de "lo otro", como si la magia de la maternidad hubiera hecho

olvidar el cansancio hasta el agotamiento, la sensación de haber sido dejada de lado, los celos, la impaciencia, el haber perdido naturalmente su cuerpo anterior...

Una parte de la mamá se identifica con el bebito, otra con la propia madre promovida a abuela, otra con la niñita que lleva dentro suyo. Entonces el reclamo es: "¿A quién le importa lo que me pasa a mí?, ¿Quién: soy yo?, ¿Por qué me siento re-mal?".

El Programa ¡Hola Bebé!

Compartir la crianza de un bebé desde el lugar de estimulador, que en el caso del programa es SIEMPRE detrás de la mamá, con la confianza asegurada por la rutina de la presencia, ayuda a que no se arme un "dispositivo vincular de encierro" entre la mamá y su bebé.

Cuando el hijo es un bebé con necesidades especiales, la mamá puede fracasar en la construcción de un "self" maternal. No puede identificarse con su bebé porque es muy diferente del hijo deseado pero siente que perdió el carácter de "hija" y no adquirió el de "madre". Queda con su identidad en suspenso. Cuando el tratamiento de Estimulación es prescripto, con datos claros en lo que se refiere al diagnóstico, estado actual, objetivos y pronóstico, se concerta una cita en la casa del bebé. El tratamiento en "¡Hola bebé!" es en el hogar.

Desde la primera entrevista dedicamos un tiempo a mirar y escuchar a la mamá, ahora sí, frente a ella. ¿Quién es esa mujer a quien acaban de decir que su hijo es diferente?, ¿Cuáles son sus necesidades AHORA y sus viejas carencias?. Lo primero sería entablar una relación de tipo asimétrica con la mamá. Haremos la inversión mayor: en tiempo, en comprensión, en paciencia, en talento. No es bueno comenzar pidiendo un aporte al vínculo sin saber con quién contamos. Estamos a la espera de la apertura que permita incorporarnos lentamente al

particular entorno de esta familia. Comenzamos por mirar juntos al bebé, dormido o despierto. El solo hecho de mirar sugiere que hay algo que merece ser mirado. De la misma manera que el escuchar a la mamá, la valoriza ante sus ojos.

Aunque sepamos del "holding", del estilo de sostener a un bebé, ignoramos qué cualidades adjunta esta especial mamá. Sobre todo ignoramos si es capaz, en este momento, de sostenerse ella misma. Estamos allí, apoyando a esta mamá con la mirada y la voz, construyendo un abrazo que moldea el suyo. Alentamos a estas mamás a "sentir" primero en su cuerpo las sensaciones y los movimientos que le proponemos para su bebé. Limitamos un espacio para el diálogo corporal y verbal. Confortamos a esta mujer que no confía en su imaginación y su sabiduría para cuidar y atender a su bebé. Que no arriesga hipótesis acerca de lo que es bueno para él.

"Cuidar" viene del latín "cogitare" = pensar en . "Atender" viene de "ad-tender" = tender hacia. Nosotros cuidamos y atendemos a esta mamá. Año 1974: un médico argentino escribe: "El amor se inicia con la madre presente, cariñosa, reparadora, tierna, atenta, vigilante, cuidadora y nutricia" ¿No suena a demasiado? Junto a estas afirmaciones, ¿qué humildes y balsámicas parecen las palabras que hablan de la madre "suficientemente buena", de Winnicott. Si se organiza un plan de tratamiento basado en una mamá capaz de tener todo y de saber darlo y nos encontramos con una niña carenciada, nuestra función será antes reparadora que demandante. Si a esta situación le sumamos que la abuela materna se perfila como desvalorizada, llegamos a la queja escuchada tantas veces desde la Madre- Abuela refiriéndose a su hija: "Ella llora y yo me desespero y no sé que hacer". El bebé queda expuesto

* Trabajo presentado en las "Primeras Jornadas sobre Funciones Maternantes", organizadas por la WAIPAD, Asociación Mundial de Psiquiatría de la Primera Infancia y Profesiones Afines, el 30 de Noviembre de 1990, en Buenos Aires

a la doble angustia materna.

Desde lo cotidiano, las necesidades de las mamás son muy puntuales: "Quiero dormir. Por favor, que alguien se lo lleve porque quiero dormir", pide una joven traductora pública a quien su "naturalidad" no la despierta cada tres horas.

"Cuando anoche se despertó por cuarta vez y ME escupió el chupete, empujé el moisés con tanto odio que chocó con la pared de enfrente...", cuenta avergonzada una experta mamá de tres hijos.

"¿Esto no lo tiene que saber nadie!, el sábado faltó la babysitter y era el último día de actuación de Les Luthiers. Llevamos a la beba y se la dejamos al boletero. Durmió todo el tiempo. ¿Estuve mal, no?"; pregunta casi sin arrepentimiento una mamá de dieciocho años.

A veces las mamás se asustan de sus deseos ("Lo hubiera matado...", "cómo lo odié en ese momento...", "era tan feliz antes de esto!") porque quizá no han tomado conciencia de que un deseo no es lo mismo que su ejecución. Si al deseo se lo pone fuera, se lo ex-pone, organizado en palabras, puede perder su carácter delictivo.

La mirada de una mujer adulta anima a un despliegue más rico de gestos y ademanes dirigidos a su bebé. La mamá se actúa a sí misma, en un buen papel, frente a quien la estimula y la aprueba. El espacio y el tiempo compartidos también dan lugar a la elaboración de estrategias para comprometer al papá, no sólo con respecto al bebé sino como "contacto" con el mundo exterior. Trae el "afuera" a la pareja.

Por otra parte, la presencia de la abuela y su lugar en esta red de vínculos permite ver como es la relación entre estas antiguas parientas, cómo se juegan las identificaciones, cuanto hay de hija dependiente en esta mamá que pretendemos, modestamente, suficientemente buena. No olvidemos que la autoestima está en íntima analogía con el conflicto madre - hija.

El proceso de separación - individuación

Este proceso parece afectar a la mamá tanto como al bebé. Aún cuando se trata de bebés con necesidades especiales, las mamás inician su proceso de separación en el mismo tiempo esperado, a lo que son asistidas desde "¡Hola Bebé!".

La mamá necesita re-construir su identidad a partir de su rol materno cuidadosamente integrado en relación a su peculiar bebé. Ambos necesitan lentamente desvincularse.

Si la mamá, por falta de funcionamiento autónomo, adhiere al bebé a sí misma, lo desmoraliza en sus intentos de vida independiente.

Es muy importante en este camino hacia la identidad:

- 1) la presencia de una suerte de "abuelaje terapéutico" en el que el ideal del Yo de la abuela materna - abuela que aparece como diferente de la Madre Arcaica de la mamá- se pone al servicio del nuevo proyecto familiar y
- 2) la solicitud y asistencia del papá; su paulatino retorno al lugar de pareja y la asunción de la condición paterna desde el momento en que es mostrado, señalado y nombrado por la mamá.

Es interesante ir escuchando cómo se modifica el lenguaje de la mamá mientras se van separando y el bebé incorpora la lengua materna. Se pasa del plural compartido simbióticamente: "vamos a comer...; queremos dormir...", a la individualización del pronombre. La mamá engloba la acción e incluye la respuesta, hasta que con los primeros "yo no quiero" del ya no bebé, se enfatiza la síntesis yoica.

La prescripción de Estimulación puede ser dirigida también a sostener la función materna cuando hay un bebé frágil o una mamá comprometida en su capacidad de comprender y responder a las necesidades de su chiquito.

Durante la continuidad del tratamiento en el hogar, con una asistencia promedio de tres años, se puede propiciar:

- a) un vínculo con una figura adulta y nutricia, proveedora, que pueda compensar las privaciones o ausencias de la abuela, tanto en continencia como en la provisión de una identidad calificada, y
 - b) un espacio afectivo y físico donde se desarrollarán la paridad, la igualdad y la reciprocidad. En este espacio circula una mirada que alienta, reconforta y afianza. Se escucha una voz que aprueba, clarifica y comprende.
- Hemos compartido la creencia, en los Seminarios de Observación de Lactantes en el Hospital Italiano de Bs. As. que se puede ayudar, por presencia, mirada y voz, a re-construir la identidad de una mamá, de una mujer desvalorizada, que poco a poco se va autonomizando. Y a medida que el bebé crece y se van separando, aparecen en ella una suma de deseos vitales que a veces, con éxito, se pueden defender como derechos inalienables.

La Estimulación Temprana como una Modalidad de la Terapia Ocupacional

por Celina Tamarit

Describimos nuestra experiencia en Estimulación Temprana como una modalidad de la Terapia Ocupacional en bebés con atraso madurativo. El bebé inmaduro responde a los cuidados de su madre, pero necesita de una adecuada estimulación adicional para que ambos entren en contacto activo y se produzca una comunicación afectiva. De lo contrario las respuestas lentas y débiles del bebé pueden desalentar a la madre, alejándola.¹

Información Neurológica

Para que la decisiva influencia de los estímulos pueda producir los cambios requeridos para la adaptación y el crecimiento psicofísico, es necesario un adecuado funcionamiento neurológico. La capacidad de los sistemas receptores

sensoriales determina qué tipo de energías (radiaciones luminosas, vibraciones sonoras, presiones tactilkinestésicas) son eficaces y dentro de qué márgenes de valores. Del conjunto de estímulos eficaces para una persona determinada, solamente algunos surgen en un instante dado, en una zona específica del entorno y entre éstos solamente una parte alcanza a los receptores. Este estímulo es una fuente de información sensorial relativa al objeto que será percibida, es ella la que produce la excitación de los receptores y neuronas y constituye el material de base para la percepción y el movimiento. Si el aparato neurológico o los órganos de los sentidos (tacto, vista, olfato, gusto, audición) están alterados, la recepción de los estímulos se ve perturbada y por ende la respuesta no es adecuada.

Complementariamente, la ausencia total o parcial de estímulos efectivos provenientes del medio ambiente a una edad muy temprana, perturba el desarrollo. La constitución de las neuronas, su organización y el tipo de relaciones que establecen entre ellas dependen de la calidad y la cantidad de las informaciones que le son proporcionadas.

La estimulación temprana y el vínculo afectivo

El afecto se desarrolla en función de la naturaleza y la calidad de los lazos, que a través de los distintos canales sensoriales, se forman entre el bebé y su madre.

Todo concurre al establecimiento de ese vínculo: los contactos de piel y visual, las percepciones olfatorias y auditivas. El sostener y mirar al bebé permite el nacimiento del "apego", relación única entre el bebé y su madre. Al amamantar, sosteniendo y mirando a su hijo, no sólo lo alimenta sino que establece con él un diálogo visual, tónico, vocal y auditivo. Todos estos primeros contactos crean una estructura básica, el armazón, en el cual se apoyará el desarrollo de su futura vida afectiva e intelectual.

La manera de sostener al bebé va estruc-

turar el diálogo y la comprensión mutua. De modo que lo importante es el tono muscular, la forma de relajarse en el transcurso del acto de dar de mamar, la seguridad que da un sostén firme. Es importante la mirada, el momento en que los ojos del bebé encuentran dos puntos luminosos que fijan y dirigen su propia mirada y transforman y organizan el acto de satisfacer su hambre. De ese modo el bebé comienza a sentir deseo de ser mirado y de mirar. Quiere mamar con los ojos y de los ojos. La buena capacidad de percepción y la delimitación de las formas depende en parte de la armonía entre el sostén, la alimentación y el contacto visual entre la madre y el bebé. Más tarde el bebé hará con sus manos lo que ha hecho con los ojos de su madre: seguirlos con los suyos.

La piel es el órgano sensorial más extendido y el tacto y la manipulación desempeñan un papel fundamental en el crecimiento del bebé, que necesita ser tomado en brazos y acariciado. Se lo sostiene para alimentarlo, desvestirlo, bañarlo, vestirlo, hamacarlo, acostarlo. Estas maniobras se repiten siete u ocho veces por día y duran entre veinte y cuarenta minutos. Se dispone de cuatro a seis horas diarias para contactos, presiones, caricias, miradas y movimientos. El bebé percibe la suavidad o la rudeza, la armonía o la torpeza.

Al "apego" se lo podría definir como una relación singular y específica entre dos personas, que persiste en el curso del tiempo. Aunque sería difícil definir esta relación permanente con sentido operacional, tomamos como indicadores de este apego comportamientos como caricias, besos, arrullos y prolongadas miradas de cariño, comportamientos que sirven para mantener el contacto y para poner de manifiesto el afecto que se experimenta hacia una persona en particular.²

La estimulación temprana como tratamiento

La prescripción médica de Estimulación

Temprana tiene el valor de un tratamiento que opera sobre la dupla madre - bebé. La selección y presentación oportuna, específica, gradual, metódica y progresiva de los estímulos adecuados, presentados como juegos, a un bebé en la postura que es capaz de adoptar, y sobre el cuerpo de la madre como sostén o apoyo, constituye la síntesis de una terapéutica que tiene su fundamentación en el aporte de las dos ciencias que le dan validez: la neurofisiología y la psicología, y toma sus técnicas de las modalidades operativas del juego en la Terapia Ocupacional. (T.O.)

En nuestra experiencia el tratamiento de Estimulación Temprana es prescripto por el neurólogo. La prescripción contiene:

- a) el diagnóstico o aproximación diagnóstica
- b) la descripción de la integridad de las distintas áreas (sensoriales, motoras) y de las diferentes partes del sistema nervioso.
- c) el objetivo de la T.O., precauciones, contraindicaciones, lo que se espera lograr, las posibilidades y los límites.

Debemos tener presente que la Estimulación Temprana no crea nuevos circuitos, sino que desarrolla, enriquece, potencia las conductas sensoriomotrices de base y la interacción afectiva.

El espacio y el tiempo compartidos

Nuestro medio ambiente es una permanente fuente de información. Esta información puede ser registrada mediante los receptores sensoriales. A partir de esos datos el bebé inicia el camino que lo llevará a conocer el mundo que lo rodea.

Hemos elegido participar del pequeño entorno del bebé, mostrando a la madre las posturas adecuadas a la etapa evolutiva que está viviendo, los juegos apropiados y los síntomas de la fatiga. La elección de la postura para jugar se basa en la observación del nivel de desarrollo que presenta y de las preferencias e

iniciativas que demuestra. En el caso de bebés con lesiones cerebrales utilizamos el método de rehabilitación correspondiente. *(Para consultar al respecto nos guiamos por las técnicas propuestas por R. Hernández Gómez: Deficiencias Cerebrales Infantiles. ¹)*

1 "Las fuerzas interiores que impulsan a un bebé de una etapa de desarrollo a otra son: 1) una necesidad de sobrevivir independientemente en un mundo complejo; 2) una necesidad de adquirir conocimientos, que resulta evidente en el entusiasmo que acompaña cada paso en el desarrollo; y 3) la necesidad de encajar en el medio ambiente, identificarse con él, convertirse en una parte de él y agradecer a los que lo rodean". La provisión del medio ambiente satisfactorio requiere a la madre relajada, acostada o sentada sobre el piso de goma, con ropa cómoda, temperatura y luz natural y por lo menos una pared lisa y clara. El bebé, alimentado y limpio, con ropa que no le impide moverse es sostenido por la madre y colocado encima suyo: acostado, acurrucado, rodando, palpando, reconociendo el territorio - mamá (el más arcaico y primitivo), la mirada - mamá, la voz - mamá.

"Cuando la madre tiene la experiencia continua de sostener a su bebé, se fusiona con él, o sea que reconstruye con él la unidad corporal, transfiriendo así el amor a sí misma del niño que estaba adentro, al niño que está afuera. Al mismo tiempo, esta singular conducta y las interacciones con su niño facilitan el comienzo de una relación con éste como individuo aparte".²

Con la madre sentada en "posición de loto", el bebé en su regazo vuelve a sentir el sostén físico y psicológico que fue el cuerpo materno durante el embarazo. Es mamá - cueva, mamá - cuna, con imagen, olor y sonido a mamá. Y con la madre se edifican las primeras estructuras visuales y se organiza el espacio. Y es mamá quien acerca el juguete a la mano para iniciar las coordinaciones sensoriomotrices.

Modalidad operativa: el cuaderno biográfico

Las alternativas el tratamiento quedan registradas en un cuaderno donde consta:

- nombre, fecha de nacimiento, fecha de comienzo del tratamiento del T.O.
- prescripción médica
- tarea cotidiana realizada en el consultorio
- instrucciones para el hogar
- esquemas de maduración y fechas en que fue adquirida cada habilidad
- informes al médico que prescribe el tratamiento
- sección "Mamá cuenta que..." donde la mamá relata lo referente a la conducta del bebé en su casa, los paseos, los fines de semana, las novedades y describe los cambios que se producen en situaciones como la de la comida, el baño, juegos con el padre o los hermanos, difíciles de trasladar al ámbito del consultorio
- informaciones médicas que varíen el enfoque, o nuevas perspectivas diagnósticas
- planes de tratamiento con los objetivos detallados que deberán ser aprobados por el médico
- registro fotográfico de las adquisiciones madurativas logradas:

La visita domiciliaria

Á partir del establecimiento de una fluida relación con los padres se realiza la visita domiciliaria para conocer:

- el medio físico y familiar
- los familiares más próximos en el afecto: abuelos, hermanos, personal doméstico
- rutinas tales como baño y alimentación
- las posibilidades reales de la vivienda: reubicación de muebles para dejar el piso libre para las diferentes etapas del traslado del bebé, asesoramiento sobre la compra o construcción de juguetes o mobiliario, indicaciones para la prevención de accidentes, investigaciones de las diferentes texturas que enriquezcan el tacto, importante en una época en que los bebés viven rodeados de objetos de material plástico.

El bebe y su familia

Cada bebé pertenece a un grupo familiar que comparte y trasmite una cultura que le es propia.

Respetar este "folklore" familiar implica, a veces, un cuestionamiento y un replanteo de los objetivos del tratamiento. De igual manera y dado que el afecto y calidez no se decretan, no podemos obligar a los padres a disfrutar de las oportunidades de mejorar la relación con su bebé que ofrece cada entrevista, cada ejercicio, cada juego. Los padres llegan a la consulta con una personalidad y una historia previa. A menudo el momento del "encuentro" entre padres y bebé sucede en un tiempo distinto al ideal. Entrar en conflicto con los valores familiares, con los códigos de ternura, puede producir distanciamiento y desconfianza con el consiguiente costo terapéutico.

Si hubiera que respetar una palabra clave en nuestro sistema de trabajo sería la palabra "respeto". Respeto al ritmo evolutivo, al tiempo individual, a los grupos de pertenencia, a los cauces afectivos. Al recibir el impacto de un hijo discapacitado, el proyecto vital de una familia queda detenido. Nuevas interacciones sumamente complejas entran en juego, los sistemas de roles se ven afectados. No podemos menos que decir que el nuevo integrante de la red comunicacional ha provocado en su entorno familiar una crisis. Con ella también trabajamos, asesorados y supervisados por un médico psicoanalista.

Descripción de la conducta del bebé

El recién nacido: las cuatro primeras semanas: el bebé recién nacido acaba de abandonar el nido tibio y suave, poblado de sonidos familiares. Todo aquello que se lo recuerde será bienvenido. Se sentirá querido si es alimentado, arropado, abrazado, hamacado, arrullado. Si su mamá lo alza y lo sostiene contra su pecho, con la cabeza apoyada en el hombro izquierdo y la habla y le canta

mientras lo hamaca, el bebé sentirá placer y seguridad.

Postura habitual: acostado boca arriba, con la cabeza reposando hacia un costado, el brazo correspondiente a ese costado extendido y el otro semiflexionado cerca de la cabeza. Las piernas acompañan también las posturas. **Acostado boca abajo** mantiene los cuatro miembros encogidos debajo del cuerpo, la pelvis alta y la cabeza apoyada sobre una mejilla.

Movimientos: al ser movido bruscamente, al encenderse súbitamente una luz, al sentir mucho frío o mucho calor, al escuchar un ruido intenso, el bebé abre los brazos y los dedos de las manos, extiende las piernas y echa la cabeza hacia atrás. Se asusta. Un bebé que en estas condiciones no se asusta debe ser llevado al médico.

Sensaciones: el bebé recién nacido puede oír ya que el sistema auditivo está maduro para percibir voz y sonido desde antes del nacimiento. Responde a la voz humana mejor que a otros sonidos, con respiración y movimientos más organizados. También puede gustar, distinguiendo entre la leche y las soluciones alcalinas. Es sensible a la estimulación táctil que está íntimamente relacionada con la sensibilidad térmica. La temperatura del cuerpo es vital para la supervivencia del recién nacido.

Con respecto al sentido de la *visión*, está demostrado que el bebé reacciona a la estimulación luminosa desde su nacimiento, cerrando los ojos ante una brillante luz blanca, concentrándose sobre un objeto rojo o amarillo que se agite delante de él, a más o menos 18 cm de distancia y mirando a su madre mientras lo sostiene. *"Un principio básico del apego es que existe un período sensible en los primeros minutos y horas de la vida del neonato, que es óptimo para el apego entre el progenitor y el niño"*.²

Actitudes propuestas a los padres: atender y responder al llanto del bebé, levantándolo en los brazos, averiguando si tiene hambre

+ Consulte a su médico sobre el aceite o la crema más indicada

o si necesita cambio de pañales, intentando calmarlo con los tradicionales métodos de la pacificación y el masaje. El bebé necesita que lo mimen aun cuando "no le pasa nada", es una forma de lenguaje que le dice que los padres están con él, para quererlo y cuidarlo.

El primer mes de vida

Durante el primer mes de vida, dos actividades contribuirán a la tranquilidad y bienestar del bebé y también a su estimulación: *la pacificación y el masaje*. Entendemos por *pacificación* la reducción del nivel de excitación de la estimulación social o no social, mediante la utilización de modalidades sonoras, táctiles y vestibulares constantes, monótonas y moderadamente intensas. Cuando el bebé está incómodo, molesto, fastidioso, quejoso, y la mamá lo alza, el recién nacido recibe una "embestida de estimulación"⁴. Recibe simultáneamente estimulación táctil - cinestésica, auditiva, visual, térmica, olfatoria y gustativa. Si se lo pone en movimiento se aplica la estimulación vestibular, balanceándose la madre hacia adelante y hacia atrás. De modo que el hecho natural de tomar al bebé en brazos, sostenerlo contra el pecho con la cabeza apoyada en el hombro izquierdo, acariciarle la espalda con movimientos circulares de la mano, hablarle suavemente o cantarle y hamacarlo, constituye el más eficaz ejemplo de estimulación pacificadora. El hábito de *masajear* al bebé con las manos limpias y tibias y con un aceite o crema + adecuada para la piel proporciona sensaciones muy placenteras para la mamá y el bebé. Proponemos la postura de mamá sentada en el piso o en la cama, con las piernas extendidas, la espalda firmemente apoyada y el bebé acostado boca arriba sobre los muslos, con la cabeza sobre las rodillas de la mamá. Conviene colocar una toalla debajo del bebé ya que probablemente se ensuciará durante el masaje.

Los masajes son circulares en la *cabeza y cara* y luego se extienden a lo largo de los brazos hasta la punta de los dedos y por último, dedo por dedo. El *pecho* se masajea desde el centro hacia afuera siguiendo la dirección de los espacios intercostales. El *vientre*, en sentido circular, alrededor del ombligo, en círculos cada vez *más* grandes y sólo después que se haya caído el cordón umbilical. Los *muslos* hasta el tobillo y luego los pies, separando los dedos y masajeando enérgicamente la planta. En la parte anterior se deslizan ambas manos, una para cada lado del cuerpo, sin excluir ninguna zona. El masaje a la *parte posterior* puede darse con el bebé boca abajo o alzado, con la cabeza apoyada en el hombro. La cabeza se frota desde la coronilla hasta el cuello, luego se masajean suavemente los músculos del costado de la columna con movimientos circulares descendentes. Finalmente se abarca con una mano toda la espalda desde el cuello hasta las nalgas, con movimientos circulares descendentes. "Shantala", joven madre hindú que ilustra el libro de Frédéric Leboyer y nos emociona por su profundo sentido de vida, no resulta fácilmente imitable por las mamás que conocemos, por causa de la distancia cultural entre ambas⁵. Hemos notado mayor aceptación por el manual de Amelia D. Auckett que provee mejores posibilidades de identificación (*Amelia D. Auckett, Masaje para el bebé*)⁵ Un baño tibio corona esta suma de sensaciones placenteras. Pasar al bebé suavemente al agua, que continúa la caricia, mientras la madre lo sostiene para que flote, casi es la garantía de un sueño feliz.

Al finalizar el primer mes de vida, el bebé aun reposa boca arriba, en posición de "esgrimista", y las manos continúan cerradas, pero puede aproximar una de ellas a la boca y succionarla. Las piernas algo flexionadas, en rotación externa,

muestran los talones apoyados. Los movimientos son un poco más organizados, extendiendo los brazos hacia la región de la cabeza, con movimientos que recuerdan las aspas del molino. Puede levantar ambas piernas hasta 5 cm desde su colchón. Colocado boca abajo, se apoya sobre una mejilla, con los brazos flexionados cerca de la cabeza, la pelvis elevada. Las piernas flexionadas debajo de ella. Puede extender y flexionar las piernas, recordando los movimientos del arrastre. Levanta la cabeza, despegando el mentón del colchón. Si se intenta sentarlo, la cabeza cae hacia atrás. La mirada del bebé es atraída por la mirada de su madre, puede quedar "atrapada" por una pared clara y brillante, o por una ventana iluminada. También es capaz de perseguir objetos que se desplazan en el plano horizontal, recorriendo un arco de 90° y volviendo a la posición del inicio. Para mirar no sólo debe superar su débil capacidad de enfoque sino que tiene dificultad de mantener ambos ojos en el objeto. Mira la cara de su mamá dando la sensación que cubre la zona desde los ojos hasta el frente; todavía no mira la boca que le habla, aunque sí escucha las voces y su actividad cesa cuando un sonido le interesa. Permanece despierto y alerta muy poco tiempo, apenas cinco minutos por hora y se alimenta dos veces por la noche.

Equipo: cuna de barrotes, colocada al lado de la madre o en la habitación en que ésta pase la mayor parte del tiempo. Es mejor que tenga ruedas y, si hay hermanitos pequeños, que se pueda impedir que pasen los brazos adentro de la cuna y molesten al bebé. Hay en los comercios especializados bandas de tela que se colocan entrelazadas por los barrotes y que son fácilmente removibles. Cambiando la ubicación de la cuna se evitará que haya un lado siempre hacia la pared y otro siempre hacia la madre. La solución de cambiar al bebé de la cabecera a los pies de la cuna no siempre es aceptada por éste. Todavía no es tiempo de colocarle juguetes en su cuna

pero sí de acercarle *cuneros* (cajitas musicales con canciones de cuna). Hay bebés que se tranquilizan y duermen si se les coloca cerca un reloj con fuerte tic-tac o si se los ubica cerca de una canilla que gotea. Posiblemente les recuerda el latido del corazón de su mamá. Para bebés más sofisticados puede conseguirse una grabación, "Lullaby Inside Mum", presentado como "Canción de cuna desde las entrañas de mami" que reproduce los sonidos del útero como fondo rítmico para una variedad de melodías. *Coche de paseo* que le permita mirar a la mamá. Los hay de tres posiciones con respaldo que se irán elevando a medida que el bebé lo necesite. El cochecito ayudará a una mayor independencia de la mamá, posibilitando sus salidas con el bebé. Al mismo tiempo, llevado por su mamá, el bebé accederá a olores y sonidos diferentes. Su panorama social también se enriquecerá ya que un bebé es una poderosa motivación de acercamiento.

Móviles: el móvil será ubicado a una distancia de 40 cm aproximadamente, a la derecha o a la izquierda de la cuna pero no en el centro ya que todavía no prefiere la posición media de la cabeza. El bebé mira con más concentración y durante más tiempo al móvil que representa una cara humana, con ojos y cabellos bien destacados, que a los habituales formados por pequeños animales: mariposas, peces, pájaros. Como a esta edad el bebé sólo lo mirará no importa que sea liviano y frágil. Cuando ya alcance y toque los requisitos serán diferentes.

Al finalizar el tercer mes: el bebé acostado de espaldas puede mantener la cabeza en la posición media y moverla en un arco de 180°. Las manos se acercan también a la línea media y ocasionalmente se cruzan. Los pies se levantan, acercándose a las manos pero todavía sin tocarlas. El bebé de tres meses es sonriente por naturaleza y sumamente sociable. Prefiere la posición acostado boca arriba

aunque para dormir acepte quedarse boca abajo. Desde esta posición levanta la cabeza y se apoya en los antebrazos, mantiene las piernas más extendidas y la cadera baja. Los bebés colocados boca arriba duermen menos tiempo y lloran más que lo que están boca abajo, su estado general es más alerta y demandan más atención por parte de la madre (*Fitzgerald, Strommen y McKinney, Ob.cit. pág 59*).

Al responder la madre a su llanto lo estimula activamente, se le crean más necesidades: quizá sea el momento de recurrir a la reposera de tela (Bebesit) que le proporcionará una visión más completa de lo que sucede a su alrededor y le permitirá ejercitar su nueva adquisición: impulsarse hacia atrás apoyando los pies en el suelo o saltando sobre su espalda. En su cuna, en la reposera o sobre el regazo de la mamá es capaz de sostener un sonajero que se haya colocado en la mano y hasta de sacudirlo. En poco tiempo más lo llevará cerca de su línea de visión. Se le caerá al cabo de corto tiempo y no lo reclamará. Los dedos inician movimientos de abrir y cerrar; los practica arrugando su babero y la sábana. Responde a las sonrisas de casi todas las personas y produce ruidos que ya son lenguaje: las vocales largas "aaa" y "ooo" y la "g" gutural provocan a su vez el "ajó" de los que lo escuchan. El bebé de tres meses adapta su visión a diferentes distancias. Ya reconoce a otras personas además de su mamá y su mejor control de la cabeza le permite mirar desde su posición favorita: en los brazos de su madre, erguido y girando para ver cómo se desplazan las personas, los autos. Además de oír desde su nacimiento, *escucha* selectivamente y puede dejar de llorar si su mamá le habla aunque no la vea. Es posible que se duerma más pronto si se le repite la misma canción y que lo asusten ruidos que antes no había registrado: los de los artefactos del hogar como licuadora, lustradora, lavarropas.

Equipo: reposera de tela: donde puede

permanecer algunos ratos acompañando a la madre en los diferentes cuartos de la casa y donde puede comer sus primeras papillas. Es importante fijarse adónde va la línea de visión del bebé desde la reposera para modificarla con una pequeña almohada o un papel doblado si es necesario, para que la mirada no quede "prendida" en la pared o en el techo.

Corralito: incluimos al corralito entre el mobiliario sugerido no para «acorrallar» sino para ayudarlo a defender su derecho al piso. En muchos casos el corralito constituye el único espacio propio del bebé, donde puede rodar y girar sin peligro, en una superficie lisa, blanda y limpia. A partir del momento en que el bebé se arrastre deja de ser útil excepto como medida de seguridad cuando el adulto a cargo no puede vigilarlo. En el corralito se coloca al bebé boca arriba y se prenden chiches en la red, a la altura que puedan llegar sus manos. También se pueden colocar cuerdas con sonajeros suspendidos cruzando el corralito siguiendo el diámetro y a una altura que se los pueda tocar con las manos o con los pies. Las barras gimnásticas que proveen de diferentes elementos para ejercitar la prensión y la visión comienzan a ser útiles. Es necesario que sean fuertes y capaces de soportar el peso del bebé, ya que ocasionalmente puede prenderse de algún juego, especialmente el trapecio, e intentar levantarse. Estas barras pueden colocarse en la cuna, pero es preferible que la cuna sea el lugar de dormir y el corralito el de jugar.

Tan importante como proveer de la estimulación adecuada es respetar los momentos de reflexión o de "conversación consigo mismo" del bebé y no interrumpirlo con la invasión de un juguete en su espacio.

Ya se le puede regalar una pelota mediana para tocarla y moverla cuando está acostado de lado o boca abajo. Boca arriba no entra en su ángulo de visión. Los globos no demasiado inflados le divierten, sobre todo porque al "rascar-

los" producen un ruido que fascina al bebé: son los primeros causa - efecto que produce por sí solo. Continúa sosteniendo activamente el sonajero, pero prefiere el trámite previo en que la madre se lo coloca y aplaude su agitar o golpear.

Este bebé disfruta mucho cuando le sacan los pañales y cuando se lo baña. El mejor control de la cabeza permite que en ocasiones se bañe con la mamá y el papá en la bañadera. Le gusta que le hagan cosquillas suaves, sobre todo en el pecho y cuello, que le soplen y *muerdan* suavemente los pies y las manos, que lo miren a los ojos y le hable, le sonrían, le canten.

Ya están establecidas las rutinas del sueño y el bebé organizó su ritmo: tiene momentos de sueño, alimentación, higiene, paseo, juegos, fastidio, mimos. La madre comprende su lenguaje y su llanto: sabe cuándo tiene hambre, sueño o dolor y actúa en consecuencia. Si no se trata de ninguna de estas urgencias, levantarlo en brazos, arrullarlo y hamacarlo, masajearle la espalda o el abdomen suele dar buenos resultados. Si al dejarlo en la cuna continúa llorando será cuestión de alzarlo otra vez. No se lo está malcriando, se está respondiendo a una necesidad.

El bebé de tres a seis meses

Pasando los tres meses el bebé está despierto casi la mitad del día y sus actividades son numerosas y variadas. Los lugares que le permiten ejercitar mejor sus adquisiciones son el *corralito* y el *suelo*. Ya puede dormir toda la noche y separado de sus padres. Se despierta de buen humor; el alimento cada vez más sólido, le ayuda a espaciar sus comidas y no se despierta reclamando el desayuno. Avisa, charlando, que está listo para comenzar el día. Sólo después de un rato se impacienta. Si se le da mamadera, la recibe con gritos de alegría y acaricia la botella. Pronto podrá sostenerla por sí solo (cerca de los seis meses). Esto es posible porque las manos se aproximan una a la otra, y se tocan, llegando a entrelazarse como si estuviera rezando. Y

aún cuando se le ofrezca algo que le interesa, el primer intento será tomarse las manos y luego acercarlas al juguete. Parte de este movimiento tiene un significado en el lenguaje: es el que indica que "quiere upa" extendiendo las manos hacia la mamá. A medida que crece en extensión el movimiento del brazo, el pie se acerca a él y a veces, ya sobre el sexto mes, lo toca con la mano. Ahora ya sabe que él también es ese pie. Cuando el equilibrio mejore podrá acercarlo desde la posición de sentado y tendrá una visión de su pierna y pie desde otra perspectiva. Toda la actitud postural del bebé es preparatoria de la posición de *sentado*.

Al finalizar los seis meses logra rodar lateralmente de boca arriba a boca abajo, un mes más tarde podrá hacerlo de boca abajo a boca arriba. El cuerpo se "despega" cada vez más del suelo y puede hasta jugar reclinado, apoyado sobre un antebrazo. Boca abajo gira sobre su abdomen e intenta alcanzar la pelota y los juguetes que ruedan: autos, carritos. Le encanta mirarse en el espejo: es el único juego que no tiene dos veces la misma imagen. A menudo le inquieta ver a su madre en el espejo y detrás suyo: son los primeros atisbos de separación yo - no yo. Al principio sonreirá a la imagen amablemente y luego tratará de tocarla. Probablemente se asuste al ver su cara llorosa. El bebé de seis meses no necesita que le coloquen el sonajero en la mano: lo busca, alcanza, toma, chupa y tira, todo sin ayuda.

Cuando sale de paseo en su silla va sentado a 80°, se inclina hacia adelante y recupera su posición. Reconoce a diversas personas y aunque todavía no saluda mira con mucha atención la mano del que lo hace. Ya le encanta la plaza y reconoce los preparativos para salir; protesta cuando la madre se demora y puede no gustarle volver a casa. Pueden empezar a molestar las encías que se está preparando para la irrupción

dental. Casi todo lo que cae en sus manos va a parar a la boca: es necesario tener mucho cuidado con los juguetes que quedan a su alcance, vigilar que no estén rajados ya que el bebé tiene mucha fuerza cuando golpea sus juguetes, quizá sea conveniente reemplazar los juguetes de plástico por los de madera sin pintar o los de goma. El espejo puede ser de aluminio o acero y los autos y muñecos de goma semirígida, lavable, dura y resistente.

Sentado en el suelo, en un rincón, apoyado en tres planos (dos paredes y un piso) con una caja o cacerola entre las piernas, que contengan cubos, vasos, sonajeros, el bebé sacará uno por vez al principio, luego uno en cada mano, los pequeños objetos. La manipulación lo entretiene largos ratos. Puede tomar con toda la mano abierta, sin calcular el tamaño de lo que intenta levantar, hasta llegar a la precisión de la pinza formada con los dedos índice y pulgar. Ocasionalmente puede pasar un objeto de una mano a otra, pero la transferencia como actividad habitual recién la practicará a los siete meses.

Sentado en el regazo de la madre y frente a una mesa, golpeará con las manos o con los juguetes y dedicará tiempo a investigar los bordes de la mesa. Intentará atraer hacia él todo lo que vea, se estirará e intentará levantarse. Lo mismo sucederá si está en la silla alta. Esta destreza lo llevará a intentar comer una galletita, ablandándola hasta convertirla en papilla. También puede llevar a la boca trocitos de comida y, ya desde hace tiempo, su chupete.

El pasaje del alimento semisólido (papillas) al sólido puede alterar la buena relación entre el bebé y su mamá. El bebé espera la hora de la comida como un nuevo paso hacia su independencia. De ahí la importancia de permitirle tocar, palpar, apretar la comida entre sus dedos y llevarla, o no, a la boca. Un gran babero y periódicos en el suelo ayudarán a mantener el buen humor. Esto no exime a la cara, ropa y pelo de ambos de recibir una cuota de alimento, pero no sería razonable arruinar una buena comunica-

ción en aras de una alimentación forzada y una higiene compulsiva.

Si hay dificultades no hay nada peor que obligar al bebé a comer. La búsqueda de un marco que incluya diversión y placer descalificará a esa lucha de voluntades en la que nadie gana. La antigua receta de preparar tres porciones: una para que maneje la madre, otra para el bebé y la tercera para alrededor sigue vigente.

En esta etapa, sedente y prensil, se ha de retirar la cuerda de la que colgaban los juguetes en el corralito. Nada hay más frustrante que intentar tomar algo que pende de un hilo. La barra de gimnasia, en cambio, es más útil que nunca y también los juguetes que hacen que ocurran cosas simples. Tirar de una cuerda y que algo suene o se mueva.

Los móviles perdieron vigencia. El bebé de seis meses se perfila como un destrozón. Otro tanto vale para el muñeco que se balancea sin cesar, con base de pelota.

Aunque sigue disfrutando de que lo tengan en brazos ya ha descubierto que el piso ofrece más posibilidades y puede indicar que lo bajen, sacudiéndose. Al mantenerse mejor sentado, se hace posible el juego del caballito sobre las rodillas de la mamá. Lo mismo sucede en la hamaca de la plaza; donde se lo sienta primero sin moverlo para hamacarlo después si no hay vértigo.

El baño es cada vez más divertido, con juguetes de goma que flotan, vasos para llenar y vaciar y espuma para chapotear. Quizá la madre recuerde que no es necesario lavar la cabeza con jabón todos los días, si al bebé le molesta.

Si en los planes familiares figura que la mamá comience a trabajar; este es el momento de dejarlo de a ratos con la persona que lo cuidará. El bebé reconoce a los extraños pero todavía no los rechaza, como tal vez suceda más tarde.

El bebé de seis a nueve meses: este es el bebé que pone a prueba la paciencia de la mamá. Ya intenta arrastrarse y al final de

este período se desplaza de alguna manera: sentado, con una pierna adelante y otra atrás, gateando. El corralito le queda chico, a menos que lo use para levantarse hasta la posición de pie. No quiere que lo dejen solo y el llanto es insistente. Esta sensación de displacer, el "fastidio" de las abuelas, se disculpa por la irritabilidad que producen: la irrupción dental con sus secuelas de malas noches, babeo intenso, resfríos y hasta problemas digestivos y fiebre; la incapacidad motriz de desplazarse más independientemente; la aparición del tono enérgico y hasta el enojo en la voz de la madre que ensaya los primeros "¡no!". Como es un bebé activo y emprendedor, comienzan los accidentes: apretarse los dedos de las manos con los cajones o puertas, tirarse encima los muebles livianos de los que intenta tomarse, volcar macetas, llevarse a la boca objetos pequeños, acercarse demasiado a la estufa o al horno, volcar botellas y sifones, descubrir el alboroto que causa tirar del cable del teléfono, encontrar y abrir la correspondencia antes que el destinatario... la madre redoblará las precauciones y querrá tenerlo siempre ante sus ojos.

Para compensar estas situaciones el bebé es seductor y divertido. Se ríe a carcajadas, tiene un vasto repertorio de "gracias" que incluye saludar, aplaudir, agradecer, mostrar su linda manito, esconderse, asustar.

Puede haber abandonado el chupete pero explora ávidamente con la boca todo lo que toca incluidos los pies. Las preferencias y rechazos por la comida se instalan y por largo tiempo.

Al final del noveno mes está en condiciones de compartir la mesa familiar, usando las manos o el tenedor con el trozo pinchado por la mamá. Puede beber de vaso y trozar con sus recientes dientes.

Aunque su principal actividad es estar en movimiento se interesa por objetos pequeños y puede levantar y comer prolijamente miguitas, pelusas, pasto,

con pinzas imperfectas. Ya no se olvida de los juguetes y los busca insistentemente cuando no los tiene a la vista. Ha descubierto la profundidad como dimensión espacial y la comprueba arrojando al suelo lo que está sobre la mesa.

Aunque está construyendo su espacio puede permanecer un rato quieto escuchando cuentos breves con sonidos onomatopéyicos o compartiendo canciones de colaboración señalando alguna parte de su cuerpo:

*"Una manito aquí, la otra manito acá.
Una manito viene, y la otra manito se va".*

Del mismo modo recuerda las rimas simples, completando el final del verso con el sonido o la mímica correspondiente: *"un lobo feroz come mucho arroz, y lo escupe todo porque tiene tos".*

No tendrá valores literarios pero a los bebés les encanta aunque no comprendan el significado de las palabras. Su reacción está motivada por el sonido repetido y asociado al clima de diversión y travesura que transmite la mamá. Puede mirar hacia el televisor cuando escucha algún mensaje publicitario que demanda su atención.

Equipo: el imprescindible: una persona que se limite a seguirle las iniciativas. El bebé de nueve meses es creativo hasta el agotamiento. No obstante puede entretenerse solo con libros de páginas de cartón, muñecas sin pelo, carritos de arrastre, cubos y canastas de encaje.

Alrededor del primer año: comienzan a interesarle otros juegos: acunar, alimentar, castigar a un muñeco; puede seguir con atención un cunero con títeres;

conoce bastantes palabras aunque no las pronuncie; cumple con mandados simples; ayuda a guardar algunos juguetes; dice que "no" con la cabeza. Insiste en participar en las reuniones y está en condiciones de convidar galletitas, una a cada uno, guardando para sí generalmente las dos últimas dentro de la boca para no quedarse sin ninguna. Esta actividad, junto con la búsqueda del "otro" cuando es un conjunto de dos; como medias, zapatos, mangas, anticipa la noción de cantidad y prepara el camino para la simbolización.

Usa el teléfono y exige que se le nombre a los que no están en la casa, poniendo en función los mecanismos de la memoria. Selecciona su dedo índice para discar y deleita a los que lo escuchan con algo parecido a "¡Hola!".

El bebé de un año es el "toca todo". Camine sin ayuda o no, su habilidad motriz le permite desplazarse independientemente. La ansiedad exploratoria es una de las bases de la formación de la inteligencia. Si tiene oportunidad de "estudiar" el mundo que lo rodea y recibe estímulo, ayuda y protección de la madre, acumula conocimientos que son requisitos para el aprendizaje. No dibuja aún figuras, pero maneja objetos similares a los que utilizará para escribir. El descubrimiento de las características de los objetos - ya sea que reboten, rueden, se deslicen o caigan le permitirá luego construir y garabatear. La capacidad de recuperar objetos que ruedan o son arrojados y su juego repetido tiene además el significado de poder alejarse de

su madre asegurándose su regreso.

El interés por las bisagras (puertas, tapas de cajas, libros con hojas rígidas) y la cantidad de tiempo que dedica a este juego obliga a extremar los cuidados con respecto al contenido de alacenas y botiquines.

El bebé de un año se enfrenta a una serie de experiencias y comienza a formar sus razonamientos y juicios; apila, amontona, vuelca; prueba distancias, pesos y profundidad. Estudia los desplazamientos y direcciones de las cosas, unas en relación con otras.

Las tentativas de independencia se hacen cada vez más frecuentes: quiere comer, vestirse y bañarse solo.

En nuestra cultura urbana el bebé de "casi" un año es alentado a soplar la velita de su torta de cumpleaños y a caminar sin asistencia. Si ensaya varias veces antes la actuación que incluye la canción *"Cumpleaños feliz"*, al apagar la velita y los aplausos, podrá disfrutar de su primer cumpleaños casi como sus papás. Como su capacidad de inventiva le permite jugar con casi todo, no necesita más juguetes. Pero como canta nuestra María Elena Wash el mejor regalo es tiempo, el tiempo que pide *"Ostias el osito": "Quiero tiempo pero tiempo no apurado tiempo de jugar que es el mejor; por favor démelo suelto y no enjaulado adentro de un despertador".*

La vida cotidiana obliga a la velocidad, que es incompatible con el modo habitual de los bebés. La propuesta es encontrar un equilibrio entre el respeto por los comportamientos infantiles y las exigencias del momento actual.

Bibliografía

- 1 Brazelton, B., *"Bebés y madres"*, Emecé Editores, Bs. As., 1987
- 2 Klaus, M y Kennel, J., *"La relación madre-hijo"*, Ed. Médica Panamericana, Bs. As., 1978
- 3 Hernández Gómez, R., *"Deficiencias cerebrales infantiles"*, Pablo del Río Editor, Madrid, 1977
- 4 Fitzgerald, Hiram E.; Stromen, Ellen A. y McKinney, John Paul, *"Psicología del Desarrollo"*, Editorial El Manual Moderno, México, D.F. 1981
- 5 Leboyer, Frédérik *"Shantala"*, Librería Hachette, Bs As, 1978
- 6 Auckert, Amelia D., *"Masaje para el bebé"*, Ed. Posada, México, D.C. 1985
- 7 White, Burton L., *"Los dos primeros años de vida"*, Javier Vergara Editor S.A., Bs As., 1985
- 8 Cohen-Solal, Julien, *"Los dos primeros años de vida"*, Ediciones Juan Granica S.A., Barcelona, 1986
- 9 Tosquelles, Francesc, *"El maternaje terapéutico con los deficientes mentales"*

- profundos". Hogar del Libro, Barcelona, 1982
- 10 Stones, L. J., Church, J., *"El bebé hasta los quince meses"*, Ediciones Hormé, S.A.F., Bs. As., 1980
- 11 Aucouturier, B; Lapierre, A. *"La educación psicomotriz como terapia"*. Ed. Médica y Técnica S. A. Barcelona, 1978
- 12 Vurpillot, Eliane *"Las percepciones del lactante"*, Ed. Huemul, Bs. As., 1976
- 13 Bowlby, John *"Los cuidados maternos y la salud mental"*, Ed. Humanitas, Bs. As., 1964
- *"La separación afectiva"*, Ed. Paidós, Bs. As. 1976
- *"El vínculo afectivo"*, Ed. Paidós, Bs. As., 1978
- 14 Davis y Wallbridge *"La provisión del medio ambiente (según Winnicott)"*, Traducción de Kamala Di Tela
- 15 Levy, Janine *"El despertar a la vida"*, Ed. Daímon, Manuel Tamayo, Barcelona, 1973

Programa de Pacificación y Estimulación "Hola bebé!"
Guía para las primeras entrevistas con los padres
Diseñada por T.O. Celina Tamarit

Fecha de las primeras entrevistas: 1º 2º 3º

Nombre y Apellido: Edad: Fecha de nacimiento:

Lugar de nacimiento: Domicilio: Teléfonos:

Diagnóstico: Realizado por: Derivado por:

La información pertinente será enviada a: Dirección:

Bebé Vive con: Mamá Edad: Estudios:

..... Ocupación: Trabaja en: En el horario de:

El bebé queda al cuidado de:

Papá: Edad: Estudios: Ocupación:

Trabaja en: En el horario de Mamá o papá trabajan los fines de semana:

Descripción: Distracción favorita de Mamá:

..... Distracción favorita de Papá:

Hermanos: Nombres: Edad: Escolaridad: Otras personas que comparten la casa: Rol:

..... Edad: Nombre: Ocupación:

Tipo de casa: ¿conoce a los vecinos?

¿cuanto tiempo hace que viven allí? ¿están cómodos?

Embarazo: N° de embarazo: ¿deseado? ¿Intentos de aborto? Estado de ánimo de la Mamá durante el embarazo: Estado de ánimo del Papá durante el embarazo: Complicaciones:

..... Actividades durante el embarazo: Mamá:

..... Papá: ¿Cómo recibieron la noticia de la llegada del bebé? Los abuelos: ¿otros familiares? ¿Mamá estaba linda con la panza? ¿hay fotos?

..... ¿cómo eligieron el nombre del bebé? ¿Asistieron a algún curso para embarazados?

..... ¿Tenían parejas amigas en la misma situación de espera? ¿Para mamá fue fácil elegir su ropa, peinado, calzado?

¿Cuál era la queja más frecuente de Mamá? (contestan los dos) ¿Cuál era la queja más frecuente de Papá? (contestan los dos)

..... ¿A quién recuerda Mamá como persona importante en ese momento?

..... ¿A quién recuerda Papá como persona importante en ese momento?

¿Cómo se conocieron Mamá y Papá? (Ayudar a Mamá y papá a recordar los momentos mejores del noviazgo)

..... Ayudar a mamá y papá a recordar los mejores momentos del casamiento o de la vida en común)

Parto: comienzo del trabajo de parto:

Tipo de asistencia: Persona importante en ese momento:

Recuerdos. Sensaciones. Vivencias: Primer contacto con el bebé: Informe médico:

..... ¿Cómo se sintió el papá?

Opiniones de familiares. Recuerdos. Vivencias. Regalos. Fotos. Persona muy importante en ese momento:

..... De regreso a casa: Adaptación mamá- bebé: ¿Contó con ayuda?

..... Alimentación: Ritmos. Pecho. Mamadera. Chupete. Vómitos. Sueño:

Ritmos. Posturas. Hábitos Higiene: pañales. Vómitos. Exi-

gencias Llanto: ¿se calma fácilmente?
 Sistema de pacificación familiares: Con-
 sejos del pediatra: Recuerdos. Vivenc-
 cias..... Persona muy importante en ese momento:.....

Primer año de vida: Primer trimestre:

Adaptación Mamá Bebé: ¿contó con ayuda? Alimentación: Sueño:
 Humor: llanto y pacificación:
 ¿Miraba a los ojos? ¿Sonreía?
 ¿Sostenía la cabeza? ¿Se miraba las manitas? Posturas
 espontáneas preferidas: Anécdotas. Recuerdos. Vivencias. Visitas.
 Viajes. Fotos ¿Cómo se sentía el papá? ¿Y los
 hermanitos? Informe del pediatra:.....

Primer año de vida: Segundo trimestre:

Adaptación Mamá Bebé: ¿contó con ayuda?..... Alimentación: Jugos. Papillas. Trastornos al tragar
 Sueño: Humor: Llanto y pacificación. Caprichos.
 Rabietas. Juguetes preferidos:
 ¿Le gustaba estar sentado? ¿Usaba bebesit?.....Otros..... ¿Respondía a las caricias y las charlas?
 ¿La seguía a la Mamá con la vista? ¿Y a otras personas?
 ¿Pedía upa extendiendo los bracitos? ¿Lloraba cuando Mamá se iba? Posturas espontáneas
 preferidas: Informe del pediatra:.....

Primer año de vida: Tercer trimestre:

Adaptación Mamá Bebé: ¿contó con ayuda?..... Alimentación: ¿se llevaba la comida a la boca?..... Sueño:
 Lugar. Horarios. Hábitos. ¿Comparte el cuarto?. Temores. Juguetes para dormir:
 Dentición: Síntomas asociados: ¿Se sienta solito?
 ¿Se para sostenido? ¿Gatea? ¿Extraña mucho a su
 Mamá? ¿Habla con sílabas?
 juguetes, personas y objetos preferidos: Informe del pediatra:.....
 Persona muy importante en
 ese momento:

Primer año de vida: Cuarto trimestre:

Descripción del primer cumpleaños:

La enfermedad:

¿Cómo empezó todo? ¿Quién lo detectó? ¿Qué información tiene de ella? ¿Cuál es el pronóstico? ¿Quién más lo sabe? ¿Cómo reaccionaron la familia y amigos? ¿Qué contestan cuando les preguntan cómo está el bebé? Persona muy importante en ese momento

Impresión del entrevistador:

¿Quién trae al bebé? ¿Cómo lo trae? ¿Cómo lo sostiene? ¿Quién contesta? ¿Qué hace el bebé mientras se desarrolla la entrevista?

Relato de un día de semana de la familia. Relato de un día de fin de semana de la familia

Precauciones: No interrumpir a los papás cuando están contando algo. Intercalar comentarios poco comprometidos cuando la tensión comienza a interferir en el relato. Acompañarlos si se producen situaciones de llanto, rabia o desesperación. Esperar a que la curva descienda. Recordar que si aparecen sentimientos lo bueno es responder también con sentimientos; la «actitud profesional» se reserva para la relación con otros profesionales. La única manera de adquirir experiencia es ensayando: del latín «experiri» = ensayar, obrar repetidamente. Relatar en hoja aparte lo que sintieron en los diferentes momentos de las entrevistas. Intentar volver sobre los temas de las entrevistas por lo menos una vez por año, durante el tratamiento. Todos nosotros, los papás y el bebé somos seres igualmente humanos, imprevisibles y falibles. Mucha suerte!

MATERIA PRIMA agradece a Celina Tamarit por su generosidad al compartir con los lectores la "Guía para las primeras entrevistas con los padres"



Cálculo de fuerza en las ortesis dinámica

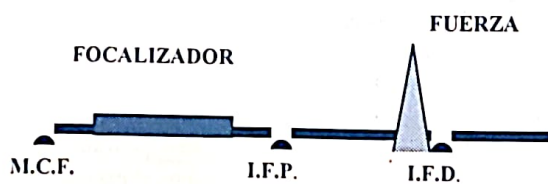
Por Rosanna Defalco*

Las ortesis dinámica son aquéllas que logran sus objetivos a través de movimientos y fuerza. En ellas actúan la fuerza generada por el paciente y la fuerza externa lograda a través de elásticos y resortes. Una evaluación cuidadosa de la mano indicará cuáles son los requerimientos necesarios para cada caso, pero es muy importante poder determinar si la ortesis a construir cumple con esos requerimientos.

Primer Paso: Focalizar la fuerza

El primer paso es determinar sobre qué estructuras se actuará. Esto definirá el diseño de la ortesis. Para focalizar la fuerza de tracción sobre una estructura articular, se deben estabilizar las articulaciones proximales y así dirigir la acción sobre la zona deseada.

Si, por ejemplo, nuestro objetivo es producir tracción a la extensión de la articulación interfalángica (IFP), la tracción deberá ubicarse a nivel de la falange media, pero de esta forma la fuerza actuará a nivel de la metacarpofalángica (MCF). En cambio, si se estabiliza la falange proximal, la tracción actuará sobre la zona deseada.

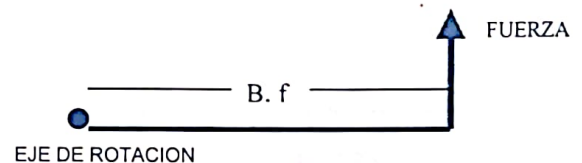


Segundo Paso: Cálculo del momento de fuerza

Se debe tomar en cuenta que la fuerza de tracción utilizada no es la misma que la que está actuando sobre la articulación, ya que al existir una distancia entre el punto de tracción y el eje articular se creará un momento de fuerza que modifica el resultado de la fuerza.

El momento o torque de una fuerza se mide por la magnitud de

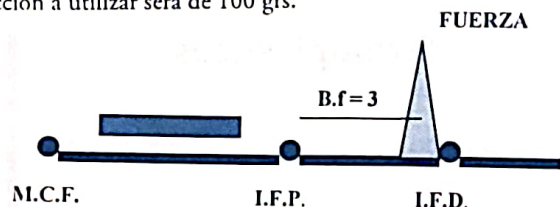
la fuerza y la distancia perpendicular entre la línea de acción de ésta y el eje de rotación, o sea que momento es igual a fuerza multiplicado por el brazo de fuerza



$$M = F \times Bf$$

Siguiendo el ejemplo ya citado, si se requiere actuar con una fuerza de 300 grs. sobre la articulación IFP, realizando un pasaje de términos, obtendríamos que fuerza es igual al momento dividido el brazo de fuerza.

Si el momento o fuerza resultante deseada es de 300 grs., y la longitud de la falange media es de 3,5 cm, y tomando en cuenta que el brazo de fuerza se extiende desde el punto de aplicación de fuerza, en este caso desde el centro del dedil, se divide el momento de fuerza por el brazo de fuerza y esto indica que la tracción a utilizar será de 100 grs.



$$M = F \times Bf / F = M/Bf / F = 300/3 / F = 100 \text{ grs.}$$

* Licenciada en Terapia Ocupacional, Miembro del Equipo de Mano y Miembro Superior de la Clínica de Fracturas y Ortopedia de la Ciudad de Mar del Plata, Miembro Titular Fundador Especialista del Capítulo Argentino de Terapeutas de mano y Miembro Superior, Miembro Fundador de la Sociedad Sudamericana de Terapeutas de la Mano, Adjunto en Funciones de Titular de la Cátedra de Ortesis de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

Tercer Paso: Cálculo de presión

Según la tercer ley de movimiento de Newton o Principio de acción y reacción, cuando una fuerza actúa sobre un cuerpo, éste responde con una fuerza de igual magnitud y dirección y en sentido opuesto.

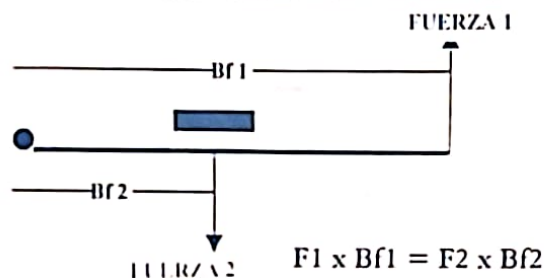
A nivel de la barra de estabilización, la fuerza de tracción utilizada, creará una nueva fuerza, de sentido contrario a la de tracción, con lo cual se ha creado una palanca de segundo género.

Una palanca, por definición, es una barra rígida que gira alrededor de un eje por efecto de dos fuerzas que actúan sobre ella, en este caso la fuerza de tracción y la fuerza de presión.

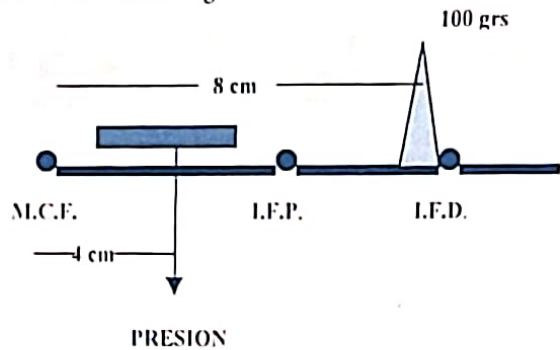
El equilibrio en una palanca está determinado por los momentos de las fuerzas, que como ya fue citado, es el producto entre la fuerza y la distancia al eje de rotación o punto de apoyo.

O sea que el equilibrio de una palanca sería la fuerza 1 multiplicado por el brazo de fuerza 1 es igual a la fuerza 2 multiplicado por el brazo de fuerza dos.

Si se requiere conocer la magnitud de la fuerza 2, en este caso la fuerza generada a nivel de la barra de estabilización, realizando un pasaje de términos se obtiene que la fuerza 2 es igual al momento de la fuerza 1 dividido el brazo de fuerza 2.



Siguiendo el ejemplo anterior, si la fuerza de tracción es igual a 100 grs., el brazo de tracción es de 8 cm. y el brazo de la barra es de 4 cm., esto indica que la fuerza generada a nivel de la barra estabilizadora es de 200 grs.



$$F1 \times Bf1 = F2 \times Bf2 / F2 = F1 \times Bf1 / Bf2$$

$$F2 = 100 \times 8 / 4 / F2 = 200 \text{grs.}$$

Esta nueva fuerza se encuentra distribuida en un área determinada por la superficie de la barra estabilizadora. La relación de fuerza sobre superficie se denomina presión, y en el caso de las ortesis, esta presión nunca deberá superar los 50 grs. por cm. cuadrado, que es el máximo tolerado por la piel sin producir necrosis. Por lo tanto, en nuestro ejemplo, la barra de estabilización no podrá ser menor a 4 cm²

Cuarto Paso: Cálculo de tracción

Por último, queda determinar el material de tracción que a utilizar. En las ortesis dinámicas la tracción se realiza a través de elásticos o resortes. Para calcular la fuerza de tracción a utilizar, primero se deberá determinar el módulo de elasticidad del material.

Si se construye un gráfico de esfuerzo en función de la deformación, notaremos que en la primera parte de la gráfica el esfuerzo y la deformación son proporcionales.

En la segunda parte, no existe proporcionalidad, pero aún la deformación es reversible. Superado este punto, el material presenta una deformación permanente hasta el punto de ruptura.





**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

Hasta el límite de la proporcionalidad, un esfuerzo longitudinal dado produce una deformación de la misma magnitud. La razón del esfuerzo tensor a la deformación por tensión se denomina módulo de Young. Basándonos en la ley de Hooke, se puede afirmar que dentro del límite de la proporcionalidad, el módulo de elasticidad de un material dado es constante.

$$Y = \frac{\text{esfuerzo tensor (f)}}{\text{Deformación por tensión. (Lf - Li / Li)}}$$

La deformación se refiere al cambio en dimensiones de un cuerpo sometido a un esfuerzo o sea que se define como la razón del aumento de longitud a la longitud inicial.

Desde un punto de vista práctico, para calcular el módulo de elasticidad o módulo de Young, se tomará una muestra del material a estudiar, se colocará un peso determinado y se medirá la deformidad sufrida.

Por ej: si se toma una muestra de elástico de 10 cm. y se le coloca un peso de 250 grs., y el elástico se deforma hasta 15 cm, el módulo de elasticidad será:

$$Y = \frac{250}{(15 - 10) / 10}$$

El módulo de elasticidad de ese material será de 500 .

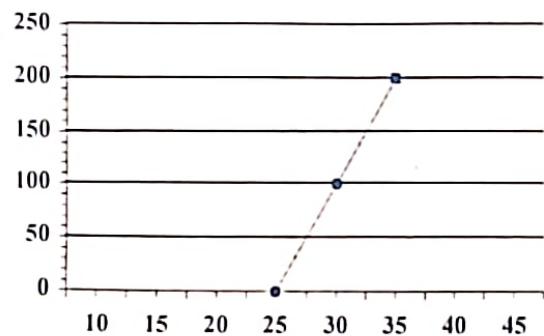
Para calcular la tracción en una ortesis, se deberán conocer los siguientes datos:

- fuerza requerida cuando la mano está en reposo
- fuerza máxima cuando la mano está en tensión
- longitud del elástico cuando la mano está en reposo
- longitud del elástico cuando la mano está en tensión

Por ejemplo:

Mano en relajación: 100 grs. 30 cm.
Mano en tensión: 200 grs. 35 cm.

Se marcan los puntos de entrecruzamiento en un gráfico, y como conocemos, basándonos en la ley de Hooke, la proporcionalidad entre fuerza y deformidad, se traza una línea recta entre los dos puntos. Esto determinará la longitud del elástico necesaria, que en este caso será de 25 cm.



Para decidir cual es el material a utilizar, se aplica la formula del módulo de elasticidad para este caso

$$Y = \frac{200}{(35 - 25) / 25}$$

Esto indica que se deberá utilizar el material con un módulo de elasticidad igual a 500, cortar 25 cm y llevarlo hasta 30 cm, cuando la mano está en reposo.

Conclusión

Para construir el equipamiento adecuado a las necesidades de cada caso, es fundamental realizar una correcta evaluación del paciente y regular las ortesis a dichas necesidades.

Recordemos que la ortesis es uno más de todos los medios terapéuticos con los que contamos y que como tal, si es prescripto, diseñado y regulado de la forma adecuada, nos permitirá arribar a un resultado satisfactorio.

Bibliografía

- Hunter, Mackin, Callahan. *Rehabilitation of the Hand: Surgery and Therapy*. Editorial Mosby, Cuarta Edición.
- Sears, Zemansky, Young. *Física Universitaria*. Editorial Addison-Wesley Iberoamericana. Sexta Edición.

La Libroteca

✓ Textos Primarios,
Secundarios y Universitarios

✓ Literatura en general

✓ Entregas a Domicilio

✓ Descuentos a T.O.

Acevedo 362

Tel.: 011-4857 5773

MP

El retorno del hombre de maíz

"el mayor tesoro que tengo en la vida es la capacidad de soñar, incluso en los peores momentos puedo soñar en un futuro más hermoso"
Rigoberta Menchú.

Intervención desde la Terapia Ocupacional con una comunidad de Indígenas Mayas

por Salvador Simó Algado*; Nina Mehta**; Franciscus C.W. Kronenberg***

"el mayor tesoro que tengo en la vida es la capacidad de soñar, incluso en los peores momentos puedo soñar en un futuro más hermoso"

Rigoberta Menchú.

Resumen

La Terapia Ocupacional puede ser un poderoso instrumento para el cambio. Este artículo narra la intervención de 6 meses con una comunidad indígena Maya, formada por 1200 personas, que regresaba a su Guatemala natal, después de haber permanecido 14 años en los campamentos de refugiados de Méjico, en 1996.

Filosóficamente el proyecto se basó en la cosmovisión maya para hacer realidad los principios de una Terapia Ocupacional holística y transcultural. Se desarrolló un enfoque centrado en la comunidad, community centred approach (Algado & Metha, in press). La ocupación significativa es el alma de la intervención. Teóricamente la intervención se basó en el Modelo de Ocupación Humana.

1 - Introducción

Guatemala - una tierra rota

"Inhumanos serán sus soldados, crueles sus mastines bravos"
El libro de los libros de Chilam Balam

Guatemala es el segundo país en porcentaje de población indígena de América Latina, sobre el 55%. La realidad social está marcada por una extrema pobreza, la impunidad de las fuerzas armadas y el miedo.

En 1960 una revuelta apoyada por Cuba fracasó. Las guerrillas

empezaron una guerra civil desde las montañas. En 1978 el ejército de Guatemala inició su política de tierra arrasada. Los resultados de la misma fueron: 440 pueblos arrasados, 45.000 viudas, 150.000 huérfanos, 100.000 asesinados. (Barry, 1992; Falla 1983)

Oficialmente se calcula que 46.000 guatemaltecos se refugiaron en Méjico, aunque la cifra se puede acercar a los 150.000. (ACNUR)

La vida en los campamentos de refugiados y los retornos

La vida en los campamentos de refugiados estuvo marcada por altos porcentajes de desnutrición, mortalidad infantil, alcoholismo, discapacidades y violencia doméstica. (Farias & Arana, 1991). Los acuerdos de paz, facilitaron a partir de 1993 el regreso de los refugiados a Guatemala, la tierra del Quetzal.

¿Espiritualidad en los campamentos de refugiados?

Nuestra previa experiencia de trabajo con los refugiados en Bosnia nos enseñó la importancia vital de la espiritualidad, en especial cuando el ser humano afronta extremas circunstancias. Entendemos espiritualidad como fuerza y motivación para vivir, sentido de la vida. Como dijo Nietzsche, si tienes un porqué vivir puedes soportar prácticamente cualquier cómo, (citado por Viktor Frankl, 1968). En este sentido creemos que la logoterapia, escuela creada por Victor Frankl tiene mucho que aportar a la Terapia Ocupacional: la Terapia Ocupacional en muchas ocasiones, llega a la vida de las personas cuando están afrontando una crisis existencial, ya sea por ejemplo, por

*Experiencia Internacional como T.O.: Bosnia, Guatemala y Kosovo. En España ha trabajado con reclusos con problemas de drogadicción y con inmigrantes. Co-fundador de La Asociación Delfin. Imparte cursos de postgrado sobre T.O. psicosocial en la Universidad de Zaragoza, profesor de la Universidad de Vic. Ha dado clases en la EUCS de Larrasa (España), Universidad de Toronto (Canada), Oxford Brookes University (Inglaterra), Universidad de Ottawa (Canada), así como en Bélgica, Holanda y Guatemala.

** Licenciada en T.O. por la Universidad de Toronto. Ha participado en proyectos de salud mental en Canada, psiquiatría infantil en Bélgica, y con poblaciones refugiadas en Kosovo. Ha impartido clases en la EUCS de Larrasa, España. Miembro de la Asociación Delfin.

*** Trabaja en el Rehabilitation Centre Blixembouh, Eindhoven, Holanda como T.O. infantil. Co-fundador de La Asociación Delfin. BA in Education, BS in Occupational Therapy. Experiencia internacional en la promoción de la salud ocupacional en: Israel, Nepal, Pakistán, India, México, USA.

quedarse discapacitadas o haber afrontado eventos extremos en sus vidas.

En la intervención era fundamental el considerar la Cosmovisión Maya, que se refiere al sistema articulado de antiguos símbolos y significados que representan los aspectos cognitivos y existenciales de una comunidad y del individuo. La cosmovisión describe el lugar y propósito de todos los seres del universo. Influencia cada actividad humana, incluye las convicciones, creencias, roles, hábitos, roles y sentimientos.

Las creencias sobre el origen de la enfermedad, el rol del individuo en el universo, y el significado del sufrimiento fueron de gran utilidad para nuestra intervención. Todo esto lo aprendimos con un Ajgij, un

sacerdote maya. La idea principal es la de equilibrio, entre el ser humano, la naturaleza y Dios, la pérdida de ese equilibrio conlleva enfermedad.

También nos dio una respuesta al sufrimiento de la comunidad Maya: *"en el universo el bien y mal existe, en una lucha eterna, nosotros formamos parte de esa lucha, al igual que nuestros antecesores y el resto de fuerzas del universo"*.

No cabe duda que el trabajo con comunidades, más si son de otro origen cultural, hace indispensables para la TO disciplinas como la antropología. No cabe duda que esto deberá reflejarse en los planes de estudio de los terapeutas ocupacionales.

2. La nueva comunidad en Guatemala

"Siempre hemos vivido aquí, aquí es donde queremos morir. Sólo aquí volveremos a estar completos, en cualquier otro lugar nuestro dolor sería eterno".

Popol Vuh, libro sagrado de los Mayas

La vuelta a Guatemala conllevaba una multitud de sentimientos, desde la alegría al miedo, al volver al lugar donde las masacres tuvieron lugar.

La nueva comunidad, la Quetzal, estaba situada en mitad de la selva del Petén., formada por 210 familias, unas 1200 personas de 4 diferentes orígenes étnicos. Se organizaba a través Cooperativa. Las mujeres y los jóvenes contaban con sus asociaciones, llamadas Ixmucané y Maya Tikal. Una Terapia Ocupacional

centrada en la comunidad, parte de la creencia en el potencial que encierran las comunidades, en apostar por desarrollar sus propios recursos. Por ello nuestra intervención se basó en las estructuras ya citadas.

La intervención desde Terapia Ocupacional se dirigía a toda la comunidad. En el caso del primer autor su experiencia como terapeuta ocupacional siempre ha sido con comunidades, desde 25 a 1200 personas como en este caso.

3. Problemas identificados

Población infantil



Ellos, los chapines, mostraban una traumatización secundaria, al haber estado expuestos de forma indirecta a la violencia, a través de las historias que les habían transmitido sus familiares y miembros de la comunidad. Mostraban diferencias en relación a los niños con los que hablamos trabajado en Bosnia, que mostraban traumatización directa. La salud mental de los niños y de los adultos está íntimamente ligada. Farias y Billings (1993), en los campamentos de refugiados en Méjico, encontraron que la malnutrición infantil estaba relacionada con

los síntomas de ansiedad postraumática de las madres. Miller (1994; 1996) encontró una correlación entre la depresión en las madres y en las hijas. Parece claro que las terribles experiencias que sufrieron los padres han afectado a los hijos.

La comunidad infantil carecía de cualquier atención terapéutica, habiendo crecido en unas difíciles condiciones de abuso y maltrato en las familias; en muchos casos el sistema educativo, rígido, no facilitaba la expresión emocional. Los niños han perdido su identidad cultural. En la comunidad había un niño con parálisis cerebral.

Adolescentes

Se muestran enfadados y ansiosos por el retorno *"para nosotros los jóvenes es ahora cuando empieza el retorno"* (esta cita y las siguientes, se corresponden a testimonios de los miembros de la comunidad). Ellos han crecido en ciudades como Cancún donde iban a trabajar. Deben abandonar sus amigos, incluso

novios o novias, su proyecto vital para ir a vivir a una comunidad en mitad de la selva, en un país del que no se sienten parte. Se llegan a avergonzar de su identidad indígena "no, yo no soy jacalteco, yo soy castilla".

Además recuerdan las experiencias vividas en Guatemala, "sí, recuerdo un poco nuestra huida de Guatemala, aquellos que no pudieron correr lo suficiente murieron..." y les esperan problemas como el servicio militar obligatorio.

Adultos

"me siento desesperada aquí, todo es barro y mosquitos, mis hijos están hambrientos".

Los síntomas a largo plazo de la ansiedad postraumática prevalecían en la comunidad. Antes de abandonar Guatemala la gran mayoría sufrieron experiencias traumáticas, como presenciar torturas y violaciones (Melville & Likes, 1992) Estos síntomas reviven al volver donde todo sucedió, en medio de la impunidad del ejército.

Muchos adultos afrontaron la situación traumática refugiándose en el alcohol. Esto conlleva maltratos y pobreza en las familias.

Ancianos

"en la vida estamos andando así, mi vida es tristeza. Sólo me queda esperar la muerte. La gente dice que los ancianos no valemos nada. Nada es como solía ser, ya no te respetan, no respetan lo que nuestros antepasados nos enseñaron".

La vida en la selva es extremadamente dura. Sin embargo nos sorprendió constatar que su mayor problema es que habían perdido su rol en la comunidad, el de transmisores y guardianes de sabiduría. Veían su vida carente de sentido, sin un lugar en la comunidad.

4. Intervención desde la Terapia Ocupacional

El enfoque centrado en la comunidad parte de la creencia en el potencial de las comunidades. Es muy importante el fortalecer la cohesión de la comunidad, como un factor primario de salud

mental (Garbino, Folsterby & Dubray, 1991; Allodi 1980). Además, el servicio a la comunidad y el sentimiento de pertenencia a la misma fortalece y protege a los jóvenes guatemaltecos del daño de la violencia (Bradeck, 1991). La intervención tuvo en cuenta los principios de la cosmovisión maya, y ocupaciones culturalmente significativas, terapia transcultural, y la realidad integral del ser humano, considerando su espiritualidad como aspecto esencial, terapia holística.

El Modelo de Ocupación Humana

En el subsistema volitivo se identificaron nuevos objetivos adaptados a su nueva realidad y la recuperaron los valores e

intereses propios de la cosmovisión maya. El hacerlos protagonistas de su proceso desarrolla un locus de control interno, lejos de la actitud paternalista generalmente adoptado por las ONG.

En el subsistema de habituación nuestro objetivo era el devolver a los ancianos su rol de transmisores de sabiduría, y a los jóvenes darles el rol de promotores comunitarios. Se intentó combatir los malos hábitos como el alcoholismo, en especial a nivel preventivo con los jóvenes, y facilitar el desarrollo de hábitos saludables.

El subsistema de realización fue influenciado principalmente a

través de las capacitaciones en carpintería, promotores comunitarios y de tejidos.

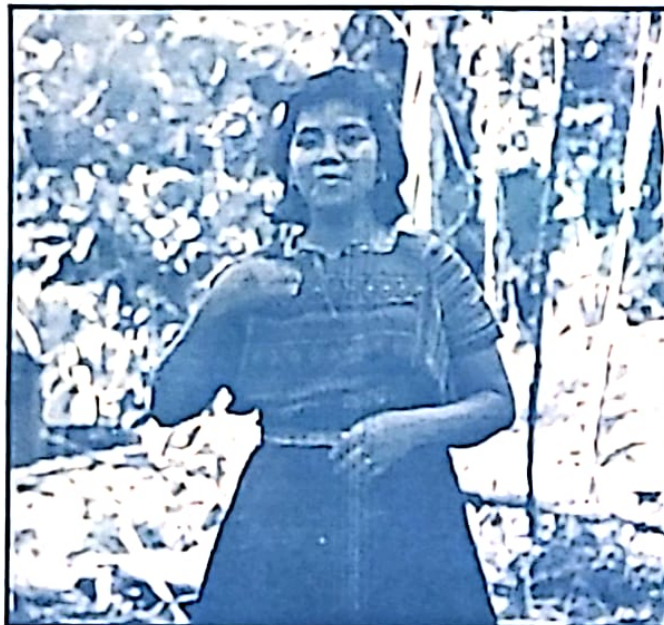
Se intervino sobre el medio ambiente económico a través de la capacitación de carpintería y tejidos. Sobre el psicológico al mejorar el status de salud mental de la comunidad. En el cultural se recuperó el ciclo cultural de la comunidad.

Principales objetivos

1. Capacitar a los jóvenes de la comunidad como promotores comunitarios.
2. Recuperar el ciclo cultural de la comunidad.
3. Desarrollar un proyecto de tejidos con la asociación de mujeres, y de carpintería con la asociación de jóvenes.

Objetivos específicos

1. Dar atención terapéutica a los niños. Recuperar su identidad cultural.



2. Trabajar indirectamente con el bienestar emocional de los jóvenes.
3. Dar atención terapéutica a la comunidad adulta.
4. Labor preventiva en relación al alcoholismo.

Intervención con los niños

Se realizaron talleres de Terapia Ocupacional, a través de la capacitación de los promotores comunitarios y de los maestros, para que ellos los desarrollaran, con la supervisión y apoyo del TO. Estos talleres están basados en el idioma de los niños, el juego, en diversas formas como: títeres, teatro, rol-play, dibujos individuales y colectivos, cuentos, collage, arcilla, leyendas y canciones. El niño desplaza sus sentimientos al títere que está manipulando o a un dibujo, se siente seguro para expresarlos de forma indirecta. Después, con la ayuda del promotor o del terapeuta, el niño debe cobrar consciencia de los sentimientos que está expresando.

Las sesiones tienen dos partes. La primera está centrada en juego libre y canciones, en la segunda se realizan los talleres de títeres, teatro... centrados en la expresión terapéutica. Es fundamental equilibrar la parte lúdica con la de expresión. La situación de juego libre es idónea para la observación clínica de los niños.

El juego permite a los niños la expresión emocional, el incrementar su autoestima y desarrollo de su creatividad.

Los talleres tenían como objetivo el prevenir el desarrollo de trastornos en los niños, facilitando un desarrollo óptimo a niños creciendo en unas difíciles circunstancias.

Creemos muy interesantes los trabajos de Violet Oaklander (1992), desde la Terapia Gestalt.

También se realizó una intervención individualizada, con el niño con parálisis cerebral. Se capacitó tanto a sus padres como a un promotor de la comunidad, en la comprensión de la enfermedad, y en cómo realizar actividades terapéuticas con el niño a partir de los materiales que se pueden encontrar en la comunidad.

Intervención con los adolescentes

Recibieron una capacitación como promotores comunitarios y de carpintería.

Durante la capacitación como promotores comunitarios se trabajó de forma indirecta con la propia problemática emocional de los adolescentes. El trabajo también se centró en la prevención del alcoholismo, a través de técnicas de rol play se introdujeron debates sobre sus consecuencias, como los malos tratos en las familias. La capacitación duró tres meses, teniendo un carácter eminentemente práctico.

De los 20 jóvenes que la iniciaron, 12 la completaron de forma

satisfactoria. Estos jóvenes no sólo pueden atender a las personas de su comunidad, sino a las personas que llegarán en los próximos retornos, ya que aúnan la experiencia personal y el conocimiento teórico.

Intervención con las mujeres

"como lágrimas de una nación que llora, es la forma en que los indígenas expresan su alegría por la naturaleza, en la vida, es la voz, de la nación maya que habla a través de su obra"

Cita sobre los tejidos mayas, Museo de San Cristobal de las Casas.

Se desarrolló un proyecto de tejidos tradicionales, a través de Ixmucané. Se trata de una ocupación significativa, al dar respuesta a su grave problemática económica y a la vez recuperar una parte tan importante de su cultura.

Además los promotores comunitarios están capacitados para dar atención terapéutica a la comunidad adulta, a través de técnicas de escucha, de relajación...

Intervención con los ancianos

"Hijos, nunca olvidéis lo que Ixpiaoc os enseñó, porque proviene de vuestros antepasados. Sino traicionaréis vuestro linaje"

Popol Vuh.

Los ancianos recuperaron su rol de transmisores de sabiduría, a través de talleres, en los que enseñaban a los jóvenes, y de visitas a la escuela de la comunidad, donde contaban leyendas mayas. Además, los promotores comunitarios cuidaban de los ancianos con mayores problemas.

Discusión

Quizá se puede resumir el pasado Congreso Mundial de Montreal de 1998 en una frase que pronunció en el mismo Anne Wilcock, *"la terapia ocupacional no es sólo sobre hacer, sino sobre llegar a ser"* (Wilcock 1998).

Por su filosofía, profundamente humanista, la TO tiene la capacidad de ver las capacidades latentes de las personas y de las comunidades. Este humanismo, unido al conocimiento teórico, la hace idónea para campos de intervención olvidados, como son los refugiados, los niños de la calle, personas sin hogar, niños explotados...

Aquí se impone una reflexión, ¿cuál es el verdadero potencial de la TO?, ¿cuál debe ser "nuestro llegar a ser"?

Los autores de este artículo creen firmemente que este llegar a ser está unido a nuevos conceptos que empiezan a resonar con fuerza en el mundo de la TO como son justicia social (Liz

Townsend, 1993), inclusión, la lucha en contra del apartheid ocupacional (Frank Kronenberg, 1999). Términos que se relacionan con el derecho inherente a todo ser humano de acceder a ocupaciones significativas, que le pongan en contacto con su potencial y le permitan su crecimiento como ser humano. La idea es hermosa, pero choca con la realidad, siendo muchos de estos colectivos que más precisan de la TO incapaces de pagar sus servicios. Aquí es donde la Terapia Ocupacional debe decidir, entre claudicar ante la presión económica, o trabajar con las poblaciones más necesitadas. Por supuesto sin olvidar los campos de intervención tradicionales.

Ejemplos concretos muestran que esta idea es posible. En 1999, terapeutas de Brasil, Méjico, España, Estados Unidos, Canadá, Suecia, Bélgica y Holanda, dirigidos por Frank Kronenberg, unieron sus esfuerzos para desarrollar una investigación sobre niños de la calle, *"Street children: being and becoming (Niños de la calle: ser y llegar a ser)"*. La Terapia Ocupacional ha probado su validez en proyectos realizados en Bosnia, Kosovo, con presos e inmigrantes en España... realizados por los miembros de la Asociación Delfín, asociación sin ánimo de lucro, cuyos fines son: expandir la TO con las poblaciones más necesitadas,

investigar en estos campos y la formación de terapeutas ocupacionales para trabajar en los mismos.

Es fascinante la labor de la Terapia Ocupacional en los llamados tercer y cuarto mundo, países en desarrollo y poblaciones marginadas de los países más desarrollados. Para ello la TO se enfrenta a un gran desafío, desde introducir estos nuevos campos en la formación de los Terapeutas Ocupacionales, desarrollar una importante labor de investigación, buscar financiación para atender a poblaciones que no pueden pagar nuestros servicios...

Los ancianos Mayas nos enseñaron que el hombre debe aportar al universo, a través de sus conocimientos y habilidades, ya sea el conocimiento de las matemáticas, de las estrellas... Creemos que como terapeutas ocupacionales, nuestra mejor forma de crear este universo, es compartir nuestros conocimientos con las poblaciones que lo necesitan.

Una cosa es clara, es mucho lo que nosotros podemos aprender a su lado. Mucho es lo que nos han enseñado los indígenas guatemaltecos, los presos de la cárcel de Zaragoza, los niños de Kosovo y Bosnia... sirva este artículo como un pequeño homenaje a todos ellos.

Referencias

- Allodi, F. (1980). *The psychiatric effects in children and families of victims of political persecution and torture*. *Danish Medical Bulletin*, 27, 229-232.
- El libro de los libros de Chilam Balam* (1979) excerpt translated by Ann Wright in Menchú, R. (1984). I, Rigorberta Menchú. translated by Ann Wright. London: Verso.
- Barry, T. (1992). *Inside Guatemala*. Albuquerque, New Mexico: The Inter-Hemispheric Education Resource Center.
- Bradeck, M. (1991). *Violence and human values in Guatemalan Youth*. Congreso Mundial de Mejico, Mejico: Congreso Mundial de Salud Mental.
- El libro de los libros de Chilam Balam*. Fondo de Cultura Economica de Mexico. 1979.
- Falla, R. (1983). *Voices of the survivors: the massacre at finca San Francisco*. Guatemala. Cambridge, MA: Cultural Survival.
- Farias, P. y Arana, M. (1991). *Aspectos psicosociales de la desnutrición infantil entre los refugiados guatemaltecos en Chiapas*. Segundo Congreso Nacional de Salud Pública, Cuernavaca. Mejico.
- Farias P. y Billings D. (1993). *The impact of Refugee Women's Social Status on Psychological Health, Child Mortality and Malnutrition*. Ponencia en el Congreso Internacional de Antropología y Ciencias Etnológicas: Desplazamiento, La Mujer y la Crisis Global, Mexico.
- Frankl, V. E. (1968). *Man's search for meaning: An introduction to logotherapy* (I. Lasch, Trans). Boston: Beacon Press (Trabajo original publicado en 1964).
- Kronenberg, Frank. 1999. Tesis doctoral: *Street children: being and becoming*. En proceso de publicación.
- Garbino, J., Kostelny, K., & Dubrow, N. (1991). *No place to be a child*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Melville M. & Lykes, B. (1992). *Guatemalan Indian children and the sociocultural effects of government-sponsored terrorism*. *Social Science & Medicine* 34, 33-48.
- Miller, K.E. (1996). *The effects of state terrorism on children*. *Child Development*, 67, 89-106.
- Miller, K.E., & Billings, D.L. (1994). *Playing to grow: A primary mental health intervention with Guatemalan refugee children*. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64, 346.
- Popol Vuh, *El libro sagrado de los mayas*. Oasis Mexico. 1977.
- Tousend, L. *Occupational therapy's social vision*. *CJOT* 60(4), pag 174-185.
- Wilcock, A. *Reflections on doing, being and becoming*. *CJOT*, 65(5), pag 248-256.



Felicitaciones I

Tal vez podamos empezar esta líneas citando las estrofas del conocido tango "Volver ya que "veinte años", parecen no ser nada", pero en este caso "veinte años" es mucho y de eso se trata, de poder compartir con los lectores de este medio un aniversario.

El próximo 16 de Julio se cumplen veinte años de trabajo en el Hospital Borda de la T.O. Sara Daneri, "Sarita" para los que tanto dentro de la Institución como fuera de ella la conocen. Tal vez pueda pensarse sobre cual sería la singularidad de este hecho. Intentaremos explicarlo...

En el año 1980, cuando Sara llega al Hospital (le precedieron otros terapistas ocupacionales que realizaron distintas experiencias en diferentes servicios, pero no se incorporaron) se incluye como profesional de planta del Servicio N° 48 de Terapia Ocupacional, es a partir de esto que empieza a gestarse otra historia. Delinea un proyecto de constitución de un Servicio de Terapia Ocupacional, ya

que hasta ese momento se imponía el concepto de "Laborterapia", manejado por técnicos idóneos.

Desde allí inició los pequeños cambios cotidianos, en la organización, en la articulación con los otros profesionales y la población, la incorporación de alumnos de práctica clínica, la presentación de trabajos...

De a poco fue gestando las transformaciones que vinieron de la mano de la incorporación de nuevos profesionales hasta llegar al plantel actual, que sumaron sus aportes de distintas formas contribuyendo al desarrollo del Servicio como hoy se lo conoce.

Hasta aquí, de algún modo la historia en breve síntesis, pero lo que nos gustaría resaltar es la actitud generosa de Sara en permitirnos y permitir a otros colegas sumarse a este proyecto, de posibilitar el desarrollo de aquellas iniciativas profesionales acompañando y apoyando con entusiasmo en lo cotidiano a la práctica.

Para quienes no comparten este espacio de trabajo conocerán algunas de sus múltiples inserciones en el ámbito de la Terapia Ocupacional: en la docencia, lo científico, lo gremial, en lo que Sara ha volcado sus inquietudes, su compromiso de trabajo, destacándose.

La historia a veces parece ser más proclive a relatar los sucesos cuando han dejado de tener vigencia y a reconocer a los actores de los mismo, cuando dejaron de serlo, es por eso que escribimos hoy para marcar este hito, como parte de un recorrido que continua y al que nos hemos sumado hace ya un tiempo.

Para Sara, quien ha logrado demostrar y transmitir que la historia se construye con la fuerza y la impronta de los hechos, vaya nuestro afecto y reconocimiento hacia ella, el que compartimos con aquellos otros que así lo consideren.

(T.O. Marcela Capozzo
T.O. Elizabeth Gómez Mengelberg)

Felicitaciones II

En la Universidad Nacional de Mar del Plata se desarrolló, durante el mes de abril, la Asamblea Universitaria, máximo órgano de gobierno tripartito. Durante la misma se realizó la elección del nuevo Rector y autoridades. La mayoría de votos fueron para el Dr. D'Aleo, proveniente de la Facultad de Ciencias Exactas, quien fue elegido como el nuevo Rector de dicha Universidad.

Entre las nuevas autoridades que conformarán el equipo que acompaña al rector se encuentra nuestra colega, la T.O. Paula Mantero, quien se desempeñará como Secretaria de Extensión Univeritaria de la UNMDP. Creyendo que Paula podrá llevar a cabo con idoneidad esta tarea, queremos extender nuestra felicitación a los demás integrantes de la nueva gestión, como también sentirnos orgullosos porque una colega llegue a niveles de ejecución, a través de medios democraticos que sostienen los principios de la Universidad Reformista.

Felicitaciones III

La Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial (WARP) fue creada en Francia, en octubre de 1986, ha desarrollado una estructura y organización según la modalidad de la OMS, y actualmente cuenta con representantes de Secretarías Nacionales en alrededor de 80 países con sede permanente en Hamburgo. Prameshavara Deva (Malasia) y Benedetto Saraceno (Italia) quienes fueron fundadores y presidentes de la WARP se encuentran desempeñando funciones en la OMS.

Se realizan Congresos Mundiales cada dos o tres años donde representantes de distintos países y regiones del mundo intercambian experiencias y programas sociales y/o de salud para personas con trastornos psíquicos severos.

En Argentina, la Secretaría Nacional se encontraba sin coordinación desde aproximadamente dos años atrás. En este encuentro, la Secretaria de la Región de las Américas Rosalba Bueno Osawa (México) y la actual Vicepresidenta de la WARP Ana Pitta (Brasil) designaron para tal tarea a la colega Liliana Paganizzi, quien asumió la responsabilidad de organizar una comisión de trabajo para la promoción y reconocimiento de los programas actuales de Rehabilitación Psicosocial.

(T.O. Elizabeth Gómez Mengelberg)

IMOS

Los afiliados al IMOS, a diferencia de los de otras Obras Sociales, permanecen hasta ahora "cautivos" del Instituto. Las autoridades de éste alegan que no se trata de una Obra Social (a pesar de que cobran las deducciones que por ley corresponden a éstas), denegando así a sus afiliados el derecho a elegir su cobertura. Un grupo de casi 100 profesionales del Hospital Pedro de Elizalde realizó un reclamo judicial, obteniendo una medida cautelar dictada por el Juez Nacional en lo Civil Dr. Crespo que los habilita a elegir su Obra Social. Dado que muchos afiliados consideran que los servicios del Instituto son deficientes, la Asociación de Médicos Municipales y la Federación de Profesionales de la Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires han iniciado la presentación de recursos de amparo, por la violación de derechos constitucionales de igualdad ante la ley e incumplimiento de la Ley 23661 y la Ley Básica de Salud. Quienes quieran realizar el reclamo deben acercarse a las Asociaciones Profesionales.

Hospital Tornú

Se han inaugurado las nuevas instalaciones del Hospital de Día del Hospital General de Agudos "Enrique Tornú", del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. La T.O. Graciela Warschavsky, a cargo

de la Coordinación, informa que este Servicio atiende de lunes a viernes, de 9 a 12,30. Los turnos para admisión pueden solicitarse al 4521-1236 / 3600 / 1451 int. 198, de 7,30 a 12,30.

Comisión de Egresados de la ENTO

La Comisión de Egresados que ha trabajado en relación a la Homologación del título en la Universidad Nacional de General San Martín, comenzó a trabajar en Agosto de 1998. La tarea realizada transitó por diversos caminos, desde la posibilidad de homologación hasta finalmente llegar al Ciclo de Complementación Curricular para la Licenciatura en Terapia Ocupacional, que se inició el 18 de abril próximo pasado.

Desde el inicio de las tratativas con las autoridades de la Universidad, se planteó la preocupación en relación a la organización de la Licenciatura para todos los egresados de la ENTO.

El actual ciclo tal como se desarrolla, limita la posibilidad de inclusión de los egresados que residen en el interior del país, y el cupo no alcanza a cubrir la demanda actual.

Esta Comisión celebra haber logrado esta posibilidad tan anhelada de acceder al reconocimiento universitario. Mantenemos el compromiso de continuar la tarea iniciada, trabajando hoy para aquellos que hoy no pueden sumarse a este Ciclo. Queremos transmitir que los espacios que manteníamos de Comunicación quedan abiertos para recibir sugerencias, ideas, aportes en relación a la continuidad de nuestra tarea. *(Comisión de Homologación Egresados de la ENTO)*

Unqui

En agosto de 2000 se abre, con modalidad virtual, el Curso de Nivelación Académica para la Licenciatura de Terapia Ocupacional

Comunicarnos para Entendernos

Los usuarios, familiares de usuarios, técnicos y profesionales provenientes de los países de América latina y de la Península Ibérica, participantes de este séptimo congreso de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial "París 2000", autoconvocados a dar opinión sobre aspectos inadecuados en el desarrollo el congreso, vienen a plantear lo siguiente:

1- Su enérgica crítica al hecho de que no se haya considerado el idioma español como idioma oficial del congreso. Pensamos que criterios económicos, sin duda importantes, se han sobrepuesto sin embargo a criterios de fundamental importancia, como lo son el de la aceptación de la diversidad cultural y la equidad básica en las posibilidades de participación para cada uno de aquellos que en él trabajan.

2- Declaramos, además, que ello constituye un engaño, o el producto de una publicidad engañosa ya que se variaron los criterios originales de contar con tres idiomas oficiales para el desarrollo de este evento.

3- Las representaciones de usuario, familiares, técnicos y profesionales de Latinoamérica y de la Península ibérica aquí presentes - hispano y lusitano hablantes- manifestamos ante esta plenaria nuestra demanda enérgica para que el próximo congreso mundial de la Asociación, a realizarse en Estados Unidos de Norteamérica, rectifique en la forma y en el fondo los errores graves que en el congreso París 2000 se han presentado y aquí denunciamos.

4- Quienes firman esta demanda manifiesta además su voluntad de fortalecer la presencia latinoamericana en este tipo de eventos a la vez que acordar con las representaciones de España y Portugal formas de trabajo conjunto que permitan una más adecuada representación de nuestras demandas ante la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial y ante la Organización Mundial de la Salud.

París, mayo del 2000

París fue y será una fiesta

Del 7 al 10 de mayo de 2000, se llevó a cabo en París, en La Villete, Ciudad de las Ciencias y de la Industria, el VII Congreso Mundial de Rehabilitación Psicosocial (WARP).

El lema del Congreso fue "La Rehabilitación Psicosocial: promover la diversidad y preservar la equidad", título más que convocante que motivó en algunos de nosotros la inquietud por asistir y a otros entre las que me incluyo, conjuntamente con mi amiga y colega Marcela Capozzo a presentar dos de nuestros trabajos, "La dimensión subjetiva de las actividades de la vida diaria" y "Un taller Ocupacional". En las comunicaciones preliminares se promocionaba la traducción simultánea en los tres idiomas oficiales del congreso francés, inglés y español de las conferencias centrales, y las cuestiones a tratar eran las siguientes:

- ¿Cuáles son los diferentes enfoques de la rehabilitación en el mundo?
- ¿Cómo permiten, dichas metodologías, aliviar el sufrimiento y contribuir a una eventual curación?
- ¿Cómo mejorar la integración en los sectores del empleo, de la vivienda, de las relaciones sociales, de la vida cotidiana y del acceso a la cultura.
- ¿Cómo articular rehabilitación psicosocial y tratamientos biológicos y psicoterapéuticos?
- ¿Cómo deben reaccionar usuarios, profesionales, familias y políticos, cuando se trata de sobrepasar la ruptura que separa a un lado "a los que producen", y al otro lado "a los que escuchan"?
- ¿Qué acciones y qué servicios pueden desarrollar los mismos usuarios, para ayudar

a la integración de los sujetos en los sectores del empleo, de la vivienda y de las relaciones sociales?

A un grupo de argentinos se nos aceptaron los trabajos y nos hicimos presente con nueve comunicaciones, del sector estatal, del hospital Borda seis trabajos, luego Curaduría de alienados de La Plata, el área de rehabilitación de Melchor Romero, el plan Materno Infantil del Ministerio de Salud y un trabajo del sector privado.

Tuvimos la alegría de reencontrarnos con T.O. brasileñas como Fátima Correa Oliver, Denis Dos Barrios y conocer a otras nuevas colegas, como así también T.O. de Chile y de España, utilizo el plural ya que la Lic. Liliana Paganizzi y la T.O. Marta Doermer fueron de la partida. Se inscribieron 1600 personas, se presentaron 1000 trabajos, se aprobaron 460 trabajos libres, luego se realizaron conferencias centrales, pósters, exposiciones de arte, tuvieron representados 64 países del mundo.

La organización del Congreso fue óptima pero se vio opacada por la inexistencia de la traducción al español de las conferencias centrales, esto motivó más aun el agrupamiento de los representantes latinoamericanos (argentinos, brasileños, chilenos, mexicanos, uruguayos) a los que se sumaron los españoles. Se elaboró un documento que fue leído en el cierre del Congreso por la Vicepresidenta de la WARP; Ana María Fernandes y Ana Pita en español, inglés y francés (ver página 34 Comunicarnos...) No obstante estuvo presente la voluntad de comunicarnos e

intercambiar experiencias a los que se sumaron distintos compañeros de países como Italia, Francia, Bélgica, etc., cada uno de nosotros realizó el esfuerzo necesario para traducir y estar presente en distintas comunicaciones.

Una de las temáticas recurrentes fue la preocupación de la calidad de vida del usuario, poder evaluarla para intervenir más eficazmente, integrar a los familiares de los usuarios. ¿Cómo mejorar la calidad de vida? ¿Cuáles y cómo definir las estructuras de cuidado que son necesarias? ¿Cuál es el rol del hospital en estos dispositivos? La aparición de la rehabilitación psicosocial está en relación con la presencia de la comunidad de pacientes que no poseen los recursos personales o las condiciones objetivas que puedan permitirles una vida autónoma. La rehabilitación implica la articulación de la atención sanitaria dependiendo de la realidad de la situación legislativa y social. Sus objetivos deben sobrepasar el nivel de intervenciones centradas en la persona para intentar actuar sobre el mundo. Desgraciadamente, en muchos países, la separación existente entre el campo terapéutico y el campo social sigue siendo alarmante. Debemos crear espacios que permitan a los pacientes el conservar el dominio de sus vidas y construir una vida cotidiana satisfactoria. Lo más novedoso resulta ser la continuidad- no sin dificultades- de los proyectos relacionados con la desinstitutionalización y las intervenciones en rehabilitación psicosocial, germen para los nuevos y variados proyectos que se presentaron.

(T.O. Elizabeth Gomez Mengelberg)

Fechas para recordar

8 de septiembre: *Día Internacional de la Alfabetización*
 Tercer martes de septiembre: *Día Internacional de la Paz*
 1º de octubre: *Día Internacional de las Personas de Edad*
 Primer lunes de octubre: *Día Mundial del Hábitat*
 Segundo miércoles de octubre: *Día Internacional para la Reducción de los Desastres Naturales*
 16 de octubre: *Día Mundial de la Alimentación*
 17 de octubre: *Día Int. para la Erradicación de la Pobreza*

24 de octubre: *Día de las Naciones Unidas*
 24 al 30 de octubre: *Semana del Desarme*
 20 de noviembre: *Día Universal del Niño*
 11 de diciembre: *Día Mundial de la Lucha contra el SIDA*
 2 de diciembre: *Día Int. de la Abolición de la Esclavitud*
 3 de diciembre: *Día Int. de las Personas con Discapacidad*
 10 de diciembre: *Día de los Derechos Humanos*
 29 de diciembre: *Día Internacional de la Diversidad Biológica*

AATO

Agosto 2000 - Elecciones AATO

La AATO convoca a la presentación de listas para cubrir los cargos de Comisión Directiva y Comisión Revisora de Cuentas para la próxima elección a realizarse el día 18 de agosto de 2000. Las mismas deberán presentarse en la sede de la AATO para la evaluación de la Junta Electoral hasta el día 28 de julio de 2000. Para mayor información acerca de los requisitos consultar en la AATO. El padrón electoral cierra el 2 de julio de 2000.

Av. Corrientes 1186 5to. F Capital.

Telefax: 011 4382 4070

Informes: Lunes a jueves de 19 hs. a 21 hs.

Viernes de 9 hs. a 12 hs.

Participe en las Comisiones de trabajo:

Ejercicio Profesional: 1er. Miércoles de cada mes

Educación / Biblioteca y Publicaciones: 2do. martes de cada mes

Tiempo Libre / Promoción: 3er. Miércoles de cada mes

Nueva Comisión: Gerontología (día a confirmar)

AMTO

El 31 de Mayo se ha renovado la Comisión Directiva de la AMTO. Esta Asociación se encuentra trabajando intensamente, en especial en las Comisiones de Ejercicio Profesional y Geriátrica.

A su vez, se encuentran abocados en la organización del II Congreso Argentino de T.O. Pedriátrica (ver agenda).

Acérquese para recibir información y participar en:

Falucho 3369 - Mar del Plata- Bs As

Telefax 0223 492 2640

E-mail: amto@arnet.com.ar

AETO

Se continua trabajando en Comisiones, entre ellas Asuntos Legales, Científica, Difusión.

Casilla de Correo 41

Correo central

(3100) Paraná Entre Ríos

Recibimos en
nuestra redacción:

- Boletín n° 18 (Marzo 2000) Servicio de Rehabilitación y Promoción de la Persona con Discapacidad
- Boletín de la AATO (Abril 2000)
- Boletín Informativo AETO Año 1 N° 2 (Noviembre /Diciembre 1999)
- Boletín Informativo AETO Año 2 N° 3 (Marzo/Abril 2000)
- Vivir con la Enfermedad de Parkinson. Dr. Micheli. Ed. Médica Panamericana

Últimas noticias de Paraná

El conflicto laboral en la Provincia de Entre Ríos, que informamos en el Contrapunto de nuestro número anterior, no ha logrado aún una resolución definitiva. Nuestra colega Natalia Yujnovsky ha informado a nuestra redacción que el 1/3/00 se reincorporó a los antes contratados por el Decreto 3814 a través de un nuevo contrato por un mes. Ese nuevo contrato impone el doble de carga horaria del anterior (7 horas diarias) con una remuneración \$100 menor. La información que recibieron los contratados es que ese contrato se renovó automáticamente por otros tres meses pero, hasta el 17/5, aún no habían percibido la remuneración de abril.

La firma del contrato implicó la aceptación de la Comisión Evaluadora, creada por el gobierno de Montiel para decidir quiénes serán incorporados en planta y quiénes quedarán definitivamente excluidos. Los que eligieron presentar un recurso de amparo -en el caso del Hospital Roballos, cuatro profesionales- no fueron recontratados y aún se encuentran a la espera de la decisión judicial.

Yujnovsky nos transmitió, además, la preocupación de los profesionales de salud mental por la falta de políticas claras para el área, razón por la cual el Colegio de Psicólogos de la Provincia de Entre Ríos planea la realización de unas Jornadas de Políticas en Salud Mental para el próximo mes de julio.

Fecha de cierre de la
próxima edición: 10 de agosto

Redacción: Gral. Lucio Mansilla 2665
Capital Federal
Tel. (54 11) 4962 1101 / 4786 6833
Fax (54 11) 4785 4085
E-mail: wernich@arnet.com.ar
E-mail: contemon@arnet.com.ar

Encuentros

y otros acontecimientos

NACIONALES

Maestría en Salud Mental Comunitaria

Informes: Universidad de Lanús.
29 de septiembre 3901
Remedios de Escalada. Bs. As.
Telefax (011) 4202 3634/2681

Junio - noviembre Taller de Metodología de la Investigación

Organiza: Hospital Infanto Juvenil
"Dra. Carolina Tobar García"
Informes: (011) 4305 5880

3 de junio Entrenamiento en silla de ruedas

Organiza: Paractiva
Informes: Thames 2110 Iero. E
Cap. Fed. - Tel/Fax (011) 4776 2626
E-mail: paractiva@house.com.ar

10 y 11 de junio Hemipléjicos II

Organiza: Paractiva
Informes: Thames 2110 Iero. E
Cap. Fed. - Tel/Fax (011) 4776 2626
E-mail: paractiva@house.com.ar

17 de junio Trastornos alimenticios

Organiza: Paractiva
Informes: Thames 2110 Iero. E Cap.
Fed. - Tel/Fax (011) 4776 2626
E-mail: paractiva@house.com.ar

23 y 24 de junio Equitación Terapéutica

Organiza: Paractiva
Informes: Thames 2110 Iero. E
Capital Federal
Tel/Fax (011) 4776 2626
E-mail: paractiva@house.com.ar

23 y 24 de junio Jornadas de Educación Temprana (0 a 5 años) Educación Temprana, Educación Postergada

Organiza: Asociación Internacional de Educación para la Infancia
Sede: Salguero 1244, Capital Federal
Informes: Billinghamurst 2349
2do. piso, dpto. E, (1425), Cap. Fed.
Tel. (011) 4804 3037

26 al 30 de junio Congreso Internacional sobre Habilitación Neuropediátrica

Informes: Av. Chenaut 1991, (1426), Capital Federal
Telefax. (011) 4777 2950
E-mail: exire@ciudad.com.ar
info@exire.com.ar
Web: www.neuropedhab.org.ar

28 y 29 de junio IX Seminario Internacional de Cuidados Intensivos Neonatales

Organiza: Fundación para el Recién Nacido
Informes: (011) 4372 3612

9 y 10 de julio Neurohabilitación Pediátrica

Organiza: Paractiva
Informes: Thames 2110 Iero. E
Cap. Fed. - Tel/Fax (011) 4776 2626
E-mail: paractiva@house.com.ar

17 al 21 de julio Curso de Invierno

Organiza: Paractiva
Informes: Thames 2110 Iero. E
Cap. Fed. - Tel/Fax (011) 4776 2626
E-mail: paractiva@house.com.ar

Agosto - Septiembre Seminario Salud Mental:

el cuerpo en la clínica

Organiza: Hospital Infanto Juvenil
"Dra. Carolina Tobar García"
Informes: (011) 4305 5880

9 de agosto al 8 de noviembre Cirugía y Rehabilitación

Organiza: Cetred
Informes: Avellaneda 1235,
(1405), Capital Federal
Tel.: (011) 4433 2232

12 y 13 de agosto Parapéjicos I

Organiza: Paractiva
Informes: Thames 2110 Iero. E
Cap. Fed. - Tel/Fax (011) 4776 2626
E-mail: paractiva@house.com.ar

14 de agosto Grupos de estudio III

Organiza: Paractiva
Informes: Thames 2110 Iero. E
Cap. Fed. - Tel/Fax (011) 4776 2626
E-mail: paractiva@house.com.ar

19 y 20 de agosto Hemipléjicos II

Organiza: Paractiva
Informes: Thames 2110 Iero. E
Cap. Fed. - Tel/Fax (011) 4776 2626
E-mail: paractiva@house.com.ar

26 de agosto Trastorno del lenguaje

Organiza: Paractiva
Informes: Thames 2110 Iero. E
Cap. Fed. - Tel/Fax (011) 4776 2626
E-mail: paractiva@house.com.ar

24 al 27 de agosto Solidaria 2000

3a. Exposición de Cooperativas y Mutuales Mercosur Argentina

Organiza: Colegio de Graduados en Cooperativismo y Mutualismo de la República Argentina
Sede: Centro de Exposiciones del Gobierno de la Cdad. de Bs. As.
Informes: (011) 4305 7192

1 y 2 de septiembre
Jornadas Educativas (6 a 12 años)
Infancia: etapa vulnerable, razones y propuestas
Organiza: Asociación Internacional de Educación para la Infancia
Sede: Salguero 1244
Capital Federal
Informes: Billinghamurst 2349
2do. piso, dpto. E. (1425), Cap. Fed.
Tel. (011) 4804 3037

2 y 3 de septiembre
Función Manual I
Organiza: Paractiva
Informes: Thames 2110 Iero. E
Capital Federal
Tel/Fax (011) 4776 2626
E-mail: paractiva@house.com.ar

4 y 5 de septiembre
II Congreso Argentino de Neuropsiquiatría
III Jornadas de Alzheimer y otros trastornos cognitivos
Organiza: Asociación Neuropsiquiátrica Argentina
Sede: Salguero 2686
Capital Federal
Informes: Telefax. (011) 4225 0499 / 4249 8645
E-mail: neuropsiquiatria@ciudad.com.ar

4 y 5 de septiembre
Encuentro sobre Aspectos Médicos y Neurológicos en Síndrome de Down
Organiza: Asociación Síndrome de Down de la República Argentina
Informes: Uriarte 2011
Capital Federal
Tel. (011) 4771 2214
E-mail: asdra@mail.com

7 y 8 de septiembre
IX Jornadas de Terapia Ocupacional
"Perspectivas sociales y económicas de la desinstitucionalización"
Organiza: Servicio N° 48 de Terapia Ocupacional del Hospital Borda
Sede: Aula Magna del Hospital
Informes: Tel (011) 4521 2455 / 4636 3743

7 al 9 de septiembre
II Congreso Internacional de Educación Especial
Organiza: Universidad de Cuyo
Informes: Sobremonte 81, Mendoza
Telefax. (0261) 429 2292
E-Mail: feeye@raiz.uncu.edu.ar

9 y 10 de septiembre
Parapléjicos II
Organiza: Paractiva
Informes: Thames 2110 Iero. E
Cap. Fed. -Tel/Fax (011) 4776 2626
E-mail: paractiva@house.com.ar

14 de septiembre
Colapso Narcisista y Vulnerabilidad Psicósomática en un Paciente con Psoriasis Artrítica
Organiza: Instituto Psicósomático de Buenos Aires
Informes: Av. Córdoba 4580, Cap. Fed.
Telefax. (54 11) 4775 1673
E-mail: ipba@ciudad.com.ar

16 de septiembre
Estrategias Terapéuticas en Neurorehabilitación
Organiza: Paractiva
Informes: Thames 2110 Iero. E
Cap. Fed. -Tel/Fax (011) 4776 2626
E-mail: paractiva@house.com.ar

17 al 21 de septiembre
5th Global Conference On Ageing
Organiza: Pharmaconsult Argentina S.A.
Sede: Mar del Plata, Argentina
Informes: Gral. R. Freire 695 Iero. C (1426 AVM), Buenos Aires

Tel. (011) 4553 3311
Fax. (011) 4554 3395
E-mail:pharmaconsult@interlink.com.ar

21 al 23 de septiembre
III Congreso de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires - Las Psicosis: Teorías, Prácticas y Estrategias
Organiza: Secretaría de Salud del Gobierno de la Cdad. de Bs. As.
Sede: Centro Cultural General San Martín, Capital Federal
Informes: Tel. (011) 4323 8000

21 al 24 de septiembre
Primer Encuentro Latinoamericano de lo corporal: Des-cubriéndonos cuerpo americanos
Organiza: Movimiento de Trabajadores e Investigadores Corporales para la Salud
Informes: Mansilla 3358
9no. piso, dpto. B. (1425), Cap. Federal
Tel.: (011) 4963 3126
E-mail: motrics@interlink.com.ar

23 de septiembre
Encuentro Nacional La Salud Mental en la Argentina Año 2000
Organiza: Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Bs. As.
Informes: (011) 4323 8000

27 al 29 de septiembre
IV Congreso Internacional de Medicina del Trabajo, Higiene y Seguridad
Organiza: AMA
Sede: Sarmiento 1867
Capital Federal
Informes: Tel (011) 4767 7575 int. 37 (9 a 17 hs)

30 de septiembre
Entrenamiento en sillas de ruedas
Organiza: Paractiva
Informes: Thames 2110 Iero. E
Capital Federal
Tel/Fax (011) 4776 2626
E-mail: paractiva@house.com.ar

5 al 8 de octubre

XXV Congreso Argentino de Reumatología

Organiza: Sociedad Argentina de Reumatología

Sede: Córdoba, Argentina

Informes: Austria 2469 7mo. piso, dpto. A, (1425), Capital Federal

Tel: (011) 4801 3306 / 4802 6618

E-mail: sar@connmed.com.ar

17 y 18 de noviembre

II Simposio Argentino de Terapia Ocupacional Pediátrica

Organiza: AMTO

Informes: Falucho 3369 Mar del Plata

Telefax: (0225) 492 2640

E-mail: amto@arnet.com.ar

18 al 21 de octubre

VII Congreso Internacional de Psiquiatría

Organiza: AAP -Sede: Capital Federal

Informes: Telefax: (011) 4303 3796

E-mail: aap@drwebsa.com.ar

19 de octubre

Proceso de cura en los Trastornos Psicosomáticos

Organiza: Instituto Psicosomático de

Buenos Aires

Informes: Av. Córdoba 4580

Cap. Fed.

Telefax: (011) 4775 1673

E-mail: ipba@ciudad.com.ar

25 al 28 de octubre

IV Semana de la Terapia Ocupacional

Sede: UNMDP

Informes: Centro de Estudiantes de Ciencias de la Salud y Trabajo Social - Funes 3350 Cuerpo I Nivel 4

Mar del Plata, Pcia. de Buenos Aires

Telefax: (0223) 475 2442

28 y 29 de octubre

Integración Sensoriomotora y Habilitación Funcional

Organiza: Paractiva

Informes: Thames 2110 Iero. E

Cap. Fed. -Tel/Fax (011) 4776 2626

E-mail: paractiva@house.com.ar

4 y 5 de noviembre

Función manual II

Organiza: Paractiva

Informes: Thames 2110 Iero. E

Cap. Fed. -Tel/Fax (011) 4776 2626

E-mail: paractiva@house.com.ar

11 de noviembre

Foro Nacional de Terapia Ocupacional

Organiza: Materia Prima

Sede: De Valle Iberlucea 1151 Capital

Informes: Tel (011) 4962 1101/

4786 6833 -Fax (011) 4786 4085

E-mail: wernich@arnet.com.ar

INTERNACIONALES

9 al 13 de julio

19th Congreso Internacional de Educación del Sordo

Sede: Australia

Informes: ICED 2000 Congress

Secretariat GPO Box 128- Sidney NSW 2001

Tel. (61 2) 92622277

Fax. (61 2) 92623135

E-mail: iced2000@tourhosts.com.au

13 al 16 de julio

I Congreso Chileno IV Congreso Latinoamericano de T.O. "Tiempo para innovar"

Sede: Santiago de Chile

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 _____ Graduado en _____ Año _____
 Institución _____ Dirección _____ Tel. _____
 Solicito suscribirme a la revista "Materia Prima" por _____ número/s
 Quiero recibirla desde el número..... (sujeto a existencias)
 Importe \$ _____ Giro _____
 Fecha:/...../.....

 Firma y Aclaración

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

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

Informes: Sra. Luisa Martínez Orrego
Luco 023 - Providencia
Santiago de Chile
Tel. (56 2) 3368165
Fax (56 2) 2332996
E-mail: lmartinez@tajamar.cl

24 al 28 de julio
Congreso Internacional de Educación Especial (ISEC2000)
Organiza: Universidad de Manchester, Inglaterra
Informes: Fax. 44 161 1942 68 1700
E-mail: isec@man.ac.uk

1 al 6 de agosto
XI Congreso Mundial de la Asociación "For the Scientific Study of Intellectual Disabilities" (IASSID)
Sede: Irlanda
Informes: (3539 45 525327)

27 al 29 de septiembre
ERGO 2000 - PARIS
VI Congreso Europeo de Terapia Ocupacional "Ergotherapie; Memoire et devenir"
Informes: Comisión Técnica - 12 Rue Cavenne, 69007, Lyon, Francia

Tel. (33 4 78) 61 09 09
Fax. (33 4 72) 71 81 06
E-mail: bawan@mediasites.com

2, 3 y 4 de noviembre
Simposio Internacional "Educación Temprana: un desafío del nuevo milenio"
Organiza: Asociación Internacional de Educación para la Infancia
Sede: Casa de América, Madrid, España
Informes: Billinghamurst 2349 2do. piso, Dpto. E. (1425), Capital Federal
Tel.: (54 11) 4804 3037

9 al 11 de noviembre
III Congreso Regional de Atención Temprana y Psicomotricidad
Sede: Uruguay - Informes: Canelones 2207, Montevideo, Uruguay
Telefax. (59 82) 409-5704
E-mail: psicolib@adinet.com.uy

14 al 18 de noviembre
52 Anual Congress Of The Gerontological Society Of American
Sede: Washington, USA
Informes: GSA Suite 350 1275 K Street, NW, Washington DC, 20005 -

4006 USA - Fax: 202841150
E-mail: geron@geron.org

ANTICIPOS

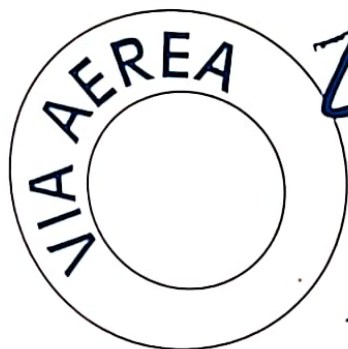
2002
Junio
XIII Congreso de la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales
Sede: Estocolmo, Suecia

2004
VIII Congreso Mundial sobre Síndrome de Down
Sede: Sudáfrica



MATERIA PRIMA

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



Buenos Aires, 26 de abril de 2000
Al Consejo Editor de la
Revista Materia Prima

*De nuestra mayor consideración:
Los abajo firmantes nos dirigimos a Uds. a
fin de solicitarles la posibilidad de publicar
en la Sección Correo de vuestra Revista la
nota que anexamos a la presente, teniendo
en cuenta el amplio alcance de esa publica-
ción en nuestro país.*

*La misma tiene por finalidad hacer público
nuestro reconocimiento a la Comisión de
Homologación que trabajó arduamente
para materializar un anhelo por muchos
años esperado por los Graduados de la
E.N.T.O.*

*Sin otro particular y agradeciendo la
atención dispensada, saludamos a Uds. con
nuestra estima de siempre.*

*T.O. Sandra Spampinato, T.O. Mónica
Sagrera, T.O. Marisa Alippi, T.O.
Daniela Testa, T.O. Sara Daneri, T.O.
Fabiana Fenoglio*

Buenos Aires, 26 de abril de 2000
A la Comisión de Homologación

De nuestra mayor consideración:
Nos es grato dirigirnos a Uds. como
graduadas de la Escuela Nacional de
Terapia Ocupacional para hacerles llegar
nuestro agradecimiento por las gestiones
que iniciaron para la homologación de
nuestros títulos académicos desde 1998.
Algunas hemos tenido oportunidad de
ver el ir y venir de las Colegas de la
Comisión en el transcurso de estos dos
años con la firme decisión de buscar el
consenso son las Autoridades de la
Universidad General de San Martín para

alcanzar el objetivo que no sólo se
habían propuesto sino también compro-
metido a llevar adelante en representa-
ción de los egresados de esa Institución
Educativa.

Seguramente muchos de nosotros
aisladamente o acompañados habremos
pensado en más de una oportunidad
cómo hacer para obtener nuestro título
universitario, ellas con su persistencia y
convicción lo lograron.

Distintas épocas y momentos políticos
atravesaron un reclamo legítimo, que se
cubrió de promesas de cada uno de los
funcionarios de turno, conjeturas,
análisis de supuestos intereses encontra-
dos, tiñeron y desviaron el objetivo en
más de una oportunidad y nuevamente a
fojas cero. Otros gobiernos, otras
esperanzas y otra vez la desilusión.

Nos preocupaba nuestro derecho a
ejercer la profesión que con vocación
habíamos elegido, vimos limitadas
nuestras posibilidades de acceder a la
capacitación de post-grado y a cargos de
conducción, restringida nuestra inclu-
sión en la carrera profesional, en síntesis
se coartaban nuestros derechos.

Así, podríamos hacer una larga lista con
cada situación que tuvimos que afrontar
en nuestros lugares de trabajo y mientras
tanto la ausencia de respuestas.

Sólo cuando nos constituimos como un
grupo profesional conciente de la
legalidad y legitimidad de sus derechos y
nos dimos nuestros propios espacios de
debate e intercambio fue viable encon-
trar una salida.

Las alternativas, las propuestas se
consolidaron a través de cada reunión
que convocó la COMISIÓN DE

HOMOLOGACIÓN, con esfuerzo pero
sin bajar los brazos, sabiendo que tal vez
el acuerdo alcanzado no conformaría a
todos los involucrados, pero con la
firmeza de seguir trabajando para dar
respuestas que a hoy no están y mejorar
las existentes.

Conocemos de su preocupación por los
Colegas del Interior, por garantizar el
acceso de todos los interesados en
homologar su título, por el nivel acadé-
mico del Ciclo de Complementación
Curricular, etc.

La extensa espera y la realidad actual nos
enseña que la participación activa y el
compromiso efectivo es el mejor camino
para la construcción de nuestra profesión,
para peticionar y ejercer nuestros dere-
chos.

Pero la oportunidad que hoy se abre a
través de ellos para nivelar el título de
grado con Colegas graduados en otros
claustros universitarios es un largo sueño
acariciado desde la creación misma de la
E.N.T.O. y debemos poner palabras a los
hechos.

A las Colegas: Marcela Capozzo, Marta
Doermer, Silvia Kleiban, Liliana Risler,
Marcela Guzmán y Adriana Slai Feinstein,
queremos hacerles llegar nuestro más
sincero reconocimiento por el tiempo,
dedicación y empeño que pusieron en
juego y por generar para TODOS los
GRADUADOS de la E.N.T.O. la
oportunidad de obtener nuestro TÍTULO
UNIVERSITARIO.

*T.O. Sandra Spampinato,
T.O. Mónica Sagrera, T.O. Sara Daneri,
T.O. Marisa Alippi, T.O. Daniela Testa,
T.O. Fabiana Fenoglio*

MATERIA PRIMA

11 de Noviembre de 2000

Foro Nacional
de Terapia
Ocupacional

Organiza
Materia Prima

Materia Prima
Gral. Lucio Mansilla 2665 - 1425 - Capital Federal