

Jornadas de Terapia Ocupacional



Hospital José T. Borda

Recopilación 1989-2000



*Generando redes para la participación
y el crecimiento colectivo*

COMPILADORES

Capozzo Marcela / Testa Daniela / Spampinato Sandra / Gómez Mengelberg Elisabeth / Ortega Patricia /
Doermer Marta / Bordoni María Flavia / Álvarez Rosana / Andrade Araceli / Guzmán Marcela / Ortega Soledad

Jornadas de Terapia Ocupacional: Hospital José T. Borda Recopilación 1989-2000/
Marcela Capozzo ... [et al.]; compilación de Marcela Capozzo... [et al.]. - 1ª ed. -
Ciudad Autónoma de Buenos Aires: AATO-Asociación Argentina de Terapistas
Ocupacionales, 2023.
Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online
ISBN 978-631-90089-2-0

1. Salud Mental. 2. Jornadas. 3. Terapia Ocupacional. I. Capozzo, Marcela, comp.
CDD 362.20407

© Editorial AATO 2023
Buenos Aires, Argentina

ASOCIACIÓN ARGENTINA DE TERAPISTAS OCUPACIONALES
Libertad 370 3º B (1012) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina - Tel. 4382-4070
asocato@gmail.com – www.terapia-ocupacional.org.ar

Agosto 2023

Hecho el depósito que previene la ley 11.723

Diseño de portada e interior: Marcela Rossi.

Compiladores:

Capozzo Marcela, Testa Daniela, Spampinato Sandra, Gómez Mengelberg Elisabeth, Ortega Patricia,
Doermer Marta, Bordoni María Flavia, Álvarez Rosana, Andrade Araceli, Guzmán Marcela, Ortega Soledad.

Colaboradores:

Daneri Sara, Toscano Victoria, Destuet Silvia, Naess Norma, Sagrera Mónica, Goldestein Bárbara, Manghi
Mirta, Liliana Paganizzi, Narváez Silvia.

Integrantes del equipo del Hospital José T. Borda que participaron de la organización de las Jornadas:

Alippi Marisa, Álvarez Rosana, Andrade Araceli, Blanco Silvia, Bordoni, María Flavia, Capozzo Marcela, Daneri
Sara, Di Sciascio Mirta, Doermer Marta, Fenoglio Fabiana, Giménez Marcela, Goldestein Bárbara, Gómez
Mengelberg Elisabeth, Guzmán Marcela, Manghi Mirta, Momenti Susana, Narváez Silvia, Ortega Patricia,
Ortega Soledad, Risler Liliana, Sagrera Mónica, Slaifstein Adriana, Spampinato Sandra, Testa Daniela, Urruti
María Antonia, Varela Alejandra.

**Integrantes del equipo del Hospital Carolina Tobar García que participaron de la organización de las
Jornadas:**

Castro Ares Alejandra, Palma Carlos, Re Viviana.

Índice

Presentación. Equipo del Servicio de Terapia Ocupacional del Hospital José T. Borda	6
Prólogo General. Sara Daneri	7
Primeras Jornadas – Septiembre de 1989	9
Prólogo. Sara Daneri y Victoria Toscano	10
Trabajos Libres	11
La Ocupación y la Cultura, algunas reflexiones. Marcela Capozzo, Sara Daneri y Elisabeth Gómez Mengelberg.	11
El caso de la bufanda. Hebe Fuks y Liliana Videla	12
Enfoques sobre sexualidad y anticoncepción en Hospital de Día. María de los Ángeles Torrilla y Margarita Villagómez	14
Desde Terapia Ocupacional. Liliana Paganizzi	17
Situaciones clínicas y su abordaje en Terapia Ocupacional. Marcela Capozzo, Sara Daneri y Elisabeth Gómez Mengelberg	20
Relator Invitado/Expositor	23
Equipo Interdisciplinario del Taller de Salida Laboral del Hospital Nacional Dr. José T. Borda. Alfonso Gutiérrez Reto, Adriana Álvarez, Silvina Diz, Marcela Capozzo, María Antonia Urruti y Mónica Sagrera	23
Programa	26
Segundas Jornadas – Septiembre 1990	27
Prólogo. Elisabeth Gómez Mengelberg y Marcela Capozzo.	28
Trabajos Libres	30
El atrevimiento de una utopía. Trabajo comunitario Barrio “Catalinas Sur”. Patricia Regueiro, Luisa Callau, Marcela Falco, Graciela Constantini, Alejandro Francia, Alejandra Curatela y Marcela Giménez	30
La perspectiva Antropológica. Su articulación con Terapia Ocupacional. Marcela Capozzo y Silvia Kleiban ...	46
Taller de prensa. Carlos Alejandro Palma	48
Grupos de Estudio. Metodología de Trabajo. Liliana Paganizzi.	50
Un desafío para la Terapia Ocupacional. Rosana Losavio	54
Relator Invitado/Expositor	56
Relato de una experiencia interdisciplinaria en Hospital de Día del Hospital Nacional José T. Borda. Juan José Donadio, Marcela Montes, Adriana Slaifstein y Sergio Pérez.	56
Interconsulta en Psicopatología. Una experiencia interdisciplinaria. Silvia Kleiban y Claudia Schiavo.	60
Programa	66
Terceras Jornadas – Octubre 1992	67
Prólogo. Silvia Destuet.	68
Trabajos libres	70
Rol del Terapeuta Ocupacional en Jardines Maternales. María Inés Lanfranchi.	70
Algunos interrogantes sobre la creación y la subjetividad, referidos a la experiencia de un taller de expresión, con adolescentes internados, en el ámbito hospitalario de la Salud Mental. Patricia Álvarez, Silvia Fernández, Laura Lerer ..	72
Vejez: el espejo de los miedos. Magali Risiga y María Inés Esteve	75
Una visión acerca del proceso de producción de conocimiento de y en Terapia Ocupacional. Marcela Capozzo	78
Elementos de investigación como método de aprendizaje en la práctica clínica. Liliana Sbriller y Araceli Andrade... ..	81
Un retorno diferente. Sara Daneri.	84
Terapia Ocupacional. Organización de las Jornadas de la Comunidad. Elisabeth Gómez Mengelberg	87
Relator Invitado/Expositor	92
A.V.H de los Terapeutas Ocupacionales. Alberto Schocron.	92
Giros, dar media vuelta y ver qué pasa allá afuera. Silvia Fernández; Viviana Re y Alejandra Castro Ares	96
Panel	101
Aporte de la Terapia Ocupacional a la dinámica de los servicios asistenciales del Hospital Borda. Lucio Mastrandrea, Alfredo Osuna y Aníbal Goldchluck.	101
Programa	108

Cuartas Jornadas – Octubre 1993	111
Prólogo. Norma Lilia Naess	112
Trabajos libres	113
A tono. Carolina López y Fernanda Zamora	113
Actividades cotidianas en la institución. Liliana Paganizzi	120
“Nunca tuvimos un Síndrome de Down”. Mirta Ana Kuperman y María Inés Lanfranchi	123
“Nunca tuvimos un Síndrome de Down”... Mirta Ana Kuperman	127
Son las cosas de la muerte, son las cosas del morir. Ana María Papiermeister	129
El Programa P.I.C.A.S.O. Juan Dobón y Liliana Sbriller	133
Terapéutica Ocupacional grupal, una elección. Elisabeth Gómez Mengelberg y Liliana Risler	137
Relator Invitado/Expositor	140
El cielo de la rayuela. Celina Tamarit	140
Programa	142
Quintas Jornadas – Septiembre 1994	145
Prólogo. Adriana Slaifstein	146
Trabajos libres	147
Acerca de la comunidad terapéutica en gerontopsiquiatría. Griselda Barucco y Liliana Klein	147
“De colores milenarios”. Algunas reflexiones sobre el YO temprano. Celina Tamarit	150
Relatos de fin de ciclo a fines de siglo. Marcela Giménez	153
Algunos aspectos relativos a la admisión en Hospital de Día y Terapia Ocupacional. Silvia Glatstein	155
Comunidad Terapéutica. Una invitación a crear. Teoría y Práctica del tratamiento con Gerontes. Jessica Arilla, Adriana Cella y Vivian Pirrone	156
Una alternativa para la reinserción socio-laboral. María Faidella y Gladys Martínez	160
Formas de pensar la Terapia Ocupacional. Liliana Paganizzi	162
Conferencia	165
Del decir al hacer significativo. Silvia Destuet	165
Programa	172
Sextas Jornadas – Octubre 1996	173
Prólogo. Bárbara Goldestein y Mirta Manghi	174
Trabajos libres	176
Prevención primaria y calidad de vida en la función del terapeuta ocupacional. Liliana Sbriller y Mónica Schwartz	176
Un aporte desde el psicoanálisis a la problemática psicosocial. Martin Porthé	179
De la Ética y la Práctica. Silvia Narváez	182
Megahospicio (Crónica de crónicos). Marcela Giménez	183
La ocupación, lo social y el manicomio. Una respuesta posible desde terapia ocupacional. Natalia Yujnovsky y Silvana Suppo	185
Diferentes perspectivas del fenómeno de la drogadependencia. Ricardo Itovich	188
Taller de memoria y multiestimulación. Leticia Ilariucci, Gladys Martínez y Moira Heim	190
Terapia ocupacional en el tratamiento del paciente oncológico. María Alejandra Corbo	194
Acerca del dispositivo ambiental en el cuidado de jóvenes con problemáticas psicosociales. Liliana Paganizzi	195
Terapia Ocupacional. Atención en consulta externa. Desarticulación social y familia. Elisabeth Gómez Mengelberg	201
Relator invitado/Expositor	203
La aplicabilidad de la actividad terapéutica en el Hospital de Día. María Faidella y Gladys Martínez	203
Panel	217
Cuando el trabajo es salud: la dimensión institucional de la Terapia Ocupacional. Alfredo Grande	217
Programa	221

Séptimas Jornadas – Octubre 1997	223
Prólogo. Liliana Paganizzi	224
Trabajos libres	226
El derecho a tener derecho. Pobreza y discapacidad. Milagros Demiryi	226
¿El abstencionismo implica una disminución de los riesgos? Ricardo Itovich	229
Marginación y Marginación. Rodolfo M. Cergneux	230
Repetir o transformar. Terapia Ocupacional y problemática adictiva. Gladys Martínez	233
Sin fines de lucro. Rosaura Rimoldi, Verónica Silva, Marcela Moyano y Paula Orentraij	236
Terapia y artes expresivas en la Rehabilitación. Ana Ortiz y Mariana Sciotti	238
Y al Sur, con una puerta. Daniela Testa	240
La sensibilidad en lesiones cerebrales. Fabiola Bosch	244
Reflexiones sobre un trabajo multidisciplinario de estimulación cognitiva grupal. Graciela Banek, Laura Barloco, Daniel Mauromatiz y Valeria Ton	247
Terapia Ocupacional en el Servicio Penitenciario Federal. Gladys Rearte	250
Conclusión de tratamiento en Terapia Ocupacional. Silvina Paola Hunt	254
Entre la querrela y la demanda. María Rita Martínez Antón	257
Entre objetos y escenas: hacia un encuentro posible. Claudia Battistoni, Silvia Fernández, Silvina Hunt, Soledad Calveyra y Alejandra Castro Ares	259
Máscara. Sonido. Movimiento. Patricia Reyno, Marcela Báez y María Laura Basso	263
Ni más acá ni más allá de nuestros límites. María Susana Llimós	267
De imposibilidades e impotencias. María Rita Martínez Antón	268
Panel	270
Derechos humanos, derecho al trabajo, derecho a la salud. Alicia Stolkiner	270
Derechos humanos y salud mental. Sara Slipchinsky y Silvia Dimant	273
Programa de Integración socio laboral para adolescentes. Andrea Sola y Laura Pezzolli	276
El contexto de la clínica y su relación con la teoría. Graciela Warchavsky	282
El contexto de la clínica y su relación con la teoría. María Susana Llimós	284
Programa	289
Octavas Jornadas – Septiembre 1998	291
Prólogo. Silvia Elena Narváez	292
Trabajos libres	293
Intervenciones en Rehabilitación Psicosocial. Liliana Paganizzi	293
Un Taller Ocupacional. Marcela Capozzo y Elisabeth Gómez Mengelberg	296
Salud, pobreza y niñez: encuadre bioético. María Alejandra Campisi y María Carlota Vega	300
Terapia Ocupacional en la perspectiva bioética. Nora Beecher, Alejandra Campisi y María A. Rossi	304
Un Terapeuta Ocupacional en una Aseguradora de Riesgos de Trabajo. Liliana Sbriller	307
Panel	312
Desinstitucionalización. Analía Broide	312
Conferencia	316
Desinstitucionalización. Fátima Correa Oliver y Denise Dias Barros	316
Programa	319
Novenas Jornadas – Septiembre 2000	321
Prólogo. Mónica Alicia Sagrera	322
Relator invitado/Expositor	324
Rehabilitación psicosocial como estrategia de abordaje en las personas con sufrimiento psíquico. Liliana Paganizzi	324
Panel	330
Función de la curaduría en la rehabilitación del paciente con trastornos psíquicos. Miriam de Souza y Fabiana Delgado	330
Programa	335
Anexo – Jornadas 10 y 11	337

PRESENTACIÓN

Equipo del Servicio de Terapia Ocupacional del Hospital José T. Borda

Jornadas del Servicio de Terapia Ocupacional. Hospital José T. Borda. Recopilación (1989-2000) reúne los trabajos presentados a lo largo de casi una década en cada una de las Jornadas de Terapia Ocupacional realizadas en el Hospital José T. Borda. Desde 1989 hasta el año 2000, “las jornadas del Borda”, fueron un espacio de encuentro que dejó huellas en la formación de más de una generación de terapeutas ocupacionales. Nuevos debates y perspectivas se presentaron en la más que centenaria Aula Magna del hospital y resonaron en las participaciones de las y los colegas de la casa, de la red de salud y de diversos invitados e invitadas especiales así como de familiares y usuarios del hospital. Una larga mesa de roble frente a las gradas de madera –que se volvían cada vez más crujientes al subir a los asientos superiores– algunas sillas tapizadas para los expositores, un equipo de sonido, una puerta vaivén por donde se filtraban intermitencias de ruidos cotidianos del hospital (un lampazo lustrando el piso, una voz fuerte, una carcajada) eran parte del tradicional escenario. Más allá de los variables recursos con que contábamos, nunca faltó el cafecito compartido en el hall y el jarrón con flores frescas en el centro de la mesa larga. Tampoco el deseo de compartir y cobijar el entusiasmo y la novedad, a partir de reconocernos en el espejo de nuestras producciones en clave de colectivo profesional.

Por eso, nos planteamos la tarea de recuperar estas fuentes archivadas en el servicio de Terapia Ocupacional y luego digitalizarlas. Algunos de los trabajos tienen más de treinta años y muestran el interés por temáticas aún vigentes, en ocasiones antes de que éstas fueran incluidas en planes, proyectos, políticas públicas o normativas. También, reflejan preocupaciones y respuestas elaboradas a partir de las demandas de la población asistida, a tono con los contextos sociohistóricos.

Esta recopilación reúne casi un centenar de trabajos en nueve apartados correspondientes a las jornadas digitalizadas. Cada una de ellas está prologada por autoras invitadas, compañeras y colegas que de un modo u otro compartieron esos espacios. La estructura interna presenta diferencias de acuerdo a los formatos que variaron a lo largo del tiempo. Dado el carácter documental de la publicación, respetamos los textos tal cual están en su versión original (en cuanto al contenido, el estilo y las formas de citado). En sus páginas encontraremos voces y anudamientos que construyeron y resignificaron debates que hacen a nuestro campo disciplinar y brindan claves de lectura para el presente. Por eso, nos gusta imaginar que hoy, a más de tres décadas de las primeras jornadas, esta publicación viene a renovar aquellas flores frescas del jarrón sobre la mesa larga y que, tal como entonces, nos invita a compartir una taza de café para acompañar el disfrute de la lectura.

Expresamos nuestro agradecimiento a todas las personas que nos apoyaron e hicieron posible la realización de cada una de las jornadas. También, a todas las que contribuyeron para concretar esta recopilación. Va una mención especial para la Asociación Argentina de Terapeutas Ocupacionales quien alojó este proyecto, lo hizo suyo y puso a disposición los recursos necesarios.

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, agosto 2023

PRÓLOGO GENERAL

Sara Daneri¹

Después de 30 años, no es sencillo retrotraernos en el tiempo y comenzar por evocar las Jornadas de Terapia Ocupacional en Salud Mental, porque así se llamaron en un principio, las que en el año 1989 acordamos organizar entre los tres hospitales de la especialidad y Talleres de Rehabilitación en Salud Mental.

Década que finalizaba con el equipo del Servicio de Terapia Ocupacional del Hospital José T. Borda sin espacio físico para la atención y relegado a una habitación de no más de 20 mts². Este hecho que irrumpió la dinámica de nuestro trabajo institucional también puso de relieve que Terapia Ocupacional en el Borda, tenía voz y presencia en los servicios donde desarrollábamos nuestra tarea. Más aún cuando el espacio del que habíamos sido desalojados se convertiría en el área clínico- quirúrgica.

Este fue el motor y el desafío para las terapistas ocupacionales del Borda para llevar la propuesta a nuestros colegas vecinos para iniciar un rico tiempo de debates, críticas y reflexiones que surcó cada uno de los encuentros.

Hubo reuniones, propuestas y hasta un cuaderno que se habrá extraviado en el tiempo en el que se consignaban los temas tratados, las gestiones por realizar, la distribución de tareas entre todos los participantes.

Así iniciamos un proceso de construcción de estas jornadas que bajo el lema “*cuando no hay congresos hay jornadas*” en el interregno entre congreso y congreso Argentino de Terapia Ocupacional que perduraron hasta el año 2000.

Durante los años 89, 90, 92 y 93 compartimos su organización con los colegas del Hospital Infante Juvenil Carolina Tobar García, aunque a partir del año 94 quedaron a cargo de las terapistas ocupacionales del Hospital José T. Borda.

Seguramente también motivados por el II Congreso Argentino de Terapia Ocupacional realizado en la ciudad de Buenos Aires en 1988 y por la necesidad de pensar, proponer, idear y hallar respuestas ante la situación social que comenzaba a impactar en las condiciones de salud de la población este grupo de terapistas ocupacionales del sur de la ciudad de Buenos Aires tomó la decisión de comenzar a generar encuentros.

Pero como ningún acontecimiento escapa a su tiempo, sus comienzos tampoco. En un contexto de levantamientos militares, paros nacionales, hiperinflación, saqueos, inestabilidad institucional, adelantamiento de la entrega del poder político y aumento del desempleo, más la multiplicidad de factores mencionados, surgió la necesidad de aglutinarnos: estudiantes, colegas y profesionales de las más variadas disciplinas que se fueron sumando

Sí teníamos una ventaja, en cada una de estas instituciones, Hospitales Infante Juvenil Carolina Tobar García, Braulio Moyano, José T. Borda y Talleres de Rehabilitación, poseían dentro de sus planteles terapistas ocupacionales y nada mejor que estar juntos para sostenernos ante una perspectiva tan compleja.

Como testimonio de la convicción por sostener nuestras prácticas en el Hospital Borda, es la comunicación *Desde Terapia Ocupacional* que la colega Liliana Paganizzi presentó en las 1° Jornadas de Terapia Ocupacional en Salud Mental del Hospital José T. Borda y que luego publicara en su libro *Terapia Ocupacional: del Dicho al Hecho*, que vale recuperarlo de la memoria, en reconocimiento a nuestro compromiso y para los colegas en formación.

...pies rotos
Placares en cajas,
las cajas en las manos.
Aquí, sí
son las manos
las que sostienen el servicio,
transitando pasto, pasillos y escaleras.
A los Terapistas Ocupacionales del
Hospital José T. Borda que habiendo perdido
el espacio físico del servicio
han confirmado el terapéutico
junto a los pacientes, que no abandonaron
y el profesional
con la organización de estas Primeras Jornadas de TO en Salud Mental
este trabajo,
que intenta ser prolijito.

¹ Jefa del Servicio de Terapia Ocupacional del Hospital José T. Borda desde el año 1987 hasta el año 2012.

Su dedicatoria es la prueba del momento que en el Borda transitábamos, por ello el desafío fue mayor al realizar las jornadas a lo largo de los años en el Aula Magna del Hospital.

Ni las prácticas ni las voces de los terapeutas ocupacionales serían acalladas y menos aún en tiempos tan difíciles, duros e inciertos.

De estas 1° Jornadas tengo el recuerdo de la tipografía de su afiche anunciándolas, apenas en blanco y negro, su programa y de quien siempre fuera un puntal para la gráfica en aquellos momentos donde todo escaseaba y los insumos también.

A partir de las 2° Jornadas de Terapia Ocupacional en Salud Mental y en las posteriores se definieron ejes temáticos año a año, anticipatorios de la década del 90 que comenzábamos a transitar. Ejes que vistos a la distancia continúan vigentes.

Poco a poco se fueron nutriendo las jornadas con la participación de profesionales de las más variadas formaciones para integrar paneles, mesas redondas, disertaciones y conferencias específicas sobre una diversidad de tópicos.

Desde que otros hablen de nosotros y los procesos de construcción interdisciplinaria, a los abordajes clínicos, ejercicio profesional en el ámbito estatal y privado, la inserción comunitaria, la formación de grado y posgrado, los marcos teóricos en Terapia Ocupacional, derechos humanos: salud y trabajo, desinstitucionalización, ética y salud, rehabilitación psicosocial, entre tantas otras ideas conformaron la trama que durante tantos años consecutivos convocó a un sinnúmero de actores sociales para pensar nuestras prácticas, compartir experiencias, intervenciones y re plantearnos nuestros modos de hacer Terapia Ocupacional.

En este camino fuimos generando intensos debates sobre el lugar de la actividad para los terapeutas ocupacionales, el sentido y valor de la actividad, la posición ética del terapeuta ocupacional, al mismo tiempo que por efecto de las políticas neoliberales implementadas por el gobierno de turno, también comenzaron a llegar a la Terapia Ocupacional de nuestro país otros conceptos y posiciones teóricas. Diversas concepciones, métodos y técnicas que preferentemente hablaban de ocupación, evaluaciones estandarizadas y resultaban extraños a nuestros modos de pensar y practicar Terapia Ocupacional.

Modos ajenos que habían empezado a esbozarse previo a la irrupción del gobierno de facto que quedaron truncos, a los que sumamos nuevas preguntas sobre el sentido de la presencia de los terapeutas ocupacionales en ámbitos institucionales en el marco de la situación social y realidad que atravesábamos ¿cuál o cuáles serían los haceres de TO en esos espacios?, ¿cuál era el sentido de permanencia en las grandes instituciones de tipo asilar?, ¿cómo poner en cuestión la función y efectos iatrogénicos del encierro?, ¿cómo posicionarnos ante lo esperado o requerido por la institución y aquello que como terapeutas ocupacionales cuestionábamos?

Este libro más allá de la forma que sus editoras le asignen, recoge las voces, pensamientos, malestares, proyectos, estrategias y también concreciones de muchos terapeutas ocupacionales argentinos que comprometidos con la profesión y con el contexto en el que les tocó actuar, se animaron a cuestionar lo dado, lo aprendido, a reflexionarlo junto a sus pares, a políticos, economistas y profesionales provenientes de otras disciplinas, a partir de la presentación de sus producciones sustentadas en sus búsquedas en los más diversos campos del conocimiento.

JORNADA 1

**Primeras Jornadas de Terapia Ocupacional en Salud Mental
13, 14 y 15 de septiembre de 1989**

PRÓLOGO

Sara Daneri y Victoria Toscano

Entre los días 13, 14 y 15 de septiembre de 1989 se realizaron por primera vez las Jornadas de Terapia Ocupacional en Salud Mental, mucha era la expectativa por ser el puntapié inicial para los equipos de Terapistas Ocupacionales del Hospital Infanto Juvenil Carolina Tobar García y del Hospital José T. Borda el dar cuenta **sobre su hacer y pensar**.

De aquel desafío inicial han transcurrido 30 años en los que se sucedieron como decíamos en ese momento ocho jornadas más que se resumían en: *“cuando no hay congresos de TO hay jornadas en el hospital”*.

Las mismas fueron auspiciadas por la Dirección Asistente de Psiquiatría Social y Rehabilitación del Hospital José T. Borda, Asociación de Terapistas Ocupacionales de Buenos Aires hoy ATOGBA, Centro de Investigación Médico-Psicológica de la Comunicación y Laboratorios Janssen.

No podemos soslayar que en años anteriores en el área de Salud Mental habían surgido los Lineamientos para un Plan de Salud Mental conocido como el Plan Goldemberg y el momento histórico el cual estábamos atravesando en 1989 en un contexto de hiperinflación, saqueos y entrega del poder anticipado. Estas 1° Jornadas no escaparon a esta realidad que, sin explicitarlo, a través de una mirada retrospectiva encontramos indicios de esa época.

La presentación del equipo del Taller de Salida Laboral del Hospital José T. Borda, en consonancia con los lineamientos del mencionado plan constituía una etapa previa a la pre-alta para la externación. Además, la conferencia presentada por nuestra colega Adriana Cella titulada “La TO fuera del taller”, comunicó de manera inédita su experiencia con poblaciones vulnerables y fue el inicio de las intervenciones de Terapia Ocupacional en el campo comunitario en nuestro país.

En esa oportunidad podemos decir que los aspectos centrales de las conferencias y paneles giraron en torno a la promoción, prevención y externación.

Las comunicaciones libres trajeron por una parte: la clínica en Terapia Ocupacional y por otra abrieron temáticas sobre sexualidad y anticoncepción e introdujeron la relación de la ocupación en su condición de constructora de cultura.

De esta relectura y en consonancia con la conferencia del Dr. Miguel Ángel Materazzi sobre prevención y agentes multiplicadores, podemos destacar la apertura, plasticidad y diversidad de las temáticas, que no sólo incluyeron el área de Salud Mental sino campos de intervención clínica que por la cotidianidad propiciaban desajustes emocionales en las personas afectadas y en sus grupos familiares.

Esta diversidad de exposiciones nos retrotrae a las palabras del Dr. Materazzi, quien en la apertura de estas jornadas destacó dos características que consideró propias de los terapeutas ocupacionales: *“la creatividad para generar propuestas en situaciones adversas y la plasticidad para incorporarse en ámbitos tan dispares y complejos”*.

Podemos decir que al cierre de estas 1° Jornadas se alcanzó el objetivo que se había propuesto: se dio cuenta sobre el *“hacer y pensar”* de los terapeutas ocupacionales.

La Ocupación y la Cultura, algunas reflexiones¹

Marcela Capozzo, Sara Daneri y Elisabeth Gómez Mengelberg

Los tres ejes que planteamos en este trabajo - la cultura, la ocupación, la creación - sólo son un esbozo y un intento de apertura desde Terapia Ocupacional para la reflexión sobre los mismos.

Consideramos que los tres ejes mencionados, merecen cada uno de ellos un mayor desarrollo y profundización, por su complejidad, pero nuestro interés es abrir en este espacio de intercambio, las preguntas para posteriores encuentros y nuevas comunicaciones.

Mediante la actividad humana el hombre se relaciona con lo otro que no es él, con la naturaleza exterior y con los hombres; crea cultura.

La cultura está construida y necesita de la ocupación humana, así como el hombre se constituye como ser social, a partir de las relaciones que establece con ella.

Las relaciones que se establecen a través de la actividad y las acciones que se desprenden de éstas, tienen carácter de productivas, en tanto generan y producen conductas en el sujeto, a través de las cuales transforma o modifica la naturaleza exterior y establece o crea vínculos con los hombres.

Tomando actividad y ocupación como expresiones con similar significación, decimos que toda conducta conlleva una tendencia natural y espontánea del ser humano, de explorar y dominar el medio ambiente, siendo la ocupación un aspecto central de la experiencia humana. Esta tendencia y su consecuente habilidad de simbolizar lo hacen único en su especie.

Tenemos en cuenta la acción como un área de la conducta humana, que adquiere significado en la relación del individuo con el mundo externo, pero también con el mundo interno.

Dentro de este contexto la significación de la acción es el resultado de una compleja ecuación donde intervienen factores sociales, culturales, económicos, biológicos y psicológicos.

En el proceso de Terapia Ocupacional confluyen tres elementos, que se interrelacionan entre sí, el paciente, la actividad, el terapeuta ocupacional, inscriptos en un espacio particular, el encuadre.

Al decir actividad incluimos la participación de materiales, herramientas, equipo y cierta técnica que une un elemento con otro para la realización de algún objeto, en ciertos casos, ya que no siempre, es un objeto con modificación concreta del material.

Los materiales y herramientas representan un código particular que en Terapia Ocupacional denominamos el lenguaje de lo inanimado, carente de intencionalidad; perteneciendo los primeros al orden de la naturaleza, siendo los segundos producto de la cultura.

A través de sus características propias y particulares, estos elementos proponen acciones tanto en lo motriz, intelectual, sensorial y psicodinámico.

Este lenguaje de lo inanimado que enuncia la actividad propone al sujeto adecuarse activamente, esto incluye las posibilidades de hacer algún tipo de variación y de anticipar frente a los requerimientos inmodificables dentro de la misma.

Todos los seres humanos tienen potencialidades creativas, es por esto que decimos, que toda actividad es en esencia creativa, es creada por el sujeto en tanto tiene cosas suyas, un cuadro, una comida, la lectura de un libro; la intencionalidad de la misma estará motivada por necesidades propias de los sujetos, tales como: de abastecimiento, descarga, gratificación, reconocimiento, vinculación, etc.

El acto creativo es el resultado de un proceso, y en ello están involucradas, dinámicas generales del psiquismo y la calidad de las relaciones objetales externas e internas.

En Terapia Ocupacional pensamos, nos interrogamos, acerca de qué ocurre en el psiquismo del otro cuando hay procesos creativos en marcha.

Intentamos descubrir los signos de ese proceso creativo, encontrar afinidades imprevistas que relacionan objetos no relacionados hasta entonces a través de reconocer el lenguaje de la actividad, de lo inanimado y el lenguaje del otro, analógico y verbal.

¹ Publicado en: Terapia Ocupacional. El camino del Hacer - COLTO. 1991- ISBN 950-99874-0-9 Bs. As. Pag.149-151.

El lenguaje analógico de las actividades, posible de ser decodificado genera un espacio, que es mirado por el terapeuta ocupacional, en tanto que leyendo en la actividad intervenimos comunicando al paciente, la integración de los códigos analógico y digital, posibilitando que el valor del acto, de lo hecho, trascienda el espacio de expresión, habilitando el espacio para la comunicación y el aprendizaje.

Ofrecer la realización de una actividad, un proyecto en Terapia Ocupacional, posibilitará el conocimiento y reconocimiento de sus capacidades, que habilitadas para un posterior desarrollo, serán factibles de ser instrumentadas, en función de pensar, en la construcción de un proyecto vital; en función de construir relaciones con el mundo exterior, con la cultura.

Como dice Freud en el Malestar de la Cultura: "Ninguna otra técnica de orientación vital liga al individuo tan fuertemente a la realidad como la acentuación del trabajo que, por lo menos lo incorpora sólidamente a una parte de la realidad, a la comunidad humana. La posibilidad de desplazar al trabajo y a las relaciones humanas con él vinculadas, una parte muy considerable de los componentes narcisistas, agresivos y aún eróticos de la libido, confiere a aquellas actividades un valor que nada cede de importancia al que tienen como condiciones imprescindibles para mantener y justificar la existencia social" (11, pág. 13).

Es por eso que decimos que: ofrecer actividad, ocupación, trabajo en Terapia Ocupacional adquiere una significación particular.

Bibliografía:

- Pensando en el hacer. TO Sara Daneri, TO Elizabeth Gómez Mengelberg; TO Marcela Capozzo; TO María Antonia Urruti; Aux. TO Sergio Pérez.
- Técnicas de la investigación social. Ezequiel Ander Egg.
- Notas sobre la Naturaleza de Terapia Ocupacional. Dr. José A. Valeros. Artículo publicado en la Revista de la AATO N°9.
- Algunas consideraciones teóricas sobre la actividad artesanal. TO Ana Vallaza, TO Úrsula Butcher; TO Mirta de Luca, TO Cristina Allegri; TO Nora Greco; Lic. Oscar Álvarez. Artículo publicado en la Revista de la AATO N°6.
- Terapia Ocupacional más allá de lo expresivo. TO Liliana Paganizzi. Libro de Terapia Ocupacional en Salud Mental, 1988.
- Los medios en Terapia ocupacional. TO Liliana Paganizzi. Libro de Terapia Ocupacional en Salud Mental, 1988.
- Terapia Ocupacional, actividad creadora. TO Silvia Kleiban. Libro de Terapia Ocupacional en Salud Mental, 1988.
- Terapia Ocupacional aporte a la teoría de la técnica. TO Graciela Arteaga, TO Estela Muiña, TO Silvia Narváez, TO Edith Sheuer. Libro de Terapia Ocupacional en Salud Mental, 1988.
- Introducción al panel de Observaciones psicoanalíticas sobre la creatividad presentado en el XXVII Congreso psicoanalítico de Viena. 1971.
- El Malestar de la Cultura. Sigmund Freud. Tomo II – Cap. CLVIII
- Estructura y Abordaje en Psicoterapias. Dr. Héctor Fiorini



El caso de la bufanda

Hebe Fuks y Liliana Videla

En esta presentación, la idea es contar como trabajamos con una paciente hebefrénica, si bien no se trata de un caso exitoso y no podemos, ni queremos hablar de evolución. Lo que nos queda más claro hasta hoy son ciertos momentos de estabilidad y un progresivo deterioro.

Así, pues intentaremos fijar nuestra posición ante esto.

Se trata de Beatriz R de 20 años, que llega al servicio después de una internación, un intento de suicidio y el abandono de la escuela secundaria en 2° o 3° año, (aquí la paciente y la familia sitúan el comienzo de la enfermedad, por falta de concentración).

Hasta los 16 años trabaja como empleada doméstica, cuida los niños en esta casa y en un veraneo en Punta del Este.

Luego intenta en otras oportunidades realizar trabajos por hora como suplente en la casa donde esta empleada su madre. No puede sostenerlo por mucho tiempo.

B. dice:

"No me queda nada en la cabeza"

“Soy estúpida por la palabra túpida, muda”
“Como voy a hablar si no tengo palabras, ¿Dónde están? en la mente, me siento demente, loca”
“A mí se me ocurre una idea, otra y otra, y quisiera hacer todo a la vez”
“Siento que me miran todos, no me gusta y hablan y hablan y hablan todo el tiempo”
“Si yo tuviera alguien como usted que me habla”
“Quiero encontrarle un sentido a las cosas que hago. Que sea mío”
No puede dar cuenta con claridad de su historia infantil.

En el psicodiagnóstico, aparecen:

Diálogos confusos, desorientación temporo-espacial. Agresión traducida en constante autoagresión y autocrítica. Fantasías de suicidio. Mejor manejo del nivel concreto. Después del psicodiagnóstico agrega algo que nos parece interesante para retomar:

Se sugiere una manera posible de intentar para canalizar la agresión, la realización de actividades creadoras y productivas, a las cuales B. parecen desempeñarse satisfactoriamente.

Ordenamos el trabajo en tres fases, a las que titulamos: A) Antes de la Bufanda.; B) Bufanda; C) Después de la Bufanda.

A) Momento de llegada al taller, instalación, dispersión.

Aparece una y otra actividad. Tiene hasta 3 o 4 empezadas y comienza otra.

Decide trabajar con restos de materiales, en los que basa la ideación del proyecto. Restos que trata de unir como puede.

Hasta aquí acompañamos, atestiguamos de algún modo, tal situación. Nos mantenemos cerca físicamente. Intervenimos ante el pedido de tomarle la mano, para dejar de temblar. Alcanzando un material, una herramienta a tiempo, ante la desesperación, el vacío, “si no está, no se encuentra, no existe”.

Empieza a regalar:

- polleritas en miniatura para B. que mide casi 1,80 mts.
- cuadritos indescifrables para L (TO)
- cuadrito algo más descifrables para R (su analista)
- macetero pequeño para H (TO)

B) Realización de la Bufanda:

Hallazgo: lanas y agujas. Empieza a tejer. ¿Algo del orden de armar una trama se juega? Nos esperamos...nos dura poco...

Piensa en hacer una Bufanda, una agarradera, un tapiz alternativamente y todo a la vez. Ansiosa.

No tolera el tiempo de una sesión a otra. ¿Hay tiempo para B.? problemas para terminar y cerrar la sesión. Cuando no hay sesión, desaparece TO.

En este punto, intentamos variar nuestra sesión. Intervenimos desde:

“Hay lana como para hacer Bufanda”, tendrías suficiente tiempo para realizarla, “el invierno comienza el 21 de junio, “Estamos al inicio del Otoño”.

Sugerimos, proponemos, retomamos el tema cada vez que se hace necesario. Intentamos armarle una trama, que no tiene. Armamos una cadena: Tejido, para hacer una Bufanda, para el invierno, que llega el 21/6. Funcionamos casi como el cartel que B. coloca para no seguir rompiendo cosas (tazas, vasos) compulsivamente y que dice: “PROHIBIDO DESTRUIR LOS ELEMENTOS QUE SE UTILIZAN EN HOSPITAL DE DÍA”. Y algo funciona: toma y repite la consigna, que parece ordenarla en tiempo y espacio. Que la estabiliza. Que parece acotar algo de lo delirante: “Tengo tiempo hasta el invierno, voy a llegar”, “Faltan dos meses, no tengo porque apurarme”, “Soy muy ansiosa”. Cuenta el tiempo que falta.

Recuerda momentos de apuro, de no saber qué hacer, de hacer muchas cosas a la vez.

Y hasta arma una historia dentro del taller, personal a partir de las actividades realizadas o no, regaladas, etc., historia que sigue manteniendo en la actualidad.

Hace una bufanda hermosa para sí.

Aparece otro proyecto que tiene que ver con lo trabajado: Hacer un pullover en verano. ¿Y así poder llegar al otro invierno?

C) Empieza a crear objetos abrochados, pulseras (que abandona cuando las hacen otros “para ser diferente”, dice), cigarrera con broche. Sigue este momento de estabilización, contención, organización. Las T.O. ya hablamos de una histeria, ¿de quién?

Ahí aparece el boomerang. El imprevisto. De madera, que se arroja y no vuelve y “que puede cortar cabezas”, dice B. Intentos de tirarlo dentro del taller.

Boomerang tapizado con pedazos unidos a modo “collage”.

Surgen discusiones sobre formas y efectos del mismos; y es aquí donde trabajamos precariamente, desde el criterio de realidad, el que no creemos efectivo y al que apelamos desde el susto que nos inspira la presencia de semejante “aparato” que puede ser arrojado, ser arrojado. Y sentenciamos: “eso no es un Boomerang”.

B.dice; “L., se me fueron las ideas”.

Esto nos asusta más, y nos cuestionamos a posteriori, la intervención anterior. Entonces, decía B: “se me fueron las ideas”.

Acercamiento de la T.O., que mete el cuerpo y pregunta “¿qué pasa?”.

B: “No sé qué hacer”.

T.O.: es una idea.

B: Ah, podría agregar esto (un pedazo de paño lenci).

T.O.: Esa es otra idea.

B: Llévame a mi casa.

T.O.: Ahí aparece otra idea.

B: sonrío, algo más aliviada. “Sí ya sé lo que me quiere decir. Se me fueron unas ideas y aparecen otras. Siempre aparecen...”.

Con los retazos de paño lenci va armando un ojo, sobre el Boomerang ¿Cómo mirada tranquilizadora?, ¿de cuidado?

Para darle forma mira a los otros, se mira al espejo.

Hemos variado nuestra posición. Aquí no hay sentencia. Pensamos, el pedido es ser mirada, no ser vista.

Nuevamente la ayudamos a armar una trama. Teniendo presente lo que dice B. “Le quiero dar un sentido aunque yo sepa que no es así”...

Como decimos en nuestro trabajo anterior: “Aún cuando arme un proyecto sin sentido para otros. Ahí trabajamos”.

Actualmente hace un salero en miniatura, una forma en cerámica y un enrejado en cuero.

Para concluir:

- La actividad por sí no estabiliza ni cura, por lo general.
- Es sumamente creativa y productiva. En ese sentido el psicodiagnóstico es acertado, pero a ella no le alcanza para estar mejor, salvo en algunos breves momentos, por ejemplo: el de la bufanda.
- La transferencia con la T.O. tampoco asegura nada al respecto, puede ser amorosa, tranquilizadora y por momentos persecutoria. Ej.: Boomerang. De este modo nos cuidamos particularmente con estos pacientes en quedar ubicados en un lugar de saber que hacer todo el tiempo, sobre la actividad, sobre el paciente, sobre la vida.

Rescatamos aquí la función de la co-coordinación en la medida que posibilita, entre otras cosas, repartir, distribuir la demanda.

Para finalizar, lo que intentamos hacer hasta ahora, con nuestras intervenciones es acotar algo del orden de las alucinaciones, de la dispersión, de lo delirante, en fin, del goce.

Entendiendo que la locura sigue siendo en su devenir, enigmática e imprescindible, por lo menos en la clínica.



Enfoques sobre sexualidad y anticoncepción en Hospital de Día²

María de los Ángeles Torrilla y Margarita Villagómez

*Nuestra gratitud al equipo de Hospital de Día,
quién colaboró con el proyecto y proporcionó:
sugerencias, material, inquietudes y un espacio de
escucha para poder gestar y dar a luz la actividad
que queremos exponer.*

² Publicado en: Terapia Ocupacional. El camino del Hacer - COLTO. 1991- ISBN 950-99874-0-9 Bs. As. Pag.149-151

Al volver a escuchar el título del trabajo que hemos de presentar, recuerdo todas las expectativas que nacieron, cuando en una sesión de Terapia Ocupacional, en el servicio de Hospital de Día las pacientes pidieron hablar de sexo y métodos anticonceptivos.

Nuestras reflexiones están condicionadas a ciertos criterios de abordaje terapéutico, las pacientes que concurren al servicio de Hospital de Día reciben una asistencia que habilita un tratamiento psicoterapéutico integral, sin apartar al individuo de su medio social y familiar, contamos con la interacción del paciente con su familia, su medio, con la sociedad. En estos ámbitos las pacientes ponen de manifiesto su sexualidad en los diferentes roles que han de asumir, desempeñar: hija, esposa, madre, etc. Estos temas son abordados desde múltiples teorías y técnicas en los diversos tratamientos que reciben las pacientes.

Nuestra propuesta de abordaje desde Terapia Ocupacional es realizar una actividad informativa, que posibilite el esclarecimiento, que nos brinde el conocimiento que cada paciente tiene desde lo real, concreto, imaginado, fantaseado desde lo cultural e individual. Con todos los temas que involucran a la mujer y el sexo y los conflictos que desencadenan.

La posibilidad de trabajarlo está dada por el sostén que el servicio brinda, a la vez que se percibe la necesidad de tener un espacio específico, íntimo. Decimos íntimo no como clandestino o secreto, sino como algo personal, que precisa de un espacio "segurizante" para poder ser abordado.

¿Por qué se implementa esta actividad en Terapia Ocupacional? La respuesta es simple, porque en una sesión surge la demanda por parte de una de las integrantes del grupo. Llevamos unos 15 días en el servicio en los cuales Norma, Alejandra y Rocío traían el ejercicio de su sexualidad en todos los encuadres terapéuticos y espacios libres, de convivencia fuera de las tareas grupales.

Enfocamos la tarea desde el lugar que consideramos básico para poder entendernos. ¿Qué es para cada una el sexo?; ¿cuál es la definición que utilizamos para describir su sexualidad?

Ante nuestra pregunta respondieron con espontaneidad, escuchémoslas:

- "El sexo es amor".
- "Es como tomar un helado porque es lindo".
- "Lo veo normal por estar casada, y mi marido me quiere, no está bien para quién no tiene una pareja estable".
- "es algo que la pareja tiene que hacer vibrar al otro, se transmite por el contacto físico".
- "el sexo se hace por querer, por amor, no por la fuerza".
- "el sexo es entre dos personas, para que exista debe estar el amor de por medio, una mujer no es un trapo de mano".
- "es un complemento del amor. Un complemento que puede ser agradable. Tengo mucho pudor y asco; pudor por el hecho de desvestirme, me da vergüenza el cuerpo, no puedo mirarme en el espejo desnuda, me produce vergüenza y temor. El cuerpo es mío y de nadie más. Me da asco por que algo se introduce en mi cuerpo, algo extraño".
- "el amor tiene que hacerse como Dios manda. Amor para la mujer y el hombre. Las inoculaciones por el amor es degeneramiento. El degeneramiento es motivo de divorcio en el matrimonio, todo lo que se ofrece que no sea normal pasa a ser degeneración".
- "Se puede estar con uno y con otro, es igual".
- "Lo hago porque me gusta el chico, no es necesario el amor".
- "eso es libertinaje, libertinaje es andar y no parar, todo es igual".
- "es tomar al hombre como un objeto".
- "El sexo no es gustar. Me pueden gustar muchas cosas que están prohibidas".
- "El sexo sin amor es torpeza".
- "El sexo indiscriminado es calentura, el sexo no siempre es amor".
- "El sexo es un desahogo nada más, con el peligro de quedar embarazada".
- "Me casé y tuve relaciones durante 5 años, cada 15 a 20 días, ese fue mi fracaso".
- "No amé nunca. ¿Me siento amada? No, tampoco, no sé lo que es el amor, tengo miedo a enamorarme por no ser comprendida".
- "La medicación produce rechazo al sexo".

Todas estas expresiones nos dan un panorama, de cómo perciben las pacientes su sexualidad. Partiendo de concepciones líricas y frases hechas "el sexo es amor" para introducirse luego en una realidad siniestra confundida con fantasías terroríficas para quién las oye y de profunda soledad para quién las vive.

Una vez empapados e integrados a través de estas definiciones comenzamos a hilar cada vez más fino con la pregunta: ¿Qué es nuestro cuerpo?, ¿cómo es?

La teoría nos define al cuerpo como: un mosaico libidinal, es decir, el cuerpo no es sólo un conjunto de partes anatómicas sino que cada una de ellas se articula en significaciones especiales en cada sujeto, siendo más jerarquizadas en cuanto a su organización se refiere, las que contactan el interior del cuerpo con el exterior. Esta mayor carga erógena es lógica puesto que desde el otro, el responsable de su erogenización y significación como sujeto se ubican en un lugar de privilegio. Pensemos en la madre que atiende tan especialmente: la boca, el ano, los órganos genitales de su bebé.

En el relato de las pacientes se evidencia que el cuerpo, y particularmente los genitales femeninos eran conocidos o reconocidos en forma adecuada desde su anatomía, pero su significación aparece con grandes baches y perturbaciones como: “mi cuerpo me da vergüenza”, “no respeto mis órganos” y sobre todo encontramos esta dificultad con el cuerpo del otro “mi cuerpo es mío, me da asco porque algo se introduce en mi cuerpo, algo extraño”.

Con respecto a los genitales masculinos refieren los órganos externos y no los internos de los cuales expresan no conocer o no recordarlos. A la vez que se movilizan sensaciones de bronca, angustia, deseo y placer:

- Me angustia mucho, me da vergüenza. Muchas veces me obligaron a chuparlo, me hace mal. Cuando se habla de este tema quiero matar a cualquiera que tenga pene.
- ¿Para qué sirve conocer el aparato genital masculino? Siento una repulsión, siento el vacío. Me da asco, me da bronca que tenga pene. Si yo tuviera uno me hubiera volteado a María, le haría un verso, le diría cualquier cosa.
- El tema no me hace sentir mal, es parte de la fisiología humana.
- Me da ganas de hacer el amor.

Para contener la angustia que se movilizó buscamos la forma de representar estos afectos a través de gráficos en los cuales incluimos a la paciente en relación a su pareja y núcleo familiar primario en una estructura dinámica.

No podemos dejar de hacer mención a lo que se describe como fantasía originaria, fantasía de la escena primaria, esta es una fantasía universal, que todos tenemos sobre el momento en que los progenitores nos concibieron en el acto sexual. Veamos como la describen los pacientes:

- Rocío dice “*de la mierda venimos y a la mierda vamos*”, negando la posibilidad de la relación sexual entre los padres.
- Rina nos cuenta que cuando sus padres hacían el amor “*ella compartía la habitación. La madre suponiéndola dormida la ponía mirando a la pared y durante el acto ella se masturbaba*”. Luego nos dice que el hijo es un castigo divino: “*Cuando Adán y Eva cometen el pecado Dios le dice a Eva Parirás*” transformando el sentido de la frase bíblica *Parirás con dolor*.

Considerando todos estos factores es que el sujeto puede realizar la elección de objeto. El ideal propuesto por nuestras pacientes es el de una pareja, de un hombre, este debe ser elegante, honesto, compañero, respetuoso, culto y que *coja* bien. Todo esto se contrapone con la realidad ya que muchas de ellas se relacionan compulsivamente con cualquier persona y luego se sienten violadas, ultrajadas.

Con respecto a la idea de concebir un hijo hablan de un momento óptimo, con una pareja adecuada, gozando de una estabilidad emocional, laboral y económica. Aquí vuelve a aparecer la discordancia entre los ideales y sus posibilidades actuales.

Por una ley natural de la concepción llegamos al embarazo, insertándonos en las vivencias y fantasías que el tema despierta: “*Un vacío que se llena*”, “*tener un hijo es tener adentro al hombre*”, “*lo más hermoso es estar embarazada, pero cuando nace el hijo...*”, “*Un hijo es una bendición, es difícil de criar a un hijo, es mucha responsabilidad*”, “*siento que ahora me dan afecto porque sufrí mucho cuando estaba embarazada*”, “*Un hijo es un castigo*”.

Por lo que sabemos de sus historias el embarazo ha significado un estado de completud que las conduce a un objetivo, por lo general la posibilidad de irse de la casa materna, pero en su creación buscar un nuevo lugar, el lugar de madre. Al pensar en ellas como madres nos vemos obligados a ubicarlas previamente como hijas, con todas las dificultades que tuvieron al ocupar este rol, que aparece como repetición en su imposibilidad de cumplir satisfactoriamente la maternidad.

Al intentar elaborar este tema surge la fantasía de embarazo de una de las pacientes:

- *Me siento embarazada, siento una cosa acá. No sé si quiero estar embarazada. Me duele el estómago, el cuerpo.*
- ¿Qué es el aborto? A lo que el grupo contesta:
 - El aborto es matar a un ser que vive, quizás no es culpable de lo que haya. ¿Por qué matarlo?

- Tuve un aborto, es desprenderse de un ser que está comenzando a vivir. Es doloroso, era muy joven, es algo que va contra la naturaleza, la iglesia no lo permite.
- Dar muerte a un niño que no tiene culpas de venir al mundo.
- El aborto es gasto, es una cosa que yo veo peligrosa, es remordimiento.
- Es eliminación de un cargo de conciencia. Con riesgo de la persona.
- Es una cosa que no se debe hacer, es negar una vida.
- No acepto el aborto porque soy religiosa.
- Es un crimen consciente. Matar a un feto, es un crimen pero a veces se justifica por razones psíquicas, físicas. Trae secuelas para el organismo, por ejemplo el Histerismo: es un estado emocional de fuerte presión emotiva, se manifiesta por gritos o sonidos.
- Es suspender una vida por causas sociales y económicas.
- No estoy de acuerdo por los riesgos que implica para la mujer; el pueblo no está educado, más las clases sociales bajas les falta información. No tuve información, la esposa de mi padre me dio las pastillas.

En este momento pudimos abordar el tema específico de la anticoncepción. Surgiendo las preguntas:

- ¿para qué son los aparatos que se ponen dentro de uno?
- ¿qué es eso de dar vuelta la trompa?
- ¿qué es un DIU?
- *No hay nada seguro contra la concepción, lo dicen hasta los médicos, nada es totalmente seguro.*

Toda esta gama de cuestionamientos es canalizada y correspondida a través de la explicación e información médica, como complemento de los conocimientos que algunas de ellas tenían. La información está basada en la clasificación de métodos: no instrumentales, de barrera, intrauterinos, hormonales y quirúrgicos; siendo definidos cada uno de ellos de acuerdo a la técnica de uso, efectividad, tolerancia, efectos secundarios y sus contraindicaciones. Brindándoseles la posibilidad de vivir su sexualidad como un derecho de toda mujer.

De lo hasta aquí expuesto surgen nuevas interrogantes que no pudieron ser abordados en este primer encuentro con la sexualidad: ¿qué es el placer?, ¿cuál es el lugar del hombre: cómo pareja, cómo padre, cómo hijo?; ¿qué significa un hijo?

Sexualidad y Locura: recordemos *“la medicación produce rechazo al sexo”, “medicación y menstruación”, “medicación y embarazo”, “sexualidad y prostitución”*.

Y muchas que no estamos en condiciones siquiera de imaginar. Nuestro deseo es que alguien más se atreva a transitar por este arduo camino que intentamos reconocer.



Desde Terapia Ocupacional³

Liliana Paganizzi

*... pies rotos
placares en cajas,
las cajas en las manos.
aquí, si
son las manos
las que sostienen el servicio,
transitando pasto,
pasillos y escaleras.*

*A los Terapistas Ocupacionales del
Hospital José T. Borda
que habiendo perdido
el espacio físico del servicio
han confirmado el terapéutico
junto a los pacientes, que no
abandonaron
y el profesional
con la organización de estas
Primeras jornadas de TO en Salud Mental
este trabajo que intenta ser prolijito.*

³ Publicado en: Terapia Ocupacional. El camino del Hacer - COLTO. 1991- ISBN 950-99874-0-9 Bs. As. Pag.51-54/ Terapia Ocupacional. El camino del Hacer - COLTO. 1991- ISBN 950-99874-0-9 Bs. As. Pag.51-54

En estas Jornadas traigo una lectura técnica de situaciones clínicas, tres situaciones clínicas de un mismo paciente.

Estas tres situaciones plantean, resumidamente por cierto, el paso de un paciente por espacio de unos diez (10) meses por la institución donde trabajo⁴, en particular por el espacio de Terapia Ocupacional.

Parte del material que traigo fue presentado en un ciclo de Ateneos que organizó la Institución con el nombre de "Abordaje de pacientes graves".

Los primeros Ateneos fueron acerca del diagnóstico y luego estrategias de tratamiento.

La estrategia pensada en principio por el terapeuta individual y luego conjuntamente con el equipo, consistió en terapia individual cinco veces semanales, inclusión en Hospital de Día, acompañamientos terapéuticos, Hostal y psicofarmacología.

Todo un dispositivo terapéutico, más la tarea institucional fue una etapa en el tratamiento del paciente, y el tratamiento, dada la evolución, hace pensar que será también una etapa de su vida, y no, su vida misma.

Así, en tanta tarea institucional, todo este dispositivo terapéutico, resulta fácil, y por qué no, a veces cómodo, perderse.

Como forma de empezar a hablar del espacio de TO, como forma de justificar y también comprender el valor de lo aparentemente minúsculo, tomo algunas reflexiones del Dr. Montagut, de un trabajo suyo, cita a León Felipe quien respondiendo acerca del ser de la poesía dice: "*Si al deshacer el verso, aventar las palabras, quitar la rima, el metro, y hasta la idea misma, si quito todo eso, queda algo, eso es la poesía*".

Así en el tratamiento institucional, debemos construir el verso, respetar la métrica, armonizar la rima, hasta que todo pueda ser desechado, y aparezca la personalidad del paciente, las preguntas o respuestas desde sus propios labios.

Así entonces, armonizar la rima, respetar la métrica desde cada espacio terapéutico.

En cada espacio terapéutico aparece el paciente, como en la holografía, esa técnica asombrosa de fotografía tridimensional, cada partícula lleva la imagen del todo, cada espacio también lo tiene, más, es en la reunión del equipo donde reflexionando conjuntamente podemos ver la foto tridimensional más grande, quizás podemos ver al paciente.

Tomo al fin el espacio de T.O de un paciente varón de 22 años, estudiante. La familia consulta al terapeuta ya que presenta situaciones sumamente violentas, dice querer matar a su madre con la que convive. Tiene un hermano. El padre se separó de su madre y el grupo familiar cuando el paciente tenía tres años. Fue a vivir al sur del país, residencia que aún mantenía en el período del tratamiento al que me voy a referir.

Otros datos de su historia, prefiero que aparezcan en la tarea, tal la forma que trabajamos, la historia la va trayendo el paciente con palabras o con hechos, repitiendo, rectificando, conociendo o reconociendo, eslabonando situaciones.

De los diez meses voy a puntualizar tres actividades, que implican momentos diferentes.

• 1° Actividad

Corresponde al primer día de Hospital de Día

PROYECTO: COLLAGE

MATERIALES: ACUARELA, PAPEL, PLASTICOLA.

Este punto "un collage" es el "que", qué se hizo, pero planteo como interesante el "como" de la realización, el transcurso, lo que no se ve en un proyecto terminado, que como tal es resumen de una situación, o varias.

Mientras el paciente patea por momentos la mesa, grita que quiere que su padre le compre un departamento, estruja los clasificados de un diario e insulta a las mujeres, a los gritos, estamos en el espacio de TO acompañados, él y yo por un acompañante, un enfermero que cuidándome, cuida al paciente y cuidando al paciente me cuida a mí.

Saco algunos materiales, los pongo sobre la mesa. Comienzo a pintar lentamente, al son de las palabras del paciente, después de un buen rato, sin mirarme me dice:

— (Pac.) ¿Qué haces?

— (TO) Pinto

— (Pac.) ¿Qué pintas?

— (TO) No sé, pinto algunas cosas de lo que decís.

4 Centro de Psicoterapias Integradas (CPI).

— (Pac.) *Eso es muy difícil.*

— (TO) *Sí es difícil.*

Cuando termino de pintar se lo muestro, lo estruja y le quita una parte. Entre los dos, con aportes diferentes, hicimos esto que vieron.

En este espacio de TO estamos juntos, y hay además, materiales, para usar, transformar, construir o destruir, dejar alguna marca en algo, acompañado o sostenido, si lo necesita y si puede, por alguien.

La lectura del paciente, aún en esa situación, era correcta *“era difícil”*, encontré una vez más que el encuadre servía para organizar, en principio al terapeuta.

Sujetos y objetos concretos. Ahí comenzamos dentro de cierto orden, a danzar al ritmo del paciente, hasta que percibiera otros sonidos, también los propios entonces tapados, estaba aturdido por su propia demanda.

• 2° Actividad

Aproximadamente a los 5 meses.

PROYECTO: MOLDEADO DE ARCILLA.

MATERIALES: ARCILLA EN FRÍO, TÉMPERAS, BARNIZ.

Hasta esta actividad el paciente viene a terapia ocupacional, en grupo. Toca temas en la guitarra, pacíficos o violentos según el ánimo del día, trae apuntes de la facultad que lo acompañan, casi siempre se sienta en una mesita aparte del grupo.

Se conecta verbalmente, con un compañero que lo acompaña en criticar y desvalorizar este espacio, boicotean cuando pueden.

Ha transcurrido esta etapa en la que ha traído a TO lo que conoce como forma de organizarse, la música y el estudio. Organizarse solo o con su hermano, ha sido la forma de ir viviendo.

Ahora, mitad en su mesita, mitad en la mesa que comparte con el grupo, puede tomar algún material, de los varios que están disponibles. Materiales y palabras, técnicas o frases que pueden ser escuchadas y en el intercambio quizás resulten nuevas construcciones.

Toma arcilla, es nueva para él, implica intentar un contacto distinto, con el material, conmigo y en el grupo.

Acompañado por miles de palabras, risas y cargadas a sí mismo, va modelando.

En sesiones siguientes el modelado se ha secado, accede a pintarlo, luego lo barniza, el barnizado se seca.

Es el primer proyecto que ha tenido secuencia (tiempo de espera, tiempo para dejar, tiempo de retomar) y técnica (ciertas reglas del juego), también aceptación de propuestas mías para concretar lo que se animó a hacer. Aparece aquí, que organizarse solo no es ya, la única forma de hacer, en la repetición ha aparecido ya una diferencia.

El modelado es el torso de un hombre y un personaje, como un hombrecito de cuerpo entero, muy pequeñito, que se apoya al lado del otro y sólo así se mantiene.

El paciente y su papá. Asociación que fácilmente aparece pero de sus labios y no de los míos. Lo llevará luego, casi sin decir nada, a mostrárselo a su terapeuta, de la misma manera vuelve a aparecer en el mueble de TO.

En el desorden habitual que suelo tener en el taller, han permanecido juntos, el torso del hombre y el hombrecito. Se imponía así hablar de esto, cómo, el paciente, en aquel momento pudo comenzar a “hablar” así, modelando, lo que el primer día gritaba.

• 3° actividad

Aproximadamente a los 8 meses.

PROYECTO: UNA CAJA.

MATERIALES: MADERA, COLA, CLAVOS, BARNIZ, LIJA.

HERRAMIENTAS: SERRUCHO, PRENSA, MARTILLO, ESCOFINA.

El paciente vive en el hostel, es a puertas abiertas, sale y entra en la medida que se organiza, para él, salir es difícil y quedarse otro tanto.

Dice que le han robado dinero de la habitación, que comparte, se queja una y otra vez de esta situación.

Le propongo construir una caja de madera, que tenga candado. Sí, claro que es posible que alguien rompa el candado o se lleve la caja, se le ocurren otras posibilidades que son bastantes conocidas para él, tan conocidas como que pueden ser pro-

pias, le digo que si algo de esto sucede quedará más claro el carácter del robo, y si no es así, le servirá para guardar cosas que él no quiere compartir o dejar al alcance de otros, y además la podrá llevar consigo cuando se vaya de la institución.

Acepta la idea, compra madera, lo acompaña un paciente del grupo, ahora para construir no para boicotear.

Trabaja una sesión en el pequeño plano de corte, durante sesiones siguientes habla de la caja, de la facultad, de la relación conmigo, siempre demandante “las herramientas son de última, el serrucho una risa”, también de lo *genio que es* por lo que está haciendo. En otra comienza a cortar, se fatiga pero no puede dejar de hacerlo.

Las próximas sesiones habla también de la caja, no le ha salido derecha. El, que calculó el plano de corte a partir de raíces cuadradas y otros cálculos matemáticos, ahora a ojos de vista, un lado mide 2 cm más que el otro.

En la otra sesión pega, clava y barniza. Después de varios intentos de parte de él y la posibilidad de comprar el candado, lo hago yo.

Termina la caja, la deja sobre el placard. Desaparece de allí cuando se muda a su departamento.

Quizás pueda vivir en ese departamento que alquiló su padre, ¿y él que puede hacer por el mismo?, apenas una caja algo torcida y con ayuda. El candado pequeño, frágil, le genera responsabilidad y lo asusta, “¿y si pierdo la llave?”, luego va a lo absurdo “¿y si la dejo adentro y cierro la caja?”. Ríe a carcajadas, un poco dolorido.

Algo ha podido ir haciendo con fallas y con miedo.

Al mes voy a su departamento, quiere un poco de ayuda para organizarse. La caja está en el piso de la cocina, vacía. El lugar que pudo construir está, a la espera de contener algo, aún no es tiempo.

Al año, lo encuentro casualmente, viene a la institución, para llevar medicación. La caja sigue en el piso de la cocina “¿está vacía?” le pregunto. “No, tiene algunas cosas, que se yo, cosas que puedo tener yo”.

La caja partió de la idea de hacer un lugar, un espacio para sus cosas, en aquel momento no cabía preguntar qué guardaría allí, si apenas era un lugar esbozado, intentábamos que lo fuera, ahora tiene cosas, tampoco cabe preguntar que guarda, porque él lo sabe y eso es suficiente.

Para eso cuidamos la rima, respetamos la métrica.

Referencias

- Montagut. “Abordaje al paciente grave” (trabajo no publicado).
- Ciclo de ateneos “Abordaje al paciente grave”, del centro de Psicoterapias Integradas. 1989.



Situaciones clínicas y su abordaje en Terapia Ocupacional⁵

Marcela Capozzo, Sara Daneri y Elisabeth Gómez Mengelberg

Hablaremos aquí sobre cuatro situaciones clínicas, para focalizar en ellas un aspecto de la comunicación, el interjuego verbal y no verbal tal como se da en nuestro encuadre.

Las dos primeras de éstas, pueden plantearse en todo tratamiento de Terapia Ocupacional, independientemente del contexto institucional en el que se inscriban.

Las otras dos, tienen la particularidad de producirse, en esta institución donde la carencia de condiciones adecuadas de vida, genera actividades vinculadas a necesidades más primarias.

Jorge se encuentra en tratamiento en Terapia Ocupacional, desde hace aproximadamente diciembre de 1988, con anterioridad a vincularnos en el espacio de T.O., dentro de su servicio de internación, había sido atendido en el Servicio Central y establecido vínculo con dos terapeutas en su paso por él mismo.

⁵ Publicado en: Terapia Ocupacional. El camino del Hacer - COLTO. 1991- ISBN 950-99874-0-9 Bs. As. Pag.69-72 / Terapia Ocupacional: Del hecho al dicho- Liliana Paganizzi y otros. Psicoterapias Integradas Editores- 1991.ISBN 950-43-3466. Pag.101-106

Trae entonces, en el momento de elegir su segundo proyecto, realizar nuevamente una billetera. Digo nuevamente, ya que este proyecto había sido uno de los que realizó en su último tratamiento en T.O. aportando a través de esta elección elementos que reeditan en este aquí y ahora distinto, aquél vínculo establecido y la presencia de un tercero significativo.

Comienza construyendo el molde; lo acompaño y asisto; tratando de tomar lo analógico que aparece en Jorge y en la actividad, para verbalizar, intervenir desde la acción, acercándome cuando me mira o desde lo verbal preguntando o indicándole.

Comenzamos a construir un nuevo vínculo en Terapia Ocupacional.

En el momento del armado de su billetera, Jorge agrega a las divisiones que había pensado y construido en moldes, una nueva división más pequeña que las anteriores que ubica en uno de los ángulos interiores, sin decir nada la recorta y pega. Observo una innovación en el modelo diseñado por él, pregunto acerca de su función. Intervengo desde lo analógico y lo verbal.

Jorge refiere: “Es para poner estampillas, es una pequeña división que tienen las billeteras...”; al verla a mí se me ocurrió que podía ser una etiqueta donde colocar iniciales.

En Terapia Ocupacional aparecen diferentes representaciones de una misma actividad; en este caso de un mismo objeto y en relación a su función; para Jorge para guardar estampillas, para mí como etiqueta y el terapeuta anterior para guardar monedas.

En esta situación que recorto de una sesión, aparece a través de este proyecto y este modo de vínculo con el T.O. la posibilidad de generar un espacio de intercambio en el cual aparezca la diferenciación de lo habilitado a través de la verbalización de la intencionalidad de Jorge con la actividad, las acciones que en lo analógico podía aparecer como hipótesis sujetas a diferentes representaciones.

Marcelo paciente internado, que se halla en tratamiento de Terapia Ocupacional, se encuentra realizando como actividad, un tapiz en paño lenci proyecto por él elegido de un libro de actividades.

Es la figura de un gato que está dividido en partes, las mismas son recortadas de un color, para pegarlas sobre la base de otro color.

En el paso que debe armar las partes para hacer un todo, necesita tomar contacto visual con el modelo del libro e ir armándolo fijándose en este. Durante la realización de este paso, Marcelo me comenta sucesos que le acaecieron el día anterior, ante mis intervenciones verbales me pregunta, en forma insistente, “¿Qué dijo? ¿Cómo dijo?”, al terminar de armar el gato hago una lectura sobre la actividad, sobre lo concreto y observo que no ha colocado las orejas.

Establezco una hipótesis, intervengo y le pregunto si el no colocarle las orejas al gato, podría tener relación con su dificultad para escucharme; mi intervención liga una cosa con la otra, la modalidad de relacionarse sujeto-actividad, es un paralelo a la modalidad de relación sujeto-sujeto. Descubro un sistema de relaciones que repite Marcelo con la actividad y con los sujetos (la falta de orejas y su dificultad para escuchar).

Al día siguiente el terapeuta individual, realiza una entrevista con el paciente y su tío, este último manifiesta al final de la entrevista “Marcelo está distinto, hoy pudo escucharme”... el paciente a su vez rescata este decir de su tío y refiere “Vio lo que dijo mi tío que hoy pude escuchar”...

Mi intervención halla resonancia en Marcelo trascendiendo el encuadre de Terapia Ocupacional posibilitando el hacer algún aprendizaje de su modo de relación y reconocer algo de sí mismo.

Atilio es atendido en Terapia Ocupacional desde hace alrededor de un año y medio, interrumpiéndose su tratamiento por sufrir una severa caída por la escalera que le produjo politraumatismos.

Es trasladado a otro establecimiento para su atención e intervenido quirúrgicamente de su miembro inferior izquierdo.

Reingresa a esta institución en abril de 1989, presenta un acortamiento de su pierna izquierda y una marcada renguera, esto dificulta su autonomía en las actividades de la vida diaria y su deambulación.

Reinicia tratamiento en Terapia Ocupacional en mayo concurriendo de manera irregular, no puede retomar su proyecto del año anterior ni iniciar otro, es reiterativo en su queja por las dificultades de su pierna.

En julio, en una de las sesiones Atilio se integra al grupo, repite en forma insistente, con voz monocorde quejosa, con el rostro inexpresivo “Estoy preocupado...” “Estoy preocupado...”

El grupo abandona la pre tarea y de manera analógica a través de mirarlo y del silencio se vincula con él. También desde lo analógico lo acompaño para interrogarlo “¿Preocupado por qué?” Atilio responde “Con los zapatos puestos no puedo dormir” nuevamente abro la pregunta “¿Por qué dormís con los zapatos puestos?”.

Atilio dice “No me los puedo sacar ni poner solo” por la dificultad con su pierna izquierda.

Se abre el espacio para la expresión, dando cuenta de su limitación e imposibilidad de pedir ayuda, propongo que en la siguiente sesión probemos entre los dos sacar y volver a poner sus zapatos, le describo verbalmente las acciones concretas que desarrollaremos. Y las refuerzo desde lo analógico recurriendo al espacio físico y a mi propio cuerpo. Atilio ha modificado su expresión dirigiendo su mirada primero a mí y luego hacia el grupo y nos dice “No sé si podré venir...”

Apelo al grupo, que hasta el momento participó desde lo no verbal, los interrogo “¿ De qué manera lo pueden ayudar” uno de los miembros se ofrece “Te vamos a ayudar, te vamos a traer”... el grupo comienza a integrarse de manera verbal en este espacio de intercambio entre Atilio y yo, comprometo acciones concretas para facilitar este encuentro con la actividad propuesta, Atilio se distiende de su lenguaje gestual y nos dice “Quisiera ir a mi casa, no sé si podré hacerlo”. Por primera vez en sesión aparece un proyecto propio, el de ir a su casa. Qué posibilitó este proyecto: El escuchar e interrogar posibilitó abrir espacios para la expresión y la comunicación entre el T.O. y el paciente la propuesta de acción abrirá un tercer espacio de aprendizaje no sólo de técnicas para su entrenamiento en las actividades de la vida diaria, sino también para que Atilio pueda conocer y reconocer algo de sí mismo. Como terapeuta esta propuesta concreta me posibilitará afianzar el vínculo terapéutico e ir generando nuevos espacios para la expresión comunicación y aprendizaje, tal vez concretar su proyecto, visitar su casa.

Mario paciente internado con tres años de tratamiento en T.O., su participación en un período considerable de sesiones de T.O. transcurre por observar el hacer de los demás.

Permanece la mayor parte del día acostado, pudiendo transitar el camino de su cama al espacio de Terapia Ocupacional. Tomando el cuerpo en sí mismo como mensaje diremos que Mario se expresa corporalmente, analógicamente, mediante las acciones de ayudar a situar los bancos para sentarnos, el permanecer sentado con la mirada atenta con la que sigue mis movimientos, un intento de interacción de un reconocimiento de un vínculo, establecido conmigo, y del escenario donde transcurren estos procesos, el espacio de Terapia Ocupacional.

Un día muy frío de este invierno, Mario tiene un registro a nivel corporal de una sensación que puede ser llevado a Terapia Ocupacional, siente frío, ha localizado cerca de su cama un agujero en el vidrio de la ventana (agujero este que existe desde hace tiempo) ante esta necesidad, me pide que yo pegue un papel para tapar este agujero.

Le propongo hacerlo juntos la próxima sesión y tomar esta su propia iniciativa como proyecto, una actividad a realizar en Terapia Ocupacional. Mario, quien se expresa verbalmente (a veces sólo con monosílabos) y en ocasiones no responde a las preguntas, accede a mi propuesta.

¿Por qué accede? Podemos pensar que el tomar en cuenta esta necesidad que en él aparece como imperiosa, que tiene que ver con las necesidades más primarias, tomar en cuenta esta elección que realiza lo pone en una situación diferente, le ofrezco una alternativa, interviniendo en lo concreto, reconocer el camino del “cómo hacer”, con un mayor acercamiento desde lo analógico.

En esta sesión observo en Mario una actitud expectante, lo interrogo acerca de si recuerda la actividad a realizar y éste puede evocarla.

Propongo desde la acción y le ofrezco los materiales, distinto tipo de papeles, pudiendo elegir el material, le anticipo verbalizando los pasos a seguir de la actividad, vamos juntos a tomar las medidas de la ventana, este transitar del espacio, puede luego realizarlo independientemente de mí.

Observo la reactivación de los aprendizajes realizados con anterioridad (sistema métrico decimal y el traslado de medidas al papel) a medida que el proyecto avanza, Mario se concentra con los elementos escuadra, papel y lápiz, adquiere mayor independencia con respecto a la técnica, si bien me solicita ayuda ante la dificultad en la tarea.

Hay una comunicación verbal y no verbal, a nivel del grupo de pares, traduciéndose ésta en el intercambio de materiales y herramientas.

En el último paso de la actividad, ésta proponía la acción de dos sujetos para tener éxito, nos comunicamos analógicamente, Mario pegaba con cinta dúrex y yo sostenía el papel, Intervengo verbalmente señalando la necesidad de otro para realizar el proyecto.

Explicito al grupo el beneficio que ellos recibirán al no entrar el frío por la ventana, apareciendo entonces Mario como capaz ante la mirada de otros.

Para intentar comprender desde la teoría los hechos que se suscitan en Terapia Ocupacional hemos requerido en nuestro desarrollo profesional, de un espacio diferente para comprender no sólo dichas situaciones clínicas sino también para poder pensarnos incluidos en ellas.

Este espacio diferente, pensando fuera de la institución con nuestros colegas, nos posibilita cimentar nuestra tarea, sintiéndonos convocados y así aunarnos con aquellos que construyen la teoría de la técnica.

RELATOR INVITADO/EXPOSITOR

Equipo Interdisciplinario del Taller de Salida Laboral del Hospital Nacional Dr. José T. Borda⁶

Alfonso Gutiérrez Reto, Adriana Álvarez, Silvina Diz, Marcela Capozzo, María Antonia Urruti y Mónica Sagrera

Introducción (Presentación)

Hemos propiciado un espacio denominado “Taller de salida laboral”, que tiene como particularidad que él mismo funciona realizando una tarea subcontratada dentro del Hospital.

Para montar este taller, fue necesario hacer contactos con empresas, ofreciendo la realización de trabajos posibles de ser llevados a cabo dentro el ámbito hospitalario. Dichas tareas en el mercado laboral competitivo se inscriben en el llamado trabajo domiciliario, que se caracteriza por ser un trabajo a destajo. Fue necesario a la vez montar una infraestructura real que permitiera sostenerla.

A partir de esto y después de un proceso caracterizado por marchas y contramarchas alcanzamos el funcionamiento actual del taller. El mismo funciona en el 4to piso y las actividades se desarrollan de lunes a viernes de 9 a 11.30 hs.

Los días jueves realizamos un grupo de reflexión con la presencia de todos los pacientes y todos los terapeutas. El ingreso de pacientes se concreta a través de las derivaciones realizadas por los terapeutas tratantes o por informaciones entre los mismos pacientes. En todos los casos se pide realizar una entrevista con el terapeuta a fin de establecer un acuerdo común en cuanto a objetivos y estrategias de pre-alta y se conciertan encuentros de interconsultas. En las entrevistas de admisión se evalúan las posibilidades psicológicas, ocupacionales y sociales de externación y se interroga acerca de las motivaciones e intereses del paciente, estableciendo de esta manera si se encuentra en la etapa de pre-alta.

Dentro del aspecto ocupacional específico se evalúa a través de una muestra de trabajo sobre la misma tarea observando las posibilidades y/o dificultades en la ejecución a fin de determinar las aptitudes laborales para la misma. De esta evaluación laboral surge la necesidad o no de realizar un entrenamiento en la tarea previo al ingreso al taller.

Con las entrevistas establecemos ya un espacio de interrogación para el paciente, anticipándole ese otro espacio que le proponemos en ese taller. Si el paciente acepta esta propuesta se formaliza su inclusión a través de la firma de un contrato.

Creemos que la estrategia montada es un instrumento válido teniendo en cuenta los siguientes fundamentos.

Fundamentos

El programa de salida laboral se generó como una de las actividades del plan de resocialización. Todo objetivo de resocialización en un Hospital psiquiátrico y particularmente en este, implica romper redes institucionalizadas que contienen y encierran la psicosis.

El fundamento de toda terapia en la institución es la utilización con sentido terapéutico de sistemas de intercambio existentes, es decir la verbalización de lo que pasa. Las características del intercambio que observamos en la institución, están determinadas por un sistema cerrado y rígido que sintetizamos en:

- Intercambio de palabras-----el vínculo está anulado.
- Intercambio por prebendas como: comidas, ropa, dinero, cigarrillos, permisos de salida, etc. Logradas mediante la limpieza del servicio, la atención de la higiene de ciertos pacientes que no se valen por sí mismos y el suministro y reparto de medicamentos.

Este sería el tipo de intercambio que nos daría cuenta de un vínculo que nosotros denominamos “narcisista”. A partir de esto pensamos en una ecuación con dos términos: de un lado “madre” que representa la institución y por otro lado “hijo” paciente. El primer término reproduce un modelo vincular narcisista, en el que la institución “madre” mantiene al “hijo” paciente en la misma posición ligada a la enfermedad y repitiendo estereotipos originarios, productores de patología. Esta identificación del paciente con la madre institución termina siendo un acto determinante que finalmente deviene en su cronificación. La observación de esta particular modalidad institucional nos lleva a caracterizarla como una “aplanadora” del deseo individual.

6 Equipo del taller de salida laboral - Servicio N 59 de Psicología Social del Hospital José T. Borda: Alfonso Gutiérrez Reto, Adriana Álvarez y Silvina Diz. Servicio N 48 de Terapia Ocupacional del Hospital José T. Borda: Marcela Capozzo, María Antonia Urruti y Mónica Sagrera.

De aquí, surge una propuesta de intentar promover relaciones significantes a través de un intercambio que genere una ruptura de estos muros, tratamos de agujerearlos para recrear vías de circulación entre el adentro y el afuera.

Se abre así un espacio capaz de propiciar determinadas construcciones en relación a su historia personal. Pensamos entonces en una manera de devolver una cierta dimensión social a esas palabras sin destinatario (o más bien cuyo destinatario se ha extraviado).

Mediante la interrelación con los otros, se escuchan a sí mismos, y a otros, establecen vínculos y se nombran como pertenecientes a un determinado grupo de trabajo. Por eso el mediador trabajo resulta privilegiado ya que en él, se incluye: el trabajador, la producción, el salario como valor de cambio un tercero que contrata. Este planteo apunta a reemplazar la primera ecuación por otra cuyos términos serían: empresa-trabajador-salario-producción para efectuar el corte del vínculo narcisista, a partir de la entrada en juego de otro, que produce este efecto de quiebre de la díada madre/paciente, con la posibilidad de alcanzar una representación simbólica (que aunque deficitaria) posibilite una circulación en las relaciones sociales.

Sintéticamente la resocialización la entendemos como promotora de estas condiciones, un cambio en el mundo interno de cada uno de los pacientes, invitando a una movilización de la libido hacia los objetos externos, es decir con el mundo circundante.

En el taller enfocamos la problemática de reconocerse como un trabajador, montando una escena laboral que evoque las conexiones múltiples que configuran el imaginario de cada uno de los pacientes. Se privilegia también este mediador trabajo, porque éste signa un lugar de reconocimiento al sujeto, en tanto marca el origen del intercambio como forma constitutiva de la cultura.

Dentro del taller realizando la tarea específica el diálogo es más espontáneo, ya que la actividad actúa como facilitadora de la expresión tanto a través de acciones como de palabras.

En el hacer y con la atención puesta al servicio de la tarea se constituye un espacio para las palabras menos formal. Son traídos temas como el sexo, las mujeres, los terapeutas, las quejas institucionales, recuerdos, proyectos, fantasías, dudas y temores que se entremezclan con la demanda de la tarea: como se puede pintar mejor, cuando se va a hacer una entrega, preocupación por el pago. En este hacer de la tarea del taller, la implicancia de lo social, en cuanto a que se hace para producir y el objeto terminado es para otro, la empresa, determina que la relación entre el paciente y la actividad adquiera características particulares.

En este caso las tareas están determinadas por el tipo de producción que se contrata con la fábrica, que pauta los materiales y herramientas a utilizar y las condiciones que debe reunir el producto terminado.

En el “como” y en la “forma” en cómo se realiza esta tarea es donde aparecen diferentes modalidades que particularizan a cada integrante del grupo. (Ej. Un paciente que deambula por el Hospital en pantalones cortos se observa gran dificultad para pintar los pantalones de los jugadores de fútbol; otro paciente durante la realización de una tarea de armado de espejos encuentra otra forma de pegar los aros diferente a la que había propuesto la fábrica.)

Creemos que en el taller se reeditan experiencias laborales anteriores, ya que realizar un trabajo posibilita remitirse a aquellos vínculos establecidos en situaciones similares, habilitando así un espacio para la expresión de los mismos y la posibilidad de conocer y reconocer capacidades y dificultades y promover modificaciones.

Evolución

Ahora les vamos a contar algunas reflexiones sobre cómo fue la evolución de la experiencia y de algunas puntuaciones que nosotros hemos pensado. En las primeras entrevistas informamos las características del grupo. Llegan pacientes que tiene una idea muy parcial de lo que se trata, por ej. ganarse unos pesos, ocupar el tiempo dentro del Hospital, búsqueda de una colocación inmediata, aprender un oficio, etc.

Al explicar que se trata de un dispositivo terapéutico que incluye la realización de trabajo y un lugar de reflexión de temario amplio, en muchos de los entrevistados el interés decayó, o se encontraron con obstáculos sobre la amplitud de lo propuesto; podemos decir que de 3 o 4 entrevistados, se incluyó uno. Pensamos que las entrevistas plantean una interrogación y proponemos al paciente que decida su inclusión o no.

En el grupo de reflexión se verbalizan los temas que libremente los pacientes traen o los que los terapeutas proponen de acuerdo a lo escuchado. Hemos tomado determinadas secuencias en el recorrido del grupo. En un primer momento se escuchaban quejas relacionadas con la medicación, con la comida, con la situación del Hospital, de la internación. Dentro de una modalidad caracterizada por el no reconocimiento del otro como interlocutor válido. Podemos recordar como en uno de estos primeros grupos de reflexión los pacientes no pudieron registrar el ingreso de dos terapeutas, centralizando la verbalización en un monólogo sobre la medicación, casi como si fuera una letanía. Un paciente dice “Tomo como siete pastillas, yo no sé porque me dan tanta medicación: tomo un Halopidol de 10 mg, un Artane, un Fenegan, etc.

Esta modalidad de discurso también se escuchaba durante la realización de la tarea; en ese momento era como si cada uno estuviera sintonizando una radio, en distintas frecuencias. Esto lo traemos recordando la inclusión por parte de un paciente de una radio que se la podía escuchar como monologando a la par que cada uno de los demás pacientes.

En el taller, en la tarea se observó que durante los primeros días del mismo los soldados que debían ser pintados, eran tomados por cada uno de ellos de distintos modos (para algunos eran batallones, para otros legiones) y el cuidado y atención puestos en la ejecución de los mismos se asemejaba más al que se puede depositar en un objeto único y propio, como obra creadora, que al de un producto para la venta. En un segundo momento el discurso en el mismo tono de letanía comienza a dirigirse hacia alguno de los terapeutas.

Dentro del taller comienza a evidenciarse una relación con la tarea, aproximándose a un modelo de producción. Aparece la preocupación por el modo de ejecutar la tarea, para poder tener mayor cantidad y calidad, para ganar más y el pedido de ampliación de horario para el taller, esto estaba dirigido a los terapeutas para que las posibles soluciones fueran dadas por éstos. Los terapeutas respondíamos en este momento desde las propias ansiedades frente a la necesidad del sostenimiento del taller, que lo vivíamos como vinculado con el compromiso vinculado con la fábrica; haciéndonos cargo de los pedidos que sobre este tema nos dirigían los pacientes: preparar la pintura, controlar la calidad, organizar las entregas y ser el único nexo con la fábrica (o sea con el afuera). Por otra parte y al mismo tiempo insistíamos en los temas del afuera y de la externación.

A partir de que dentro del equipo y en nuestras reuniones despejamos la modalidad de maternaje en la que nos veíamos situados, empezamos a señalarles las posibilidades de resolución propias de cada uno y del grupo, ante diferentes situaciones.

La totalidad de los terapeutas que se desempeñan en salida laboral se encuentran en una reunión de equipo con una frecuencia semanal, instancia que creemos necesaria a fin de despejar lo que va sucediendo en el grupo y por supuesto también aquello que le evoca a cada terapeuta esta inclusión en la que él está participando.

Estas intervenciones que pudimos despejar fueron facilitadoras de la paulatina aparición de un 3^{er} momento, donde los pacientes empiezan a participar del contacto con la fábrica yendo a buscar material o a entregar, o buscar pagos, llegando a plantear sus reclamos por una mejora en el pago. Entonces comienza a aparecer el discurso acerca del afuera del lado de los pacientes y desde ahí aparece una nueva lectura de la situación de internado. En el grupo de reflexión: Hospital que cobija, Hospital cárcel, y el afuera como un lugar peligroso y a la vez tentador.

En este momento podríamos decir que se conforman como grupo y como trabajadores creándose entre ellos lazos que trascienden el espacio del taller dos pacientes que concurren al taller son del mismo servicio de internación, éstos al principio no se comunicaban y observamos que con el tiempo comienzan a tener una relación diferente, ya sea yendo juntos al taller por la mañana o tomando mate o charlando por la tarde. Otro ejemplo es la realización de una carta para pedir ampliación de horario del taller al Director del Hospital.

Todo esto que aparece es propiciado por las intervenciones de los terapeutas y también motorizada por la inclusión de un paciente (que se inserta en el taller estando de alta) siendo el primero en plantear en un grupo de reflexión “¿de qué se trata esto?”.

A partir de la inclusión del afuera por parte de ellos mismos y de esta posición como operarios es que comienzan a plantear la posibilidad de buscar un trabajo en el medio competitivo. Cayendo el taller del lugar privilegiado que podía dar satisfacción a algunas de sus necesidades, a ser en parte desvalorizada frente a otras propuestas del afuera. “El taller les queda chico”.

Este desarrollo lo podríamos pensar desde diferentes lugares, así como fueron diferentes los recorridos de cada uno de los pacientes en todo este transcurso, marcado por la posibilidad de cada uno de inclusión o no en el afuera.

Posibilidades que creemos ampliadas en aquellos pacientes que contaban con una psicoterapia individual.

Nuestra experiencia se enlaza en este punto con el proyecto de casas de medio camino; un primer grupo, cinco de ellos se incorporaron a este plan y de éstos, tres se encuentran trabajando en un taller de producción “Cordic”.

Nos parece interesante para señalar, como desde sus posibilidades cada paciente pudo acceder a un determinado lugar.

Recordamos una situación cuando tres pacientes concurrían una mañana al taller de “Cordic” y pasan por una panadería, uno de ellos entra a comprar una flautita, luego entra otro y también compra una flautita. El 3ro entra a la panadería y le pide al dueño si puede recoger dos facturas que están en el suelo. Cuando salen los compañeros le piden que no lo haga delante de ellos. Se sintieron molestos ya que están marcados por la modalidad de intercambio que se establece en el “afuera”.

Relaciones éstas que postulábamos como quebrando el vínculo narcisista que mencionamos en nuestros fundamentos.

24 de septiembre de 1989



PROGRAMA

SEDE: Aula Magna del Htal. Nacional "Dr. José T. Borda"

ENTRADA LIBRE Y GRATUITA
* SE OTORGAN CERTIFICADOS DE ASISTENCIA *

PRIMERAS JORNADAS DE TERAPIA OCUPACIONAL EN SALUD MENTAL

13-14-15 de Septiembre de 1989

ORGANIZAN:

Dirección Asistente de Psiquiatría Social y Rehabilitación
del Htal. Nacional José T. Borda"

Servicio N° 48 de Terapia Ocupacional del Hosp. Nacional
"Dr. José T. Borda"

Servicio de Terapia Ocupacional del Hosp. Infanto Juvenil
"Dra. Carolina Tobar García"

Auspician:

Asociación de Terapeutas Ocupacionales de Buenos Aires -
Asociación de Psiquiatras Argentinos - Centro de
Investigación Médico Psicológica de la Comunicación -
Laboratorio Janssen

HOSPITAL NACIONAL "DR. JOSE T. BORDA"

Director Dr. Fernández Amallo

Director Asistente de Psiquiatría Social y Rehabilitación,
Profesor Dr. Miguel Angel Materazzi

COMISION ORGANIZADORA

T.O. Elizabeth Gómez Mengelberg T.O. María Antonia Urruti
T.O. Marcela Capozzo T.O. Mónica Sagraera
T.O. Adriana Salfstein T.O. Liliana Risler
T.O. Carlos Palma

PROGRAMA

MIÉRCOLES 13 DE SEPTIEMBRE:

Coordinadora: T.O. Adriana Salfstein

9:00 Hs. Apertura - Comisión Organizadora.

9:30 Hs. Expone: T.O. Adriana Ceña
Tema: "La Terapia Ocupacional fuera del taller"

10:15 Hs. Exponen: T.O. María Laura Bustingorri y T.O. Andrea Montón
Tema: "Experiencia con pacientes terminales"

11:00 Hs. Presentación de trabajos libres

12:30 Hs. Intersectorial de Salud Mental (pasa al día Jueves)
Coordina: María Antonia Urruti

JUEVES 14 DE SEPTIEMBRE:

Coordinador: T.O. Carlos Alejandro Palma

9:00 Hs. Equipo Interdisciplinario del Taller de Salida Laboral del
Hospital Nacional "Dr. José T. Borda"

10:00 Hs. Panel: Alternativa para la Externación.
Integrado por: Equipo del Taller de Salida Laboral del Htal.
Nacional "Dr. José T. Borda"
T.O. Marta Suter de Talleres Protegidos de
Rehabilitación Psiquiátrica
Juez Dr. Alejandro Molina, Asesor de Menores e
Incapaces

11:00 Hs. Presentación de Trabajos Libres

VIERNES 15 DE SEPTIEMBRE:

Coordinadora: T.O. Liliana Risler

9:00 Hs. Expone: Prof. Dr. Miguel Angel Materazzi
Tema: Prevención

10:00 Hs. Exponen: T.O. Ana Amorosino y T.O. Gladys López de Lattes
Tema: Prevención Primaria

11:00 Hs. Expone: T.O. Maureen Molholland
Tema: Estimulación Temprana

12:00 Hs. Presentación de Trabajos Libres

12:30 Hs. Cierre de las Jornadas

JORNADA 2

**Segundas Jornadas de Terapia Ocupacional
5, 6 y 7 de septiembre de 1990**

PRÓLOGO

Elisabeth Gómez Mengelberg y Marcela Capozzo

La década de los noventa nos trajo el fin del apartheid y la Guerra Fría, el primer animal clonado, el boom económico del punto com. y el hechizo de Harry Potter, se cayó el Muro de Berlín y la Unión Soviética comenzó a transformarse.

En sus inicios en Argentina Carlos Saúl Menen fue elegido presidente, y su primer mandato abarcó de 1989 hasta 1995.

A la crisis económica del 89, con la hiperinflación, cuyos efectos se trasladaron a los 90, se suman la flexibilización y precarización laboral y otros cambios que impactaron en la sociedad.

El Hospital José Tiburcio Borda desde 1905 hasta 1993 dependió de la administración Nacional, y en 1990 pertenecía al Ministerio de Salud y Acción Social.

El Ministro de Salud cuando se llevaron a cabo estas segundas Jornadas era Eduardo Bauzá (15/9/1989 a 20/9/1990), Matilde Menéndez era Subsecretaria de Salud y Ángel Fiasché el Director Nacional de Salud Mental y a fines de 1989, se intervinieron los tres hospitales psiquiátricos (Borda, Moyano y Tobar García).

En el servicio de Terapia Ocupacional del Hospital Borda se continuaba con la docencia de grado en la carrera de TO y de otras carreras también y la difusión de la disciplina en el ámbito interno y externo al hospital.

Asimismo se afianza el desarrollo de programas en otras áreas del mismo hospital como el Programa de Pre-Alta del Servicio de Psicología Social y en el Taller de Salida Laboral, cuyo inicio había dado comienzo en el año 89, en plena crisis e hiperinflación.

La articulación con otros servicios dentro del hospital en proyectos comunes, en los cuales el eje fundamental de los intercambios estaba dado por la atención de pacientes en común, impulsó un trabajo entre multi o interdisciplinario según cada uno de los equipos.

Se comienzan entonces a perfilar otras áreas en el servicio además del clínico asistencial y de los roles convencionales de la atención en la profesión.

La medida de estas transformaciones estuvo dada por la posibilidad de levantar datos de la demanda de la población atendida y reformular las formas de brindar posibilidades de intervención desde la disciplina.

La crisis del 89 y la reforma del Estado iniciaron la descentralización sanitaria con la idea que ya no quedarán establecimientos dependientes de la Nación y pasaran a depender de las diferentes jurisdicciones, en el caso del hospital de la Ciudad de Bs. As, por aquel entonces Municipalidad.

El paradigma de la desinstitucionalización comienza a tomar entidad dentro del campo de la Salud Mental y ser motivo de debate y reflexión entre los grupos profesionales.

El equipo de terapeutas ocupacionales del hospital, no es ajeno a todas estas circunstancias y acontecimientos y pensó para estas Segundas Jornadas, ejes temáticos donde se planteara con énfasis la participación de Terapia Ocupacional en los equipos interdisciplinarios, en las instituciones públicas y privadas y también en la actividad y formación profesional.

Estaba avanzado ya, el camino en la difusión de la disciplina y de la profesión, y aparece reflejado en las presentaciones de estas jornadas, tanto en los trabajos libres como en la de los invitados, un recorrido por el trabajo interdisciplinario, modalidades para la formación continua, articulación con otras disciplinas de las ciencias sociales, el trabajo en la comunidad y en ámbitos no convencionales.

A nivel nacional, la primera Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISAM) nació en el año 1985. La característica fundamental de la RISAM es su modalidad de trabajo interdisciplinario, entendido como la permanente puesta en relación de diferentes saberes disciplinares para la construcción e implementación de estrategias de abordaje integrales, concebidas de modo complejo.

En la presentación de "El atrevimiento de una utopía, trabajo comunitario Barrio las Catalinas Sur" realizado por profesionales de primer año de la RISAM, se relata la experiencia del Área Programática del Hospital Argerich realizada en el nivel de atención y prevención primaria e interdisciplinario con una inserción comunitaria en terreno. *"Desafía y aprende y desaprende de hegemonías, estructuras y dogmatismos"*, al decir de los autores.

Nos encontramos también con una experiencia interdisciplinaria del Hospital de Día del Hospital Borda, se refleja allí el armado de una historia en conjunto entre la psicoterapia grupal y la terapia ocupacional, organizando una actividad grupal con los pacientes que asisten al dispositivo. Con las intervenciones y coordinación, de profesionales del espacio de psicoterapia

grupal, terapeutas ocupacionales y un auxiliar de rehabilitación se trabaja con una actividad artesanal grupal a modo de sostenimiento del grupo, los posibles despliegues de la subjetividad de cada paciente y la dinámica grupal son los insumos de intervención de los profesionales.

En cuanto a la formación continua, hay un relato de la modalidad de grupos de estudio de terapia ocupacional desde terapia ocupacional.

La autora en un ámbito informal y privado se acerca a este peldaño de formación de posgrado, proponiendo los siguientes elementos: lectura y reflexión bibliográfica básica, técnicas psicodramáticas de realización de imágenes, presentación por escrito de situaciones clínicas por parte de los integrantes del grupo de estudio.

La presentación de “Taller de prensa” relata la experiencia de la realización de una revista por los niños que asisten a Terapia ocupacional en el Hospital Carolina Tobar García. A través de la ejecución de una revista en papel se convierten en portavoces de lo que subyace de lo que se manifiesta en la conciencia de aquello que callan.

También se presentó el trabajo “La perspectiva antropológica y su articulación con Terapia ocupacional”, las colegas nos hacen conocer sus reflexiones acerca de la visión desde la Antropología de las actividades, ocupaciones, oficios y del sujeto que las produce, y los posibles aportes a nuestro campo disciplinar.

Estas segundas Jornadas contaron con una asistencia importante de público entre graduados y estudiantes, apenas terminadas se comenzó a pensar y reflexionar sobre la próximas a realizar.

Comienza a gestarse la continuidad de las mismas como espacio de encuentro, producción, intercambio y construcción de prácticas y de saberes, una tarea que se sostuvo en el tiempo en las que siguieron.

TRABAJOS LIBRES

El atrevimiento de una utopía. Trabajo comunitario Barrio “Catalinas Sur”¹

Servicio de Psicopatología Hospital Argerich, Primer año R.I.S.A.M Experiencia realizada entre Julio del 89 y Mayo del 90.

Patricia Regueiro. Residentes: Luisa Callau, Marcela Falco, Graciela Constantini, Alejandro Francia, Alejandra Curatela y Marcela Giménez.

Principios

Antes de comenzar este trabajo, queremos agradecer fundamentalmente a los vecinos del barrio “Catalinas Sur” la confianza que nos brindaron y por habernos permitido mantener un aprendizaje mutuo en el trabajo comunitario.

Durante nuestra rotación recorrimos un largo itinerario de supervisiones, creemos que este es el espacio para agradecer el acompañamiento que nos dieron, especialmente a: Dr. Emiliano Galende, Dr. Héctor Poggiese representante de F.L.A.C.S.O. (Argentina) T.O Susana Vidal, Cátedra de Salud Pública de la facultad de Psicología de la UBA, particularmente a Lic. Paulina Radunsky, Lic. Alicia Stolkiner, Lic. Irene Castro Osvaldo Saidón y al grupo “Tus Maridos”, Alejandro Vainer y Fabio Posca, por haber colaborado con sus artes en el segundo Festival de la Juventud. Al Vasco de la Subsecretaría de la Juventud de la M.C.H.A.

Por último y sobre todo queremos agradecer con un gran abrazo, expresión de nuestro afecto a la Lic. Patricia Regueiro por haber compartido este tiempo con nosotros.

Prólogo

Era Julio del “89, un psicólogo, dos médicos, dos terapeutas ocupacionales y una trabajadora social, habíamos elegido como lugar de inserción “Catalina Sur”.

Cada uno traía consigo objetivos, ideologías, formación, fantasía acerca del trabajo comunitario. Poca experiencia, casi nula para el trabajo barrial, pero con muchas ganas de aprender.

Durante los primeros días de Residencia habíamos estado trabajando sobre los ejes básicos de ésta: interdisciplina, atención primaria, trabajo comunitario.

“Hacer interdisciplina y prevención primaria “eran el mandato de la RISAM, el equipo debía intentarlo. Había que aprender y fundamentalmente desaprender, desaprender hegemonías, estructuras y dogmatismos. Atención primaria y trabajo comunitario, palabras que se pueden asociar con otras: movilización, autodeterminación popular, solidaridad, justicia social, protagonismo, democracia, década del sesenta y del setenta.

Palabras que a pesar del vaciamiento o la saturación a la que han sido expuestas, algunas veces canceladas por el terror, otras por la desesperanza, nos interpelan.

La realidad del “89 nos decía que el país se debatía en una de las peores crisis socio- económicas de su historia. Lo vigente, lo que se convertía en acciones eran saqueos, “estallido social”, hiperinflación, hambre, más tarde las privatizaciones, el indulto.

El comienzo fue muy duro, al principio, el camino “no se hacía al andar”, los jóvenes de Catalinas, como los de muchos barrios, se enfrentaban en la encrucijada de hacer colas interminables en la puerta de las embajadas, para irse, para zafar. Jóvenes como nosotros, como el equipo joven, involucrados en la misma realidad del país.

A un año de este comienzo, con muchos cambios, pero con la seguridad de que es posible salir de las instituciones hospitalarias, trabajar con la comunidad y haber aprendido que la participación, el protagonismo, la solidaridad son conceptos inmanentes de la Salud Mental. Nos fuimos del barrio: Este trabajo continúa por los vecinos, donde pudieron promover nuevos espacios, actividades colectivas y lugares de encuentro. El equipo terminó la rotación.

En Julio del “89 sabíamos que nuestro trabajo iba a ser continuado por otro equipo interdisciplinario.

Pero nuevos tiempos, nuevos planes, nuevas formas de pensar la salud mental reinstalaron el eje de intervención en las instituciones aisladas. Viendo la historia de este país, no son tan novedosas. La falta de reconocimiento en nuestro trabajo

¹ Publicado en: Terapia Ocupacional. El camino del Hacer - COLTO. 1991- ISBN 950-99874-0-9 Bs. As. Pag.181-202

y la decisión unilateral de terminar con el proyecto RISAM llevó a que los nuevos residentes no prosigan con éste. El barrio continúa, los jóvenes siguen encontrándose, siguen tocando Rock, enunciando lo que pasa a su alrededor. Siguen ganándose la calle de su barrio, con los tiempos duros que nos tocan vivir, sintiendo que “el futuro llegó hace rato”.

Crono-logías

En un principio, el caos bordeando la nada. Un trompo que marea después encontrar un atajo, atajo que fue. Hoy camino.

Al proponernos transmitir el recorrido de nuestro trabajo de inserción comunitario no quisimos circunscribirlo únicamente a una cronología por etapas.

Encontramos en esa diacronía de los acontecimientos una lógica basada en condiciones de posibilidad que van tejiendo una etapa con la otra. Esta estructura que estuvo presente en un trabajo, el nuestro, es necesario para cualquier tarea comunitaria.

1° Etapa: Los preliminares

Comenzamos tomando contacto con la monografía del equipo anterior teniendo reuniones de intercambio con los miembros de ambos grupos.

Nuestro contrato de trabajo consistía en continuar con las entrevistas e institución intermedia; material que se comentaba en la reunión semanal con los coordinadores del Servicio de Psicopatología. Los objetivos de este momento eran:

- a) Obtener información acerca de la organización administrativa y política barrial. A la vez, recabar la historia de este complejo habitacional y las creencias que caracterizan el imaginario social. Las entrevistas nos posibilitan dar a conocer nuestra existencia como equipo y hacer una oferta de trabajo.
- b) Recrear un lugar en el hospital a través de reuniones de presentaciones con los otros equipos del Servicio.
- c) Cabe aclarar que la coordinación estaba a cargo de una Trabajadora Social y un Sociólogo de planta. Sin embargo no existía en el Servicio un equipo que trabajara específicamente en comunidad.

2° Etapa: Diagnóstico de situación

Una vez realizadas las entrevistas se procedió al análisis de las mismas tratando de determinar las relaciones de los distintos grupos entre sí, el nivel de convocatoria de cada uno de ellos, el auto diagnóstico de situaciones problemáticas para cada uno en relación a la Salud Mental, los recursos con que cuentan y la factibilidad de entablar un contrato de trabajo con los distintos grupos. Toda esta información fue volcada en un cuadro analizando cada institución en función de las categorías antes mencionadas y un mapa ideológico del barrio.

Las características de nuestro encuadre nos sugerían algunos interrogantes. ¿Qué efecto tiene en la gente que un equipo de salud Mental se acerque a ellos? ¿Que moviliza en los vecinos y en el equipo?

A modo de aproximación podríamos puntar tres efectos:

1- La Asociación de la Salud Mental con la enfermedad, específicamente con la locura. “Acá van a tener muchos locos para trabajar” “van a traer locos”, nos decían los vecinos. Creemos que en estos dichos se revela tanto las concepciones médico-asistenciales del rol profesional en la Salud, como también el temor a ser tomados como simples objetos de estudio.

2- Este barrio tiene un importante recorrido en tareas comunitarias, como una historia construida desde el inicio del complejo habitacional (ver historia del barrio, orígenes de la mutual y la Asociación). Gran porcentaje de la población está constituido por profesionales que inician su carrera hacia fines de los años “60; suponemos que en el ideario de éstos aparece el deseo de constituir una comunidad. Este factor se visualiza en la identidad del barrio.

Dichos antecedentes favorecieron a una buena recepción de la propuesta participativa del equipo; propuesta que invita a movilizar otras concepciones de Salud Mental, no sólo circunscriptas a lo patológico, sino también referidas al vasto campo de las problemáticas humanas.

Esto se relaciona con el efecto siguiente:

- a) La incertidumbre compartida tanto por los vecinos como por el mismo equipo, desencadenada por la inespecificidad del proyecto. Volvamos nuevamente a definir los múltiples atravesamientos de la propuesta: fuimos convocados para intervenir en cuestiones de Salud Mental, acercándonos a los vecinos para poder escuchar sus problemáticas y a partir de allí generar juntos con los grupos del barrio un proyecto de trabajo.

- b) Consideramos que por las características del dispositivo de práctica comunitaria es inevitable la producción de una demanda invertida, es decir, que al invertir el movimiento presente en una consulta (del paciente al profesional), es necesario construir un vínculo de mutua confianza que posibilite al equipo tener un lugar en el barrio.
- c) Nuestra propia incertidumbre se relacionaba con la necesidad de “hacer algo”, sin saber en qué podía consistir (3). Considerábamos que la dimensión de análisis e investigación debía arraigar en la misma intervención del barrio. Es decir que nuestro ámbito de reflexión fue una apuesta acertada, sin embargo en los inicios actuó como resistencia para sostener nuestra rotación.
- d) A pesar de ello este encuadre de trabajo no excluía un espacio propio del equipo para efectuar el diagnóstico no operacional (4). Con este término designamos la desinstitucionalización de los operadores con el fin de procesar la operación alejados del ámbito físico del barrio.

Ver Anexos I y II: Cuadro de auto diagnóstico y mapa ideológico (5) político (6)

Análisis de los cuadros

A partir de la lectura de ambos cuadros se manifiestan tres características del barrio.

1. Tendencia a cercar el barrio: Desde el punto de vista geográfico social la disposición del complejo brinda sustrato para tal efecto. Por ejemplo en los mapas de la ciudad, Catalinas aparece diferenciado del resto de la Boca, lo cual no ocurre con otros complejos de características similares. Dentro de Catalinas la vista más habitual desde los edificios que la componen son otros edificios. Monoblocks que remiten a otros Monoblocks.

Esta distinción geográfica trae aparejada una diferencia socio-cultural marcada. La población predominante de Catalinas es de clase media con un alto porcentaje de profesionales. Características que divergen de la población de La Boca y la impronta socio-cultural de ésta (conformada por clase media baja de origen en su mayoría de “inmigrantes orilleros”).

Consideramos que estas diferencias existentes reflejan en micro escala un estado de cosas de la clase media argentina y latinoamericana. Esta clase media en la medida que pierde su “poder adquisitivo” (no sólo económico, sino también cultural y social) o por el contrario, lo enriquece, responde imaginariamente atrincherándose como defensa ante una eventual irrupción del afuera que le arrebataría lo que le queda o ha conseguido.

Esta misma compartimentación se reduplica en la puja por la hegemonización de territorios dentro de Catalinas. El mapa ideológico-político así lo revela. Se presentan los polos más nítidos entre la Asociación y los grupos pertenecientes a la Congregación por un lado y el grupo de teatro y la Cooperadora, por otro (Estos últimos por haber tenido en su origen común como instituciones, en la antigua mutual). A pesar de ello las relaciones existentes entre los grupos son fundamentalmente coyunturales.

Este proceso de cercos internos consistiría en la apropiación de un espacio comunitario para uso exclusivo de una institución, personería jurídica mediante, la cual adquiere los derechos de reglamentar su uso, previa delimitación de dicho predio.

2. Cerco generacional: las instituciones que componen el barrio responden a intereses específicos de un grupo etario (especialmente de adultos), sin mucha movilidad, ni comunicación entre ellos.

Con respecto a la gente de tercera edad, conforman un grupo específico coordinado por la Municipalidad.

Aparentemente los adolescentes y jóvenes son los que no poseerían un grupo de pertenencia; lo cual despierta inquietud en los adultos, pues a éstos les faltaría un espacio determinado en el barrio, para no encontrarlos en la calle o en la droga.

Hubo una inflexión desde la pregunta inicial ¿Qué hacemos con los adolescentes? a ¿Cómo romper el cerco de los padres? Es un doble trabajo para trabajar con los chicos es importante trabajar con nosotros mismos. (En esta entrevista los miembros de la Cooperadora cometen intentos de convocar a los adolescentes bajando ellos proyectos pero que no fueron fructíferas. Nos solicitan trabajar juntos esta temática).

3. Utilización de los espacios libres del barrio: Los espacios comunitarios de Catalinas son aprovechados para tareas recreativas organizadas por los diferentes grupos y cotidianamente por los vecinos, especialmente los niños. Lo cual genera un fuerte sentimiento de pertenencia al barrio.

Objetivos de la segunda etapa

A partir del diagnóstico de situación se evalúa con que organizaciones intentamos realizar un contrato de trabajo. Con respecto a esto, el equipo y las organizaciones barriales, evaluamos que tanto la Cooperadora como el grupo de teatro eran los más viables

por el tipo de problemática que exponían; a saber; problemas generales del barrio en relación a la Salud Mental, espacio y tiempo libre de los adolescentes, marginalidad, violencia, droga, falta de participación, aislamiento, falta de comunicación.

Los objetivos que nos proponíamos en este momento pueden ser considerados como tipos lógicos para cualquier intervención en comunidad, a saber:

- a) Construcción del vínculo (7) Con ello nos referimos al establecimiento de una relación de mutua confianza, que posibilite desempeñar una tarea en conjunto desde su planificación, realización y evaluación.
 - a. Cada miembro se siente participe y responsable del proceso; como un actor social involucrado e interesado (8) lo cual implica una actitud de compromiso por parte de la gente y para los "operadores" del equipo brinda la legitimación del trabajo.
 - b. El vínculo se fue construyendo de acuerdo a un proceso que tuvo su inicio con las primeras entrevistas, las de devolución y con la participación del equipo en eventos comunitarios.
 - c. En estas entrevistas se marcó en primer lugar como positivo, los recursos con los que contaban, fundamentalmente los festejos durante el año en la plaza, los campeonatos deportivos para los chicos en un predio del barrio, y la tarea de la subcomisión de acción social. En el barrio, la escuela tiene un lugar privilegiado donde los chicos son alumnos o bien ex alumnos, o sea, que no sólo "Catalinas marca", sino que también la Escuela pone su impronta.
- b) Consolidar su presencia: La devolución, en especial con el grupo de la Cooperadora estuvo orientada más a consolidar una presencia en el barrio, que a sintetizar un diagnóstico de la situación y a preguntarnos junto con los vecinos cuál era nuestro aporte como equipo de Salud mental. En cuanto a esto último, coincidimos, junto con los vecinos, a participar de un evento que en lo inmediato organizarían en la plaza; la fiesta de la primavera, sin tener muy en claro el que de nuestra presencia.

El mismo día también estuvimos en la presentación del grupo de adolescentes de teatro en una plaza de la boca, Catalinas y el barrio de la boca relacionada en nuestra misma presencia.

¿En qué se relacionan estos acontecimientos con la Salud Mental? ¿Era pertinente estar allí? (9)

Recién después de haber participado en estos eventos del barrio comprendimos lo beneficioso de nuestra asistencia, en varios niveles:

- a) Para cotejar la información que habíamos recabado durante las entrevistas, tanto desde el discurso de los vecinos como de nuestras impresiones y análisis.
- b) Para evaluar cuál era el lugar político de las dos instituciones dentro del barrio; cuál era el nivel de convocatoria, cómo era vivenciado por el barrio, cómo se organizaban como institución, quienes participaban.
- c) Para la construcción de un vínculo "Estar allí" demandaba de nosotros otra implicancia como equipo. La relación con la gente se daba en otro encuadre diferente al de la entrevista, permitiendo crear mayor confianza y un diálogo espontáneo.
- d) Tuvo otro efecto de sentido, quizás más necesario para nosotros, que fue el de reencontrar una frase, que nos interpelaba en lo formal, pero que carecía de corporeidad "Trabajar Juntos". Este era uno de los enunciados que utilizábamos en nuestra presentación y para dar cuenta de cuál era nuestra metodología de trabajo. Frase propuesta por la coordinación del Hospital que no llegábamos a imaginar en figuras concretas y en la que no podíamos creer por los múltiples obstáculos institucionales en la tarea.
 - i. Para "trabajar juntos" era necesario estar junto a los grupos del barrio, tener un lugar allí en donde supuestamente quería abrirse el Hospital, y hacia donde estaban orientados los objetivos de nuestra rotación.
 - ii. La intervención socioanalítica propone convertir la intervención institucional misma como objeto de análisis. Se distingue de un análisis de gabinete con salidas más o menos frecuentes.
 - iii. En el primer caso no hay separación entre el análisis y la intervención. Esta fue la metodología que intentamos llevar adelante.

3° Etapa: "Vamos, las bandas, rajen del cielo"

Consistió en concretar el contacto con los adolescentes de Catalinas y de la Boca. En una primera reunión, realizada en la escuela, el equipo, con la presencia de gente de Cooperadora, propuso generar un festival de la juventud aprovechando las actividades que ellos ya desarrollaban: rock y teatro.

Se contó con el apoyo de la Subsecretaría de la Juventud de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires.

En este primer festival el equipo participó activamente en la coordinación y organización, teniendo los adolescentes una participación únicamente en el espectáculo. La cooperadora se convirtió en el recurso económico más importante con la venta de sus famosos chorizos.

Se transformó así este evento como espacio de articulación interinstitucional, grupal y generacional.

La convocatoria superó las expectativas, tanto de los adultos, como de los chicos y las nuestras.

En segundo momento, se constituyó un pequeño grupo de adolescentes, para la coordinación de un segundo festival. En ese grupo estaba un representante de la cooperadora. Ya que la organización era responsabilidad de ellos mismos, nuestra presencia se orientó a acompañarlos y estar allí cuando un obstáculo impidiera el proceso.

En el transcurso de las reuniones el entusiasmo de los chicos fue in crescendo y pudieron implicarse activamente como grupo organizador. Ellos se hicieron protagonistas.

Al repetirse el éxito del festival, se consolidó un grupo que continúa trabajando en tareas comunitarias.

Dentro de la escuela pudieron hacerse de un ámbito de reunión y de difusión de su saber (por ejemplo: taller de música).

A la vez la iniciativa de los chicos en volver a vincularse con su antigua escuela en tareas de restauración del edificio coincidió con una apertura de la dirección del colegio. Esta propuso construir un grupo de ex-alumnos. Allí la presencia de la cooperadora permitió articular ambas inquietudes y canalizar un proceso grupal. En otro orden de cosas, se hicieron dos talleres de SIDA, uno de ellos con adultos y el otro con alumnos de séptimo grado, a raíz de la demanda de tratar el tema de la sexualidad.

¿Atención primaria de la salud, o qué...?

El encuadre de trabajo, entendido como estructura o dispositivo, determinó las pautas de nuestra metodología.

Para poder caracterizar cuáles fueron las condiciones de trabajo recurrimos a los criterios que la APS pretende responder, con el fin de utilizarlos como herramientas conceptuales. Lo cual no significa, que nuestra labor se enmarque en la estrategia de APS aunque sabemos estuvo en el imaginario de la creación de la RISAM, pero si evaluamos, por nuestra propia experiencia de campo, la conveniencia de ellos en las acciones sanitarias.

Este primer intento de ubicarnos en la práctica de la APS, se inició con interrogantes, incertidumbre y discusión acerca de cuáles eran los sustentos del trabajo, cuál era nuestro lugar como equipo de Salud Mental.

Construir un dispositivo de trabajo nos requirió un proceso, donde la variable tiempo actúa como factor fundamental. Nos referimos a que contábamos con el concepto de APS por un lado, a la vez nos veíamos implicados en la realidad del país, del barrio, y en nuestra inserción en el hospital; aquello que no se enmarcaba en la APS, pero era, ¿Qué era?. Creemos que en este momento podemos comenzar a descifrar el sentido de nuestra praxis. Este trabajo nos permite realizar un primer anudamiento discursivo.

Retomamos los principales criterios de APS:

Integralidad: una de las perspectivas que contempla la definición de APS es en tanto estrategia de organización del servicio de salud. Consiste en integrar la actividad de asistencia curativa, preventiva, y de promoción sanitaria. Es el equipo, que se desempeña en una circunstancia determinada, el responsable de estas tres actividades (Ref. 10).

El cronograma organizativo de la RISAM divide la tarea de prevención primaria, secundaria y terciaria en diferentes años; es decir en vez de apuntar a la imbricación de los diferentes niveles de intervención, los compartimentalizaba.

La estructura de RISAM actuaba así como obstáculo.

En nuestro intento por superarlo, consideramos necesario construir un vínculo con el hospital, al menos con el servicio de psicopatología, y área programática, además de la coordinación que nos "imponía" (11) al Servicio.

Nuestro equipo pertenecía a la RISAM, no al hospital.

Argerich-RISAM se relacionaban por un contrato, demasiado ambiguo, que desdibujaba nuestro campo de operatividad, creado y recreado por nosotros, con el fin de ir construyendo una mínima articulación. Una de nuestras ideas fue conformar un equipo de atención ambulatoria y domiciliaria que hubiera aportado un beneficio a consultorios externos. Este tipo de intervención, es la que resultaba, supuestamente, más acorde con el ideario de la gente, acerca de sus problemas de salud. Nos hubiera permitido otra forma de acceso y de diálogo con los vecinos del barrio, diferente de la técnica de entrevista, al principio utilizado.

Quizás por las características del barrio (clase media, con necesidades básicas satisfechas) no hubiera resultado conveniente lo antedicho. A pesar de este proyecto no realizado, nuestro equipo promovió otras articulaciones, con las instituciones intermedias del barrio y organismos oficiales. Con el grupo de Teatro y la Asociación Cooperadora de la Escuela Municipal; y a otro nivel, con la Subsecretaría de Juventud de la MCBA y la cátedra de Salud Pública de la Facultad de Psicología de la UBA.

Si bien los jóvenes del barrio no se conformaban como organización barrial, llegaron a construir un grupo autogestivo que pudo compartir el trabajo con algunos integrantes de las instituciones antes mencionadas y, sobre todo, teniendo en cuenta

que las respuestas a los problemas de salud no puede venir solo del sistema sanitario, sino que requiere el esfuerzo (cooperación intersectorial) entre diversos dominios socioculturales y económicos.

Se pretendía no ser una isla, sino realizar un trabajo de interrelación con grupos, tratando de destrabar la burocratización de las instituciones. Integrando RISAM, hospital Argerich, Subsecretaría de la Juventud lo que permitió ir tejiendo redes solidarias, alianzas de poder que generen otras formas de organización de las tareas (12).

Otros de los criterios que debe tenerse en cuenta, en la estrategia de APS en:

Participación: esta puede ser entendida como proceso político y social que permite a una comunidad discutir y proyectar su futuro, es el resultado de la acción de fuerzas sociales que se constituyen como tales, en función de sus propios intereses, a partir de determinantes muy diversos, de clase, de grupo, etc. La participación entonces es, básicamente un proceso de intervención de las fuerzas sociales. Referida específicamente a Salud Mental, puede decirse que la participación tiene razones más técnicas. El diálogo con la población es una vía de entrada no burocrática a la comprensión de sus necesidades y a su demanda de atención. Esto supone sujetos actores, y no, solamente beneficiarios. Consideramos a la participación como un factor en sí de Salud Mental, que tiende a restituir las redes de solidaridad social.

Ya conceptualizada la participación podemos decir que este criterio estuvo presente en todas las instancias de trabajo.

Los proyectos surgieron en intercambio entre los grupos del barrio el equipo y el Hospital, sin decisiones unilaterales.

Consideramos que la participación posibilitó constituir un espacio de diálogo donde se transformó lo instituido, en un espacio donde se devela, se anuncia y enuncian los conflictos del barrio (13).

En la medida en que los grupos se hacen hablantes de dichos conflictos, permiten desanudar los obstáculos sintomáticos sociales.

Equidad: este criterio no fue tenido en cuenta en la planificación desde RISAM y en la elección del barrio; lo que nos llevó a plantearnos nuestra inserción. Catalinas Sur no fue elegido contando con el criterio de riesgo.

La Dirección Nacional de Salud Mental, no tuvo presente, en función de nuestra rotación, la racionalización de recursos humanos, que ella dispone.

La problemática se acentuaba en cada uno de nosotros, en el momento del inicio de tareas, ya que el país se debatía entre saqueos, hiperinflación y atravesaba una de las peores crisis económico-sociales.

Nos preguntábamos, si podíamos sostener el trabajo en un barrio de clase media, mientras en otros sectores las necesidades más básicas insatisfechas requerían nuestra presencia.

Nuestro mayor interrogante, se pudo canalizar cuando el equipo logró implicarse en la actividad, y comprender que una comunidad de clase media tiene también necesidades y demandas en las cuales es necesario trabajar (14).

Sin embargo tratamos de respetar este criterio (equidad), estando presente en la evaluación de factores de riesgo de Catalinas Sur; interviniendo en lo que la Comunidad y nosotros consideramos prioritario. Ejemplo: la tendencia al aislamiento del barrio, la falta de integración entre diferentes generaciones.

Analizando nuestras contradicciones, podemos decir que operaba en nosotros una concepción liberal caritativa, que ubica al profesional asistiendo al "pobre". Donde nos conformábamos en un lugar de supuesto saber y completud (sic.) que no funcionaría en el barrio. Una línea de trabajo posible, desde el lugar psicoanalítico, sería trabajar con los marginales, siendo estos los que aparecen, como los únicos castrados, ante la completud del profesional. La lógica que estaría operando podría sintetizarse en la frase "al otro le falta, a mí no, entonces yo ayudo al otro".

Otra forma de pensar la Salud Mental, sería tratar que, la clase baja y media se reconozcan como afectadas por la misma crisis vigentes en el país.

Sobre la apertura de una frontera generacional

"Me voy corriendo a ver
qué escribe en mi pared
la tribu de tu calle,
la banda de mi calle."
(Los Redonditos de Ricota)

Haciendo uso del recurso de analizador, creado por el análisis institucional, me propongo recortar dos temáticas, que sugieren el estatuto de esta noción: los adolescentes y los festejos barriales. Incluiría también los hechos de violencia que acontecen en el barrio y los que los vecinos denominan "cero de Catalinas", cuestiones abordadas en el aparato posterior.

Se denomina analizador “a lo que permite revelar la estructura de la institución, provocarla, obligarla a hablar” (15) “aquello que no le permite al grupo ocultar más su verdad” (16).

Existe en Catalina una figura de privilegiada bajo la cual se presenta el analizador: el adolescente, en una amplia franja desde el púber hasta más allá de los veinte años. El adolescente se hace depositario, vía discurso del adulto, de la negatividad barrial. Depositación facilitada por sus características bizarras, desdibujadas, inquietantes, no solo para este barrio sino también, para la sociedad. Aparece en el discurso adulto como objeto de preocupación, de queja o como enigma por no poseer un espacio físico delimitado dentro del barrio, por no circunscribirse a una actividad específica por vagar en la calle, por consumir drogas, por armar patotas o por no querer participar en actividades propuestas por la mayoría.

Es esperable encontrar al adolescente interpelando el discurso familiar, cuestionando las verdades del adulto y poniendo en práctica su habilidad en pesquisar oscuridades y contradicciones en la trama mítico-histórica que lo rodea (17). La adolescencia es época de interrogaciones y dudas, más que de respuestas y consideraciones. Los adultos de Catalinas demandan definiciones a los chicos de Catalinas, y no solo definiciones sino que estas deben ser a las medidas de los primeros. Ellos, los adultos hablan de malestar de éstos, los adolescentes. Creyéndose poseedores de un saber sobre la generación precedente, les propone (propuesta engañosa) cómo debería organizarse o resolver sus problemas. Así, esto surge en un taller sobre S.I.D.A. con adultos. Al invitarlos a armar un collage de palabras, que les surgiría el S.I.D.A., en el centro de esa red de significado hace su aparición un papelito, con la palabra “hijos”.

Los hijos como un lugar narcisizado, de deseos, de miedos. Todo esto deseable que aparezca, pero, ¿por qué a expensas de quedar ocultos sus propios malestares, sus propios fantasmas en relación a la sexualidad y a la muerte?

Algo escucha nuestro equipo insistentemente como efecto expulsivo de los grupos de adultos. Expulsión que deja afuera a otra generación.

Los adolescentes “Borrándose” o jugando a las escondidas denunciaban esta exclusión, esta falta de lugar, este mal-estar. Sabíamos que lo saludable en los adolescentes es un movimiento de un fuera del barrio, un movimiento exogámico. Sin embargo considerábamos, que por las características de Catalinas los adolescentes podían querer hacer otros “usos” del barrio.

El grupo, de la cooperativa era al que más le dolía este desencuentro generacional y el que se reconocía impotente a pesar del paseo de trabajar con los chicos. Allí comenzó a desplazarse una demanda al equipo. Demanda de intervención. Este nivel, el de la demanda, surge en transcurso de la intervención de los operadores en el barrio. No tiene existencia desde un priori sino que se desarrolla en transferencia con el equipo. A pesar de ello, fue necesario ir redefiniendo esta demanda, que oía más a un pedido de psicologización del adolescente pues marginaba su palabra. Algunos miembros de la cooperativa pudieron interrogarse sobre el papel que cumplían en estos acercamientos fallidos con los jóvenes. Paralelamente nos enteramos de la existencia de grupos de rock y de teatro en la zona.

En la escuela convocamos a una reunión a jóvenes del barrio. Propusimos la realización de un festival: un festival de ellos y para ellos.

A diferencia de los dichos de los adultos, los adolescentes se presentaron muy activos en propuestas creadoras, quienes tenían mucho por decir, por cantar, por mostrar.

Nuestra propuesta del festival de la juventud visto retrospectivamente actuó como provocador que desencadenó un movimiento en lo instituido barrial. “Intervenir, dice el diccionario, es tomar parte de un debate ya entablado por otras personas” (13). La relación entre algunos vecinos adolescente, la cooperativa y grupo de teatro ya existía en el barrio antes de nuestra presencia. Los mismos chicos conocían la inserción de estos grupos en la comunidad. Una inserción donde se destacan los eventos festivos en la plaza (choriceadas, representaciones teatrales). Más que intervenir en una situación conflictiva, era necesario desenquistar una inhibición que se había instalado.

Un dato histórico nos brinda un aporte para develar este cortocircuito en los vínculos generacionales. La antigüedad de este complejo habitacional es de alrededor de 25 años. Los departamentos fueron adjudicados en su mayoría por matrimonios jóvenes o recién casados. Por lo cual, en los últimos años la presencia de jóvenes y adolescentes cobra su peso.

Creo que la intervención del equipo tuvo la función de provocar, de pro – mover un dinamismo de las fuerzas instituyentes, que ya existían como recursos potenciales. Fuimos de esta manera posibilitadores de un encuentro.

El primer festival de la juventud, en el que el equipo estuvo implicado activamente en la organización permitió teatralizar los discursos barriales acerca de lo generacional. Un pasaje a la acción supuso un pasaje a la palabra. Este festival constituyó una provocación institucional (o analizador artificial) en el cual nuestro accionar fue eje del movimiento instituyente que se iba a generar. Efecto sorpresa. Caída de un imaginario. Los adultos sorprendidos por lo novedoso que significaba para ellos el entusiasmo de los chicos conquistando una plaza y con una respuesta de convocatoria inédita, superior a la habitual en los festejos barriales.

Adultos sorprendidos, adolescentes alegres.

En el segundo festival se hizo carne y la responsabilidad corrió por cuenta de los adolescentes. El equipo acompañó. La implicación operada en la tarea por parte de los jóvenes posibilitó hacer uso de espacios comunitarios ya conocidos, pero a su manera. La escuela de la que muchos fueron alumnos dejó de tener su estatuto meramente pedagógico y se convirtió en un lugar de reunión. La plaza se transformó en escenario del festival y el hospital, institución de lo patológico, sirvió eventualmente para algún encuentro. Escuela, plaza y hospital funcionaron como simples materiales a ser reinventados. Estos lugares se fueron mutando cada vez que el grupo de los adolescentes dejaba su huella.

Esta reinención de los espacios comunitarios evoca el concepto de uso del objeto de Winnicott. Uso que implica una destrucción de lo que son para darle otro sentido. "No hay cólera en la destrucción del objeto al que me refiero, aunque se podría decir que hay alegría ante la supervivencia del objeto" (20). Esta alegría estuvo presente en la reunión de organización. Un despliegue libidinal se manifestó en las risas, el entusiasmo, las informaciones, la responsabilidad que acompañaron al montaje del festival.

En este evento el Rock tuvo un lugar privilegiado. Las letras de las canciones tenían una fuerte Marca Local, "un *made in la boca*". No era un rock estandarizado, despersonalizado el que se hacía escuchar, sino que evidenciaba un fuerte arraigo a sus barrios. Me refiero a sus, me refiero en plural porque fueron invitados de La Boca, Boca y San Telmo.

A partir de esta producción inédita se transformó un imaginario barrial, que ubicaba a los adolescentes en el lugar de síntoma y a partir de hacerse este otro lugar en Catalinas, un grupo de jóvenes se constituyó.

Para los adultos concretar este vínculo con los chicos considerado por ellos como "vital" les permitió volver a tomar contacto con sus propios malestares. En una de las últimas reuniones con nuestro equipo, nuevamente hablaron sobre otro vínculo que no consigue anudarse: aquel entre el grupo de la cooperadora y el grupo de teatro. Ambos con mismo origen mítico en la antigua mutual, que funcionaba en la escuela. Este quiebre vincular quedó como efecto de los tiempos del terrorismo de estado, ante lo cual cada grupo tomo posturas diferentes. En la actualidad una "herida absurda", usando la denominación de los vecinos, hace obstáculo para poder concretar proyectos comunes.

A modo de retrovisor y tomado distancia de los acontecimientos surge un interrogante del porqué de nuestra intervención en esta articulación generacional. Algo allí nos habló.

No es azaroso que al abandonar las discusiones con la coordinación del hospital y dejar de lamentarnos por la anarquía en la que transcurría nuestra residencia y nuestro trabajo grupal logramos implicarnos en una tarea junto con la comunidad.

El quiebre generacional diagnosticado en el barrio se replicaba en nuestra relación con los coordinadores del hospital. Dejamos de escuchar el encargo a priori de los significantes del hospital y de lo instituido de RISAM para sumergirnos en la inserción barrial. En este sentido hubo una identificación entre el contrato de nuestra rotación y la situación vivida en el barrio, esta identificación fue motorizante profesional pues un nuevo proceso se abrió en el que nos implicamos no solo como profesionales y residentes de salud mental, sino también como jóvenes y pertenecientes una generación del país.

Cuando la violencia es sólo una excusa

A partir del surgimiento del tema de la violencia en el discurso de los diferentes grupos, nos planteamos realizar una hipótesis aproximativa acerca de la injerencia de un equipo de salud mental al respecto. ¿De qué modo se puede operar sobre esta cuestión cuando, a nuestro entender, lo que está aconteciendo se refiere a un más allá de la agresión?

Ya en las entrevistas a informantes claves y a las organizaciones naturales, la violencia era abordada como situación problemática, generadora de impotencia. Así el barrio se ve amenazado por "patotas" provenientes de zonas aledañas.

Dichas patotas estarían conformadas por adolescentes asociados a la droga y por barras de púberes que cometerían pequeños hurtos en los espacios comunes de Catalinas.

Estos hechos delictivos "hacen referencia a las existentes diferencias en lo social, económico y cultural entre dos grupos. Diferencias que se plasman en la antinomia Catalina vs. La Boca "los negros villeros" vs "los blancos catalinenses"... Se instala una antítesis tajante para sostener un status quo inamovible, como imaginario social, que intenta dar respuesta a la convivencia conflictiva entre este complejo habitacional y el lugar donde se construyó.

Una referencia histórica nos brinda un aporte que para poder identificar sobre qué cimiento se construyó este cerco de Catalinas. Su posición geográfica lo ubica en un triángulo con La Boca (a pesar de que pertenece a ella) y la Isla Maciel. Constituye un complejo de viviendas que debían ser adjudicadas a personas de bajos recursos, pero que al ir incrementándose las cuotas de pago de los departamentos, éstos finalmente fueron comprados por personas de clase media. Dichas referencias nos parecen pertinentes para poder dar cuentas de la identidad de este barrio y de esta vivencia del afuera como peligrosos ("Estos era un descampado").

Sin embargo, la violencia también fue disparadora de interrogantes. Aparecen algunos vecinos cuestionando este imaginario. Así se preguntan: “¿Las patotas son sólo de afuera?” “¿Deben defenderse los chicos del barrio de las agresiones que vienen del exterior?” “¿Los dejo que me roben porque son pobres, o me defiendo?”, se pregunta un chico de Catalinas.

A modo de producir un movimiento en relación a estos interrogantes, analizaremos una escena narrada por un integrante del grupo de teatro.

La escena ocurre en un predio del barrio, siendo sus protagonistas chicos de diez años, quienes estaban jugando al fútbol. Una voz interrumpe el clima de juego: “Rajen, ahí vienen los villeros”, lo cual genera desconcierto y la fuga inmediata. Sin embargo, uno de ellos reconoce en los presuntos villeros a un par de un centro deportivo de La Boca. Este encuentro lo sorprende: “Pero si este va al Poli conmigo, entonces ¿yo también soy villero?”. El protagonista se pregunta por su lugar: “¿Soy de adentro o soy de afuera?” comienza a quebrarse como un espejo. Él se encuentra gritando, invitando a la reflexión: “Pero paren, no corran, no pasa nada”.

Nuestra hipótesis no niega la existencia de sucesos violencia en el barrio, sino que intenta dilucidar los efectos de este imaginario barrial, que reenvía repetitivamente lo destructivo al exterior.

La escena narrada nos hace pensar que el estar “alerta, al ataque” de los catalinenses funcionaría como un llamado a la agresión. Parfraseando a Sartre: “Una mirada lo clavó como villero ladrón y él se hizo ladrón”. A lo cual los de La Boca contestarían: “Si me miran ahora como ladrón, entonces jódanse, les voy a robar”. (21) Se produce una invención del “violento” por los grupos del barrio, que es proyectado afuera, fuera del barrio, de los pequeños grupos, del mundo del adulto.

Esta situación imaginaria cobra tal estatuto que se convierte en un juego compartido por los chicos del barrio, donde la amenaza está jugada a modo de “El pastor mentiroso”. (22) La amenaza se torna broma. De la situación de peligro e incertidumbre sólo queda la voz que advierte la llegada de “los violentos”. Pero éstos finalmente no aparecen, y después de las corridas surgen las risas.

Estas figuras en las cuales aparece la agresión es lo hablado por los adultos. ¿Qué dicen sobre el asunto los adolescentes? Durante la organización del primer Festival de la Juventud se debía decidir sobre la venta o no de bebida alcohólica. Los chicos sostenían que no había razones que justificaran no venderla; los adultos y nuestro equipo dudábamos. La duda se debía al temor de un posible incidente de violencia, y en el caso de que sucediera quién se haría responsable si se expendía alcohol.

“Si en los festejos de la cooperadora y del grupo de teatro siempre venden vino, ¿por qué en nuestro festival no?”, nos interpeló uno de ellos. Decidimos asumir el riesgo junto con los chicos, pero también haciéndolos responsables del propio cuidado de su Festival.

El exitoso y fluido desarrollo de éste tuvo como efecto la caída de esta mistificación de los adolescentes como violentos por los adultos.

Nos sugiere la reflexión de qué efectos disímiles tiene un evento en el cual los mismos organizadores son los protagonistas, y llevado a cabo en un espacio propio al de encuentros multitudinarios en el que los que concurren sólo pueden cumplir el rol de espectadores.

Esta ausencia de agresión se entrecruza con la apertura presente en lo que a lo que los jóvenes deseaban transmitir y que se plasmó en el segundo festival titulado “Abriendo La Boca”.

¿Dónde están los superhéroes? Breve intento de análisis de una actividad comunitaria

A lo largo de un año de trabajo, donde prevalecieron las preguntas a las respuestas, intentamos decir lo que se hizo y a través del hacer proponer otra óptica de nuestra experiencia comunitaria.

Para poder hablar de lo hecho es necesario continuar con las preguntas:

¿Es posible transpolar elementos de la clínica en terapia ocupacional, para poder analizar el hacer de una comunidad?

Podemos tomar como puntos axiomáticos los siguientes elementos:

“la actividad por si sola ni cura ni enferma, lo fundamental es el clima afectivo en que se realiza”

Tomemos ahora los festivales de la juventud.

Desde el hacer, el barrio Catalinas se caracteriza por su hiperactividad, desplegada en un gran abanico de propuestas, que son bombardeadas incesantemente desde los distintos grupos “institucionalizados” de adultos, hacia los jóvenes. Cursos, concursos, fiestas, encuentros. Los jóvenes preocupaban y había que ocuparlos.

Una informante clave en una entrevista, nos decía lo siguiente: “los adolescentes eran una preocupación del grupo de la mutual, ¿qué hacemos con los adolescentes?, porque hay patotitas, grupos de pibes sanos y no tan sanos, también está el problema de la droga...”

Distintos intentos de organizar y ocupar a los jóvenes a través de la actividad fueron puestos en práctica, pero uno a uno fracasó por deserción o por falta de continuidad en el tiempo.

Llamaban a participar en actividades donde todo estaba prolijamente organizado, pero por los adultos.

No participar en el proceso de realización de la actividad impedía la posibilidad de crear una relación propicia con la misma, entre los jóvenes, y que la actividad no pudiera constituirse como medio preventivo-recreativo.

Desde terapia ocupacional podemos decir que participar en la formulación de un proyecto, antes de su realización, favorece la posibilidad de poder pensar antes de hacer. Así, luego es dable evaluar la distancia entre lo que se suponía y lo logrado, lo que se había deseado y lo que se concretó.

La propuesta de la actividad provino del equipo, para la elección se tuvo en cuenta lo que significa el rock para los jóvenes, pero a distinción de la serie repetida de actividades barriales, el festival se concretaba únicamente si se participaba en la organización y se era protagonista. Teniendo presente a los jóvenes, sin espacio, aislados, sin propuestas, según hacían referencia los adultos.

Se convocó a una reunión "a ver qué pasaba" si los tan nombrados aparecían.

La respuesta fue inmediata: los jóvenes se podían agrupar en torno a un proyecto común que los representara, que los convocara.

Vayamos ahora al festival:

"el rock, dice Claudia Rosak, es una combinación de música, palabras y cuerpos en escena". Podemos agregar que con el rock se puede decir mostrar lo que pasa alrededor, inclusive en el barrio, aportar, proponer y sentirse parte.

Resulta importante ver algo más sobre el fenómeno rock en nuestro país: podría decirse que en determinados momentos históricos, por ejemplo la última dictadura, sirvió como representatividad política de los jóvenes. Con la guerra de Malvinas, el rock recobra este lugar, se extiende a todos sin ningún tipo de distinciones sociales. Los jóvenes cantan lo que había pasado en las islas a los chicos de la guerra. Sirvió como documento, alegato, protesta, propuesta.

Los *gurkas* siguen avanzando
Los viejos siguen en tv,
Los jefes de los chicos toman whisky con los ricos
Mientras los obreros hacen masa en la plaza como aquella vez."
(Charly García)

A fines de la dictadura se producen cambios políticos, estéticos, que posibilitan que este movimiento pueda desembarazarse del rol político que le tocaba cumplir.

"los amigos del barrio pueden desaparecer,
Los cantores de barrio pueden desaparecer,
Los que están en los diarios pueden desaparecer,
La persona que amas puede desaparecer,
los que están en el aire pueden desaparecer en el aire,
Los que están en la calle pueden desaparecer en la calle,
"pero los dinosaurios van a desaparecer".
(Charly García).

El rock, hoy, sigue convocando y plasmando las vivencias, necesidades y deseos de una generación.

"yo voy en tren, no tengo donde ir
Algo me late y no es mi corazón,
¿cómo no sentirme así
Si ese perro sigue allí?
Bien podría ser peor,
Eso no me arregla a mí."
(Patricio Rey).

Por lo anterior, quizás, fue posible que el “proyecto festival” fuera llevado adelante por los jóvenes de Catalinas, pudiendo investir la acción con sus propios valores, factores culturales ser factibles la evaluación y concreción de un proyecto. A la vez disparó nuevos espacios de encuentro: otro festival y actividades propuestas por el grupo que se conformó durante el proceso de organización del primer festival.

En cuanto al espacio donde se desarrolló la actividad podemos decir de él lo siguiente; los encuentros previos fueron en la escuela del barrio, donde ya no se entraba como alumno, sino como un miembro más de la comunidad.

Y el festival...en la plaza. No cualquier plaza, la del barrio, la Islas Malvinas. Ocupada habitualmente por los adultos con sus chorceadas y fiestas o por los niños con sus juegos.

La plaza la ocuparon los jóvenes, quienes sentían que podían mostrar lo que hacían. Hasta ese momento tocaban en lugares donde la presencia de los adultos no era común.

En este nuevo espacio, que había que compartir, se tenía como público a los vecinos, a padres, familiares y amigos. A la vez, estos podían ver a sus hijos haciendo lo que los convocaba, escucharlos preguntarse:

¿Dónde están los superhéroes? Batman, Robin, Superman.

Desacreditar a los ídolos de madera de la infancia, que se perdieron junto con otros modelos. Los omnipotentes superhéroes ya no son tales los que los nombran ahora pueden proponer su historia propia.

Los adultos pudieron entender que los jóvenes tenían propuestas, capacidad de organización y creación y que podían compartir la forma de sentir la participación comunitaria.

Podemos agregar que el producto festival” fue una síntesis, una metáfora, en el sentido que va más allá, porque habla de múltiples elementos personales, relacionales, de contexto social, inscriptos en tiempo y espacio. El proyecto festival pasa a ocupar un lugar singular en el espacio y en la historia de este grupo y se relaciona con los proyectos realizados o en vías de organización.

Su creación sirvió para la emulación, inspiración, participación y aprendizaje en estas condiciones las posibilidades de enriquecimiento se multiplicaron.

Lo hasta aquí expuesto fue un intento de decodificación del mensaje de la actividad, a través de lo concreto, lo que fue realizado, el proceso de realización y las motivaciones para que el festival se llevara adelante.

Otro elemento a tener en cuenta en el proceso de terapia ocupacional son los instrumentos que la componen: terapeuta ocupacional-paciente-actividad.

Llevándolo a la experiencia comunitaria podemos decir equipo-comunidad-actividad. Valorando, sobre todo, la forma de relación entre los elementos antedichos, entendiendo a estos vínculos como estructura que incluye sujeto, objeto y los momentos de comunicación y aprendizaje.

Para poder establecer el vínculo entre la comunidad y el equipo fueron necesarias distintas acciones y ajustes al tiempo comunitario. Así fue como en un principio el equipo se incluyó en las actividades barriales vimos obras del grupo de teatro, participamos en las fiestas donde habíamos sido invitados a colaborar vendiendo choripanes o helados. Distintos encuentros en el barrio o fuera de él sirvieron para que la comunidad comenzara a entender cuál era nuestra función y fundamentalmente quiénes éramos.

Con los jóvenes mantener un código común ayudo a relacionarnos y reconocernos. Pasamos de ser un grupo que venía del hospital a “hacer algo con nosotros, a ser “el equipo del Argerich” con quienes se podía compartir un proyecto, organizarlo, discutir y proponer.

En la relación actividad-comunidad se creó también un espacio común en donde ambos aportan características propias. En este vínculo la intencionalidad la aporta exclusivamente la comunidad. La actividad brindó su propio código, no intencional, no dirigido a otro, la actividad tuvo el lenguaje particular de lo inanimado.

El festival propuso determinadas acciones para llevarlo a cabo para tocar había que tener plata, para tener plata era necesario organizarse para conseguirla. Fue imprescindible evaluar las condiciones reales que permitirían lograrlo. Hubo que identificar las propuestas que hizo la actividad para llevarla adelante y promover que el encuentro actividad- comunidad se constituye como espacio de crecimiento, donde la actividad sea un generador de procesos sociales.

Podemos aseverar que equipo-comunidad-actividad formaron un conjunto con características propias, con un espacio común y espacios particulares a cada uno.

Cuando es posible ofrecer a una comunidad un medio, o responder de un modo diferenciado, se generan pequeños cambios que favorecen su salud mental.

Así como es necesario, en un espacio terapéutico establecer los elementos antedichos, creemos que en la comunidad, trabajando desde la promoción de la salud mental es posible, trasladar estos principios y realizar una lectura desde el hacer de esa comunidad.

Un mito que aún perdura

La idea de este tramo de la monografía es hacer una lectura de la actividad y analizar sus efectos, intentando explicar algunas características, movimiento generado, dinamismos, que pueden estar involucrados en los diferentes momentos del trabajo hasta la construcción de proyectos comunes entre los diferentes grupos y el equipo de salud mental.

Como primer punto podemos decir que en los inicios del trabajo nos encontramos con una comunidad en donde prevalecía el hacer-acción entendiendo básicamente estos motivos: la participación y el movimiento comunitario pero con poca claridad del cómo, por qué y para qué del hacer. Ahora bien, este porqué, para qué y cómo del hacer aparecía atravesado por un código de acción en el barrio, original y repetido, en donde se hace, porqué se hace, porqué hacer es importante, y en donde este placer primitivo de hacer parecería que es un mito decisivo que busca realidades (¿develadoras de conflicto?). “Es dado al hombre gozar de su obra y esa es toda su paga”.

Podríamos comenzar a pensar que esta tendencia hacia la actividad tan vinculada al placer iría en dirección al crecimiento, al desarrollo.

(Es importante destacar que por estos momentos el equipo se encontraba pasando por una situación particular y similar en relación al hacer, en donde aparecería una salida de lo abstracto hacia lo tridimensional del barrio, con la gente, intentando integrarnos en los proyectos, intentos que actuaban como placebo frente a la nada de los comienzos del trabajo).

Retomando: otro punto que pudimos despejar y que aparecería como significativo era que los protagonistas de este hacer-acción eran los adultos, pertenecientes a una generación que tuvo que estar mucho tiempo callada.

Intentos de juntar para hacer-no callar, para comunicar y participar. Reclamando espacio, hablando de los que no están, los jóvenes, y dedicando mucho de su tiempo a pensar en ellos, quizás por una falta de ellos mismos, lo que perdieron y quieren recuperar, pero a través de otros.

Podemos decir que la acción en este caso corresponde a una necesidad que se dirige hacia otro específico, los jóvenes, pero que no encuentra una forma clara de acceso, aparece aquí desde los adultos un itinerario de desprendimientos descargados en estas formas de acción, quizás en parte desconocido por ellos, pero en relación a aquello que le dio origen, el compartir, participar, el estar en el barrio.

Cuando un código de acción no se puede decodificar en un campo de significaciones que se generan en ese movimiento, en las relaciones que se establecen puede que sea un hacer poco productivo, hasta indiscriminado.

Encontramos en este movimiento generado por los adultos un alto significado de lo que para ellos es hacer: comunicar, participar, movilizar.

A partir de estos significados de la actividad del barrio comenzamos a analizar cómo opera esta METAFORMA: que marca un recorrido en tiempo y espacio, sintetiza la historia, informa sobre un contexto con un texto particular.

La primer actividad compartida, cooperada y coparticipada con los adultos conjuntamente con los jóvenes fue el primer festival de la juventud, fue el primer texto particular, texto que decía sobre un hacer; hacer elegido, hacer develador, de que era posible un proyecto común en donde los jóvenes se apropiaron del espacio y los adultos se pudieron relacionar con el espacio y los jóvenes; y en la que cada grupo pudo gozar el deseo prolongado al campo de goce abriéndolo a nuevas posibilidades (27).

Aparece lo maleable de la actividad, el ceder de formas para adoptar nuevas en relación a la necesidad, demanda, posibilidad, imposibilidad, confrontado con lo fantaseado hasta crear una estructura particular investida de quienes la han creado.

Este primer festival fue decisivo en cuanto a que pudo configurar claramente una diferencia, apareciendo los adultos compartiendo un espacio en un tiempo real con los jóvenes, gozando al encontrar un lugar donde el deseo se confrontó con lo real, y en donde esta imagen fuerte que se desarmaba cuando quería tener una forma real, se pudo satisfacer.

Esta creación, esta actividad no permitió: “ver la materia bajo la experiencia, bajo las palabras, algo diferente, una plenitud de elementos reales e inesperados” (28).

Como equipo acompañamos, destrabamos, señalamos antes, durante y posterior a la actividad intentando poner algunas palabras a lo hecho. Otro punto a remarcar que apareció luego del primer festival evaluado por los adultos fue: “todo hacer es un riesgo”.

Repensando esto, nosotros pudimos comenzar a ver que era un riesgo, representando algo que salta, que remueve la trama social, “el deseo es revolucionario por naturaleza”, esto fue aprovechado por la gente que participó en el proyecto (adultos-jóvenes-nosotros).

Invertiendo la frase, decimos: hacer del riesgo un dispositivo, un motor que genere, que posibilite formas nuevas de acción.

Segundo festival: “Asumiendo un riesgo, los jóvenes”

“La creación es un proceso de refutación de antiguas creencias y establecimiento o desarrollo de nuevas ideas, y es la representación (festival, rock, plástico, teatro, choriceada) de un proceso.

Entendiendo motivos, móviles y reales dieron una nueva forma al espacio donde cada grupo tuvo su lugar.

Los motivos casi opuestos que se encontraron en una síntesis casi dialécticamente.

Así fue: los jóvenes a prueba de poder hacer, salir adelante con: haciendo-diciendo, diciendo-haciendo, creando-recreando, formas nuevas, sentidas de acción.

Los adultos en un espacio diferente, compartido, deseado, realizando, comprendiendo, con el placer de hacer con los otros, con ellos, con nosotros, con la comunidad.

Buscando, creando y recreando espacios

La experiencia se desarrollaba durante un período histórico conflictivo.

La crisis económica se hizo insostenible, entre otras cosas, el estado no podía subsidiar a los sectores más desposeídos. Esta subvención económica, provocada por ciertos sectores de la clase dominante, llevó a un estallido social y aceleró el cambio de gobierno.

En ese momento nos insertábamos en un trabajo barrial, que pensábamos como muy distante de esta realidad, por las características de la comunidad.

Sin embargo, después de un tiempo de reflexión y dudas, inauguramos nuestro trabajo barrial, llenos de contradicciones, con una superestructura y una concepción gobernante para la cual el trabajo comunitario no era prioritario y la interdisciplina costosa. Pese a todo esto y a que el trabajo no iba a continuar al año siguiente nos embarcamos en una tarea comprometida. Pensábamos que debíamos entablar una relación distinta con la comunidad, con una comprensión diferente de los actores sociales, no como objeto sino como sujeto de su práctica social y reconociendo el protagonismo de los actores sociales intervinientes, lo que permite la organización de la comunidad para la definición de objetivos comunes, la selección colectiva de caminos para alcanzarlos y la acción conjunta para lograrlos.

Era necesario que como equipo de Salud Mental, además de compromiso en la tarea social, debíamos, por sobre todas las cosas, incorporarnos a partir de la propia realidad del grupo barrial y de su propia organización.

Considerábamos necesario que las líneas de acción propuestas y los proyectos alternativos que surgían del barrio fueran acompañados por nosotros, ayudando en el crecimiento y fortalecimiento de la organización barrial, logrando niveles más eficaces y eficientes en la cohesión de los objetivos propuestos por los mismos vecinos.

Poco a poco fue creciendo nuestro compromiso y nuestra propia participación, fue evolucionando el trabajo barrial y consolidándose la relación entre los distintos grupos barriales y entre ellos mismos para apuntar a algo más que asociarse y hacer juntos en aspectos específicos; se trata de crear espacios para la producción y reproducción del saber popular, de su cultura, de elaboración de criterios de convivencia y acción coordinada, de superación del autoritarismo, del individualismo y la violencia, construcción de proyectos totalizantes, donde repensar al hombre, la mujer, el joven, la familia, el barrio, el país. Donde los jóvenes y los adultos pudieran verse a sí mismos y a los otros sin miedos ni prejuicios para poder avanzar y crecer.

Conclusiones

Esta fue nuestra versión libre de un trabajo comunitario en el contexto de la RISAM.

A partir de heredar intentos frustrados (sic.) y al oráculo de la imposibilidad de aquellos que nos precedieron. También enfrentados a nuestros prejuicios de “ayudar a los necesitados” y viéndolas con un barrio que tan cercano a nosotros no lográbamos escuchar sus malestares, sorteando suicidios y asesinatos, dentro del equipo y la falta de autorización de los señores, que están en las alturas.

Encontrándonos con la desfachatez de “largarnos” a trabajar, con la ayuda de continuar una tarea que ya se había iniciado, el año anterior por un grupo de compañeros de RISAM pero a pesar de todos los condicionantes, pudimos.

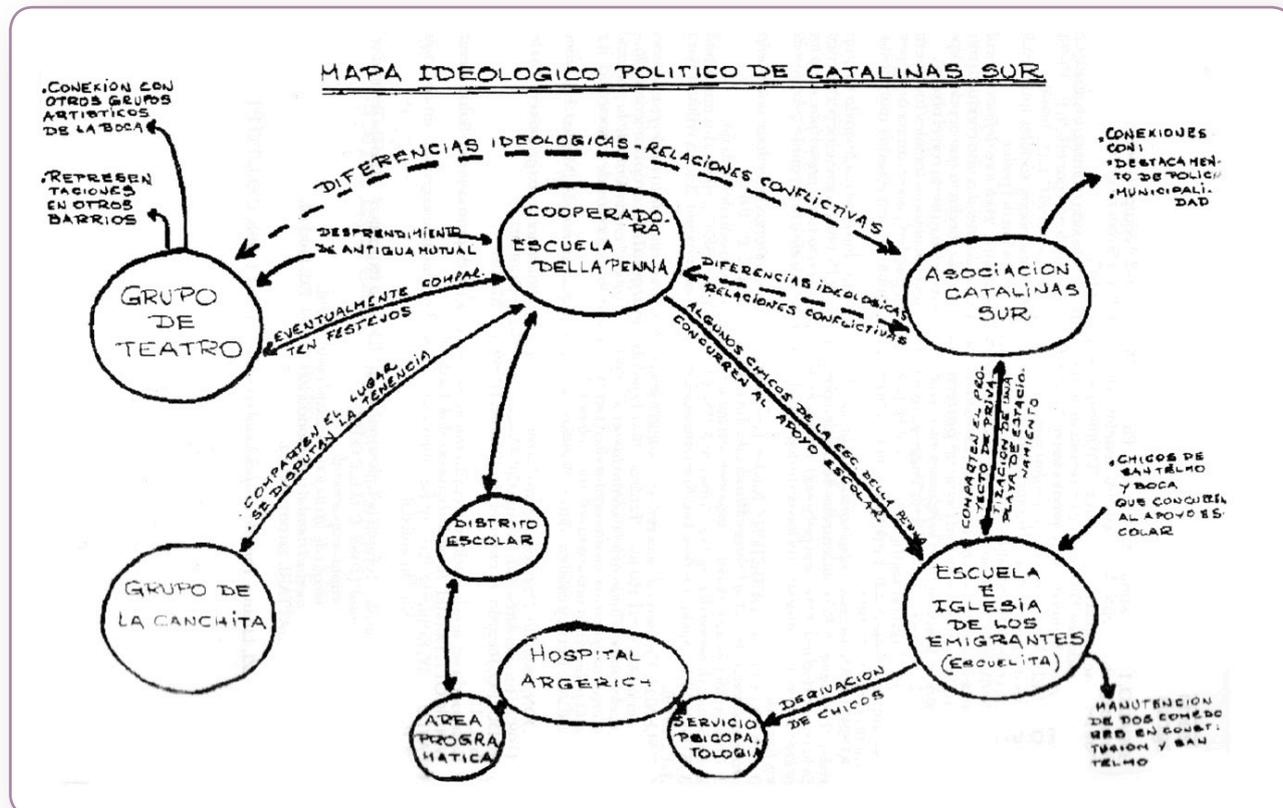
Se puede concluir diciendo, que no fuimos ni héroes revolucionarios, ni nos abandonamos a una masturbación solitaria sumergida en las repeticiones de la institución RISAM.

Y al fin y al cabo, nos permitimos la osadía de “Abrir la boca”, para que emerja nuestra palabra junto con la del barrio, en el que se gestaba al mismo tiempo los “abrimos la Boca”, asumiendo los riesgos que esto implicaba. En fin, nos atrevimos a una UTOPIA

Anexo I

INSTITUCIÓN	JERARQUIZACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA SEGÚN CADA INSTITUCIÓN	RECURSOS DE CADA INSTITUCIÓN
COOPERADORA DE LA ESCUELA MUNICIPAL	ESPACIO Y TIEMPO LIBRE: referido al grupo de "preadolescentes" (población primaria de 8 a 12 años). Desde la perspectiva de los adultos no tienen un lugar propio, como espacio físico dentro del barrio.	Campeonatos de football y voley, realizados en un predio barrial: "La canchita".
	MARGINALIDAD Y TENDENCIA AL AISLAMIENTO: clasificación de la población escolar en dos grupos: "blancos y negros", que corresponden respectivamente a los chicos del barrio y a los chicos de "afuera" (Boca), que se presentan diferencias sociales, culturales y económicas. El racismo que aparece entre los chicos se relaciona con la tendencia del barrio a encerrarse y vivir el afuera como peligroso.	Subcomisión de Acción Social. Refrigerio.
	PUJA POR LA HEGEMONIZACIÓN DEL ESPACIO COMUNITARIO: en relación a territorios intracatalinas (sic.), que llevan a la confrontación de las instituciones barriales por la pertenencia exclusiva de los mismos.	
	AUSENCIA DE PROTAGONISMO DE LOS VECINOS EN LAS PROBLEMÁTICAS BARRIALES: autoimagen de la Cooperadora como grupo aislado, que se encuentra solo en la toma de decisiones y se descubre impotente en convencer a los vecinos.	Festejos en la plaza del barrio. Actividades extraescolares y recreativas para los chicos. Charlas de interés para adultos.
	DROGA Y VIOLENCIA: ligado a patotas de adolescentes provenientes de barrios que circundan a Catalinas.	
ESCUELITA DE LA PARROQUIA	ORGANIZACIÓN DE AYUDA A LOS CARENCIADOS: chicos de primaria de barrios aledaños a Catalinas de nivel socio-económico bajo. Preocupación por las derivaciones al Servicio de Psicopatología del Htal. Argerich de estos mismos chicos.	Apoyo escolar (por un grupo de maestras de la Escuela). Refrigerio (por los Boy Scouts).
GRUPO DE TEATRO (adultos)	VIOLENCIA: hechos delictivos entre adolescentes ocurridos en los espacios comunes del barrio (canchita, plaza). Interrogantes sobre el análisis de este problema; ¿las "patotas" son solo afuera? ¿Deben defenderse los chicos del barrio de las agresiones que vendrían del exterior?	
	<p>ADOLESCENTES: sin actividad concreta que lleva al consumo de drogas.</p> <p>CERCO DE CATALINAS: gente de clase media rodeada por un mundo marginado. También el cerco intracatalinas (de jardines inutilizados y la canchita).</p> <p>FALTA DE PARTICIPACIÓN DE VECINOS: "No te metés".</p>	<p>Grupo de teatro de adolescentes</p> <p>Ensayo y representación del grupo en la plaza Catalinas y fuera del Barrio.</p>
ASOCIACIÓN	<p>MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA A LOS VECINOS: a través de propuestas privatizadoras.</p> <p>DROGAS Y GRUPOS DE AGITACIÓN JUVENIL</p>	<p>Socios que abonan una cuota.</p> <p>Instalaciones de parrillas para festejos.</p> <p>Playas de estacionamiento privadas.</p>

Anexo II



Autorías

Prólogo: Marcela Giménez

Cronológicas: Elaboración Grupal

¿Atención primaria de la Salud o qué?: Elaboración Grupal

Sobre la apertura de una frontera generacional: Alejandra Curatela

Cuando la violencia es solo una excusa: Patricia Regueiro y Alejandra Curatela

¿Dónde están los Súper Héroes? Breve intento de análisis de una actividad comunitaria: Marcela Giménez

Un mito que aún perdura: María Luisa Callau

Buscando, creando y recreando espacios: Graciela Constantini

Concluyendo: Elaboración Grupal

Referencias bibliográficas

- 1- Monografía del equipo del año 1998. Dra. Cristina Lobaiza y Fabiana Porto.
- 2- Tomamos el concepto de dispositivo definido por Foucault, en Saber y Verdad.
- 3- Este tema se amplía en el apartado "Un mito que aún perdura".
- 4- Término usado por Fernando Ulloa en su artículo "Grupo de reflexión y ámbito institucional en los programas de prevención y promoción de la Salud" (ficha publicada por el CEP 1988).

- 5- Alicia Stolkiner "Prácticas en Salud Mental", ficha publicada por el CEP 1989.
- 6- Mario Testa en su artículo "Planificación en Salud, las determinaciones sociales" (publicado por el CEP, considera a la política como una propuesta de distribución del poder).
- 7- Pichon-Rivière, Enrique, Ed. Nueva Visión, Bs As 1985. "podemos definir el vínculo como una relación particular con un objeto de esta relación particular resulta una conducta más o menos fija, con ese objeto, la cual forma un Pattern, una pauta de conducta que tiende a repetirse automáticamente, tanto en la relación interna como en la relación externa con el objeto".
- 8- Comunicación inédita con Héctor Poggiase, quién diferencia a los actores sociales involucrados en un proyecto, en necesarios e interesados, los primeros pueden poseer un recurso pero necesariamente están comprometidos con el proyecto, en cambio los interesados manifiestan una actitud de compromiso.
- 9- Kesselman, Hernán. "El desarrollo de la agresión en el individuo en el contexto de su grupo familiar; Lo Grupal IV". Rescata entre los ítems del cono invertido de Pichon Rivière, el de pertenencia "es la capacidad que tiene una persona o grupo de centrarse en la tarea prescrita, el no irse por las ramas, de centrarse en el foco estratégico de la tarea. Responde a la pregunta ¿a qué estamos jugando?".
- 10- Grodos Daniel y De Bétune Xavier, las intervenciones sanitarias selectivas: una trampa para la política de salud del Tercer Mundo. Ficha editada por el GEP 1989.
- 11- Consideración de proponer e imponer, surgida durante la discusión del trabajo.
- 12- La Salud, diálogos del pueblo. Curso de APS y PP (CODESEC) 1986, Buenos Aires. Salud Mental en APS y PP, panel Lic. Mirta Videla.
- 13- Alicia Stolkiner, Prevención: normativización o desanudamiento. Ficha publicada por el GEP 1988.
- 14- Galende Emiliano. Psicoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica. Paidós, Bs As, 1990. "La Argentina, la palabra marginal evoca rápidamente a la figura del pobre, del autoexcluido o del violenta (asocial), a pesar de que el crecimiento de la población marginal en esta época está incrementado a partir de los sectores medios de la sociedad, y no ligados a la pobreza la autoexclusión o la violencia".
- 15- Loureau René y Colaboradores. "Análisis institucional y socioanálisis". Edición Nueva Imagen, Méjico (sic).
- 16- Saidón Osvaldo, "Propuestas para un análisis institucional de los Grupos en "Lo grupal". Edit. Búsqueda Bs. As., 1983 (Cita de un texto de Guattari).
- 17- Rodolfo Ricardo, "El niño y el significante". Editorial Paidós, 1989.
- 18- Ídem 15.
- 19- Esta podría ser una línea de conceptualización sobre la noción de promoción en Salud Mental.
- 20- Winnicott Donald, "Realidad y Juego". Edit. Gedisa.
- 21- Lo fantasmático Social y lo imaginario grupal. Pavlosky, Eduardo. En lo Grupal. Ed. Búsqueda Bs. As., 1989.
- 22- Fábula de Esopo.
- 23- Paganizzi, Liliana. Terapia Ocupacional, más allá de lo expresivo, 1984. Terapia Ocupacional en Salud Mental, COLTOP 1988.
- 24- Los medios en Terapia Ocupacional, Ídem Autor anterior.
- 25- Vidal Susana. Ecología de la Acción, trabajo no editado.
- 26- Foucault, "Enfermedad mental y personalidad". Edit. Paidós, 1984.
- 27- Deleuze y Guattari, "La Otra Locura".
- 28- Proust... (sic)
- 29- Paganizzi, Liliana. Terapia Ocupacional, en Salud Mental. Terapia Ocupacional en Salud Mental, COLTOP 1988.



La perspectiva Antropológica. Su articulación con Terapia Ocupacional²

Marcela Capozzo y Silvia Kleiban

En la familia navajo, el aprendizaje del oficio de tejedor o de joyero se realiza mediante el ejemplo: para el joven navajo el mirar es aprender...

De ahí la ausencia total de una manera frecuente entre nosotros, aún entre los adultos...quiero decir, la costumbre de plantearnos preguntas tales como: "¿Y esto para qué sirve?", o bien: "y después de esto, ¿qué va a hacer?". Esta costumbre contribuyó, más que cualquier otra a, formar en los indígenas la extraña opinión que tienen de los blancos, ya que indio está compenetrado de la idea de que el blanco es un necio...

Tomado de la *La ilusión arcaica* Cap.VII
"Estructuras elementales del Parentesco" -Claude Levi-Strauss

Este trabajo surge a partir de revisar la fundamentación de la propuesta que hicieramos a la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional en 1989, para la inclusión de Antropología en la currícula de grado de esa Institución.

Desde el aspecto que hace a la formación profesional, creemos que el poder conocer la perspectiva antropológica nos permite ampliar el espectro de nuestra visión en terapia ocupacional; contribuyendo también a la consideración de otras variables de análisis en lo que concierne a la observación en los diferentes niveles de atención.

En otros términos, aproximarnos al conocimiento acerca de las diversas fases en que el sujeto produce, tanto en el medio familiar, social, educativo, ocupacional, ocio, etc.

Nuestra intención es transmitirles el recorrido realizado en el análisis y considerar la articulación entre ambas disciplinas, en tanto coinciden no sólo en su objeto de estudio sino que, aún más, operan ambas sobre las relaciones que los sujetos son capaces de estipular entre sí y con el mundo circundante.

En este sentido, el desarrollo del proceso en el cual el individuo de la especie homo sapiens-sapiens se convierte en sujeto de una cultura, el desenvolvimiento de este sujeto en su producción socializada constituye nociones previas, indispensables a fin de situar las más vastas especificidades que aparecen en las formaciones culturales.

A través del proceso de hominización, y fundamentalmente en el papel del trabajo en la evolución del hombre, analizado por Engels, encontramos valiosos aportes que contribuyen al análisis y la comprensión de la relación interdisciplinaria Terapia Ocupacional- Antropología.

"El trabajo es fuente de toda riqueza, así como la naturaleza provee los materiales que él convierte en riqueza".

Con cada nuevo progreso, con el dominio sobre la naturaleza, que comenzar con el desarrollo de la mano, con el trabajo, se irán ampliando los horizontes del hombre, haciéndolo descubrir continuamente, por necesidad, nuevas formas, nuevas propiedades en los objetos, hasta entonces desconocidas, por innecesarias.

Es el trabajo el que multiplica y favorece los casos de ayuda mutua y de actividad conjunta, por lo tanto la integración social.

En consecuencia primero el trabajo y luego con él la palabra articulada, fueron los dos estímulos principales bajo cuya influencia el tronco común con el mono, en este proceso de hominización, se bifurca dando lugar al hombre, no sólo como evolución sino como separación de ese tronco común por diferencia de necesidades (evolución del cerebro y evolución del espacio cuantitativo de la mano en el cerebro humano).

En cuanto al proceso por el cual decíamos antes, el individuo se convierte en sujeto de una cultura, pero esta vez desde el enfoque de la Antropología Estructural, Levi-Strauss dice: *"el niño trae al nacer y en forma embrionaria, la suma total de posibilidades de las que cada cultura, y cada período de la historia no hacen más que elegir algunas para retenerlas y desarrollarlas. Cada niño trae al nacer y como estructuras esbozadas, la totalidad de los medios que la Humanidad dispone para definir sus relaciones con el mundo y sus relaciones con los otros. Pero estas estructuras son excluyentes, cada una de ellas no puede integrar más que ciertos elementos entre todos los que se ofrecen. Cada tipo de organización social- termina Levi-Strauss-, representa una elección que el grupo impone y perpetúa".*

La categoría simple de trabajo, tomando la interacción de estos sujetos llevada a la noción compleja de producción abarca en consecuencia el conjunto de actividades humanas, desde la manufactura material a las transformaciones simbólicas, de

² Publicado en: Terapia Ocupacional. El camino del Hacer - COLTO. 1991- ISBN 950-99874-0-9 Bs. As. Pag.169-172

las estructuras de parentesco a las clases sociales, desde los sistemas de creencias a los dogmas religiosos; en fin, desde el mundo de las relaciones intersubjetivas hasta las instituciones políticas y jurídicas.

Dentro de esta concepción, la actividad, el trabajo, multiplica y sustenta los términos de intercambio propios de toda actividad conjunta.

Freud afirma en *Psicología de las masas*, que "...La Psicología individual se concreta, ciertamente al hombre aislado, e investiga los caminos por los que él mismo intenta alcanzar la satisfacción de sus instintos, pero sólo muy pocas veces—señala— y bajo determinadas condiciones excepcionales, le es dado prescindir de las relaciones del individuo con sus semejantes".

Se integra de tal forma al otro, afirma— como modelo, objeto, auxiliar o adversario—, posiciones relativas que por cierto resultan centrales en la práctica concreta de Terapia Ocupacional. Concebir efectivamente al sujeto en su articulación con ese otro dirime la polémica atinente a la concepción del ser humano como individuo— indiviso instalándolo en un espacio relacional.

Freud intenta también explicar la ontogénesis del instinto gregario, los fenómenos de dependencia en la sociedad normal. El sentimiento de soledad, la llegada del hermano y la sustitución de la envidia, dando lugar a la identificación con el otro para no quedar fuera del amor de sus progenitores.

Este sería el primer sentimiento colectivo o de comunidad, que luego experimenta un desarrollo en las escuelas y ulteriormente en la actividad laboral y grupal. La justicia social sería, desde el autor, la derivación de la envidia primaria. El renunciar nosotros para que los demás también renuncien. Las relaciones sociales cercanas serían la desviación del fin del instinto sexual, principio de sublimación.

En esta actividad que relaciona a los hombres, entendemos a acción, como propuesta motora, resultado de combinación biológica y psicológica que adquiere categoría de actividad al incorporar factores socioculturales.

En la cultura la que transforma a la acción en la actividad distinta, aún realizada de la misma manera y con el mismo material y objeto, pero en distinto contexto.

Germani afirma al examinar las cosas materiales que intervienen en la actividad humana que, partiendo de la simple observación del obrar común, nos percatamos de que en nuestro comportamiento respecto a las cosas empleamos una serie de esquemas de referencia que no son aplicables meramente a sus cualidades sensibles, sino que se refieren al significado que éstas tienen para nuestro comportamiento. El mismo objeto será tratado de manera muy distinta en diferentes contextos.

Un mismo objeto puede desempeñar muy distintos papeles en la acción humana, y ésta determinará cuál ha de ser ese papel en cada situación. De este modo llegamos a otra importante distinción: en el objeto podemos separar por análisis el sustrato manifiesto o sensible (también llamado material) de los significados que ese sustrato adquiere en las distintas situaciones.

Las relaciones sociales, por ende, también son modificadas de distinta manera, así como la naturaleza exterior con esas acciones.

Levi-Strauss, en *Historia y etnología*, afirma que en algunos materiales hay continuidad biológica (caballo desciende del caballo) pero dice "...un hacha en cambio no engendra nunca otra hacha, porque no ha nacido del otro sino de un sistema de representaciones...".

"...De mismo modo ocurre con las costumbres, que se intentan justificar con racionalizaciones o interpretaciones, generalmente alejadas de las razones inconscientes"... "Actuamos y pensamos por hábitos...".

Es por ello que decimos que la actividad humana relaciona al hombre con todo lo que no es él, la naturaleza exterior y otros hombres; y damos a las relaciones la categoría de productivas en tanto producen conductas o acciones que generan o modifican esta naturaleza exterior y producen vínculos social y no primordialmente una relación entre sujeto y objeto.

Susan Isaacs plantea que lo que proporciona el valor al objeto es la relación con el otro. El deseo de poseer es, pues en principio, un vínculo social y no primordialmente una relación entre sujeto y objeto.

Estos vínculos que mencionamos entre individuos están inscriptos en la cultura, por cierto entonces, más que de individuo indiviso, diremos sujeto sujetado a su propia cultura.

Llamamos actividad humana también a la combinación de esas acciones realizadas por ese sujeto. En el seno de las relaciones de producción, la realización de una actividad de modo alguno necesariamente cura como tampoco enferma, aunque si el profundizar el estudio de la actividad, apreciar que genera el trabajo, facilitará una lectura de Terapia Ocupacional más integradora y rigurosa.

Bibliografía

- Capozzo, Marcela; Daneri, Sara y Gómez Mengelberg, Elisabeth, *La ocupación y la cultura, algunas reflexiones*. (1989, Primeras Jornadas de Terapia Ocupacional en Salud Mental).
- Freud, Sigmund. *Psicología de las masas y análisis del yo* (Obras Completas- Tomo VIII)
- Germani, Gino. *Un esquema unitario para el análisis del mundo socio-cultural. La sociología científica* (1956, l.p. 55-82. México. U.N.)
- Isaacs, Susan. *Social Development in Young Children* (1933. Londres. Citado en la bibliografía del Cap. VII: La ilusión Arcaica).
- Levi-Strauss, Claude. *Antropología estructural II* (Cap.XVIII: Raza e Historia).
- Levi-Strauss, Claude. *Antropología Estructural* (Cap. I: Historia y Etnología. Cap.IX: El Hechicero y su magia. Cap.X: La eficacia simbólica).
- Lischetti, Mirta (Compiladora) El papel del trabajo en el proceso de hominización. *Manual de Antropología*. (1989, Eudeba).
- Pinedo, Jorge y Ana. T.O. Kleiban Silvia, T.O. Capozzo, Marcela. *Fundamentación para la inclusión en la carrera en la E.N.T.O.* (1989)



Taller de prensa³

Carlos Alejandro Palma

El trabajo que me ocupa desea ofrecer una alternativa distinta en cuanto al abordaje terapéutico de un grupo de pacientes del hospital nacional Infante Juvenil Dra. Carolina Tobar García. Esta tarea consistió en hacer una revista con los chicos del hospital.

Funcionamiento

Para hacer la revista nos reuníamos una vez por semana, una hora y media con las terapistas ocupacionales LAURA PEZZOLI Y VIVIANA RÉ, la auxiliar de rehabilitación AMALIA FORTE y los alumnos de la práctica clínica.

El número de los chicos variaba, siendo el promedio de ocho. Se publicaron hasta ahora cinco números (estos fueron cambiando su formato de ser tan solo carillas escritas y enganchadas por clips, a ser una revista del tipo de las que se venden comúnmente).

La revista se vendía para poder así comprar el material para la siguiente. Los chicos recibían cada uno su ejemplar.

En cuanto a los temas, la metodología no era uniforme, en principio los temas eran propuestos por los chicos y escribían lo que querían o los mismos eran pensados por el equipo. Esta propuesta podía ser alguien en particular o para el grupo. Se les facilitaban revista de actualidad o libros de los que podían sacar ideas, copiar, dibujos, etc.

La revista fue bautizada por los chicos con el nombre de ILUSIONES JERARQUICAS, que según el diccionario quiere decir:

- ILUSIONES: error de los sentidos o del entendimiento que nos hace tomar las apariencias en realidades, confianza, esperanza, deseo.
- JERÁRQUICAS: disposición metódica y armoniosa de las cosas-grado-escala para los chicos el taller de prensa es:

Según Marcelo "...Estamos en el taller de prensa, todos nos agrupamos para componer una revista...Somos un grupo de personas que nos agrupamos y que nos agrada perder el tiempo en algo constructivo. Claro que es una forma de decir de expresarse de cada uno".

Según Pancho..."Vengo al taller de prensa porque por medio de él me expreso".

Es evidente que la palabra es un instrumento terapéutico de muy refinada utilización. Me gustaría tomar a la palabra escrita como uno de los medios de acceso a lo simbólico, cuando me refiero a la escritura estoy hablando de toda producción gráfica de los chicos, palabras, dibujos, líneas, etc.

³ Publicado en: Terapia Ocupacional. El camino del Hacer - COLTO. 1991- ISBN 950-99874-0-9 Bs. As. Pag.33-36

La palabra posee una dimensión que la escritura limita y la pone en evidencia.

Creo que al escribir dibujar, garabatear, se construye un camino y en ese camino pasa algo de la construcción de lo subjetivo.

La palabra escrita, los dibujos, garabatos, por el sólo hecho de su producción ocupa espacio, produce una marca, otorgándole propiedad indiscutida a su productor.

Esta propiedad otorga reconocimiento con el otro, la construcción psíquica necesita del reconocimiento del otro.

La hoja de papel es en todo sentido una cosa, de no haber alguien, en este caso un chico que la invista, que la modifique, es algo inerte. Es el chico el que con su producción le da vida, la ilumina, la recrea, es esto mismo lo que nos da una idea de por dónde pasa y adónde debe apuntar nuestro trabajo. La cuestión no pasa por interpretar la escritura sino porque el chico pueda ocupar el papel como tal, que pueda invadirlo de su subjetividad. En otros términos a poner cosas de él y así por el solo hecho de hacerlo producirle modificaciones subjetivas, en definitiva lo que importa no es lo que significa la hoja para él, sino lo que para él es hacer una marca en la hoja su marca.

Uno podría "medir" cómo anda un chico de acuerdo a la capacidad de hacer marcas, un chico deja marcas en las cosas que hace, en las que tira, en las que junta, en las que rompe, en las que arregla; es muy grave que un chico no realice ni las deje.

Podemos tomar al escribir como un juego, las operaciones simbólicas se hacen jugando y de ninguna otra manera.

En la escritura se ordena no sólo a su productor sino que obliga al que lee a ordenarse. Pero paradójicamente si bien lo escrito acota, limita los desbordes que ofrece la palabra hablada, nos ubica y nos posiciona, por otra parte pone el funcionamiento del engranaje de la imaginación del lector. Tratemos de pensar en la descripción escrita del dolor y lo que nos puede producir y hacer recordar esto, o si no un ejemplo de lo que escribió Lorena.. "Mi casa es grande con muchas puertas y ventanas, desde mi pieza se veía a través de las cortinas el solcito" ¿Cuántas puertas tiene la casa de Lorena? ¿De qué color son las cortinas?

En la revista se intenta dibujar quizás conociendo los colores donde a veces el todo es para la nada, esa nada que ocupa sus días aplastándolos.

Diego escribe..."En el Hospital me están haciendo unos estudios con bastantes demoras, el Hospital funciona de varias formas y pienso que a muchos no les gusta estar.

..."Yo soy Diego, pienso en Tobar García un Hospital bastante complicado para por ejemplo poder irse". Diego fue dado de alta pero al tiempo volvió a internárselo.

Como dije los temas los proponen los chicos como el de las cartas al presidente.

José escribió: "Dr. Menen, me dirijo a Usted Señor Presidente para decirle que quiero salir de aquí".

O las poesías de Pedro:

En el amor siempre
van parejas de la mano
anoche tuve una ilusión
con una mujer que se llama Ana.

A través de la revista los chicos son portavoces de lo que subyace, de lo que se manifiesta en la conciencia de aquello que callan.

Para Mabel, por ejemplo:

"...Había días en que no tenía ganas de nada, que no me importaba nada, no pensaba en dar nada, ni en cosas lindas..."
También de su aislamiento que recorta sus vínculos familiares e históricos.

Mabel escribió acerca de su inminente alta: "...Salgo de aquí y me voy a vivir con mi hermana estoy tan contenta que me salve esta Hermana, voy a extrañar el hospital y a toda su gente. No me olviden".

Roberto escribió: "...Espero que el niño encuentre siempre el cariño de sus padres y en todo momento de la vida que no los dejen abandonados y que los eduquen en todo momento".

Es así como la escritura emerge en este contexto como posibilidad diferente de reinscribir su historia perdida. Es generadora de intercambios y al ser leídas estimula lazos humanos. En el reportaje que le hicieron a la Interventora recién llegada al Hospital los chicos le preguntaron:

¿No quiere que la ayudemos?

La revista pasó a ocupar un lugar de denuncia y queja

“...Nos gustaría que pintasen el Hospital que haya más juegos en el parque, que haya más materiales”.

Y también un lugar donde se puede expresar esperanza.

Marcelo escribe acerca del futuro: “...Como primera medida debemos recordar que lo que sembramos ayer lo cosechamos mañana. Si bien se puede decir como contabilidad vamos a tener un futuro mejor...”

Los seres humanos dejamos marcas por todos lados en las cosas que hacemos, un chico es un ser que debe dejar marcas.

La revista les permitió a los chicos Marcar.

Bibliografía:

Rodulfo, Marisa. El grafismo en la clínica con niños. (Ficha).

Rodulfo, R. El niño y su significante.

Rodulfo, R. Clínica Psicoanalítica.

Rodulfo, R. Pagar de más.

Versión revisada y ampliada de lo expuesto en las II jornada de Terapia Ocupacional en Salud Mental.



Grupos de Estudio. Metodología de Trabajo⁴

Liliana Paganizzi

Intento transmitir hoy, una modalidad posible de trabajo en relación a un tema específico: grupos de estudio para Terapistas Ocupacionales, desde Terapia Ocupacional.

“... se categorizan varios patrones de formación en la carrera de Terapia ocupacional. Destacamos aquí la llamada “Carrera Planificada”, cuyo perfil es típico de un pequeño pero creciente número de Terapistas Ocupacionales que no se ven a sí mismos limitados a su formación académica inicial o sólo al contexto en el que trabajan. Interesados por la formación y desarrollo de su propia profesión, esos profesionales están decididos a usar el sistema de educación continuada en beneficio propio en vez de gastar energía trabajando en contra de ella (Michele Hahn Educación continuada).

Así, este trabajo va a hacer referencia a un primer peldaño en la formación de post-grado, desde un ámbito informal y privado.

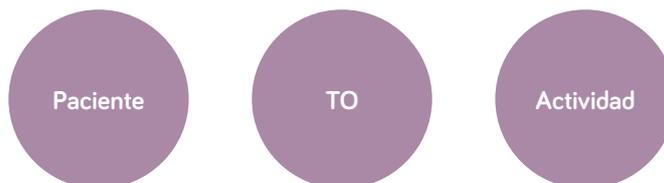
Agradezco a los Terapistas Ocupacionales que con confianza y con paciencia se acercaron y se acercan a pensar; guiados por cierto, acerca de esto, que es ir armando un lugar desde donde comprender lo que hacemos.

Clarificar, de a poco, el quehacer clínico es precisamente el móvil que hace posible el encuentro.

Metodología de trabajo

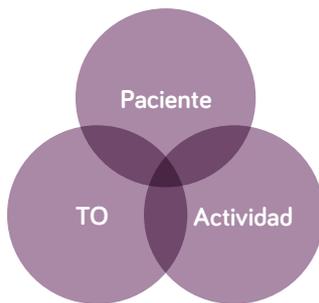
1. Introducción

Parto del Grafico de los círculos en relación a los tres elementos básicos que se juegan en Terapia Ocupacional

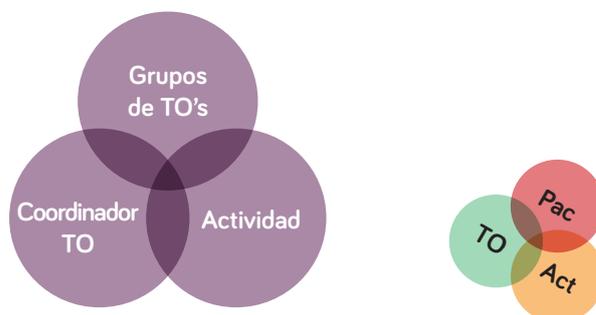


⁴ Publicado en: Terapia Ocupacional. El camino del Hacer - COLTO. 1991- ISBN 950-99874-0-9 Bs. As. Pag.143-148/ Terapia Ocupacional: Del hecho al dicho- Liliana Paganizzi y otros. Psicoterapias Integradas Editores-1991.ISBN 950-43-3466. Pag.65-72

Agrupados de manera ideal, de tal forma que se visualizan espacios de conjunción, influencia y discriminación.



Planteo que pensar y comprender esto (conjunción, influencia mutua y discriminación) es el objeto de estudio, la actividad a realizar.



Propongo al grupo reeditar el interjuego de estos tres elementos, en el encuadre de aprendizaje. Así el objeto de estudio no se irá develando sólo evocando lo que sucede "allá", en esa institución, con ese paciente y esa actividad, sino también con lo que le pasa a este terapeuta "acá", con estos compañeros, esta actividad, esta coordinación. La propuesta operará como criterio de verificación de los conceptos que se plantean, la actividad se verá enriquecida con lo que se piensa e intentaremos pensar lo que hacemos.

Ambos espacios, la clínica y la docencia, tienen para mí un punto en común, que es este, el de poder pensar lo que se hace y adscribirle algún sentido, posible de ser transmitido a otros.

2. Elementos



2.a. Actividad

Desde la docencia planteo cuatro actividades básicas:

- Lectura y reflexión de bibliografía básica.
- Ubicación de situaciones clínicas acordes al tema teórico (verbal o escrito).
- Técnica Psicodramática de Realización de imágenes.
- Realización de trabajos de situaciones clínicas (preferentemente escritas).

Estas actividades (y cada una de ellas) van siendo sugeridas y a veces indicadas desde la coordinación, lo que variará será el tema, en relación a lo que el grupo desea, ubicar el tema es el punto de partida del programa de trabajo.

- En relación al manejo de la bibliografía

Planteo que leer es básico, pero es poco, es necesario interpretar lo que se lee, aún con sus riesgos. Discrepar, también con el autor.

La bibliografía opera (como cualquier otra actividad, aún, las concretas) como Medio, en tanto permita pensar en otros temas o puntos propios de nuestro encuadre, y como fin en sí misma, en tanto se aprehenda algún concepto.

- Ubicación de situaciones clínicas

Se propone desde esta actividad aliar la teoría con la práctica en un movimiento dialéctico sin el cual alguno de los polos se resiente: un concepto teórico sin aplicación o una práctica sin conceptualización.

- Realización de imágenes

Esta actividad caracteriza la modalidad de trabajo porque es precisamente la propuesta cuya estructura pone en juego, lo que pienso como ejes de nuestra tarea.

Esta técnica, aporte del Dr. Rojas Bermúdez al Psicodrama Moreniano, plantea la realización de una “foto” de orden simbólico de una situación concreta o una imagen concreta de un concepto teórico. Le coloca en la imagen lo que no veo, lo que sería evidente, debe ser visto.

Plantea el pasaje de un lenguaje digital (concepto teórico o situación clínica relatada) al lenguaje analógico = la imagen, y la consecuente reflexión acerca de la distancia, concordancia o contradicción entre lo que se piensa y lo que se hace, y si se puede pensar lo que se hizo.

Las imágenes, expresivas como requerimiento básico, abren el puente de la comunicación, en principio desde lo observable, también el espacio para conocer o reconocer lo que se sabe o lo que falta.

Algunos puntos se discuten, se aclaran, con el grupo y la coordinación, otros elementos serán patrimonio de los que participaron en la realización.

Las imágenes, como los proyectos en Terapia Ocupacional, suelen estar más acá o más allá de lo que creemos, a veces un poco cruel como técnica, incómoda pero insta a pensar.

Exige poner “el cuerpo” en movimiento y también “la cabeza”.

Retomo acción-reflexión, observación (de la acción) y escucha (de la reflexión) como ejes de nuestra tarea.

- Realización de trabajos de situaciones clínicas

Esta actividad abrocha las anteriores, tiene como propuesta ejercitar la transmisión de alguna situación clínica. Sin apostar a grandes trabajos, haber observado, pensar en ello dándole algún sentido. Dejar registro escrito, que pueda ser transmitido a otros, quienes quizás se reconozcan en lo escrito, y también se opongan.

2. b. El grupo

Es bien sabido que aquél que no tiene dudas difícilmente aprenderá algo, o bien el aprendizaje será dificultoso.

Nosotros partimos del reconocimiento de las propias falencias, ya que la necesidad de clarificar algunos puntos del quehacer clínico; situaciones de cierta confusión; la fatiga o el “aburrimiento” en el desarrollo de una tarea que se sospecha mucho más rica, suelen ser los motivos más concretos del acercamiento.

La metodología de trabajo es planteada desde el inicio, pero una vez más, una cuestión será escuchar y/o hablar y otra hacer. En este hacer que proponemos, pensado, es donde van a aparecer lo que podrían denominarse “obstáculos”, que visualizados forman parte de la tarea misma.



Grupo

Voy a tomar solo uno, de estos “obstáculos” que he visualizado, operan como interferencia en la posibilidad de pensar, y conceptualizar la propia tarea, tanto en el lugar de trabajo como en el grupo mismo.

El quehacer profesional de la totalidad de los integrantes de los grupos se desarrolla en el ámbito institucional, en su mayoría Psiquiátricos, aunque no exclusivamente.

Más allá de las características personales del Terapeuta Ocupacional las características institucionales suelen condicionar fuertemente el desempeño. De los múltiples condicionamientos tomo uno, el tema de los equipos o su carencia.

Ubico dos fenómenos extremos: el Terapeuta Ocupacional muy solo y el Terapeuta Ocupacional muy acompañado.

- A veces el desempeño solitario, sin equipo, hace que la tarea se vea reducida a la atención de grupos de pacientes crónicos, estos, en ocasiones cosificados y cosificantes favorecen un campo por demás fértil para una actividad precisamente cristalizada, el ejercicio de la Terapia Ocupacional se ve reducida a una cadena sin fin de collares en los Geriátricos y dibujos en los Psiquiátricos, la actividad termina significando al sujeto, en vez del sujeto significar la actividad.

A partir de diferentes temas vamos dando sentido, contenido, a lo que se hace, en principio para el propio terapeuta, sin suspender quizás, los collares o dibujos, ya que ahí no está el problema, en la forma, sino repito en el contenido.

La propuesta permanente: que el terapeuta pueda pensar y en ese acto discriminarse, es este punto de partida más rico en el tratamiento de un paciente, sea grave o no.

- El otro extremo.

Acompañados por colegas, estos pensantes, el Terapeuta Ocupacional ocupa a veces, como bien describió Fabio Carvalho en un trabajo “Imágenes erróneas del Terapeuta Ocupacional”, el rol del hermano “lelo”.

Cuando el hermano “lelo” osa moverse y en eso esbozar un movimiento en la estructura del equipo, pensando, argumentando su propia tarea, es vuelto a su lugar rápidamente. Por ejemplo, si ha entendido un desborde de un paciente hacia su persona como una situación claramente transferencial, alguien dirá por ejemplo “eso no es transferencia”.

A veces, aceptando el equipo, que el “lelo” piense, es “ascendido”, así se pasa de la discriminación más cruel “vos no sos, lo que haces no es”, a la indiscriminación, por ejemplo, “sos como un psicólogo”.

Decía al comienzo, cómo estos dos extremos, suelen aparecer en el grupo como “interferencias”, más como son traídos por el Terapeuta Ocupacional, explícita o implícitamente, se hace importante se pueda reconocer la presencia de ambos polos en sí mismo, y poder ir resolviendo esto en función de la tarea, esta no implica pensar contra alguien (esto sería otra interferencia más) sino a favor de sí mismo.

Apostamos, estudiando, a ser un igual dentro de los equipos, pero distinto, en eso reside la riqueza de la interdisciplina.

2. c. Coordinación

CONOCER, dice, Bleger, lo que se va a enseñar, ser honesto en la valoración de lo que se sabe y lo que se desconoce. Entiendo esto como el eje de la coordinación, que se hace vigente y variable con cada grupo y cada tema a trabajar.

De lo que he hablado hasta aquí, el pensar e instrumentar actividades, vislumbrar interferencias en la realización, forma parte de la función.

Como Terapeuta Ocupacional, intervengo desde la acción y la palabra. ¿Cuándo?, ¿Cómo? y ¿Por qué intervenir?, son también aquí puntos a pensar.

Recapitulaciones, interrogantes y gráficos (palabras y acciones) suelen ser para mí, intervenciones básicas, a veces en función de las necesidades del grupo y muchas, en función de mi propia necesidad de organizarme.

Procuró que mi participación (venciendo entusiasmo y ansiedad varias), ya sea en la reflexión de material teórico, ubicación de situaciones clínicas o construcción de imágenes, sea después de que el grupo

ya haya hecho sus propios intentos, de hacerlo antes, creo que la participación de la coordinación, rellena de tal manera que impide el reconocimiento o conocimiento de las propias posibilidades o imposibilidades.

Por último puedo decir que intento clarificar la labor clínica a partir de conceptos teóricos-técnicos, son pocos aún, pero éstos, trabajados y reconstruidos con el grupo, resultan enriquecidos y muchas veces significan nuevas aperturas, lo que deviene en beneficio para ambos, coordinación y grupo, y para la actividad que nos reúne.

Bibliografía

- Bleger, José. Entrevista y grupos. Grupos operativos en la enseñanza. Nueva Visión.
- Carvalho, Favio. Imágenes erróneas del Terapeuta Ocupacional (Ficha, 2° Congreso Nacional de Terapia Ocupacional, 1988)
- Chamone, Rui. Terapia ocupacional Psiquiátrica. Aperfeicamento.
- Demo, Pedro. Investigación participante, Mito y Realidad. Capítulo: la Investigación.
- Escuela de Técnicas Corporales. Cuadernillo 1° Año. 1987. Esquema conceptual del enfoque Interaccional.
- Hahn Michele. Educacao continuada. (Ficha). Universidad Federal de Sao Carlos, Brasil.
- Lemoine, Gennie y Paul. Teoría del psicodrama. Cap. I. Ed. Gedisa.
- Lieberman, David. Comunicación y Psicoanálisis. Cap. I. Alex Editor.
- Moreno Jacobo. Fundamentos de la Sociometría. Cap. I y V. Ed. Paidós.
- Rodríguez Sanz, Dolly. Educación permanente. (Ficha). Escuela Nacional de Terapia Ocupacional.
- Willard and Spackman S. Occupational Therapy. 6° Edición Cap. 19.



Un desafío para la Terapia Ocupacional

Rosana Losavio

Introducción

Este trabajo es una experiencia realizada en la sección Terapia Ocupacional, en el Htal. Neuropsiquiátrico Unidad 20 dependiente del Servicio Penitenciario Federal (SPF.) durante 18 meses (Julio 1988 septiembre 1989).

La Unidad 20 cuenta con un plantel integrado por personal penitenciario, cuerpo profesional integrado por psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales, médicos clínicos, enfermeros, maestros, y a partir de Abril de 1988 se incorpora Terapia Ocupacional.

En esta Unidad se encuentran alojados personas que no hayan podido en el momento del hecho delictivo, comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones, condenados provenientes de unidades del S.P.F. que se encuentran afectados de formas de alienación mental, por solicitud de jueces de jurisdicción provincial y aquellos enfermos que por su peligrosidad no pueden convivir con los demás internados en el Hospital Borda.

A Terapia Ocupacional concurren pacientes mayores de 18 años, derivados por el cuerpo profesional, personal penitenciario o por solicitud de los mismos, cuyos diagnóstico psiquiátricos son: personalidad anormal, psicopáticas, drogadicción, esquizofrenia, cuadros psicóticos, epilepsia, oligofrenias, síndrome delirante, psicosis orgánica, delirio paranoide, alcoholismo, histeria psicótica, algunos infectados por el virus de Sida.

Como primer paso se realiza una entrevista cuya modalidad es de tipo cerrada, estructurada, realizada en consultorio bajo la custodia de un agente, luego esta entrevista es reemplazada por una semiestructurada con preguntas abiertas y cerradas y como lugar físico el patio de recreo o el mismo taller.

La finalidad de la entrevista es establecer un vínculo paciente TO informarle acerca del funcionamiento del taller, obtener datos personales.

En el taller se realiza la evaluación de la capacidad funcional psicofísica del sujeto, desarrollo psicomotriz, esquema corporal comunicación verbal y no verbal, atención, concentración y memoria, aceptación y ejecución de consignas control de la agresión, tolerancia a la frustración, avd., interacción con el grupo y con la TO.

Una vez obtenidos los datos de la entrevista, la evaluación de TO, información brindada por el cuerpo profesional, personal penitenciario, se elabora un plan de tratamiento. Se trabaja en grupo 4 veces por semana 1 ½ hs. de duración con proyecto grupal en este caso junto a una psicóloga.

Las actividades realizadas son: cerámica dibujo, macramé, jardinería, material de descarte, carpintería, organización del tiempo libre, juegos, festejos de cumpleaños, fechas patrias y religiosas.

Modalidad de Trabajo

Como marco ideológico base se trata de considerar al sujeto como persona y no como un interno, de hecho no se lee la historia judicial del mismo, los materiales y herramientas están al alcance de todos. Batenson refiere, "es imposible poner fin al delito mediante el castigo lo que se consigue son delincuentes más eficaces".

Además de trabajar con objetivos específicos obtenidos de la evaluación individual, se trabaja con objetivos generales tendientes a mejorar, mantener y estimular la interacción grupal, lograr la responsabilidad de sus acciones tendientes al crecimiento individual.

Por lo general la elección de la actividad es responsabilidad del paciente salvo en algunos casos donde se observa un importante deterioro, donde se sugiere la actividad a realizar. En circunstancias el grupo determina que la TO utilice intervenciones paradójicas, basadas en el desafío. Es paradójico la intervención que obedecida tendrá como consecuencia lo opuesto de lo que parece pretender. Su éxito depende que el paciente desafíe las instrucciones del terapeuta u obedezca a ellos hasta un grado tan absurdo que se vea obligado a retroceder.

Otro elemento que permite a las paradojas calar hondo en el paciente está dado por el hecho de que por lo general las formulamos en esta tentativa, por sugerencia, preguntando más que por órdenes directas adoptando a menudo una posición de inferioridad de aparente confusión o ignorancia.

Otra forma de trabajo es el empleo de un grupo de consulta como refuerzo de las intervenciones. El grupo (en este caso personal penitenciario) es presentado a los pacientes de manera de envestirlos de la máxima autoridad posible.

Esto se utiliza cuando se predice acciones que puedan afectar a la seguridad, según lo considera la TO, el grupo se utilizara para apoyar, enfrentar y confundir, cuestionar o provocar al grupo-paciente, conservando la TO, la libertad para manifestarse de acuerdo con estas manifestaciones u oponérselas.

Resultados y Comentarios

El trabajo realizado por la Terapeuta Ocupacional en una unidad penitenciaria es difícil de llevar a cabo. Existe un desconocimiento de lo que significa la Terapia Ocupacional y la importancia de su tratamiento, esto se ve agravado por el continuo cambio de autoridades al que es afectado la unidad, por otro lado las actividades sugeridas por la TO a veces atentan contra la seguridad ya sea por los materiales y herramientas a utilizar como el producto realizado; otro inconveniente es el alta del paciente en algunos casos la externación se efectúa por orden del juez sin previo aviso al personal penitenciario o profesional, lo que implica trabajar con la variable tiempo en el aquí y ahora.

A pesar de esto se pueden obtener algunos resultados:

Datos cuantitativos

- a) Un aumento en cantidad de pacientes que concurren al taller del 20% proyecto individual y 60% proyecto grupal, la asistencia de los mismos es de 85%.
- b) Concurren un 70% de pacientes cuyo diagnóstico psiquiátrico es de personalidad anormal psicopática.

Datos Cualitativos

- a) La entrevista inicial estructurada es reemplazada por un tipo semiestructurada y menos tradicional para evitar posibles simulaciones de enfermedad mental.
- b) Se observa mejor interacción en el grupo, esto se traslada con los demás internos y con las familias, ya que en este caso, lo realizado es entregado a familiares o amigos.

- c) Desde la familia aparece en algunos casos, mayor interés hacia la problemática del paciente, esto se demuestra porque concurren a los juzgados para informarse acerca de la situación legal del sujeto, traen materiales y herramientas para el taller de TO y ante un posible externación buscan la posibilidad de continuar un tratamiento.
- d) Desde la actividad se pasa de objetivos cuyos pasos, materiales y herramientas son simples a objetos cuyos requerimientos son mayores, ej. de Juguetes de encastre a yerbera.
- e) Se observa un cambio en el contenido del discurso del paciente de temas puramente delictivos se pasa a temas familiares, de actualidad o propios de penal.
- f) Desde la institución aparece cierto reconocimiento hacia la utilidad y beneficios de la TO, además de participar de actividades interdisciplinarias.
- g) En relación paciente institución la TO se ofrece como un color diferente, no es gris color penitenciario, sinónimo de ley, encierro, castigo, no es blanco color de psiquiatras y psicólogos, sinónimos de medicación, interpretaciones, informe al juzgado, es la TO sinónimo de posibilidad de poder expresarse y confianza.

QUE HERMOSA ES LA NATURALEZA
CADA SER HUMANO TIENE ALGO ESPECIAL
TE DESEO LA FELICIDAD MAS HERMOSA DEL MUNDO.
PATRICIO RAMIREZ

NUNCA LAS LAGRIMAS TE DEVOLVERAN LO PERDIDO.
SI ERES CAPAZ DE SOPORTAR LA PRESION QUE EJERCEN SOBRE VOS
ERES TAN FUERTE COMO LA PRESION.
EL UNICO PODER DE LA FUERZA ES QUE EXISTE LA RAZON
SI EN EL TRANCURSO DE TU VIDA NO HAS LOGRADO UN AMIGO
HAS HECHO MUY POCO POR QUERERTE.
MARIO SOSA

SIN JUSTICIA NO PUEDE HABER PAZ Y SIN PAZ NO PUEDE HABER FUTURO.
LEONARDO CODINA
EL HOMBRE ES FUERTE Y CAPAZ DE SOPORTAR INJUSTICIAS DE ESTA VIDA
QUE LLEVAMOS CON NOSOTROS.
JUAN M. SALINAS

NO JUZGUES A NADIE SI QUIERES QUE NO TE JUZGUEN
YO ESTOY AQUÍ Y TU ESTAS ALLA UNO DE LOS DOS ESTA
EN UN LUGAR EQUIVOCADO DE MARIO SOSA Y SU COMPAÑERA OLGA.
MARIO SOSA

RELATOR INVITADO/EXPOSITOR

Relato de una experiencia interdisciplinaria en Hospital de Día del Hospital Nacional José T. Borda⁵

Juan José Donadío, Marcela Montes, Adriana Slaifstein y Sergio Pérez

Comenzaremos haciendo una breve reseña del ámbito en el cual se llevó y se lleva a cabo la experiencia en equipo que hoy nos convoca.

⁵ Publicado en: Terapia Ocupacional. El camino del Hacer - COLTO. 1991- ISBN 950-99874-0-9 Bs. As. Pag.63-68

Hospital de día dentro de la institución es un servicio que tiene como objetivo la rehabilitación y la resocialización de los pacientes psicóticos.

Las características del tratamiento se basan en una terapia intensiva a corto plazo, donde concurre el paciente de lunes a viernes de 9 a 16 hs.

Se trabaja con grupos abiertos mixtos y heterogéneos.

La modalidad de trabajo consiste en ofrecer a los pacientes diferentes modos de abordajes terapéuticos, a saber:

- Asamblea administrativa
- Asamblea Comunitaria
- Comprensión de textos
- Espacio de apertura y cierre de la semana
- CONET (a elección)
- Recreación y deportes
- Jardinería
- Terapias grupales
- Terapia ocupacional
- Musicoterapia
- Equipo de Admisión
- Terapia familiar
- Consultorios externos

Ustedes se preguntarán sobre cómo surge esta nueva experiencia, bajo que marco teórico y bajo qué necesidades.

Hace 10 años Terapia Ocupacional (TO) colabora con los objetivos de rehabilitación de Hospital de Día, con una frecuencia de dos sesiones semanales por la tarde.

En sus comienzos la tarea asistencial se realizaba en el servicio central de TO, divididos en grupos terapéuticos.

En un principio la comunicación entre terapeutas grupales y el equipo de TO se efectuaba a través de informes escritos y de encuentros no pautados. Luego por cuestiones de índole institucional TO debe trasladar su tarea asistencial al ámbito físico de Hospital de Día, favoreciendo de este modo una visión más amplia del contexto terapéutico.

Retomando la idea de los encuentros no pautados, en uno de estos, comienza a surgir la necesidad de mejorar la calidad de los intercambios. A partir de esto se comienza a bajar la posibilidad, el deseo de intentar lograr un punto de convergencia compartido en cuanto a vivencia en la tarea rehabilitadora, que pudiera permitirnos la posibilidad de abrirnos nuevas puertas en cuanto al enfoque teórico de la rehabilitación.

Con lo cual romper el aislamiento, la historia ya escrita y dibujada por otros, dentro del marco institucional, intentar cambiar los compartimientos estancos de los diferentes abordajes terapéuticos, pretendiendo crear y recrear una historia más propia.

¿Cómo armar la propia historia en esta tarea conjunta entre terapia grupal y terapia ocupacional?

Al desconocer, se imponía el observar, decidimos que los Terapeutas Grupales observaran en un primer momento, en forma no participativa, la tarea de TO, para esto el equipo de TG y TO por su lado tuvieron que ir preparando a este grupo de pacientes para informarles sobre esta nueva tarea.

La actividad conjunta se realizó en el mismo consultorio donde los pacientes tenían sus sesiones de Terapia Grupal y en el mismo horario, los días lunes.

Al pensar que las situaciones de cambio son generadoras de angustia y elevan el nivel de ansiedad y tensión, trataremos de desarrollar este concepto desde dos enfoques: estrategia usada con los pacientes y estrategia en cuanto a roles del equipo terapéutico.

Hacia los pacientes: frente a la consigna de una actividad grupal en forma conjunta (TO y TG) pensamos en ofrecer actividades dirigidas, con el objetivo de que dicha actividad funcione como sostén del grupo y permita mayor plasticidad frente a lo desconocido.

En las primeras sesiones las respuestas grupales eran de pasar del temor a lo desconocido a poder verbalizar que dichas actividades eran entretenidas y no tan dificultosas.

Para el equipo terapéutico: en ese momento debíamos reconocernos en el propio rol, profesional y del otro. Reflexionamos ahora que cada uno llevó a estas primeras sesiones lo más conocido de su rol y su marco teórico, siendo en los primeros encuentros T.G observando la dinámica grupal en una situación diferente y TO mostrando su Hacer de la actividad concreta (suponemos que a modo de mostrarnos con lo más conocido frente a los TG y con el rol habitual frente a los pacientes).

Considerando que esta situación de cambio rompe con el esquema de funcionamiento anterior, esta nueva postura posibilitó un criterio de unidad en el enfoque terapéutico.

A partir que los TG dejan el rol de observadores no participantes y los TO dejan de utilizar como único recurso lo más conocido (material concreto y forma dirigida) surge un equipo más fusionado que replantea la posibilidad de planificar y organizar actividades de la sesión en forma conjunta con los pacientes, en ese mismo encuadre la alternativa de pensar y hacer grupalmente.

En el primer encuentro, el equipo terapéutico con el grupo de pacientes, se dan las primeras consignas antes del inicio de la tarea.

- 1- Se re puntualizó que era la primera vez que se realizaba esta modalidad
- 2- Se clarificó el motivo de dicha estrategia
- 3- Roles que desempeñaran lo TG ; observadores no participantes y TO coordinadores de la actividad

Actividades programadas para la primera sesión:

- Crucigrama con los nombres de los pacientes
- Sopa de letras: con los nombres de los pacientes y terapeutas

Propuestas estas dos actividades, el grupo decide realizar en la primera sesión el crucigrama dejando para la sesión siguiente la sopa de letras. Se dan las consignas en cuanto organización para su desarrollo, observando en el inicio de la tarea cierta resistencia en la acción como también pacientes que tuvieron dificultades de encontrarse y reconocer sus nombres en la cartulina y otros que privilegiaron la acción a la palabra.

Había fantasías acerca de que pensarán los observadores no participantes sobre lo hecho por el grupo, pudiendo el equipo terapéutico mantenerse en los roles establecidos.

El grupo continúa la actividad mostrando un clima muy distendido y de mayor movilidad corporal.

La tercera actividad propuesta fue: mapa de la República Argentina.

Consigna: colocar el nombre a las provincias, países limítrofes, capitales provinciales.

El grupo elige el lugar para colocarlo, la misma pared usada para el crucigrama y Sopa de Letras.

Se señala que se requiere de todo el grupo y que pueden volcar los conocimientos individuales para la tarea grupal.

Luego de estas tres actividades mencionadas en forma dirigida (grupo dependiente de los coordinadores de la actividad y de los materiales a usar) el equipo plantea la consigna al grupo de planificar en sesión la actividad a realizar, el objetivo fue modificar la forma anterior de preparación a cargo de TO, en esta sesión los terapeutas grupales tomaron un rol participativo.

El grupo se dispersa con las problemáticas individuales debiendo reiterar la consigna dada. Se observaron resistencias a pensar pedidos de encontrar las soluciones fuera y por otros, se señala que cada uno está atendiendo lo propio sin poder pasar a la actividad grupal.

Al evaluar dicha actividad se observó que el grupo como estructura total presentaba dificultades para funcionar.

Se retoman las propuestas individuales surgidas, estas eran:

- Jugar, Sopa de Letras más compleja y colocar nombres a las capitales provinciales.

Dado que en estas tres propuestas hechas, existían posibilidades de planificación y ejecución, se convino que a pesar de los grupos que se organicen (luego de haber optado) el cierre de la sesión será de forma conjunta entre todos los subgrupos que pudieran haber funcionado.

Los objetivos de dicha estrategia eran favorecer la interacción a través de grupos más reducidos, permitir partir de la individualidad de elección para acceder al funcionamiento grupal, observar los niveles de relación latentes en sus miembros, posibilitar un espacio afectivo más íntimo para permitir el intercambio entre sí.

Al reunirnos con el grupo de pacientes surge en la apertura, ante la propuesta dada, algunas resistencias y miedos a que no se les ocurra nada, ninguna propuesta.

Luego deciden realizar una votación y surge: sopa de letras con nombres de animales (un subgrupo) y colocar las capitales provinciales en un mapa (otro subgrupo). Se observó un clima distendido, con la colaboración en cada subgrupo, valorizando la etapa de pensar, planificar en función del propio deseo grupal.

El desarrollo de las sesiones siguientes, con el mismo grupo de pacientes, se efectuó bajo la misma postura terapéutica, favorecer la autogestión grupal y brindar actividades que ofrezcan continuidad en la ejecución.

Hubo una actividad elegida por el grupo: la confección de una "Carrera de autos". Debieron planificar la actividad organizándose para conseguir los materiales y herramientas a usar, una vez que el grupo pudo resolver todo lo pertinente al encuadre de esta actividad se desarrolló el juego, pudiendo gratificarse con el resultado del mismo, donde cada integrante fue sumado a esta pista (hecha como maqueta) lo propio, interviniendo el equipo terapéutico en el juego competitivo.

A través de esto que mencionamos, podemos inferir que el grupo fue obteniendo una mayor interacción y cohesión lo que posibilitó otros modos de expresión.

Como ser: hubo una actividad significativa tanto para los pacientes como para el equipo: "dramatización", surgida de una lámina en la que el grupo conformó un paisaje.

Se ofrecieron dos cartulinas y elementos a utilizar a modo de rotación en el grupo, en donde cada integrante pueda volcar algo que lo identifique o lo incluya en el grupo.

Al paisaje lo definen como un posible lugar de la provincia de Salta, fue hecha en varias sesiones donde verbalizaban lo que les significaba.

La imagen de un volcán con personas escalándolo, referían al mismo como el momento del grupo frente a la enfermedad y al alta (el acceder a la cima se podía pensar como acercarse al alta en el tratamiento de Hospital de Día).

Se comienza a improvisar la escena del "como si" estuviéramos en Salta dando un rol a cada integrante, luego el grupo decide continuar la dramatización con un viaje desde Salta a Córdoba para luego recién volver a Buenos Aires.

Al dramatizar la escena del vuelo, uno de los pacientes trae libremente un grabador con los sonidos de despegue y aterrizaje del avión, se desarrolla el "como si" asignándose roles.

Este paciente toma el rol de piloto, que en su realidad se había desempeñado como personal civil en la aeronáutica.

Los demás integrantes verbalizan sentimientos de temor al vuelo, asignando a los dos terapeutas los roles de azafatas a modo de contener sus necesidades.

Esta dramatización duró varias sesiones, no pudiendo despegarnos del papel asignados, hasta que se puntualizó que el "volver" implicaba volver a Buenos Aires, Hospital de Día, tratamiento y enfermedad.

Si pensamos que la dramatización es posible solo si se dan situaciones reales y conflictivas, aquí nos encontrábamos en un terreno terapéutico no planificado, como tal, ya que para cada uno este "volver de viaje" resultó conflictivo por encontrarse con lo propio.

El grupo se cuestionaba que podían traer de regalos de ese "viaje", deseo de algunos sobre quienes querían que los esperen, angustia de otros por no tener a nadie que los reciba.

Comenzando a fantasear sobre sus necesidades concretas y limitaciones. En este período el grupo funcionó por varios meses sin altas ni ingresos pudiendo entonces continuar en este terreno pasando a otras situaciones a dramatizar: Familia, Trabajo, Guerra.

El grupo quedaba detenido en lo conocido y el equipo terapéutico funcionaba como equipo ya conocido.

Si pensamos en la transferencia del grupo hacia los terapeutas, opuesta a lo que el grupo transfería al inicio, equipo de TO por un lado y equipo de terapeutas por otro, este criterio de mayor unidad desde la acción concreta ayudó a ir definiendo el espacio de esta nueva sesión.

Observaciones generales:

- 1- Nos permitió observar desde otra óptica los niveles de relación existentes entre sus miembros.
- 2- Como constante aparecían resistencias a la tarea conjunta luego de un fin de semana conflictivo, demandando Terapia de Grupo.

3- A los pacientes el proyecto compartido intelectual, lúdico, les permitió descubrir similitud en su sentir, en su conflictiva (concepto de Universalidad).

También un mayor despliegue de las capacidades sociales básicas, dando mayor solidaridad, posibilitó el desarrollo del altruismo, siendo más facilitador con la acción que sólo con la palabra.

Ahora pasaremos a las conclusiones de acuerdo a los objetivos y fines planteados que como recordarán eran mejorar la calidad de los intercambios y tratar de vislumbrar un nuevo enfoque en la tarea rehabilitadora. Con respecto al primer punto podríamos decir que esto se ha conseguido a pesar de los encuentros y desencuentros en este año y medio de trayectoria.

Refiriéndonos al segundo objetivo, pensamos que el ensayo debe continuar para contar con mayores elementos que permitan esta posibilidad.

Bibliografía

La cura y la locura. R Grimson

Clínica Grupal I. E Pavlosky

Apuntes de Terapia Ocupacional

Apuntes Hospital de Día. Dr. L. Mastandrea



Interconsulta en Psicopatología. Una experiencia interdisciplinaria⁶

Silvia Kleiban y Claudia Schiavo

Introducción

Para hablar de la interconsulta queremos situarlos, ya que la exposición se centrará en la participación de T.O. como un integrante más del Equipo de Interconsulta de Psicopatología, en este caso del Hospital General de Agudos Teodoro Álvarez, hospital municipal. El servicio de Psicopatología está compuesto por diferentes áreas:

Consultorios Externos Infanto-Juvenil, mixtos

Hospital de Día, mixto.

Consultorios de Adultos, mixtos.

Unidad de internación, sala de hombres.

Es de esta sala de internación de donde depende el equipo de interconsulta y los integrantes que lo componen. Es así como también Terapia Ocupacional y sus profesionales fueron nombrados solamente para cubrir esta área de internación.

Es importante ubicarnos y detenernos aquí para que puedan imaginar el escaso margen de movimientos que pueden tener los profesionales de un área, dentro de una unidad (sala de internación), dependiente de un servicio (Psicopatología) con los demás servicios de un Hospital General. Ese el caso de Terapia Ocupacional, que pudo irse modificando a partir de las distintas actividades e inclusión en algunos servicios, ofreciendo prestaciones aún fuera de su función específica (Unidad de Internación-Servicio de Psicopatología).

El pivót de lanzamiento fue el equipo de interconsulta de Psicopatología, que se maneja con otras características: tomando solamente la sala como base de operaciones.

Es la labor con este Equipo de Interconsulta, la inclusión de Terapia Ocupacional, pero fundamentalmente la metodología inédita de funcionamiento, lo que venimos a presentar aquí.

Es por ese motivo que invité a la Dra. Claudia Schiavo, psicoanalista, coordinadora de este equipo, compañera y amiga, a fin de poder contarles el accionar.

⁶ Publicado en: Terapia Ocupacional. El camino del Hacer - COLTO. 1991- ISBN 950-99874-0-9 Bs. As. Pag.152-160

Corrientes en Interconsultas

Para poder acercarles la experiencia de nuestro Equipo de Interconsulta y nuestra forma de trabajo, pensamos necesario trazar un breve recorrido por las diferentes corrientes de interconsulta.

Las diferentes líneas de trabajo y modo de encararlo dependen de la concepción que se maneje del acto médico y de la relación médico-paciente, fundamentalmente, ya que de ésta se desprende la idea de enfermedad, síntoma, institución, etc.

Así podríamos situar, a grandes rasgos y en forma bastante esquemática, tres formas posibles:

1. La interconsulta realizada desde el punto de vista psiquiátrico.
2. La interconsulta incorporando la Psicología a la Medicina.
3. La interconsulta desde una concepción psicoanalítica.
 1. Llamamos interconsulta psiquiátrica a la que está comprendida dentro de lo que se denomina en la institución hospitalaria "consulta", es decir la interacción entre dos especialistas, uno de los cuales decide que necesita el aporte de otro en un aspecto especial de su tarea asistencial. Esto incluye la práctica de la psiquiatría tradicional como otro acto médico donde intervienen órganos enfermos, una etiología orgánica, terapéutica medicamentosa, de la misma manera como en neurología o cardiología, por ejemplo. Es decir, como otra especialidad médica más, con la misma filosofía terapéutica, considerando el origen de las enfermedades mentales exclusivamente en la herencia, procesos degenerativos cerebrales, etc. Es decir, hay un órgano, en este caso el cerebro, que está enfermo.
Desde esta ideología, el acto médico del psiquiatra no se distingue de otros, por lo tanto no se da a la interconsulta psiquiátrica ningún lugar diferencial con respecto a la de otra especialidad. Ocurre que muchas veces la institución no sólo avala sino también exige este tipo de interconsulta, ya que de esta forma no se evidencia ni se considera al médico solicitante como involucrado en este pedido, y tal vez, por su intermedio, a la institución misma. Ejemplo de este tipo de interconsulta son los pedidos de accionar formal: solicitud de diagnóstico, de certificados, de informes para trámites o derivaciones a otras instituciones, pedidos de medicación para seniles, etc.
 2. Interconsulta incluyendo la Psicología. Es a partir del advenimiento de la psiquiatría dinámica, del Psicoanálisis y de la creación del Servicio de Psicopatología en los hospitales generales, que se fue modificando también la función de la interconsulta psicopatológica. Además de la fenomenología psiquiátrica se comienza a tener en cuenta la etiología, no ya exclusivamente orgánica, sino del paciente en su totalidad, con sus conflictos, sus angustias, temores, medio social y familiar, etc. Hubo varios intentos de integración de la medicina con lo psicológico, tratando de incorporar aportes del modelo médico clásico, de los que se decía de éste carecía, desconociendo que el orden médico tiene sus propias normas y límites.
Con respecto a la interconsulta desde esta concepción, además del paciente se integra el médico que la solicita como participante activo de la situación que genera la interconsulta, entendiendo que ésta surge cuando el vínculo entre ambos se altera o entra en crisis, impidiendo ejercer la tarea asistencial. En este caso se considera la relación médico-paciente como inadecuada, por autoritaria, distante, no continente, etc., tratando el interconsultor de corregirla, centrando su objetivo en lograr la conciliación de ambos, la comprensión de del médico a su paciente y su padecimiento, así como también en ayudar al paciente a aceptar su enfermedad o los tratamientos indicados. Se otorga a la interconsulta una función docente o pedagógica, tendiente a subsanar el desconocimiento psicológico del médico, que se pondría de manifiesto en la disociación mente-cuerpo. Se propone así la formación psicológica del médico.
Se hace extensiva esta función docente a la institución, proponiendo por medio de la interconsulta modificaciones en la metodología y el funcionamiento general.
 - 3- Interconsulta desde el punto de vista psicoanalítico. Partimos de un concepto diferente a los anteriores: el Psicoanálisis y la Medicina son dos realidades, dos prácticas, dos discursos distintos.
Intentaremos marcar las diferencias básicas entre ambos por medio de los siguientes puntos:
 - a- En Medicina se puede hablar de un cuerpo médico. En Psicoanálisis se descubre un discurso, un movimiento, un conjunto de vínculos sociales que no llegan a palpase como corporeidad.
 - b- La Medicina requiere una selección, quedarse sólo con lo utilizable, lo que conviene la diagnóstico y al tratamiento. Necesita resguardarse del error. En Psicoanálisis el error es justamente el hilo conductor, los lapsus, los actos fallidos, los chistes. No evita el error, más bien lo constituye en objeto.
 - c- El discurso médico es normativo: aplica la terapéutica para retornar a la normalidad, de la que la enfermedad ha desviado el cuerpo del paciente. El Psicoanálisis no enuncia lo normal o lo exacto, no es una doctrina que se enseña, sino que es el conjunto de pautas que permiten escuchar al paciente para que emerja su deseo. En realidad, impugna ese orden o normalidad.

- d- El objeto de interés del médico es la enfermedad, el discurso médico es un discurso sobre la enfermedad y no sobre el hombre. Es por ello que la práctica médica no requiere de conocimientos psicológicos para realizarse. Para que el acto médico se lleve a cabo es indispensable la creencia del médico en la eficiencia de sus técnicas, la creencia del paciente en el poder del médico y una ideología colectiva en este mismo sentido. Debe quedar por lo tanto oculta la impotencia o imposibilidad del médico frente a la muerte, ya que el paciente hace una entrega total de su cuerpo, depositando en el médico el poder de salvarlo o curarlo. Por eso decimos que la situación del médico debe ser, en cierto sentido, de dominio sobre el paciente, logrando que éste se entregue, aceptando las indicaciones y tratamientos, aun los más cruentos.

Esta situación presenta variables de acuerdo con las condiciones presentes, con un paciente determinado y en circunstancias específicas. Podrán haber, por lo tanto, situaciones médicas paternas, autoritarias, pedagógicas, etc. pero deberán considerarse siempre la situación asimétrica de dominio. Además de esencial en la estructura, funciona como tranquilizadora y de contención, frente a los temores, angustias e indefinición que provoca la enfermedad, "Haga algo por mí" "Estoy en sus manos".

Pedido de interconsulta. Caída del discurso médico

Desde esta concepción, la interconsulta surge cuando esta posición del médico sobre el paciente tambalea, cuando no puede sostener el lugar que se le exige, el del que diagnostica y cura. En síntesis, cuando desaparece la estructura asimétrica que mencionamos.

Las causas de este quiebre pueden darse tanto desde el Médico como desde el Paciente:

Desde el Médico: pueden ocurrir demoras en el diagnóstico, inexperiencias, conflictos personales con relación a enfermedades específicas, problemas institucionales, etc.

Desde el Paciente: actuaciones, cuestionamientos acerca de la figura del médico, fantasías de muerte, experiencias traumáticas previas.

Algunas manifestaciones surgen como efecto de esta situación no resuelta, dando lugar al pedido de interconsulta: altas apresuradas, intento de abandono del tratamiento por parte del paciente, consultas paralelas, incumplimiento del tratamiento, angustia y ansiedad extrema, querellas legales, etc.

Se plantea así, como función del interconsultor, restituir la estructura que médico y paciente conforman, permitiendo así la continuidad de la tarea médica.

En el pedido de interconsulta, detrás de la demanda manifiesta del médico para el paciente está su propia demanda, del que pide pidiendo para otro.

Pensamos que esto no se genera a partir del desconocimiento psicológico del médico, por lo tanto, no puede ser resuelto brindándosele. Es más, muchas veces puede interferir en la tarea si el médico comprende, se pone en el lugar del paciente, se identifica lo que le impide actuar.

La función del interconsultor es trabajar a partir del síntoma- que llamamos caída del discurso médico-, en el que están involucrados tanto el médico como el paciente, siendo el objetivo que este acto médico demorado o interrumpido pueda llevarse a cabo.

Algo en el paciente, de lo que el saber médico no puede dar cuenta, aparece.

Por lo tanto, no se opera sobre uno u otro en forma exclusiva, sino sobre la trama que ambos conforman.

En caso de terapia ocupacional, si bien opera directamente con el paciente, es el trabajo en equipo el que da cuenta de un proceso de restitución de ese discurso médico perdido.

Si el equipo de interconsultas que conformamos eligió el modelo psicoanalítico fue pensando que es el que mejor expresa esos fenómenos que aparecen al generarse el pedido, sobre todo teniendo en cuenta los fracasos en la conformación y continuidad de los equipos anteriores. Fracasos no sólo en nuestro hospital, sino que se extendían como característica común a los equipos de interconsulta de otras instituciones. Esto nos llevó a pensar que más que una dificultad de quienes realizaban la tarea, el problema estaba en la incomprensión de la génesis de estos síntomas. Se generaban de esta manera discusiones entre interconsultor y médico, juzgamiento de conductas o tareas, disputas por el poder sobre el paciente, disminución del número de prestaciones, etc. Se escapan asimismo, como variable de observación, datos sobre qué profesionales solicitaban más interconsultas, en qué períodos del año, en qué servicios, en qué niveles de formación, etc.

Este equipo logró coherencia y eficacia a partir de una acción coordinada que incluía reuniones de equipo, supervisiones semanales, un grupo que funcionaba en forma estable, integrado por médicos, psicólogos y terapeuta ocupacional, todos de la Sala de Internación, de quien dependía en ese momento el equipo.

Sólo en este tercer modelo, el psicoanalítico pensamos como posible la inclusión de T.O. en un Equipo de Interconsulta, porque en el Modelo Psiquiátrico Clásico, no tendría lugar otra especialidad, ya que el interconsultor, necesariamente psiquiatra, como hemos dicho, acude a curar una supuestamente enfermedad, reforzando el lugar del médico. Otra vía posible sería la derivación a T.O. directamente, como otro servicio centralizado que ofrezca libremente sus prestaciones a otros servicios.

Tampoco sería posible en el modelo psicológico, ya que colaborando con la función médica en forma directiva o docente, desconformaría los dos lugares: el del médico y el del interconsultor. El terapeuta ocupacional, como cualquier integrante en el equipo de interconsulta de psicopatología, no es un consejero, su poder y su saber se sostienen desde su propio rol.

El pedido directo a T.O. no descalifica, ni es prohibitivo de su inclusión en el equipo de interconsulta de psicopatología, sino que excede este relato.

Como dijimos, fue de alguna manera este equipo de interconsulta el facilitador de la salida de T.O. de la Unidad de Internación del Servicio de Psicopatología hacia otros servicios, entre los que podemos mencionar: Cirugía, Traumatología, Clínica Médica, Neurología, Pediatría.

La interconsulta con el servicio de Psicopatología surge por lo tanto como una necesidad de los médicos integrantes de otros servicios de responder a aquello de lo cual no pueden dar cuenta en la prosecución de su accionar.

La problemática para el equipo de interconsulta es se refiere a la calidad de intervención más adecuada a ese pedido. Los caminos son múltiples y la elección estará dada por la formación y orientación psicopatológica. Como dijimos antes, el modelo elegido por nosotros intenta aplicar los conceptos de la teoría psicoanalítica a un encuadre que no le es propio. En función de esta innovación, el trabajo se presenta como creador de sus propias condiciones y diferente en sus posibilidades.

Proceso de interconsulta

Brevemente mencionaremos el recorrido de un pedido de interconsulta de cualquier servicio al servicio de Psicopatología.

La interconsulta comienza con el pedido por escrito, en la mayoría de los casos, por el médico tratante para un paciente internado, en el cual se especifica el nombre del paciente, su número de cama y el servicio al cual pertenece. A veces también se indica el motivo del pedido, que en general consiste en un diagnóstico médico (alcoholismo, amputación, síndrome depresivo).

Este momento, el de la recepción, adquiere una importancia fundamental: es aquel en el que surge la demanda de un sujeto en relación a alguien que no es él mismo, aunque de todos modos está involucrado sin saberlo. La demanda manifiesta se refiere a la necesidad de resolver aquello que está afuera de su saber médico.

La relación médico paciente ha sufrido una fractura, que llamamos caída del discurso médico y sostenemos que la interconsulta es la salida más conveniente para intentar subsanar esa ruptura. Se realiza una primera entrevista con el médico. El objetivo de la misma es conocer la demanda médica manifiesta.

Muchas veces el pedido es explícito: "No sé cómo decirle", "tranquilizarla", "no la soportamos más en la sala", "se me está muriendo". En estos casos el médico se enuncia como habiendo perdido la dirección de su accionar. En otros casos esto se oculta bajo una denominación diagnóstica: síndrome depresivo, excitación psicomotriz, no evidenciándose así la interferencia de su acto médico, y quedando desligado mediante la nomenclatura científica que divide lo sano de lo enfermo.

En esta primera entrevista se obtiene información sobre el paciente y sobre la relación que el médico ha establecido con éste, como así también del momento desencadenante del llamado.

Se realiza luego la entrevista con el paciente. En la mayoría de los casos, la causa desencadenante de la situación que genera el pedido debe ser escuchada como una demanda referida al cuerpo en primera instancia. Luego aparecen las dificultades que ocasiona la internación, el temor a las enfermedades, si existen dudas sobre el tratamiento que realiza. A partir de estos datos se pesquisa la relación médico-paciente, la desconfianza depositada en el médico, el nivel de información que se le brinda y la respuesta del médico a su demanda.

Confirmamos así un hecho estructural: el discurso médico ha perdido eficiencia operativa. El acto médico no puede concretarse en toda su dimensión.

En una segunda entrevista con el médico se le informan las impresiones acerca del paciente y se realizan señalamientos de acuerdo con las posibilidades de cada situación.

A partir de estas etapas se delinea la conducta con relación a cada interconsulta en particular.

En algunas situaciones estos pasos bastan para resolver la conflictiva. En otros es necesario agregar entrevistas familiares, otras reuniones con el médico, el comienzo de una psicoterapia individual o el inicio de un tratamiento en T.O. Podríamos sintetizar que esto último sucede fundamentalmente en internaciones prolongadas, dificultades en la verbalización y simbolización, manejo con lenguaje concreto, dolor y angustia instalados en el cuerpo lesionado, dolor psíquico, en general exacerbando el físico, patologías que provocan limitaciones funcionales, cuadros de ansiedad y excitación extremas que dificultan la convivencia con los demás integrantes de la sala, limitación brusca en su ocupación habitual.

Suele suceder que el pedido sea por algún punto anteriormente citado que tendría relación con el hecho de facilitar la creación de ese espacio para hablar de lo no hablado.

Hemos observado que es a partir de tomar ese espacio que T.O. amplía la estrategia de tratamiento según personalidad, dolencia física en este período agudo de la enfermedad, dificultades en el manejo de las AVD, necesidad de adaptaciones que posibiliten mayor independencia según lesión. Entrevistas de orientación con familiares por esta problemática, tratamiento pre y/o post quirúrgico.

Es desde este objetivo general, primero, que la inserción de una T.O. posibilita la instauración de un tratamiento con seguimiento periódico, con una visión más global, en relación a trabajar con el paciente el quiebre de esta relación médico-paciente desde un lugar de la salud mental en tanto prevención y no sólo desde la posición tomada de patología psiquiátrica. Pensamos que la actividad de ese ser humano está altamente modificada, sólo por permanecer en un ámbito que no le es propio, generalmente de manera imprevista, aislado de los suyos, pero "compartiendo" con treinta extraños, con una mesita de luz y una cama como únicas pertenencias.

Algunas consideraciones acerca de la transferencia

Nos restaría ahora hablar de la situación transferencial en interconsulta.

Durante la misma se generan dos tipos de transferencia: con el paciente y con el médico. Con el paciente, como en cualquier situación psicoterapéutica, pero con una característica diferencial: el proceso se ha generado a partir de la enfermedad orgánica. Con el médico, la relación transferencial se va instalando en el transcurso de sus sucesivas interconsultas; la posibilidad de intervención se acrecienta con la regularidad de la función, con la precaución de no incurrir en señalamientos demasiado intrusivos o que produzcan una movilización más allá de lo que la interconsulta requiere. Esto se observa cuando a lo largo del tiempo, a partir de una actividad continua se producen modificaciones en el accionar médico: mayor especificidad en el pedido de interconsulta, mayor eficiencia y atención a su propia función en la tarea médica.

La transferencia en T.O. se genera con el paciente y con la actividad, en tanto actualización, repetición y circunstancias distintas de vínculos y situaciones que interfieren en el acto médico y la posibilidad de su elaboración. Es esperable que el paciente comunique, transmita, pueda conocer y reconocer en esta situación que lo tiene como protagonista. Como decíamos antes, si uno se ubica reforzando la función directiva desconforma aún más los dos lugares tambaleantes de la estructura que generaron el pedido de interconsulta.

El interconsultor tratará de crear las condiciones observación y escucha con el paciente en un encuadre de características particulares: éste no ha pedido ser entrevistado, desconociendo además, en muchas ocasiones, que la interconsulta ha sido pedida, o las causas de la misma.

Se suma a esto que las condiciones del lugar donde se efectuará, ya sea la entrevista o el seguimiento, distan de ser las ideales, careciendo de la privacidad necesaria y sujeto a posibles interrupciones o interferencias.

Conclusiones

Queremos concluir comentando que esta experiencia fue enriquecedora para cada uno de los integrantes del equipo y aún para el propio Servicio de Psicopatología, teniendo en cuenta que facilitó una mejor inserción en el hospital, pudiendo romper el histórico aislamiento de Psiquiatría en los hospitales generales.

No hemos podido, sin embargo, romper con el modelo psiquiátrico tradicional, para el que la interconsulta sigue siendo una tarea menor a realizar en los ratos libres- se argumenta- es su tarea específica: curar al loco.

Aduciendo la jefatura necesidades de servicio, el Equipo no pudo continuar la tarea en la forma que la desarrolló, durante casi cinco años, ya que tuvo que restarle tiempo a fin de incluir otras áreas en el mismo horario asistencial.

Cada uno de nosotros, a pesar de este obstáculo institucional, seguimos trabajando con este mismo criterio, y este trabajo teórico y el seguir manteniendo el Equipo de Interconsulta, aunque con otras características, da cuenta de ello.

Bibliografía

Claureul, Jean. El orden médico. (Ed. Argot).

Luschina, Isaac- Luschina, Melina, Ferrari, Héctor. La interconsulta en el marco hospitalario. (1971. Ed. Nueva Visión).

Dr. Carpinacci, Jorge. Fundamentos metodológicos para el estudio del padecimiento humano. (1979. Ed. Galerna).

Dr. Feld, Valentín. Los discursos en la institución hospitalaria. Los fundamentos de la práctica psicoanalítica. (1983).

Dr. Fridman, Pablo, Dra. Flipini, Marta, Dra. Schiavo, Claudia- Kleiban, Silvia. Dra. Girardi, Graciela. Interconsulta Psicopatológica. Hacia la restitución del discurso médico. (1985 Interconsulta del Hospital Álvarez Institucional de Psicología y Salud Mental) Trabajo presentado por el equipo de Interconsultas (5) en las Primeras Jornadas de Psicopatología del Hospital Álvarez (26-9-1986).

Seminario de Residentes de Psicopatología del Hospital Álvarez. Terapia Ocupacional en el Hospital General. Seminario dirigido a residentes de Psicopatología del Hospital Álvarez. (4-11-1986).



PROGRAMA

HOSPITAL NACIONAL Dr. JOSE T. BORDA

SEGUNDAS JORNADAS DE TERAPIA OCUPACIONAL EN SALUD MENTAL

5, 6 y 7 de Septiembre de 1990

CONVOCA: COMISION ORGANIZADORA INTERHOSPITALARIA

POR: Hospital Nacional "JOSE T. BORDA": DIRECCION ASISTENTE DE PSIQUIATRIA SOCIAL y REHABILITACION - T. O. Elizabeth Gómez Mengelberg
T. O. Marcela Capozzo - T. O. Sara Daneri - T. O. Liliana Risler - T. O. Adriana Slafstein
POR: Hospital Infante Juvenil Dra. CAROLINA T. GARCIA: T. O. Carlos Palma
T. O. Viviana Ré.

TEMARIO. Disertaciones sobre:

- **Terapia Ocupacional en equipos interdisciplinarios**
- **El Terapeuta Ocupacional y su rol profesional mas allá de la situación de sesión**
- **Terapia Ocupacional en Instituciones públicas y privadas**

ESTRUCTURAS: Relatores invitados y trabajos libres

Invitados a participar: Equipo de Hospital de Día del Hptal. Borda; - Lic. Marcela Montes T. O. Adriana Slafstein - Dr. Juan Jose Donadio.
- Coordinadora de Tareas Expresivas del Hospital Italiano T. O. Graciela Arteaga
- Terapia Ocup. en un Hosp. General - Interconsulta T. O. Silvia Kleiban
- Enfoque Interdisciplinario - Terapeuta Serv. TCP IV Hospital Borda

SEDE: AULA MAGNA DE LA CATEDRA DEL HOSPITAL BORDA

INSCRIPCION: Arancel Institucional - del 6 al 31 de Agosto de 1990 en el Serv. 48 T. O. Hosp. BORDA.

INFORMES: Miércoles y Viernes, despues 21 hs. T. O. Gomez Melgenberg 51- 2455 - T. O. Marcela Capozzo 67-9689 613-3626
SE ÓTORGAN CERTIFICADOS DE ASISTENCIA

JORNADA 3

**Terceras Jornadas de Terapia Ocupacional
21, 22 y 23 de octubre de 1992**

PRÓLOGO

Silvia Destuet

Agradezco a los colegas del Servicio 48 del Hospital Borda por la invitación a comentar las 3° Jornadas, realizadas en el año 1992.

Me sumerjo en la lectura de los trabajos presentados y comienza a invadirme el mismo entusiasmo, el mismo interés y el recuerdo de lo esperadas que están eran. Las mismas abrieron la posibilidad de intercambio, de encuentro, de crecimiento, de búsquedas teórico clínicas.

Casi podría decirles que se conformó un cuerpo grupal al igual que nuestra clínica facilitador del lazo; así la singularidad de nuestra praxis se resignificaba en cada encuentro.

Este esperado colectivo nos contenía y se ampliaba. Comienzan las publicaciones de los trabajos presentados recopilados por COLTO, la publicación de la revista Materia Prima y algunos libros de autor.

Años de democracia, años fecundos dentro de la Terapia Ocupacional y en particular en estas Jornadas como nuevos hitos de nuestra profesión.

Estas 3° Jornadas abarcaron el siguiente abanico de ponencias: Abordajes clínicos, de formación y capacitación, aportes interdisciplinarios y en conceptualizaciones teóricas.

Le diría que estas jornadas nos permitieron seguir ahondando: en conceptualizaciones teórico-clínicas, en procesos de investigación, en la jerarquización de la clínica grupal, en la construcción de un hacer significativo y en la construcción del lazo social

Los trabajos presentados abren a nuevos campos, a reflexiones sobre campos ya explorados, al modo en que intervenimos, desde un posicionamiento Ético que atraviesa todas las ponencias y es dando lugar al sujeto en el tratamiento, corriéndose los terapeutas ocupacionales de las meras indicaciones o masifican de la clínica; priorizando el modo en que cada sujeto se incluya en su proceso del hacer, con su particular recorrido Histórico-Ocupacional.

Desde el abordaje grupal se desprende que los mismos funcionan como espacios facilitadores de la creación del espacio propio, del encuentro con un hacer significativo y la construcción del lazo social.

Dentro de "Nuevos campos", las colegas nos presentan el Rol y el quehacer de los terapeutas ocupacionales en los jardines maternos, surgiendo el abordaje desde la prevención primaria principalmente.

En el trabajo "Vejez: El espejo de los miedos" la colega hace importantísimos aportes y profundas reflexiones clínicas y humanas sobre nuestras prácticas en los geriátricos. Trabajo que nos replantea un posicionamiento ético en relación a nuestro ejercicio profesional en los mismos.

Nos dirá: "Estar allí abiertos y disponibles como una puerta que el anciano puede abrir y cerrar según sus necesidades y en sus tiempos particulares"

Subvirtiendo lo que las instrucciones demandan "Mantenerlos haciendo cosas para mostrar a las visitas lo lindo y bien que trabajan los abuelos".

Siguiendo esta misma línea en el espacio de supervisión de la AVH (Actividad Vida Hospitalaria) de los terapeutas ocupacionales del servicio 48, surge la pregunta "¿Qué puedo hacer con el paciente?", formulado así no deja de ser un obstáculo en tanto deja al paciente sostenido en el lugar de objeto... continuara diciendo el supervisor, invertimos pensando que viene a hacer el paciente con nosotros y con el material que está a su disposición... Este giro a la pregunta implica un giro en la ética, en el sentido de dar lugar a algún nivel de interrogación del lado del paciente"

No solo en el trabajo de Gerontología se observa este nuevo posicionamiento, me atrevo a decir que casi todos marcan la importancia de mantener nuestra oferta de actividad, de medio ambiente y de vínculo en un espacio y tiempo determinado, jerarquizando el encuadre y el modo particular en que cada sujeto se incluye en este territorio compartido.

De los trabajos presentados se desprende que la clínica de Terapia Ocupacional contempla fundamentalmente dos instancias "La construcción de la historia y la construcción de lazo social de la mano de un Saber-Hacer, que devenga significativa para el sujeto"

Tomare solo algunas viñetas clínicas que van en este sentido y sus intervenciones.

Trabajos que claramente dan cuenta de este corrimiento a la vez que jerarquizan lo grupal, resignificando su verdadero valor como medio terapéutico para la vinculación y el lazo social.

Sabemos que la posibilidad de que emerja un sujeto con texto propio, no es sin Otro que escucha, que interroga, que acompaña desde el encuadre, introduciendo una medida de regulación, posibilitadora del *Hacer* y del *Ser*.

El grupo entonces funciona como un entramado que contiene y da lugar a un ¿Qué haces?, ¿Dónde aprendiste?, Que buenos tus dibujos, etc. etc.

En el trabajo Creación y subjetividad, los colegas se preguntan que de la subjetividad se desarrolla en el taller.

El mismo tiene un encuadre semanal y está dividido en dos momentos. El primer momento de expresión corporal y juegos teatrales, el segundo momento de escritura y/o dibujo, que exprese lo hecho en el primer momento.

Tomare como las colegas el recorrido de G. en el mismo, en el primer momento se muestra más inhibido, abúlico, en el segundo se destaca por la calidad de sus dibujos. La terapeuta ocupacional se lo señala al igual que los integrantes del grupo, generándose en G., algo del orden del movimiento que ya no será una repetición en tanto pudo reconocerse y apropiarse de este saber-hacer, permitiéndole circular en un taller de plástica de la comunidad, favoreciéndole el lazo social.

Infiero en este movimiento algo del orden de la construcción de su subjetividad... Carlos Cobas citado en el trabajo dirá: Es una producción que le permite y que nos permite leer en ella su **nombre propio**.

En un retorno diferente también observamos el posicionamiento de la terapeuta ocupacional como un Otro que escucha y acompaña.

Desde esta clínica abierta al encuentro algo escucho la colega que le permitió correrse de pensarlo como un crónico y la institución como depósito, como final de vida.

En el espacio grupal de Terapia Ocupacional el paciente pudo nombrarse como “el chaqueño”, la colega dirá “Trabajamos un plan, conseguimos un proyecto de internacional, a pesar de su problemas físicos, de alcoholismo y a su aislamiento de inicio... Familia, D.N.I, y carta” como última actividad del chaqueño.

En “Organización de las Jornadas de la comunidad”, volvemos a encontrar el mismo posicionamiento ético.

La tarea es concebida dentro de un contexto grupal, dando lugar a la singularidad. La oferta de distintos materiales facilitaba que emerja la diversidad subjetiva y la palabra escrita fue disparadora de un hacer posible permitiendo que del tema central derivaran otros temas como convivencia o cotidianidad.

Proceso del hacer que les permitió llegar a las jornadas con pacientes”que pudieron apropiarse de la tareas y del tema a tratar”

En “Terapia Ocupacional grupal una elección” nuevamente podemos observar la rejerarquización de esta clínica como medio de tratamiento posible.

Podría seguir destacando de los trabajos este modo de intervención corrido de las meras indicaciones de actividades y apuntando desde una oferta abierta a abrir nuevas posibilidades, nuevos movimientos que no serán ajenos al movimiento previo de cada sujeto y a su singular historia ocupacional. Así tenemos en cuenta un lugar para el sujeto en el tratamiento...

Otro apartado estaría en relación a los trabajos de: Investigación como método de aprendizaje. Una visión acerca del proceso de producción de conocimiento de y en T.O. e Interconsulta en Psicopatología.

Todos están en relación no sólo al contexto de T.O sino al contexto socio-político-cultural en el que los mismos se desarrollan.

En el trabajo de Producción de conocimiento... Antonio García dirá “La teoría es una respuesta y proyección de una praxis en un contexto y circunstancia histórica determinada

Se valora la importancia de la relación entre teoría y práctica en los procesos de investigación del conocimiento.

En la investigación como método de aprendizaje en la práctica clínica se destaca fundamentalmente el proceso que surge como camino para llegar a los epicarpios y no solo como resultado final.

La ponencia de Interconsulta en Psicopatología resulto enriquecedora para el equipo y el servicio de Psicopatología, facilitándole una mejor inserción en el hospital general. Los colegas también dirán que aún falta para romper con el modelo psiquiátrico tradicional... la interconsulta sigue siendo una tarea menor.

Solo me resta volver a agradecerlos esta oferta que en mi devino en oportunidad para reencontrarme con estos materiales plagados de posicionamientos ÉTICOS.

TRABAJOS LIBRES

Rol del Terapeuta Ocupacional en Jardines Maternales¹

Experiencia realizada en el Jardín Maternal Emmanuel

María Inés Lanfranchi

Introducción

El siguiente trabajo fue pensado a los fines de delimitar el rol del Terapeuta Ocupacional en un ámbito poco trabajado, digo poco trabajado porque una experiencia similar se lleva a cabo en la provincia de La Rioja desde 1985.

El ámbito al que me refiero son los Jardines Maternales donde concurren niños normales desde los 45 días a los 5 años de edad.

La realidad con que nos encontramos en los maternales es que estos niños permanecen "institucionalizados" durante la jornada laboral de sus padres, que por lo general es de 7 o 9 horas si realizan extras.

Para desarrollar estas funciones específicas tomé como punto de partida el marco legal y las reglamentaciones que norman el desempeño profesional del Terapeuta Ocupacional.

Agradezco al aval de la Asociación Argentina de Terapeutas Ocupacionales, y el asesoramiento recibido del área de "Docencia e Investigación" del Instituto Nacional de Rehabilitación del Lisiado.

Funciones de terapia ocupacional en jardines maternales

Este trabajo tiene como objetivo en primer lugar definir a la Terapia Ocupacional, determinar que funciones debe ejercer por ley en lo referente a la primera infancia, y organizar un perfil que identifique a esta especialidad dentro de una institución como es un Jardín Maternal.

Se define a la Terapia Ocupacional como una práctica preventiva y terapéutica, basada en la implementación de procedimientos destinados a la rehabilitación y/o prevención de personas que padecen patologías instaladas o en riesgo de padecerlas, o como medio para su evaluación funcional, empleando actividades físicas, recreativas, de la vida diaria, artísticas y/o sociales.

Según la resolución del Ministerio de educación y Justicia de la Nación Nro. 147/89, aprobado en Febrero de 1989, las incumbencias profesionales son:

- Diseñar, implementar y evaluar métodos y técnicas de evaluación de la capacidad funcional psicofísica del sujeto.
- Diseñar, implementar y evaluar métodos y técnicas de mantenimiento y desarrollo de las funciones psicofísicas.
- Diseñar, implementar y evaluar métodos y técnicas de análisis y evaluación del desarrollo psicomotriz del sujeto.
- Realizar estimulación temprana en niños discapacitados y/o con riesgo ambiental a los efectos de lograr el desarrollo adecuado bio-psico-social.
- Participar en las actividades interdisciplinarias destinadas al planeamiento, implementación y evaluación de las acciones de estimulación temprana.
- Diseñar y elaborar equipamiento ortésico.
- Participar en la evaluación de la pertinencia del equipamiento ortésico y protésico.
- Diseñar y elaborar equipamiento personal y ambiental fijo y móvil destinado a mejorar las posibilidades de autonomía de los individuos que así lo necesiten.
- Asesorar a personas e instituciones al respecto.
- Asesorar al individuo y su familia.
- Realizar estudios e investigaciones referidos a la actividad del hombre, como instrumento para evaluar la capacidad funcional psicofísica del sujeto, estimular su desarrollo y efectuar el tratamiento de las disfunciones y a la actividad laboral como medio de integración personal y social.

¹ Publicado en: Terapia Ocupacional. Actualizaciones en teoría y clínica- COLTO III.1995. ISBN 987-99000-6-5 Bs.As. Pag.143-146

Características de la institución

“Los Jardines Maternales fueron creados como un logro social frente a las consecuencias producidas por el trabajo femenino. Pero teniendo en cuenta la naturaleza del mismo y en favor de su respeto la legislación vigente señala derechos inalienables para la mujer. La actividad laboral está reglamentada por la ley de contrato de trabajo Nro. 20744/74 parcialmente modificada por la Ley 21297/76”. (2)

“La comunidad organizada al encuentro de las necesidades de los sectores productivos expresó en este siglo una forma de organización institucional que brinda a la familia trabajadora protección para sus hijos durante la jornada laboral. El Jardín Maternal es una explicitación de los objetivos que debe cumplir una institución que día a día expresa un servicio de alto valor educativo para el niño. Este como “protagonista” del servicio pasa por una realidad institucional que genera en la práctica los cambios requeridos para un mejor desarrollo de las futuras generaciones”. (2)

“el niño que es llevado por sus padres a este tipo de instituciones pertenece a un sector de la sociedad que presenta una problemática, vinculada con escasez de recursos económicos, poco tiempo para dedicarle al hijo, la desorganización familiar, etc. Estos factores influyen en el desarrollo madurativo psicomotor del niño y esta es la realidad con que nos encontramos en este tipo de instituciones”. (2)

La población que asiste al jardín maternal “Emmanuel”, es de niños entre 45 días a 5 años de edad y que debido a la situación económica familiar deben permanecer en dicho servicio durante 7 o 9 horas diarias, durante la jornada laboral de sus padres.

Se encuentran distribuidos en seis salas según la edad cronológica de los niños a saber:

- 0 a 1 año: Lactario
- Sala de 1 año
- Sala de 2 años
- Sala de 3 años
- Sala de 4 años
- Sala de 5 años

Las mismas están a cargo de las maestras jardineras y auxiliares, organizando su tarea por medio de planificaciones anuales con objetivos específicos a lograr por los niños en la sala.

Objetivos desde terapia ocupacional

Se considera pues la incorporación de esta disciplina como una especialidad tendiente a mejorar la calidad de la permanencia del niño en la Institución.

Se piensa este rol de una manera similar al efectuado en Instituciones educativas en la cual la Terapia ocupacional forma parte de un equipo interdisciplinario realizando un trabajo de gabinete, evaluando desde su área específica al alumno y aunando criterios con las diferentes áreas que observan al niño a los fines de definir qué orientaciones son posibles de hacer dentro de la escuela y que derivaciones serían más pertinentes.

Teniendo en cuenta el perfil de la institución, las funciones específicas del Terapeuta Ocupacional y la importancia de promover un desarrollo psicomotriz adecuado, se plantea desde esta especialidad la siguiente lista de objetivos:

- Realizar acciones tendientes a favorecer el desarrollo psicomotor por medio de la implementación de teoría técnica y procedimientos que tengan que ver con la Estimulación Temprana.
- Diseñar, implementar y evaluar fichas de desarrollo psicomotor del sujeto.
- Llevar a cabo un control madurativo de los niños con elaboración de informes que se adjunten en la H.C.
- Implementación de actividades lúdicas como medio para la observación del estado madurativo.
- Orientación docente e institucional sobre “el mantenimiento y desarrollo” de las capacidades psicofísicas.
- Detección precoz de alteraciones en el desarrollo tales como retrasos madurativos producto de inhibiciones y/o signos de patologías en los niños.
- Control periódico en aquellos casos en los que se considere necesario a los fines de observar más detalladamente la evolución del perfil psicomotor del niño.

- Ubicación de los procedimientos seleccionados en una actividad lúdica, para que el niño logre por medio de su despliegue la superación de su problemática.
- Atención especializada y orientación a las maestras sobre aquellos niños que presenten alguna dificultad en su desarrollo.
- Diseños de adaptaciones fijas y móviles para los niños o para la institución tendientes a favorecer su desarrollo postural y funcional.
- Asesoramiento a los docentes y al resto de la institución al respecto.
- Asesoramiento y formación al personal encargado del cuidado de los niños sobre el desarrollo normal del lactante.
- Entrevistas con los padres con triple finalidad 1- Conocimiento del tipo de juego que el niño realiza en su casa, 2- Ofrecer una información sobre las actitudes funcionales observadas en los niños en el jardín, 3- Realizar una orientación para que continúen con el trabajo iniciado en el jardín en sus hogares.
- Organización de charlas con los padres referentes a los aspectos madurativos de las edades etáreas de sus hijos.
- Constante interconsulta con el resto de los miembros del equipo a través de las reuniones periódicas.
- Interconsultas con profesionales externos que atienden al niño desde sus respectivas disciplinas necesarias a tener en cuenta para el trabajo de estimulación en el jardín.
- Evaluación, control y seguimientos de los niños con el resto de equipo interdisciplinario del jardín.

Conclusiones

Lo que aquí se intenta transmitir es el estado de riesgo de estos niños que permanecen desde edades muy tempranas separados de sus padres y del contexto de su hogar durante un período importante de tiempo por día.

También es cierto que esta es una realidad social que no podemos negar, por lo tanto la inclusión del Terapeuta Ocupacional en los jardines maternos, como parte del equipo interdisciplinario, está enfocada hacia mejorar la calidad de la permanencia de los niños en el jardín.

También este trabajo está dirigido hacia la delimitación de un nuevo rol para nuestra especialidad que aún no se encuentra muy difundido.

Bibliografía

Resolución del Ministerio de Educación y Justicia de la Nación N°: 147/89

"Modelo de organización del Trabajo en el jardín maternal". TO Zulema Micossi, Lic. Servicio Social Delina Roldán y Juana Moreno. Presentado en el Primer Congreso Argentino de Terapia Ocupacional. Septiembre de 1985. La Rioja.



Algunos interrogantes sobre la creación y la subjetividad, referidos a la experiencia de un taller de expresión, con adolescentes internados, en el ámbito hospitalario de la Salud Mental

Hospital Nacional Infante Juvenil Carolina T García - Residencia Nacional en Salud Mental (ex RISAM)

Patricia Álvarez, Silvia Fernández, Laura Lerer

La hipótesis que nos acompaña a lo largo de este trabajo es la siguiente: "La creación de los espacios de talleres expresivos, en este caso de teatro, tienen efectos sobre el psiquismo en cuanto al desarrollo de la subjetividad".

La pregunta sería: ¿qué de la subjetividad se desarrolló en el taller? Intentaremos responder a este interrogante a partir de la lectura que hacemos de nuestra experiencia.

SE ABRE EL TELÓN.

Primer Acto: Inauguración del taller

En la prehistoria del taller nos encontramos con una demanda institucional que consistía en que los chicos bajen de los pisos; a esto se agrega que los chicos están generalmente ávidos por salir del encierro. En nosotras se jugó el deseo de ofrecer un taller de teatro. Del interjuego de estos tres lugares surgió este taller, que se desarrolló en el transcurso del año pasado.

El primer encuadre que tuvimos fue el horario: una hora semanal; el día: el miércoles; y el lugar: la sala de rehabilitación. El criterio de selección de los chicos fue, al principio, por los que tenían permiso de bajar; y a elección por parte de Laura Pezoli, TO de planta, que también coordinaba el taller, y como había trabajado con ellos, los conocía. Además pensamos en el número máximo de chicos que podíamos sostener.

Y con ustedes los actores: "Alejandra, Elizabeth, Adriana, Patricia, Javier, Sergio, José, Gustavo, Guillermo y Andrea". A quienes una vez en la sala les explicamos cómo era el funcionamiento del taller. Esto se expresó de la siguiente manera: "el taller consiste en dos momentos. El primero de expresión corporal y juego teatral; y el segundo, de escritura, esto es que puedan escribir o dibujar algo de lo que hayan hecho en el primer momento, ya sea a modo de descripción de la experiencia, o algo que asocien con eso que hicieron primero.

Al principio no pensamos este momento de escritura como un lugar donde trabajar lo artístico específicamente, sino simplemente modular lo expresivo. Lo pensamos como una etapa de pasaje que permite acotar el nivel de actividad corporal, simbolizar algo de lo que los hubiera movilizado en el taller, a la vez que graduar, marcar y preparar el regreso a los pisos de internación, cuestión que por cierto resultaba en cada encuentro detonante de algunos conflictos.

Tal vez la idea que sostuvo este tipo de encuadre, de dividir la actividad en dos momentos, sea algo de lo que dice Deleuze en "Repetición y diferencia": "Se trata por el contrario de actuar, de convertir a la repetición como tal en una novedad, es decir en una libertad y en una tarea de libertad" ... "Sin duda la repetición es ya lo que encadena, pero si uno muere a causa de la repetición, ella también lo salva y lo cura, y lo cura en primer lugar de la otra repetición. Por lo tanto se da en la repetición el doble juego mismo de la pérdida y la salvación, todo el juego teatral de la vida y la muerte, todo el juego positivo de la salud y la enfermedad."

En este sentido no es lo mismo que los chicos bajen de los pisos, como el ascensor, que baja y sube, que los chicos vengan a un taller de teatro, donde a su vez este taller, a diferencia de otros, tiene su encuadre específico, porque además de actuar, de jugar con el cuerpo, esto como segundo momento quedará inscripto en una hoja, *y esto se va a repetir* cada día que el taller funcione. O sea el intento es que la repetición haga historia, que la repetición se actualice en el juego, en las escenas, en las hojas. Las hojas que cada uno iba escribiendo quedaban guardadas en una caja. Cada uno tenía su serie en relación al taller.

Este espacio hace diferencia en Gustavo, cuyo móvil para venir a teatro fue el querer compartir con los amigos que se ha hecho en su última internación, //... algo de ese interminable tiempo libre que aparentemente tiene. Gustavo busca un lugar que lo mantenga contactado con el hospital. En el momento teatral participa en la medida de que su abulia y su inhibición se lo permiten, con lentitud, llegando a ser uno de los participantes más productivos. Sin embargo Gustavo hace diferencia en el dibujo. No dibuja como la mayoría de sus compañeros las escenas que más les gustaron, sino que dibuja rostros. La coordinación marca la calidad de estos dibujos, y con ello la posibilidad de otro lugar, no en el hospital sino en la comunidad. La propuesta de cierre del taller es para Gustavo buscar un taller de Plástica para adolescentes, dentro de su propia comunidad en Monte Grande. El taller posibilitó en Gustavo mostrar otra faceta.

Creemos que esta otra faceta que mostró Gustavo tiene que ver con lo que dice Carlos Cobas: "... un sujeto que merece el nombre de tal es aquel que resiste tanto a la locura como a la normalidad, es aquel que inscribe su enigma, su no saber, su no lazo social, en una producción que le permite y que nos permite a nosotros leer en ellos su Nombre Propio."

Segundo Acto: El show debe seguir

Para la continuación de la tarea se nos hacía indispensable la redefinición del encuadre, ya que los chicos con sus "actuaciones" cuestionaban nuestros presupuestos "libertarios". Había que marcarles las reglas del juego una y otra vez, en el comienzo de cada encuentro, y varias veces en el transcurso de cada uno de ellos: "la actividad está dividida en dos partes, primero juegos teatrales, luego escritura", "él que perturba el funcionamiento del taller baja en quince días (implícitamente no bajaba la próxima)", "primero le toca pasar a fulano, luego vos", "prohibido pegar", //... "prohibido lastimarse", etc., etc. Algo así como sostener en el aquí y ahora de cada encuentro cierto orden que parecía no haberse incorporado. Sin estos límites, "el pasar a actuar" se tornaba imposible.

Nuestra pretensión (¿ilusión?) fue que dejen de ser al menos por unos instantes, para pasar a representar. Por ejemplo: Elizabeth, que es una paciente internada, con un n° (sic.) de historia clínica; deje de ser Elizabeth, para así producirse un sujeto de un texto.

Para representar, esto es pasar a actuar, resultaba indispensable que cesaran sus actuaciones, tan ajenas a lo creativo, entendiendo esto último según planteos de D. Winnicot, como aquello que hace que el individuo sienta que la vida vale la pena de vivirse, vinculando el vivir creador con el vivir mismo.

Casi espontáneamente el espacio concreto (esto es la sala de rehabilitación) quedó convertido, dividido en: escenario, público y sitio del cual salían los actores. Pensamos que esta división del espacio funcionaba a la manera de una convención interna que regulaba las relaciones entre ellos, y por lo tanto los ordenaba.

Siguiendo a D. García Reynoso: “Son necesarios ciertos elementos reales, (en este caso la sala de rehabilitación así dividida), para sostener un mundo imaginario, así como un juguete (objeto real) es el soporte momentáneo de algo (una fantasía). He aquí un punto de contacto entre el espacio de taller y el espacio de juego.

Para que haya actor y con él escena, se supone la existencia de un público que puntúe. Nos encontramos en la línea de la dialéctica de la palabra, en la que sostenemos lo que decimos en el eco del que nos escucha. La apoyatura está en el Otro. Es el Otro, el público, el que hace posible que el actor represente ante ellos, en lugar de ser.

En reiteradas oportunidades las coordinadoras actuábamos como público, recortando su actividad a través de nuestras miradas. Esto se acentuó más en el momento de la devolución, en el cual nos vimos convocados por los chicos a significar algo de su trabajo en el taller, relatar lo sucedido como una historia en la que ellos eran los protagonistas.

Esta actividad nos ocupó un día, y funcionó a la manera de una evaluación personal de cada uno, en la que se iba conectando el material de cada chico con nuestras anotaciones diarias. Este día marcó diferencia en sí mismo, porque cuando se les informa que se les iba a dar una devolución, fácilmente se sentaron dispuestos a esperar que les llegara su turno (cosa bastante difícil de lograr los otros días). Cada uno escuchaba atentamente lo que se decía del otro, y sus trabajos escritos circularon por sus manos y miradas. Si bien hubo algunos chicos que no estuvieron presentes ese día, igual se los mencionó porque estaban sus reproducciones que los representaban.

Creemos que este momento funcionó como orden mismo, porque se habló de las diferentes subjetividades en relación al taller, y porque estas diferentes subjetividades no tenían que ver con ellos, sino con sus producciones. Había una distancia que los separaba de ellos mismos, que les permitía mirarse (mirar lo que hicieron) y mirar a los otros, pero desde cierta parcialidad marcada por la coordinación.

Tercer Acto: Manos a la obra

Esta última etapa consistió en buscar un destino exterior del taller al producto de los chicos. Así ocurrió con las producciones escritas como con sus representaciones.

Los chicos que quisieron seleccionaron sus dibujos para exponerlos en la revista del taller de Prensa. La revista circuló por el ámbito hospitalario a través de su venta, se produjo intercambio, otorgándole valor de dinero al trabajo realizado. Así mostraron su hacer a través de algo de lo producido. Sus hojas sueltas, individuales, pasaron de estar guardadas en una caja a formar parte de una unidad, de un colectivo de autores, que nos permitió leer en ella el nombre de cada creador.

También en la parte actoral hubo un destino, que fue el montar una “maniobra” con un n° (sic.) más en el espectáculo de la fiesta de fin de año del Hospital. Lo cual le permitió a los que participaron verse reflejado en lo hecho y sentirse reconocido por los otros a través de su trabajo.

__ FIN __

CAE EL TELÓN.

Algunas conclusiones teóricas

“En el psicoanálisis el arte debe ser puesto en el registro de la producción, antes que nada, a título de objeto.” Dice Miller.

Nos preguntamos si estos productos (dibujos, escritos, representaciones) de los chicos no representan algo de su subjetividad. En tanto, objetos ajenos a su cuerpo, esta operación de separación les posibilita no quedar ellos ubicados en posición de objeto. Algo de esto queremos decir en relación a la diferencia entre ser y representar.

Colocamos así a la representación dramática como producción, en tanto designa una parte del ser, no todo. El Otro (público, coordi-

nación, convenciones), es el que sanciona dicha parcialidad, el objeto de arte, posibilitando así cierta caída del ser. Una distancia que alivia. Es en la medida en que un objeto queda fuera del cuerpo, que puede circular, ser intercambiado, generándose así lazo social.

Ahora bien, en el campo de la neurosis, donde la estructura es el vacío, esto es lo que motivaría la creación. Siguiendo a Miller: "el objeto del neurótico está creado a partir de este vacío para contenerlo". Tendríamos la fórmula de la creación sobre el fondo de la castración.

En el campo tan difícil de las psicosis nos preguntamos si la producción de un objeto designado como tal bajo una convención social, no operaría posibilitando esta caída del ser, suplencia de la falta.

Queríamos concluir contando cómo fue el inicio de la Comedia del Arte, pues creemos que hay algunos puntos de contacto entre aquellas historias y la que hoy contamos:

"la gente que inició la Comedia del Arte, eran personas que habían hecho oficios de mala reputación, o bien hombres y mujeres de vida irregular, que habían roto con las convenciones sociales de su época. Decidieron juntarse para transformar su desviación, buscando en el Teatro una nueva forma para defenderse. Socializaron su diferencia. Desde el punto de vista artístico se puede decir que inventaron una nueva forma de teatro, pero en realidad era una micro-cultura, con convenciones propias internas, que nacía del trabajo colectivo de personas que hasta entonces habían vivido de hacer individualmente espectáculos."

"Desde el punto de vista de los actores, su función fue forzar el recinto en el que estaban confinados, y descubrir, más allá de la discriminación social, una forma de sociabilidad..."

(Eugenio Barba. op.cit.)

Bibliografía

Deleuze, G.: "Repetición y Diferencia"

Cobas, C. y Ariel, A.: "Arte y Psicoanálisis"

Winnicott, D.: "Realidad y Juego".

García Reynoso, D.: "Juego, creación e ilusión". (Ficha)

Barba, E.: "Las islas flotantes".

Miller, J.: "Siete observaciones de Jacques-Alain Miller sobre la creación". De la Revista "El Malentendido".



Vejez: el espejo de los miedos²

Magali Risiga y María Inés Esteve

"Me miro en ese rostro surcado de arrugas...
Me miro en esas manos hábiles y cansadas...
Me miro en esa soledad esculpida de ausencias...
Y no evito la lágrima que me nombra
Porque yo estaré allí, mañana"
Magali Risiga

Iniciar una tarea con ancianos no es menos complejo que cualquier otro tipo de tratamiento con otros grupos etarios, es más, es una tarea absolutamente diferente, que no puede ser comparada con otro tipo de experiencia. Sin embargo, en general, se carece de información específica, hay muy pocos artículos publicados. En jornadas y congresos de T.O. casi nadie nos habla de gerontología, también hay muchos pocos grupos de estudio del tema, de este modo la mayoría de los terapeutas inician el trabajo con ancianos sin saber nada del tema. ¿Por qué?

² Publicado en: Terapia Ocupacional. Actualizaciones en teoría y clínica- COLTO III.1995. ISBN 987-99000-6-5 Bs.As. Pag.11-15

Las instituciones geriátricas de internación, desde hace unos quince años comenzaron a cobrar gran importancia como fuente de trabajo, sobre todo para los terapeutas ocupacionales. Sin embargo, sabemos por nuestra propia experiencia y la de otros colegas, que la mayoría no considera el trabajo en geriatría como algo importante a nivel profesional, sino que accede a él, generalmente, debido a una necesidad económica y como alternativa frente a la falta de oferta y bajas remuneraciones en otros ámbitos, lo cual lleva a los profesionales que se dedican a esta área a preocuparse muy poco por buscar información acerca de las posibilidades terapéuticas de vínculo con la persona mayor, el tipo de actividades que pueden implementar de acuerdo a cada caso particular, el manejo del rol, etc.

El no saber acerca de los viejos no se refiere solo a los elementos teóricos sino que también se refiere a la vivencia personal a la que nos enfrenta el anciano. La mayoría de las veces pensamos la vejez como algo desconocido, como algo que les sucede a otros, que no nos va a pasar... si uno trabaja en el campo de la locura, las deficiencias mentales o la limitación física, dirían ustedes, también pasa lo mismo. Si solo que se tienen menos posibilidades de enloquecer, reducir el cociente intelectual, o sufrir una limitación física, pero de ser viejos no nos salva nadie, a no ser que antes acontezca la muerte. muerte deterioro, pérdidas, aislamiento, cuerpo envejecido, dependencia, fantasmas que se esconden dentro de la palabra vejez y que nos muestran indefectible y cotidianamente como es el camino que en algún momento transitaremos todos...

Es innegable que cuando se es joven es bastante difícil pensarse viejo futuro y es innegable también que para comprender a los ancianos uno debe plantearse la historia relacional con los de su propia familia y pensar o fantasear sobre su propia vejez. Creemos que esta elaboración a la que hacemos referencia es difícil por su características movilizante y generadora de angustia, pero también pensamos que la movilización y la carga de angustia está presente aun cuando no nos neguemos a pensar en ellas, en el trabajo cotidiano con los ancianos, y son la consecuencia de las conocidas vivencias de frustración y parálisis frente a la tarea, el no encontrar posibilidades de aprendizaje y gratificación en la misma.

Frente a este abismo, que nos enfrenta a escenas tan temidas, que nos tocan tan cerca. ¿Que opciones tenemos? Obviamente, una posibilidad es no trabajar en geriatría, pero lo cierto es que tenemos en la gerontología como una especialidad más de la TO con características propias, singular bibliografía y específicas actividades.

Es una pena perdernos la oportunidad que nos brinda el anciano de echar una mirada a través del túnel del tiempo y pensar sobre nuestra propia vejez...

El vínculo que se instala en la relación con el anciano es tan primario que nos permite, si estamos alertas, recrear y pensar sobre nuestras relaciones familiares y también ayuda al anciano a recrear, pensar y a veces modificar su relación con los jóvenes de la familia, generalmente conflictiva.

También nos abre la posibilidad de escuchar, aprender sobre la historia nacional e internacional de los últimos sesenta años... depende de la memoria del que la cuente, en sus aspectos más desconocidos, chismes, anécdotas, costumbres, de una época cercana pero que ya no está.

Sin embargo no dejamos de reconocer ni de padecer las terribles dificultades que se nos presentan a diario en este trabajo. No se trata de tomar la labor en gerontología como algo idílico, ni sencillo. Si pensamos que es muy importante el poder jerarquizarla, en la medida que lo hagamos nosotros podrán hacerlo lo demás.

La mayor parte de nuestro trabajo en gerontología tiene que ver con la prevención. Si bien a los centros de día o al trabajo en consultorio nos llega por lo general el anciano con una derivación de tipo clínica, neurológica o psiquiátrica, tampoco debemos olvidar todos los aspectos que conforman a esta persona que llega tratamiento, más allá de la patología en cuestión.

Los aspectos preventivos tal vez sean más fáciles de visualizar y ejemplificar en el caso de las instituciones de internación a las que hemos hecho referencia, por ser el canal más común de acercamiento a lo gerontológico.

En estas instituciones es bastante común que los directivos a cargo no estén relacionados con el área de salud, y que en el mejor de los casos solo tengan buena voluntad para que la empresa que dirigen se desenvuelva de la mejor manera posible. Es bastante común también que no exista un equipo interdisciplinario y que la necesidad de la TO pase por cumplir con un requisito de las obras sociales, que exigen que ésta forme parte del *staff* de la institución.

Por lo tanto no hay derivaciones a TO por tratamientos específicos, sino lo que se espera, entre otras cosas, es que la población del lugar acceda a actividades recreativas o de producción cumpliendo con los denominados "objetivos de Socialización", será el terapeuta quien de acuerdo con su posibilidad horaria, elementos y espacios que le permite el orden institucional, más su buena voluntad, energía, conocimiento y modalidad, quien comenzara el acercamiento a la población a través de la oferta de actividades, rescate de intereses, etc., creando espacios individuales o grupales. Pocas veces queda lugar para trabajos con objetivos más específicos de Rehabilitación, AVD, estimulación individual o tratamientos de deterioros.

A estos grupos que comúnmente se crean dando la posibilidad a la población anciana de mejorar su integración y conexión con un hacer creativo concurre un gran porcentaje de envejecidos normales o senescentes que presentan limitaciones propias de la edad y problemáticas comunes a ella, tales como duelos, pérdidas, conflictos intergeneracionales, etc.,. Y cuyo acercamiento se produce sea por el vínculo establecido con el TO y/o por el interés de alguna de las actividades ofrecidas.

¿Cuál es nuestra función dentro de este espacio de trabajo productivo y/o creativo con personas sanas que tienen en común una larga historia vital?

Creemos que es apuntar a rescatar aquello que mejor vincule al individuo consigo mismo, con los demás y con el contexto en el cual se desenvuelve. Rescatar los aspectos más saludables y creativos, trabajar sobre los mitos que circulan en relación a la vejez y de los cuales el propio viejo se hace eco, tales como a determinada edad ya no se puede disfrutar y no hay nada más por hacer ni por esperar sino la muerte.

Más allá del tipo de institución en la que trabajemos, y de los objetivos específicos, creemos que nuestra función terapéutica pasa por el ser facilitadores de un trabajo de reintegración de su historia vital que le permite reordenar su eje temporal y su experiencia, revalorizando lo vivido, acoplándolo al presente y posibilitando una clarificación de su sentido personal de la vida, como dice Víctor Frankl "yo diría que haber sido es la forma más segura de ser".

Creemos que aquí no tienen validez los cuadros rígidos, ni las exigencias de mantener a la población de ancianos "haciendo cosas" por el simple hecho de hacerlas para que cuando llegue gente de afuera vea "lo lindo y bien que trabajan los abuelos". Esto le sonara conocido, es el mensaje que tantas veces nos llega desde arriba, aceptar estos condicionantes sin discutirlos y revertirlos es entrar nosotros también en el sin sentido. Nuestra función es el permitirle al anciano mantener su independencia, su interés, sus caminos de búsqueda y respetar sus necesidades, y en muchos casos es aceptar y respetar a aquel anciano que no tiene inercia en acercarse a nuestros grupos de hacedores. Cuantas veces nos hemos sentidos frustrados ante la negativa a participar en las actividades que proponemos. Nos preguntamos tal vez si es que no hemos logrado ofrecer la "Tarea clave" que determine su participación, muchas veces puede ser que sea así, pero también otras muchas sucede que el anciano tiene intereses absolutamente ajenos a nosotros y al grupo e intenta conservarlos. ¿Por qué obligarlo?

Tendemos a caer en una actitud omnipotente, como la actividad están amplia creemos que todos pueden acceder a TO y que nosotros deberíamos encontrar la llave mágica de la actividad que le interese. Creemos que esto no es así, en todo caso nuestra obligación es estar allí, desde un lugar de escucha, de oferta de actividades, de posibilidad de recurrir para reparaciones, para una palabra un gesto. Estar allí abiertos, atentos y disponibles como una puerta que el anciano pueda abrir y cerrar según sus necesidades, en su tiempo particular, sabiendo que en la institución existe una figura y un espacio a los cuales pueda recurrir. Si de alguna manera, como dice Simone de Beauvoir, llegaremos a la vejez como hemos vivido....

Si es cierto esto que nos dicen cotidianamente los viejos, que hay que prepararse para la vejez, sería bueno empezar a vernos en el espejo, y en todo caso, compartir temores, reflexiones, conocimientos, experiencias, con nuestros pares. Abrirle espacios a esta especialidad que si se hace a veces tan difícil es nada más y nada menos porque nos toca en un lugar que muchas veces preferiríamos olvidar.

Bibliografía

La vejez, Simone de Beauvoir, Ed Sudamericana, 1970

Escuchando historias de Vida, Alfredo Schwartz, Medicina de la tercera edad, Revista Argentina de Geriátría, año III, N° 4, 1984.

El hombre en busca de sentido, Víctor Frankl, Ed Herder, Barcelona, 1989

Copsi, Pacho O'Donell, Ed Sudamericana 1982.

Confesiones de un Psicoanalista, Theodor Reik, Ed. Paidós 1965

Como crecemos una vez que hemos crecido, Susana Vidal, Trabajo presentado en el II Congreso de Gerontología del Cono Sur, 1990

Los personajes, Susana Vidal, Experiencia realizada en el INSSJP 1992



Una visión acerca del proceso de producción de conocimiento de y en Terapia Ocupacional³

Marcela Capozzo

Introducción

El presente trabajo surge como una necesidad de compartir algunas ideas en relación a cómo se da el proceso de construcción de conocimientos de y en terapia ocupacional.

El enfoque del análisis que propongo se centra en el material elaborado en relación con conceptos teóricos de terapia ocupacional en los últimos años en nuestro país, focalizando dentro de éste los que se refieren al campo de la Salud Mental.

Tomo esta perspectiva, ya que constituye la más cercana y adecuada a mis posibilidades de análisis, combinándola con un interés particular en el campo de la investigación y sus métodos; siendo ambos aspectos de mi actividad profesional.

Para el desarrollo del mismo parto de consideraciones generales sobre la investigación científica y en particular la investigación acción para ir planteando las características del proceso de construcción de conocimientos en Terapia Ocupacional.

Acerca de la investigación

La etimología del término “investigación” sirve como punto de partida, para aproximarnos al concepto. La palabra proviene del latín: In (en) y Vestigare (hallar, inquirir, indagar, seguir vestigios).

Su uso más elemental se relaciona con “averiguar o descubrir alguna cosa”. Aplicado al campo de la actividad científica, la investigación es “un procedimiento reflexivo, sistemático, controlado y crítico que tiene por finalidad descubrir o interpretar hechos o fenómenos, relaciones o leyes de un determinado ámbito de la realidad”. Constituye una búsqueda de hechos, un camino para conocer.

Mario Bunge, al definir la ciencia, le asigna un papel fundamental en la construcción del cuerpo de ideas, al enunciarla como “la actividad productora de conocimientos”.

“La ciencia se basa en una intrincada e inseparable relación mutua entre teoría y hecho, mediante la investigación empírica y la práctica. Más aún todavía, toda ciencia avanza en la medida que se da ese proceso de realimentación (feedback) entre teoría e investigación”.

Por otro lado la investigación no tiene sólo la función de comprobar hipótesis, sino que le corresponde una parte significativa e insustituible en el desarrollo de la teoría, ya que la inicia, acepta, reformula o rechaza por verificación empírica y permite esclarecer conceptos teóricos sobre aspectos no estudiados y/o profundizar los ya conocidos.

En relación a estos conceptos, desde Terapia Ocupacional, las elaboraciones teóricas y los temas a investigar: coinciden en un punto más allá de los diferentes enfoques determinados por los marcos teóricos de referencia: la base es indagar acerca de la interrelación teoría y práctica (clínica).

En Terapia Ocupacional constituye una constante, observar, registrar, plantear hipótesis, elaborar conceptos, que den cuenta de la conjunción de éstos aspectos.

En referencia a esto, dentro del libro “Terapia Ocupacional-el camino del hacer”, y en relación a lo allí publicado encontramos los siguientes conceptos en la introducción que escribiera la Lic. Naess de Villarroel:

— Tal vez en lo profundo subyace una postura de desvalorización hacia la práctica, como si ésta fuera una mera aplicación de la teoría. Como si el camino teoría-práctica unidireccional, y ésta implicara la muerte de aquella

— La Terapia Ocupacional... se define por su abordaje y éste se evidencia en un quehacer. Pero aseguramos que, por medio de este abordaje, ha construido su campo en un proceso dialéctico para el que necesita nutrirse de otras ciencias, que recrea desde su enfoque singular y retroalimenta desde la reflexión de la práctica profesional.

Este eje de elaboración, aparece como contrapuesto a lo que algunos autores observan del quehacer científico, en el que se da en algunos casos lo que determinan la desvinculación de la teoría y la práctica.

Quienes realizan esta afirmación sostienen que conocimiento y acción aparecen como dos aspectos íntimamente relacionados, superando o mejor dicho descartando esa visión común de ciertos círculos científicos que consideran a los requisitos de objetividad y neutralidad como barreras interpuestas al nexo de lo teórico con lo práctico.

³ Publicado en: Terapia Ocupacional. Actualizaciones en teoría y clínica- COLTO III.1995. ISBN 987-99000-6-5 Bs.As. Pag.169-174.

“La objetividad científica sólo puede darse a partir de la propia asunción del marco valorativo en el que se plantea la tarea y la inserción del científico”

Además quien investiga, en cualquier disciplina y sobre cualquier temática, lo hace desde un determinado ángulo: el de su inserción específica en la estructura social y cultural”.

De ahí la importancia, entonces de explicitar no sólo el marco teórico que guía la producción sino también, intentar explicitar los motivos e intencionalidad de la misma, para poder así aproximar datos de la perspectiva desde la cual se plantean los conceptos. Esto es reconocerla y asumirla, para permitir una mayor claridad en la transmisión.

En este sentido las producciones de Terapia Ocupacional, en los últimos años, tienden a incluir estos datos que se tornan esclarecedores lo que adquiere también relevancia, al menos desde mi visión, al seguir el concepto de teoría que enuncia Antonio García. Quién la define del siguiente modo: “la teoría es una respuesta y proyección de una praxis en un contexto y una circunstancia histórica determinada”.

Encontramos relacionado con estos aspectos lo siguiente en el prólogo del libro “Terapia Ocupacional-Teoría y clínica” de Graciela Warchavsky y Liliana Sbriller:

“con el tiempo pudimos valorizar la herramienta que utilizábamos y fundamentarla, pero básicamente lo hicimos a través de la clínica utilizando un sesgo autóctono y regionalista, teñido de las corrientes ideológicas prevalecientes en nuestro país adaptadas a las características de inserción socio-cultural –laboral en la que estamos inmersos”...

Investigación acción

Luis Rigal define a la investigación acción como una noción fundamentalmente epistemológica, factible de ser aplicada en cualquier contexto, ya que su rasgo principal es que llama a la producción de conocimientos que guíen la práctica y por consiguiente incorpora en forma mediata o inmediata la noción de transformación de la realidad dentro del mismo proceso de investigación.

Las bases se sustentan en las siguientes consideraciones:

- 1- El conocimiento es esencialmente un producto social, cambia continuamente de acuerdo a las condiciones históricas concretas.
- 2- El conocimiento pasa por un ciclo de tres fases: la práctica, la elaboración de teorías y la aplicación de estas teorías a la práctica.
- 3- No existe otro camino para descubrir el conocimiento que el de entrar en relación concreta con los objetos y procesos reales, o sea el conocimiento no existe separado de la práctica. El problema de la relación entre el pensar y el actuar se resuelve reconociendo una actividad real de las cosas, a lo cual se advierte por la práctica, que en este sentido, es anterior a la reflexión.

Estas bases muestran la importancia de tener dentro del mismo proceso investigativo una relación entre teoría y práctica para la producción del conocimiento,

Desde el análisis que me planteo de este proceso tomando como referente la observación del material elaborado y difundido, considero que las características de este tipo de investigación se encuentran presentes en él mismo.

Principalmente porque se toma como eje fundamental la relación teoría y práctica, elaboración y aplicación, pero también por otro elemento distintivo, la devolución dinámica del conocimiento.

A través de ésta, desde un marco de la investigación social, por ejemplo se intenta evitar que el conocimiento adquirido pase a ser patrimonio exclusivo de quien investiga “que no sea depositado como un producto acabado e inmutable”.

La transmisión de lo que se observa, de las relaciones posibles con la teoría, de los sentidos reformulados desde y en Terapia Ocupacional, aparecen reflejados en el siguiente párrafo que tomo de Liliana Paganiza, en su trabajo “Grupos de estudio- Metodología de trabajo “de su libro “Terapia Ocupacional: del hecho al dicho”:

Allí plantea: “Ambos espacios, la clínica y la docencia, tienen para mí un punto en común, que es éste, el de poder pensar lo que se hace y adscribirle algún sentido posible de ser transmitido al otro”.

Por esto y por los conceptos anteriormente enunciados, sostengo que los elementos de este modelo para aproximarse a la realidad indagándola, se encuentran presentes en el proceso de Terapia Ocupacional en la tarea profesional cotidiana. Esto es en la medida en que se den ciertas condiciones relacionadas con la objetividad, reconocimiento del ángulo desde el que se observa y la intención de relevar datos, reflexionar, elaborar y aplicar.

Creo oportuno citar aquí el siguiente párrafo extraído de la introducción del libro "Terapia Ocupacional-del hecho al dicho" de la T.O. Liliana Paganizzi: "Si algo justifica esta tarea (en referencia a la tarea de publicar): es quizás el concepto de Bleger acerca de la observación, esta como una función activa en tanto se formulen hipótesis y se pueda pensar mientras se observa, de lo contrario queda reducido a un simple mirar.

Técnicas de observación y registro son un peldaño de la investigación".

Es en este sentido que cobra valor, entonces, el intentar enfocar las elaboraciones que se realizan en un nivel que podríamos denominar micro encuadradas en este tipo de investigación como referente.

Por último quisiera señalar un aspecto a tener en cuenta en relación con la investigación en general.

Existe una tendencia a asociar el concepto de investigar, con el poder aportar datos estadísticos, utilizar procedimientos que permitan operacionalizar la información, medirla, cuantificarla.

Blalock acepta que el lenguaje científico admite dos clases de conceptos teóricamente definidos: los que están asociados con mediciones y los no que no están asociados a mediciones.

Si admitimos que no toda la realidad es cuantificable podemos concluir que la evidencia empírica y la relación de fenómenos establecida por la experiencia puede buscarse en términos no estadísticos.

La decisión de las técnicas a utilizar nos remite a la naturaleza de los interrogantes que nos formulemos, o sea a tener en cuenta el aspecto específico de la realidad que queremos estudiar y el marco teórico desde el cual planteamos ese interrogante.

Estos conceptos nos permiten apreciar la importancia del empleo de técnicas tanto cuantitativas como cualitativas en Terapia Ocupacional y nos sitúan ante distintas posibilidades que se deben considerar de acuerdo a la situación que nos proponamos conocer.

Conclusiones

El análisis del proceso de construcción de conocimientos de y en Terapia Ocupacional, que he presentado, aquí gira en torno a considerar a la investigación en su aspecto dinámico como actividad, especificando las características que asume como tal en relación con la concepción de la investigación acción.

Este planteo, desde este enfoque, no implica descartar otros posibles en relación a este proceso, que permite ampliar a través de un esfuerzo continuado de reflexión sobre la base de datos de la realidad, marcos que faciliten comprender situaciones de la praxis.

La intención es rescatar las posibilidades de elaboración que desde Terapia Ocupacional se puedan plantear, apunta a revalorizar aquello que hasta hoy se ha realizado con esfuerzo e intenta a su vez promover nuevos interrogantes, ya que estos son los que posibilitan la producción de conocimientos.

Bibliografía

- Ander-Egg. Ezequiel: "Técnicas de Investigación Social". El Cid Editor- colección Metodología.
- Funge, Mario- "La ciencia. Su método y su filosofía"- Ediciones Siglo Veinte
- C.O.L.T.O. "Terapia Ocupacional-El camino del hacer. Ediciones Vip- Bs-As 1991
- C.O.L.T.O.P. "Terapia Ocupacional en Salud Mental". Bs.As. 1988.
- Gianotten Veray y Ton de Wit. "Desarrollo rural: educación e investigación social" artículo.
- Paganizzi, Liliana- "Terapia Ocupacional: del hecho al dicho". Psicoterapias Integradas Editores.Bs.As. 1991
- Rigal, Luis - "Investigación acción: dimensiones de aspectos metodológicos de la investigación educativa". (Artículo).
- Sbriller, Liliana - Warchavsky, Graciela- "Terapia Ocupacional- Teoría y clínica"- Editorial Vergara. Bs.As. 1990.



Elementos de investigación como método de aprendizaje en la práctica clínica

Unidad Docente de Práctica Clínica, Servicio de Psicopatología y Salud Mental Hospital General de Agudos Parmenio Piñero (MCBA)

Liliana Sbriller y Araceli Andrade

Primera parte

Etimológicamente, la palabra educación procede del latín *educare*, que significa “criar”, “nutrir” o “alimentar” (1:5) y de *exducere* que equivale a “sacar”, “llevar” o “conducir desde dentro hacia afuera”.

De esta doble etimología resulta un proceso de alimentación o acrecentamiento que se ejerce desde afuera, y en el segundo término se trata de una conducción, de un encauzamiento de disposiciones ya existentes en el sujeto que se educa.

Esto daría como consecuencia (1:6) la división entre heteroeducación y autoeducación, en relación a la dirección de la educación.

La autoeducación, refiere Ricardo Nassif, “nace del individualismo, para desde él apropiarse de lo que le es exterior y conformarlo a su individualidad”, entendiéndose por auténtica educación a aquella que ayuda al hombre a formarse.

La “educación progresiva” basada en la actividad, libertad y espontaneidad del alumno, es el punto que tomamos como partida para elaborar la Epicrisis, requerimiento de la práctica clínica.

Entendemos por libertad a los intereses e inquietudes del alumno, que serán luego guiados y orientados por el docente de práctica clínica.

Para esto, la metodología que utilizamos se compone de cinco etapas y se enmarca dentro de un proceso de investigación.

Estas etapas son: 1º) plazo de un mes desde el inicio de la práctica para determinar el tema a investigar. 2º) Ubicación y recorte del problema, asesoramiento bibliográfico. Se incentiva la consulta a bibliotecas como método de actualización teórica fomentando el hábito de la lectura. 3º) Constitución del método y/o recurso utilizado para evaluar el problema. 4º) Discusión y conceptualización de parte del material obtenido en los espacios de grupo de estudio y reuniones informales. La Epicrisis no es sólo un trabajo final, sino un proceso de formación e intercambio que se construye en el equipo de terapia ocupacional y a partir del cual aprendemos todos, alumnos y docentes. 5º) presentación de la Epicrisis al equipo de terapia ocupacional en forma de ateneo, ya que el objetivo docente no termina en la incorporación del conocimiento, sino en la transmisión, como ensayo para la participación futura del alumno en exposiciones teóricas dentro y fuera de la institución y en lo cotidiano, en la intervención dentro del equipo interdisciplinario del cual formará parte.

Segunda parte

Expondremos aquí algunos aspectos de la Epicrisis “Terapia Ocupacional y Psicoanálisis”, realizada por las alumnas Araceli Andrade y Silvina Foselli, durante su tercer período de práctica clínica.

La motivación del tema elegido apunta a la delimitación del objeto de estudio, incumbencias profesionales y campos de acción de cada disciplina en particular.

Dentro de los puntos a investigar, se realizó un relevamiento de la oferta teórica suministrada en las Primeras Jornadas Municipales de Terapia Ocupacional en Salud Mental (Hospital E. Tornú, Agosto 1992), con el objeto de detectar las tendencias actuales dentro del marco teórico de terapia ocupacional.

Se expondrán a continuación la hipótesis utilizada, las variables, recursos y las conclusiones, a sabiendas parciales y sujetas a modificación, en tanto pueda ampliarse el universo en estudios posteriores.

Tercera parte

Universo: exposiciones en paneles, trabajos libres y conferencia presentados en las Primeras Jornadas Municipales de Terapia Ocupacional en Salud Mental (Hospital E. Tornú, Agosto 1992).

Se evaluaron 21 trabajos científicos. A dicha Jornada asistieron 200 participantes, en su mayoría estudiantes de terapia ocupacional.

Hipótesis: “La orientación teórica actual de los terapeutas ocupacionales de la Capital Federal es predominantemente psicoanalítica”.

Variables: se distinguió como variable independiente la orientación teórica del trabajo científico. Para esto se tomó como indicadores las referencias explícitas o implícitas a los diversos autores que definen una línea teórica particular.

Se incluyeron en la variable “relatos de experiencias” a aquellos trabajos fundamentalmente clínicos, descriptivos de una situación o reflexivos.

En la variable “psicoanalíticos” se tomaron los trabajos que citan en forma predominantemente explícita o implícitamente autores de esta línea o analizan la actividad a partir de contenidos significantes. Fueron ubicados en este ítem los relatos de experiencias que fueron conceptualizados dentro del marco psicoanalítico.

En la variable “otros” se incluyeron trabajos de orientación filosófica-sociológica, docencia y relato (sic.) histórico de terapia ocupacional.

Se descartan de esta presentación aquellas connotaciones referidas a la cualidad o nivel científico de las exposiciones.

Se consideró como variable dependiente la reacción espontánea del público que se dimensionó en “preguntas” y “aplausos-preguntas”, complementado con encuestas informales al público durante el desarrollo de la jornada.

Se dividió la masa total de preguntas y se sacó los porcentuales correspondientes a cada orientación teórica.

En relación a los aplausos se presentó como dificultad la falta de un instrumento preciso de medición, se dimensionó entonces la variable en tres indicadores, cruzando la variable con el interés manifestado en las preguntas.

Se consideró “aplauzo valor 0 (cero)” al aplauzo como respuesta social, formal y automática. “Aplauzo valor 5 (cinco)” cuando el público reaccionó parcialmente interesado a partir de preguntas. “Aplauzo valor 10 (diez)” en los casos que las preguntas motivaron a los autores a explayarse en el tema, dando apertura a debate.

Resultados

Los relatos de experiencia sumaron un 47,61% del total, los de orientación psicoanalítica un 38,09% y otras líneas un 14,28%.

En la variable preguntas, el 80% de los relatos de experiencia recibieron preguntas, en tanto el 75% de los psicoanalíticos fueron indagados por el público.

Se detectó que en el grupo psicoanalítico, el nivel de interés “aplausos-preguntas” se ubicó en un valor de 5 (80%). En el grupo de relatos de experiencias profesionales, en cambio, la distribución fue de 52,40% en valor 0 y un 23,80% de los casos en valor 10, es decir que motivó al debate y discusión de intercambio.

Conclusiones

Con respecto a los porcentuales obtenidos, se rescata que el 47,61% de los trabajos presentados fueron fundamentalmente relatos de experiencias clínicas, lo cual no confirma nuestra hipótesis. En menor proporción, un 38,09% de los trabajos leídos fueron de orientación psicoanalítica, restando un 14,28% en la categoría “otros”.

Analizando la reacción del público, medido en aplausos, preguntas realizadas y encuestas informales (opinión de pasillo) se confirmó que los más aceptados fueron los relatos de experiencias clínicas.

Teniendo en cuenta las observaciones de los evaluadores, alumnas de cuarto año de la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional, se rescata que el público recibió con mayor agrado los trabajos donde se exponía claramente la posición del terapeuta ocupacional, en especial los que eran ejemplificados con casos clínicos.

Los trabajos que ocasionaron mayor cuestionamiento fueron aquellos que denotaban confusión teórica, sin aportes específicos para la terapia ocupacional, los que presentaban poca claridad en el papel del terapeuta o de los objetivos principales del análisis, como así también, los trabajos cuya única referencia era el psicoanálisis.

Consideramos a estas conclusiones como parciales ya que se refiere solo a una Jornada y no da cuenta de la situación total de la profesión. Este es un primer acercamiento autoevaluativo de nuestra posición teórica actual con el objeto de replantearnos futuras metas de formación tanto en las materias teóricas como en las prácticas.

Bibliografía

NASSIF, Ricardo: "Pedagogía General". Ed. Kapelusz. Bs As 1972.

Ander_egg, Ezequiel: "Técnicas de investigación social". Editorial Humanitas. Bs As 21ª edición. 1989.

Avolio de Cols, Susana: "Planeamiento del proceso de enseñanza-aprendizaje". Ed. Marymar. Bs As 1980.

Bancroft, Huldah: "Introducción a la bioestadística". Eudeba Manuales. 9ª Edición. 1976. traducido de la reimpresión inglesa (1959) por Naum Mittleman (profesor UBA). Editorial Eudeba.

Francisco, Berenice: "Terapia Ocupacional". Editorial Papirus. Brasil 1ª edición 1988. segunda parte. Traducción: Liliana Sbriller.

Korn, Francis: "Qué es una variable de investigación social". Apunte curso: "Técnicas de investigación". Docentes: Lic. Esther Llinás y Valentina Penzin. AATO 1991.

Institución

Unidad Docente de Práctica Clínica - Servicio de Psicopatología y Salud Mental Hospital General de Agudos Parmenio Piñero (MCBA) - Varela 1307 - Cap. Fed. TE: 631-1352 (sic)

Procesado por Saul M. Kempner (Analista de sistemas) - TE: 773-7748

Anexo

FORMULARIO DE ANÁLISIS

Titulo

Autor/es

Orientación Teórica

 Clara/precisa

 Confusa

El trabajo es fundamentalmente

 Teórico

 Clínico

 Reflexivo

 Otros

Reacción del Público

Aplaude

 SI

 NO

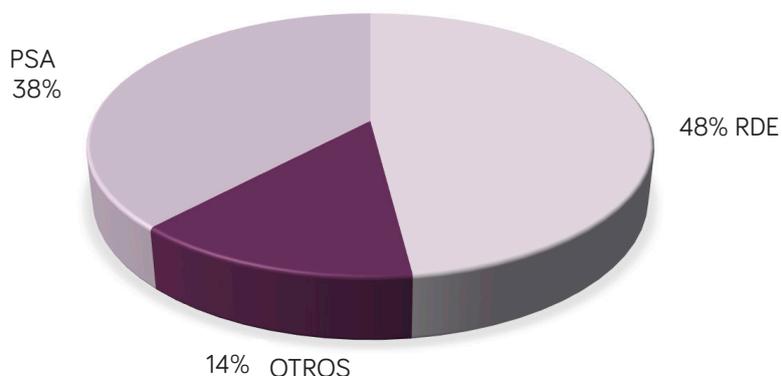
Hace Preguntas

 SI

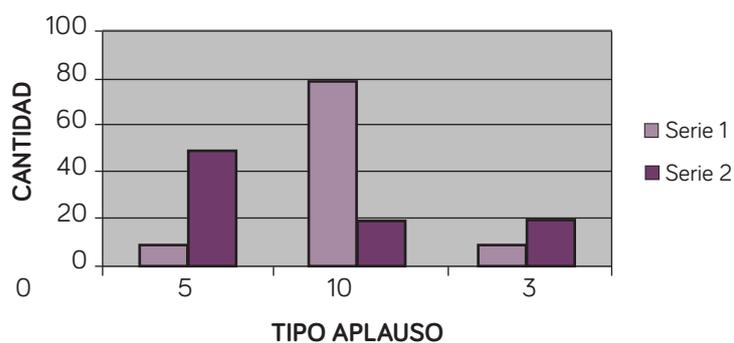
 NO

Comentario del evaluador

ORIENTACIÓN TEÓRICA DE LOS TRABAJOS
CIENTÍFICOS PRESENTADOS EN LAS JORNADAS



ORIENTACIÓN TEÓRICA DE LOS TRABAJOS
CIENTÍFICOS PRESENTADOS EN LAS JORNADAS



Un retorno diferente⁴

Sara Daneri

Introducción

Algunas veces es posible traducir en términos de actividades, con material concreto, lo que el paciente dice en Terapia Ocupacional. Algunas otras, es posible traducir en palabras lo allí hecho. Así también, en ciertas oportunidades, entre lo que dice y hace, podemos adjudicar sentidos y construir proyectos probables.

⁴ Publicado en: Terapia Ocupacional. Actualizaciones en teoría y clínica- COLTO III.1995. ISBN 987-99000-6-5 Bs.As. Pag.143-146.

Entre idas y vueltas, T.O. paciente y grupo, abren, retoman y recorren caminos.

La propia sorpresa, es lo que me anima a tratar de realizar puntuaciones, sobre lo sucedido en el transcurso del proceso de tratamiento del paciente que traigo aquí.

Desarrollo

El 7-5-91 ingresa a éste Hospital José T. Borda, Rosendo de 47 años, derivado del Hospital Municipal Pirovano, por orden judicial, solicitada por el Asesor de Menores e Incapaces. El diagnóstico presuntivo es: "polineuropatía alcohólica y alcoholismo crónico".

Los datos en lo referente a su historia vital son escasos, mientras que su Historia clínica menciona: "aspecto tranquilo, actitud pasiva, hipoprosxia e hipoamnesia generalizada. Pensamiento lento, disgregado, sin trastornos del contenido, refiere dolores en MM.II".

Durante unos días permanece internado en el Servicio de Clínica Médica, para un mejor control, dado el estado de desnutrición general que presenta. Es trasladado posteriormente, al Servicio de Admisión, donde se consigna que es "tomador de vino desde los 15 años, aunque no puede precisar cantidad, ni frecuencia de la ingesta".

De éste Servicio, es asignado a la semana de su ingreso (14/5/91) al Servicio N° 29. Este último, en el que me desempeño está integrado por pacientes de internación prolongada y forma parte de los servicios de atención a mediano y largo plazo.

En la primera entrevista psiquiátrica efectuada en el mismo, Rosendo aporta los siguientes elementos sobre su historia familiar y ocupacional: es oriundo del interior de la Provincia de Chaco, hasta su internación en el Hospital Pirovano vivía en una villa de emergencia en Vicente López (Pcia. Bs.As) donde ocupaba una casilla precaria. Es soltero, hijo mayor de cuatro hermanos, los que supone radicados en el Chaco, junto con su madre, su padre falleció cuando él era pequeño. Ha perdido contacto con su grupo familiar primario, desde que se radicó en Buenos Aires alrededor de 15 o 17 años atrás. Concurrió a la escuela hasta la mitad de su 1° grado, reconoce símbolos numéricos y gráficos. En Buenos Aires, se desempeñó como peón a destajo en tareas de construcción, menciona tener unos tíos en General Pacheco, pero no recuerda la dirección de éstos y tampoco el último domicilio, debido a fallas mnésicas que presenta. Al examen clínico: se observan los reflejos osteotendinosos disminuidos, parestesias en MM.II, su marcha es dificultosa, requiere de la ayuda de otro. En MM.SS y especialmente en manos se observa: edema, rigidez articular, pérdida de fuerza y tono muscular.

Al examen psiquiátrico: no presenta productividad psicótica, ni síndrome de abstinencia, dice ser "bebedor ocasional".

Su aspecto es de marcada delgadez, acentuada desmejora física, formal y campechano, con las figuras terapéuticas, colabora en forma activa en el relevamiento de sus antecedentes.

Las primeras semanas, permanece en cama la mayor parte del tiempo, debido a la pérdida de estabilidad para caminar, por que regularmente lo visito en la sala. Le comento sobre la dinámica de funcionamiento del servicio y le ofrezco incluirse en las sesiones de Terapia Ocupacional. Se interesa por conocer la actividad diaria, preguntándome sobre lo que hace un terapeuta ocupacional.

El tratamiento farmacológico, la dieta hipercalórica, los primeros contactos con el equipo profesional y compañeros de sala, favorecen que Rosendo comience a levantarse y a caminar por el servicio.

Realizamos juntos, una primera recorrida a modo de reconocimiento del lugar, pregunta sobre el uso de los diferentes espacios físicos.

Su internación duró ocho meses, de la cual haré mención a tres actividades realizadas, que considero focalizan momentos del proceso terapéutico. Cada una de ellas contiene en germen a las otras y se articulan dialécticamente.

1° ACTIVIDAD: T.O. -PACIENTE: TIEMPO DE DESPLIEGUE

En la primera semana de junio llega al taller de T.O., observa al grupo, pregunta sobre lo que hacen sus compañeros. Lo escucho e interrogo para indagar acerca de su "enfermarse en la vida, pensando en su recuperarse en ella y con ella". A través de su relato busco aquello que pueda ligarse y constituirse en un proyecto diferente, partiendo de éste aquí y ahora.

Rosendo habla del dolor en sus manos y piernas, de lo que no puede hacer.

Le propongo una primera actividad, de técnica sencilla, con material maleable, la que abre el campo para la expresión y comunicación entre ambos (T.O.- Pac.).

En éste hacer, requiere de asistencia técnica, lo que favorece un vínculo estrecho y de mutua colaboración, a través del cual comienza a esbozarse su historia vital. Aporta palabras, anécdotas, recuerdos, emociones, lo hecho opera como dispositivo para dar contenidos iniciales a aquellos “vacíos” de memoria, afectos y pertenencias.

Este momento de interjuego en el vínculo terapéutico, intenta proveerlo, a partir de su acontecer real, de experiencias compensadoras diferentes a su historia de relaciones, para avanzar en el proceso.

Brindarle un espacio para su demanda y organizar una respuesta en la acción que lo contenga, promoviendo el descentrarse del “no puedo” y ofrecer oportunidad para hablar de sus “otras cosas”.

2° ACTIVIDAD: PACIENTE-GRUPO: CONSTRUCCIÓN DE LA TRAMA

Se presenta al grupo; oriundo del Chaco y el grupo lo incorpora apodándolo “el chaqueño”, lugar de reconocimiento de su origen e identidad, que lo remite a su historia y le posibilita hablar de: su trabajo rural, vínculos familiares, fauna y costumbres de la zona.

En las sesiones, los demás pacientes mantienen el silencio durante sus relatos, lo interrogan, participan haciendo aportes. Rosendo en el conjunto se discrimina y diferencia, recuperando para sí parte de su pasado.

Dos meses después planteo al grupo realizar la reparación y pintura de roperitos para uso personal. Rosendo se incluye en ésta actividad grupal y segunda para él. Reconoce sus limitaciones: “no sé si podré pasar el pincel”, “¿aguantaré estar parado?”, puedo inferir cierto aprendizaje en cuanto a reconocimiento de sí mismo. Del vínculo entre él y el grupo surge: -su interés manifiesto de intentar sostener la tarea, su compromiso y por parte del grupo: - la oferta de sus compañeros para realizar en acción aquello que él no pueda.

Este cambio de posicionamiento del paciente y del grupo promueve un mayor acercamiento en la trama de relaciones establecida. Se perfila con nitidez un espacio particular e inédito para Rosendo dentro del mismo.

La tarea se concreta, con el ofrecimiento y apoyo de todos los pacientes en forma espontánea, Rosendo colabora con el grupo, desde donde puede, revuelve la pintura, ordena el taller y también por ratos da pinceladas a su roperito.

Ahora cuenta con una historia propia rescatada, un grupo de pertenencia que lo contiene y acepta, tal vez podamos empezar a pensar en su vida fuera del hospital. Posibilidad, que en el discurso de Rosendo siempre ha estado presente en forma implícita, es decir en su modo de presentarse “socialmente” ante otros.

Alrededor del mes de diciembre, planteo al equipo terapéutico, especialmente a la Asistente Social, iniciar tratativas para conectarnos con el grupo familiar, tarea que tiene como base los datos aportados por el paciente.

En Terapia Ocupacional, informo a Rosendo sobre la estrategia pensada y realizo intervenciones verbales de: interrogación y clarificación, a fin de poner palabras a lo no explicitado de su discurso, es decir de reencontrarse con su familia.

3° ACTIVIDAD: T.O.- PACIENTE- GRUPO: APUESTA A LA SALIDA

Recurro al grupo como elemento de sostén y contención y le propongo, como tercera actividad: escribir una carta a su familia.

Manifiesta temor: “hace muchos años que no tienen noticias de mí”, “¿qué les voy a decir?”, duda: ¿qué harán?”, “¿cómo tomarán la carta?”.

La Asistente Social paralelamente, tramita su documento de identidad y efectúa gestiones con la Casa del Chaco y Policía del Provincia para ubicar a su familia, envía carta a sus hermanos, quienes trabajan de puesteros en un campo cuyo propietario vive en San Nicolás. Un hermano, un sobrino y el patrón de éstos, mantienen una entrevista telefónica con el Jefe del Servicio 29, se interesan por el estado de salud de Rosendo y por las posibilidades de alta.

Esta información, a medida que se produce, es transmitida en las sesiones de T.O., mientras ensayamos letras, palabras y frases. La carta adquiere forma y sentido para él, sus compañeros acercan ideas y texto, animados por la “buenas nuevas”, lo que se refuerza con la visita de Rosa, sobrina que no conocía.

La actividad propuesta, dada su estructura, en tanto requería de otro nivel de abstracción, necesitó de los tres polos humanos para sostenerse, incluyéndonos en forma integrada y amplia, la carta se concreta.

El 17/5/92, Rosendo es dado de alta mejorado, es llevado a San Nicolás por el patrón del hermano, quien lo aguarda para acompañarlo al interior del Chaco, donde residirá.

Ante la conmoción por tener inconsciente, “olvidamos” hacerle entrega de sus documentos, al momento de su egreso, argumento más que suficiente para el equipo terapéutico, para escribirle y enviárselo.

Así supimos, que el 29/5/92, Rosendo se presentó en la Subcomisaria del Distrito, recibiendo su DNI y la carta que le enviamos de "total conformidad", según consta en la notificación que nos remitieron.

Conclusiones

Desde T.O., reconstruimos, ofrecimos espacios y palabras, tanto T.O.- Paciente/ Grupo-Actividad, en progresivos y graduales actos, que integrándose configuraron la trama, abriendo un camino a recorrer.

El escuchar, articular palabras con ideas, ideas con proyectos, tendió el puente que permitió transitar, de lo manifiesto a lo latente y viceversa, y transformar un quizá imposible en un tal vez realizable.

Me atrevo a decir, por último, que en esta Institución que opera muchas veces como "lugar de depósito" o de "terminal de vía" esta vez fue posible trazar un plan, o sea concebir un proyecto para Rosendo.

Bibliografía

Historia clínica del Paciente

Registros de las sesiones de Terapia Ocupacional

Dr. Fiorini, Héctor: Teoría y Técnica en Psicoterapias

T.O. Paganizzi, Liliana y otros: "Del hecho al dicho" año 1991

Clorine Winicott y otros (Recopilación) "Explicaciones Psicoanalíticas" año 1991

Dr. Riviere, P: "Teoría del vínculo"

C.O.L.T.O. "Terapia Ocupacional : El camino del hacer" año 1991

Diccionario Larousse



Terapia Ocupacional. Organización de las Jornadas de la Comunidad⁵

Elisabeth Gómez Mengelberg

Precisiones para una mejor comprensión del presente trabajo

Terapia a Corto Plazo es un servicio de internación con una capacidad de 35 camas. Las problemáticas convivenciales a las que hago alusión son: Tráfico de alcohol, robo, violencia, falta de colaboración en las tareas comunitarias (aseo del servicio, acarreo de alimentos, etc.).

Lo enunciado como pre tarea de las Jornadas en tanto colaboración de ansiedades que genera el proyecto "llegar a las Jornadas con pacientes movilizados e interiorizados..." aparece como tarea en sí misma. Se focalizaría entonces en la confección de afiches publicitarios y su proceso de elaboración. Los espacios comunitarios son la Asamblea de Pacientes y Terapia Ocupacional.

Con anterioridad a las Jornadas se realizó una encuesta a veinte pacientes del servicio elegidos al azar, preguntando acerca de la creencia del porqué de su internación, de la extensión de la misma en algunos casos, qué cosas les ofrecía el servicio.

Organigrama de las Jornadas

Durante tres mañanas, pacientes y terapeutas nos reuniríamos con el objeto de reflexionar acerca de la convivencia diaria, derechos y obligaciones de los asistidos y asistentes.

1er. Día: En el Aula del Servicio, congregados pacientes y la totalidad del equipo profesional, hablan el coordinador del día y representantes de los pacientes. Son leídos los resultados de la encuesta.

⁵ Publicado en: Terapia Ocupacional. El camino del Hacer - COLTO. 1991- ISBN 950-99874-0-9 Bs. As. Pag.55-62

2do. Día: En el espacio físico de los dormitorios se distribuyen los terapeutas trabajando específicamente los problemas que se suscitan en cada sala, que son tres. Deberá cada una elegir un representante por cada dormitorio, quien explicará las conclusiones arribadas.

3er. Día: Cierre de las Jornadas. Aula del Servicio. Hablan los representantes de cada dormitorio y los coordinadores terapeutas de los mismos.

Elección de los representantes para la posterior comisión que establecerá las normas de convivencia del Servicio.

Las normas que rigen actualmente en el servicio son entregadas a los pacientes en el momento de la internación, de la admisión al Servicio.

Esta experiencia que quiero transmitirles se llevó a cabo en el Servicio de Terapia a Corto Plazo IV del Hospital Nacional José T. Borda.

Para una mejor comprensión de la misma, trataré de situarlos:

El mencionado Servicio de internación se encuentra dividido en las siguientes áreas: Área Psiquiátrica, Psicoanalítica, de Familia, Psicodiagnóstico, Rehabilitación y Asamblea.

El equipo de profesionales que las integran son médicos psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionales, y el enfermero del servicio.

Los espacios donde se articulan las distintas áreas son los ateneos clínicos y las reuniones de área.

En el momento en el que pensamos en la organización de las Jornadas de Organización Comunitaria, en el equipo nos estábamos interrogando acerca de:

- Evaluación de la resonancia que hallaban nuestras intervenciones en la comunidad desde los distintos abordajes y espacios que se implementan.
- Utilización de estrategias en situaciones de la problemática convivencial que hacen a la clínica de la sala.
- Acerca de los criterios de extensión en la internación de determinados pacientes del servicio.

El material que nos ofrecieron las jornadas debería ser objeto de un más amplio y detallado trabajo. Realizo aquí un recorte y focalizo en la pre tarea desde Terapia Ocupacional. La misma fue llevada a cabo conjuntamente con mi compañera de equipo, la T.O. Liliana Risler, a quien agradezco sus aportes para el presente trabajo.

Se acuerda en el Área de Rehabilitación la realización de las Jornadas de Organización de la Comunidad, con la participación de pacientes, terapeutas y enfermeros.

Se confecciona un organigrama que es presentado a la totalidad del equipo en un ateneo, lográndose un acuerdo grupal entre los profesionales.

Con respecto a los pacientes, se planifican las siguientes acciones a efectuarse desde los espacios comunitarios.

- 1- En Asamblea se brindará la información a la comunidad, y se elegirá un representante de los pacientes que hablará en la apertura acerca de lo trabajado en ese espacio, en relación a la convivencia.
- 2- En Terapia Ocupacional se confeccionaran los afiches publicitando las Jornadas.

Terapia Ocupacional

Los pacientes son atendidos en sesión de terapia ocupacional con una frecuencia de tres horas semanales, distribuidas en dos días. Trabajamos con actividades individuales o con actividad común, en forma grupal, siendo el grupo abierto, teniendo la totalidad de los pacientes del servicio la indicación de asistir a tratamiento de terapia ocupacional.

Con un mes y medio de anticipación, comenzamos a introducir los temas de convivencia, jornadas, publicidad, y con éste último la actividad grupal (confección de afiches).

Utilizamos en un primer momento como mediador la información, que ofrecíamos a los pacientes y que nos era demandada por ellos.

Por medio de la información se comienza a constituir una red de interacciones en las que cada uno de los integrantes se compromete personalmente, considerando las relaciones que unen a todos los miembros entre sí y no exclusivamente a los pacientes con los terapeutas.

Describimos como se organizará el espacio común de encuentro, explicitamos el sentido de las jornadas que culminarán con la elaboración de documento escrito sobre normas de convivencia para este servicio, resultante de una comisión con posterioridad conformada por pacientes y profesionales.

Nuestra intención era congregar asistidos- pacientes y asistentes-terapeutas, organizar el espacio comunitario, desarrollo de diálogo y acciones, un grupo unido por un proyecto.

Ofrecer esta información nos permitió disminuir el monto de ansiedad que generó la propuesta, permitiendo el surgimiento de nuevos interrogantes que desde T.O. se intentaron clarificar en el transcurso de las sesiones.

Observamos que esto posibilitó que se sintieran más involucrados en esta tarea a desarrollar, colocándose en una posición diferente, más activa, reclamando conocer cómo se estaban organizando las Jornadas.

Una vez conocida la información formal (días, horarios, nombres de los terapeutas, roles que cumplirían) y que los pacientes manejaran la misma, comenzamos a trabajar sobre la publicidad.

Intervenimos interrogando al conjunto, consultando a la conciencia del otro.

¿Qué es la publicidad?

¿Publicidad para qué? ¿Cómo? ¿Para quiénes?

Planificamos un recorrido del no saber al conocimiento, que explicitamos al conjunto de los pacientes, que se manifestó de acuerdo.

Nos introducimos entonces a través de la acepción del término, de lo que significa según el Diccionario de la Real Academia Española, en nuestra cultura publicitar algo, darle publicidad.

Publicidad: Carácter de público que se le da a algo para que sea conocido por un grupo de personas.

Publicidad gráfica: utilización de afiches, como expresión gráfica que sintetizará una idea que permita divulgación de la misma, provocando actitudes o comportamientos en los individuos que reciben el mensaje.

Luego de haber tomado conocimiento del significado de la publicidad, surgió la pregunta: ¿Provocar qué? Entre todos, luego de varias sesiones donde favorecemos las relaciones e intercambios en el interior del conjunto, puntualizando el habla como conducente a una diferenciación y que el diálogo es posible porque somos diferentes, y nos confrontamos mutuamente bajo la mirada de un tercero de referencia que nos percibe como diferentes.

En este proyecto, nos sirve de marco en las relaciones interpersonales la institución, como presencia de un tercero social.

Fue posible llegar a un acuerdo por consenso arribando a estas respuestas:

Publicidad ¿Para provocar qué?

- La concurrencia y asistencia.

¿Para quiénes?

- La circulación de una idea, que la comunidad tenga conocimiento de lo que en este espacio se pensó acerca de la convivencia y publicitar las Jornadas.

¿Cómo?

- Los afiches serían utilizados como expresión y comunicación de las ideas.

Se inicia la confección de los afiches tomándolos como actividad grupal, la dinámica implementada en un principio fue ir dosificando el tiempo dedicado a esta actividad, para no aumentar la expectativa.

Los pacientes continuaron con sus proyectos individuales, y en los últimos veinte minutos de sesión se introducía la actividad-grupal, que paulatinamente fue ocupando un lugar central, hasta la dedicación de sesiones completas a la misma.

Esta dosificación nos permitió un mejor caldeamiento del tema y llamar la atención sobre ciertos componentes significativos que observamos sobre los conflictos que plantea la convivencia en el espacio de T.O., puntualizando y descubriendo las distintas relaciones que allí se daban.

También nos permitió evitar efectos de desborde que creíamos posibles, de suspender los proyectos individuales que oficiaban como abrochamiento a lo seguro y conocido.

A modo de pizarrón, en un gran papel borrador, al grupo, se les propone que piensen en una frase, palabra o dibujo que podrían, a su entender, publicitar las Jornadas. Las terapeutas ocupacionales o los pacientes las escribían en el papel.

Esta impronta, esta huella en forma de palabra escrita, activa una vivencia de exposición, comienzan las bromas, evocan publicidades que hallaron resonancia en ellos y evocan relaciones entre la publicidad y sus historias personales.

Por ejemplo: "Ocho bailes ocho", "venga y diviértase". Estos momentos de distensión y de juego posibilitaron ir conectándose con la propuesta inicial, donde el tema es hablar y pensar acerca de la convivencia, aligerando el peso que por sí misma tiene.

Las frases pensadas por los pacientes fueron las siguientes:

"Primeras Jornadas interdisciplinarias sobre las conductas de personas" (Julio E)

"Haz el bien sin mirar a quien" (Horacio K)

"Qué vengan todos los familiares de todos los pacientes, para que todos nos sintamos más contentos y alentados" (Alberto C.)

"Vení y probá la banda" (Mario C.)

"Luchemos por un mundo mejor" (Mario C.)

Hubo quienes permitieron y condescendieron con respecto a las correcciones o aportes que eran emitidos por sus compañeros, otros se mantuvieron arraigados a su idea primera. La mayoría se sumó a lo dicho por otros.

Desde los terapeutas ocupacionales no sancionamos la diferencia, estimulamos cualquier intento de individualización, que no se pierdan en una masa indiferenciada. La indicación de que figurara el autor al lado de cada frase se sustenta en lo expresado anteriormente.

En una sesión posterior, el papel borrador ha desaparecido. El incidente provoca alarma en el grupo: culpan a un compañero ausente, dicen que lo han visto arrancándolo.

Trabajamos acerca de lo que esto genera, qué sucedió con este producto realizado por la comunidad y destruido por un integrante de la misma. Ya que la dificultad para comprender las complejas relaciones que existen entre un hecho, una acción y el contexto en que tienen lugar nos coloca frente a algo misterioso, que nos lleva a atribuirle ciertas propiedades que quizá no posea.

Por medio de la pregunta nos posicionamos ante el hecho con una actitud investigadora. Incentivar el tomar conciencia del efecto que produce el comportamiento de cada individuo sobre otras personas puede llegar a hacer comprender algunas de las motivaciones que están en la base de determinadas acciones de cada sujeto, resignificando la acción del paciente, trabajando la conciencia de enfermedad.

Ya que las acciones pueden tener significados diferentes, brindamos en este espacio un aprendizaje y un reconocimiento de algo de sí mismo que llevaría quizás a una primera modificación.

Preguntamos: "¿Qué les sucedió a los que lo vieron? ¿Qué le habrá sucedido al que lo hizo? ¿Qué hacemos ahora?"

Surgen propuestas de sanción. Los sentimientos originados en el grupo de individuos son expresados en las mismas:

"Castigo al culpable". Se interroga: ¿De qué manera? Aparece la bronca, lo más extremo: muerte y agresión física. ¿Llevado a cabo por quiénes?

El grupo responde: "Por nosotros" ¿Justicia por la propia mano?

"No ofrecerle más cigarrillos". Es interesante observar el valor que adquiere el cigarrillo en esta comunidad.

"Que no participe más en sesión de T.O.". La exclusión de T.O., para algunos sería tomado como castigo, para pensar; es éste un lugar privilegiado.

Trabajamos la dificultad de "hacer con", de asumir cada uno las diferencias colaborando en un proyecto común.

Es tarea nuestra mantener en esta trama la no exclusión de elementos de cuestionamientos.

Un paciente propone realizar un cartel que diga: "Por favor no romper los carteles". El grupo acuerda con esta propuesta, se confecciona el nuevo cartel, surgen dudas de si será respetado.

Por medio de la intervención de recapitulación de orden temporal, de las propuestas de cómo se fue de una sanción, hasta un nuevo intento de establecer cierta normativa generado por ellos mismos, rescatamos las mejorías individuales y del conjunto. No sólo puntualizamos el fracaso, la violación de una norma implícita, sino que rescatamos los logros obtenidos.

Este episodio que aparece en el nivel concreto de una actividad con una acción, que descubre dificultades de la convivencia, es trabajado basado en la concepción de que todo tema es factible de ser traducido en términos de actividad, y que toda actividad posibilita la apertura de otros temas.

Nuevamente se coloca el papel borrador. Significativamente observamos que los pacientes repiten con exactitud las frases que habían elaborado con anterioridad, incluyéndolas de los ausentes. Esto nos llevó a pensar en el valor de lo hecho y en lo inscripto que había quedado en la comunidad.

Un paciente dice escribirlo en otro y guardarlo, por sí llegan a arrancarlo nuevamente. Se señala esta función anticipatoria, valorizándola.

El clima grupal es de compromiso con la tarea, y por medio de las preguntas acerca del funcionamiento de estos días se vehiculizan las expectativas.

Conjuntamente con los pacientes establecimos el día para confeccionar los afiches.

Lo que el psicótico manifiesta es la imposibilidad de aceptar cambios, la percepción de toda diferenciación como una desintegración. Le ofrecemos diferenciación con contención y acompañamiento. Por medio de los materiales a elegir, de la letra a utilizar, de la disposición en la cartulina.

Se estimula la diversidad de elección, ofreciéndoles materiales de distinto tipo y calidad, pues toda elección compromete la estructura del aparato psíquico y marca una diferencia.

Se les brinda un número reducido de cada uno de los distintos tipos de materiales, con la intención de promover y ejercitar el compartir la tolerancia a la espera, el solicitar ayuda, y distintas actitudes que se suscitan en lo convivencial.

La consigna dada era escribir las frases que cada uno había pensado hacerlo en forma individual o conjunta. El autor debía identificarse colocando su nombre en el cartel.

La palabra escrita y el cartel son tomados también como objetos concretos, ya que el impacto visual del grafo efectúa la apoyatura del pensamiento expresado y lo resalta, manifestando la diferencia.

Pensamos que nuestras directivas de organización, que pueden aparecer como un atentado a la libre elección, tienen una función reestructurante para el psicótico, que apacigua la angustia de desplazamiento propia de su enfermedad.

Podían agregar lo que quisieran explicar –se pone en juego aquí también el deseo individual–, la información que creían adecuada para la orientación temporo espacial de las jornadas.

Ante la hoja en blanco se observan diferentes actitudes, que podíamos traducir como: miedo, exigencia, compromiso, angustia, reflexión. Miran los materiales, nadie se atreve a tocarlos. Estas relaciones peculiares son verbalizadas a los pacientes, y se los insta para que desde lo corporal se contacten con los materiales (tocando, oliendo), ensayando distintos modos posibles de realizar la tarea.

Los pacientes comienzan a solicitar directivas a las terapistas ocupacionales. Lo poco estructurado de la actividad, sumado a lo evidenciado acerca de la carga afectiva que trasunta la misma, hizo necesaria una intervención desde la técnica que abriera este momento. Las T.O. proponen el trazado de renglones donde luego escribir, que funcionarían como organizadores del cartel y darían quizá cierto orden posible a las ideas a proyectar.

La mayoría optó por realizar su propio cartel individual, como una apropiación de un espacio personal. Algunos compartieron la hoja, otros los materiales.

El accionar juntos pero permaneciendo diferentes es una de las tareas más difíciles de todo ser humano, dice J. Hochmann.

La distribución de los afiches por el servicio se realizó conjuntamente con los pacientes.

Esta actividad grupal en toda su extensión nos permitió que el tema central, del cual se derivaban otros temas, girará sobre la problemática de la convivencia, su relación con la cotidianidad, y su reflejo en el grupo de T.O. e intervenir señalando aspectos convivenciales que emergieron en el transcurso de la actividad, efectuando cierto paralelismo de éstos con la vida desarrollada en esta comunidad, pudiendo ser señalados, relevados, con la intención de que pudieran ser hablados y planteados en estas jornadas.

Rescatamos el sentimiento de solidaridad que se expresa, en sesión de T.O. y la posibilidad de hacerlo extensivo a la convivencia diaria.

En el transcurso de estas sesiones se sucedieron varias situaciones de agresiones verbales y de hecho entre los pacientes. Se las trabajó como emergentes de la problemática de un grupo y el tema que nos ocupa.

Llevar al plano del pensamiento lo que se hizo, se aprendió o se descubrió en cuanto acciones realizadas en el nivel corporal.

No facilitar la disociación entre lo que se hace y lo que se piensa mientras se hace.

Romper estereotipias de conductas, reabrir y posibilitar un nuevo aprendizaje.

Se observó una mayor cohesión e integración, posibilitando el acercamiento a T.O. de pacientes que lo hacían discontinuamente. Creemos haber cumplimentado un objetivo que nos habíamos planteado, el llegar a las jornadas con pacientes movilizados e interiorizados en el tema a tratar.

Bibliografía

Diccionario Enciclopédico Larrouse.

Diccionario Inter-Sopena.

Bleger José. Temas de Psicología (Entrevista y grupos). Nueva Visión Ediciones, 1971).

Fiorini, Héctor. Teoría y técnica de psicoterapias. Nueva Visión Ediciones.

Freud, Sigmund. El Malestar en la cultura. Obras completas. Tomo III Capítulo CLVIII.

Paganizzi, Liliana. "Los medios en terapia ocupacional". Terapia Ocupacional en Salud Mental (1988).

Paganizzi, Liliana. "Terapia Ocupacional más allá de lo expresivo". Terapia Ocupacional en Salud Mental (1988).

Watzlawick, P. Beavin, Jackson. Comunicación terapéutica. (Editorial Tiempo Contemporáneo, 1971).

RELATOR INVITADO/EXPOSITOR

A.V.H de los Terapistas Ocupacionales⁶

Alberto Schocron

Al pasar se me ocurrió esto de AVH de los Terapistas Ocupacionales, una experiencia de supervisión.

Hace tiempo después de dirigir cinco años un centro de Salud Mental, cada vez que me hablaban de una institución, de un trabajo institucional, yo solo podría decir ¡Ufa! o sino recién tiré...

Y al poco tiempo de estar en este intento de cierta práctica tranquila en instituciones que tenemos los hombres, me llamaron por teléfono y vino un miembro del servicio 48 a mi consultorio para ver una posibilidad de supervisar al equipo.

Vino un joven que explicitó que era miembro del servicio pero que no era Terapeuta Ocupacional. Luego comenzaron encuentros con todo el equipo.

Si bien pedían una guía autorizada, en verdad pensé que no me pedían una pedagogía de TO, dado que yo no soy Terapeuta Ocupacional, es decir no se trataba de lo que se llama un control, un control como un control aduanero que dijera técnicamente que estaría bien o que estaría mal de la práctica específica. Fue lo primero que me dije no debe tratarse de eso.

Luego de unas entrevistas preliminares, nos adentramos en una práctica de trabajo sobre el relato clínico de los integrantes, una vez por semana se reunían todos los miembros del equipo más uno, a ese uno lo llamaban supervisor y era aquel que por su posición, convocaba al relato clínico, con su posibilidad, por su función convocaba a hablar de acontecimientos con los pacientes.

Por momentos las preguntas específicas del campo de Terapia Ocupacional, se me dirigían presentándose el equívoco de preguntas a un analista sobre Terapia Ocupacional, esta cosa tan arbitraria... estas demandas retornaban al grupo mostrando al supervisor como impertinente, es decir aquel que devolvía las preguntas que les correspondían a quienes las hacían.

En este sentido el supervisor funcionaba como impertinente, es decir como sapo de otro charco, como más otro del equipo, el equipo más otro.

Era un sapo de otro charco metido en la actividad de la vida hospitalaria, AVH, me permitió jugar con las palabras que ustedes usan con mayor precisión, pero era como un sapo de otro charco metido en la actividad hospitalaria de los terapeutas del servicio 48.

6 Desgrabación

En principio se me otorgaba una gran autoridad como guía, una gran autoridad como guía, insisto, esta cuestión que como psicoanalista impertinente por definición, me llevó a sospechar que allí algo de la transferencia se ponía en juego en las reuniones. Pero también en este momento en que algo de la transferencia se ponía en juego en las reuniones que teníamos en nuestro día de trabajo, también en el mismo giro se ponía en juego la posibilidad de revisar el lazo de los Terapistas Ocupacionales con su práctica.

En muchos momentos el espacio de la supervisión se ubicaba entre el diván y los libros de cada terapeuta. Divanes y textos que orientaban, y es muy interesante ver como la práctica funcionaba como obstáculo.

Funcionaban como aquello del a priori, de otra experiencia. A veces cuando se acude después de una experiencia de estudio, suele ser así, primero se estudia y luego trabajan con pacientes, y claro, uno estudia tanto, le da a los libros, meta libros y, si, hay un momento donde se acude a supervisión y creo que es el momento donde uno se encuentra con la angustia de la originalidad de lo que es la práctica.

Uno lee todos los textos y ya no sabe qué hacer con eso, esto es otra cosa. Yo suelo llamar a ese momento, con un chiste, una ley de Murphy, después que uno se compró todo el saber no sabe qué hacer con el paciente, no, y él dice recién lo compré y ya no funciona.

Ese es un momento en el que a veces comenzamos a trabajar los supervisores y a veces en un punto equidistante, no tan equidistante ni tan equilibrado, entre el diván y los textos.

Decía que las posibilidades de impregnar con a priori la circunstancia clínica, allí en las reuniones también se trataba de sacudir las intenciones y expectativas personales del Terapeuta e ir al encuentro con los pacientes intentando aprovechar la oportunidad.

Aprovechar la oportunidad es muy complicado. Todo el mundo dice "Hay que aprovechar la oportunidad", pero diría que algo que me orienta para pensar esto, es como que la función que vamos a desarrollar ahí nos va a dar la oportunidad para entenderlo claramente; diría eso de "que la oportunidad hace al ladrón". Bueno, de esa misma manera, nos hace a nosotros. La oportunidad del encuentro con el paciente nos da la posibilidad de una determinada influencia en algún sentido.

No es fácil sacarse de encima las propias ideas, ideales, en relación a la salud, la felicidad, la vida cotidiana, del color que tienen que ser los muebles, incluso tomar sol en el Caribe o pasárselo en La Salada. Pero son cosas que nos suceden en la vida cotidiana y de alguna manera pueden funcionar en términos de obstáculos en el momento de la clínica, y sucede que con el paciente psicótico, puede pasar que es muy fácil inyectarle posiciones ideales del terapeuta.

A veces se dice "se los trata como paquetes".

Por momentos el grupo se metía en camisa de once varas y no estaban equivocados, porque de lo que allí se trataba, era de pensar la práctica, la ocupación de los terapeutas ocupacionales, la palabra a la que ellos se dedican puesta en juego en su propio momento productivo. Se trataba de la práctica de la Ocupación de los TO, vuelvo a repetir se trataba de la actividad de la vida hospitalaria de los TO.

Actividad, vida hospital, palabras que marcan la intensidad de lo que involucraba. Y lo que involucraba esta práctica era algo del orden de la transferencia del trabajo, para decirlo de otra manera que produce un poco más de escozor entre las palabras técnicas, quiero decir que en esta práctica en la que me he involucrado, en esta tarea que llevábamos adelante, era algo que nos convocaba desde el deseo y desde el amor.

Esto podía tomar diversas formas, lo tomaba en el sentido que decía la transferencia de trabajo, un modo de lazo alrededor de la producción.

Los integrantes del equipo machacaban sobre historias clínicas, que se presentaban de diferentes maneras, pero siempre intentando verificar la relación del paciente con su tratamiento, incluyendo la cuestión institucional. La cuestión institucional que como la mayoría de los pacientes están internados, también como habitual, no sólo por los pacientes, sino por la gran cantidad de tiempo que pasan los terapeutas en este lugar.

Es diferente la relación que hay entre un neurótico con su terapeuta y la que se inaugura con un psicótico. El neurótico pone al sujeto, supuesto saber, algo del orden del saber del lado de su analista. Hay una frase que me divierte que dice que el analista sabe más de mí que yo mismo, o sea el saber está del lado del analista.

En cambio el psicótico se presenta encarnando él mismo el saber, es decir el aparece con un saber cómo certeza, que se verifica en las alucinaciones en los delirios. Quiero decir que ese acontecimiento delirante o alucinatorio tiene el valor de real, es decir no tiene algo para preguntarle a su terapeuta, como que hay superación al saber.

Si escucha voces o no escucha voces no le va a preguntar a su terapeuta, si todos los psicóticos tienen pistas de que eso es así...entonces al terapeuta no lo ponen en el lugar del saber. Es un lugar que se agrega para sí, es más pareciera que no hay

lugar como objeto para el terapeuta. Los psicóticos toman la posición de objeto, como respuesta decía y deja del lado del terapeuta la posición de la interrogación.

Es decir en la relación con el psicótico el que sale preguntándose todo es el analista.

El nivel de interrogación que aparecía dentro del grupo era muy importante.

Esta posición en la que el terapeuta queda funcionando en la interrogación, es porque el paciente no brinda producción.

Esta posición donde ha quedado el terapeuta en relación a la psicosis se vincula con la angustia, y muchas veces fue la angustia lo que hacía que un integrante del equipo pidiera supervisión.

Angustia por estar con un paciente psicótico que se presenta ante el terapeuta como un objeto a manipular.

Como es esto en terapia ocupacional, de que lo que se presenta a manipular es el paciente y no eso que se llama material y ardua tarea.

La angustia del terapeuta también nos demostró que cuando llegaba un paciente, la pregunta en principio era ¿Qué puedo hacer con el paciente? La cuestión era verificar esta pregunta que aparecía desde la angustia del terapeuta, como de alguna manera, seguirla así en ese camino era sostener al paciente como objeto, o sea que hacer con él.

Luego de trabajar y pensar al respecto de esta propuesta, se giró hacia la curiosidad siguiente en la relación con el paciente preguntarse qué viene a hacer el paciente con nosotros y con el material que está a su disposición.

Este giro a la pregunta implica ya una acción en relación a los terapeutas, ya modifica la posición en que uno se coloca frente al paciente. Implica un giro en la ética de este estilo, pensar que viene a hacer el paciente con nosotros y con el material, e intentar arrebatarse al paciente el lugar que él tiene de objeto, es intentar ser tomado como objeto y producir algún nivel de interrogación del lado del paciente.

No se trata de hacer algo en su lugar. Se trata de no darle la espalda. No hace falta para no darle la espalda, darle algo, se trata en todo caso, si se trata de hablar de dar, de darle una posición, un límite, un límite al narcisismo, que a veces no sabemos. Los que trabajamos en Salud Mental y pasamos por muchas instituciones, a veces sabemos que buscar ese límite al goce de la psicosis, es como remar en la arena. A veces me tengo que remontar a historias viejas de uno para pensar todo el tiempo que llevó producir pequeños giros en relación a la posición del tratamiento de los enfermos mentales.

Creo que en TO, está el material, y prestarse el TO como objeto, como límite al goce narcisista del psicótico, es un modo un intento de crear una suplencia de objeto que aparezca otro objeto que no sea el encarnado por el mismo paciente. Arrebatarse el lugar de objeto al paciente.

Y yo les decía que en todo caso prestar material y prestarse como objeto, terapeuta es una propuesta de crear una suplencia de objeto. Que el paciente toma a otro como objeto y es a través de este giro, no fácil, no difícil, a veces es la oportunidad, a veces es a través de este movimiento donde otro ocupa el lugar de objeto en el que el paciente vuelve a territorializar algo.

Así toma a lo que los psicóticos producen con sus manos, con un lazo particular con su terapeuta ocupacional. Creo que con esto amplían su territorio.

Hablar de clínica, es lo que hicimos estos años con el equipo, es hablar de algo íntimo, esto podría parecer como un sentimentalismo, puede ser les decía el deseo.

Pero estoy hablando de algo más, estoy hablando de la ética de cada uno.

Saber que las palabras llevan riesgo, saber de las resistencias que hay para constituir grupos de reflexión, es esto, que practicar algo de lo que es una práctica íntima con otros, lo que se pone en juego al hablar de esto íntimo, decía es la ética, es la ética de cada uno, el soporte de una posibilidad de pensar con la diferencia de pensar, pensar grupalmente, es una forma también de autorizarse entre pares, es una actitud democrática.

Tal vez yo diría hasta acá, por ahí yo quisiera agregar una cosita más que un supervisor tiene como función ser testigo, pero acá tiene que ver que si se trataba de ser testigos no de los riesgos de la historias de las películas, sino que acá la cuestión es que ser testigo, implicó parte de una experiencia en la cual en todo momento el testimonio estaba del lado de los TO, fue jugarse a brindar todas las semanas su testimonio.

Cuando interrumpimos la actividad, en vez de un certificado de trabajo: el doctor con un sello, yo les propuse que como se había tratado hasta ese momento de ser testigo de un testimonio pedían que me dieran un testimonio, un certificado, que dijera, que hicimos tal cosa. Yo lo tengo acá, yo le pediría al equipo, si alguien puede leerlo. Les decía es algo íntimo, bueno es algo íntimo...

(Marcela lee el testimonio, escrito por el equipo, comienza por la segunda hoja, o sea no lee lo que está al inicio...)

“quisiera decir algo, yo como testigo, soy el que tiene que marcar las cosas del testimonio. En el testimonio hay una primera hoja. Me hacen trabajar hasta acá... (Se retoma la lectura del testimonio)

Preguntas. Comentarios.

“Acá me dice (por Adriana) que yo diga hasta cuando yo voy a tolerar el silencio.

En el grupo pasó muchas veces, que había un silencio nadie sabía que decir, como intercambiar con el otro...

Público: ¿había trabajado antes con terapeutas ocupacionales?

Relator: cosas de la fidelidad voy a tener que declarar.

Supervisé hasta hace algún tiempo, equipos en los que estaban incluidos TO, equipos de Hospital de Día. Mi primera aproximación al hospital Borda fue hace mil años, la primera comunidad terapéutica que se hizo acá y trabajé con TO.

Era la primera instancia, hace muchos años, la primera instancia en que podía aparecer alguien, con el aspecto de lo terapéutico, que se llamaba laborterapia, en relación a los médicos tratantes acá en el Borda.

Me acuerdo que cuando venía aquí, no había posibilidad de diálogo porque los psiquiatras del Borda, decían que yo era psicoanalista, que era algo indigno de su interlocución, y cuando salía me decían que era psiquiatra, porque trabajaba en el Borda. De pronto para contar como era el estado de situación, y una de las cuestiones que aparecían era un impulso a formar cuestiones interdisciplinarias con el tratamiento de la psicosis.

Tuvieron un auge importante, casi subversivo en ese momento, y aparecía mucho la posibilidad de gente que se ocupara del “hacer de los pacientes”. Las laborterapeutas de ese tiempo eran parte de ese intento de hacer algo interdisciplinario. Yo últimamente pienso que los grupos interdisciplinarios, los hospitales de Día, Comunidades, son algo que tendríamos que tener la modestia de decir no lo inventamos nosotros, creo que es una opción que inventaron los psicóticos por su misma posibilidad estructural de enfermedad, donde puede llegar a estar rodeado de mucha gente ocupándose de ellos. Creo que son los inventores de esto...

Quería comentarles que, también ahora esto de AVH y surge AVD, viene repicando últimamente en una investigación que estoy haciendo en relación al psicoanálisis y pacientes infectados, y toda la problemática del SIDA. En este momento estoy tratando de verificar cuales son las modalidades de abordaje en pacientes infectados a través de una investigación de las AVD, en ese sentido también estoy ligado con la TO.

—no se entiende bien la pregunta.

Relator: puede haber un giro en esta posición del paciente psicótico, esto haría que se marcara una diferencia con el resto de un grupo de pacientes psicóticos, algo así, vos preguntas si habría una posibilidad para discriminar estas posibilidades potenciales de cada uno, armar una especie de grupo aparte.

Me hace pensar en algo, me hace pensar en que los grupos de pacientes psicóticos, este giro particular de posición, suele suceder de manera habitual, un grupo de pacientes psicóticos, a veces porque hace un giro en relación a su terapeuta, a veces porque hay un giro en relación a los sujetos, pero pasa muy seguido, mucho más seguido si uno puede pensar que eso también es una posición respecto al giro con sus compañeras de grupo. Donde a veces sucede algo de la imposición, cuando se le impone un compañero de grupo, como otro, que se transforma en objeto para los demás, pone a él también, incluso como un instante, no es...

Esto sucede, y creo que la posibilidad de esta lectura da para pensarlo, también en relación con cualquier otro que se coloque en ese lugar.

Pensaba si un paciente, que habitualmente está así, pide cigarrillo, lapicera, cuenta un chiste para recibir dinero, y cuando viene y pide dinero, uno saca una cosa así y se la da, puede que sea una chifladura y al día siguiente lo internan a uno también... pero también puede ser una manera de verificar que pasa con ese paciente cuando se le da una opción inesperada, inclusive para él...

Otra cosa que he notado en el grupo, en algunos casos cuestiones de agresividad corporal, a través de un contacto corporal había un cambio de posición en aquellos que participaban de este cambio y en el grupo.



Giros, dar media vuelta y ver qué pasa allá afuera⁷

Silvia Fernández; Viviana Re y Alejandra Castro Ares

Introducción

A través de este trabajo quisiéramos presentar una experiencia que estamos teniendo en el servicio de rehabilitación del Hospital Infante Juvenil Carolina Tobar García, donde nos desempeñamos como terapeutas ocupacionales.

Queremos dar cuenta particularmente, a partir del tratamiento de un paciente, de dos procesos paralelos que fueron dándose; y que serán relatados en forma simultánea. Uno relacionado a la evolución que fue haciendo el paciente y el otro con una modalidad de coterapia donde trabajamos tres terapeutas ocupacionales. Modalidad que, a posteriori, hemos adoptado con pacientes con características similares.

Presentación del caso

Actualmente S. tiene 4 años y medio, llega a Terapia Ocupacional hace un año en agosto del 91 derivado del Hospital de Día. S. es único hijo, vive con su mamá G., que es ama de casa y con su papá C. empleado administrativo.

Hasta el momento sólo tenía terapia individual, a partir de esta fecha comienza a hacer su inclusión en otros espacios: Musicoterapia, Terapia Ocupacional y Educación Física. En marzo del 92 comienza a ir al escuela N° 1 para psicóticos que funciona dentro del hospital y al espacio de acompañamiento terapéutico.

Reseña de la historia clínica

S. fue un niño deseado, especialmente por su mamá. La madre refiere que el período de embarazo fue normal, aunque se vivía un clima de tensión en el hogar debido a conflictos que tenían con un tío de G. Ella se imaginaba que el bebé iba a ser "súper nervioso" debido a esto.

El parto fue con fórceps, sin complicaciones perinatales. El proceso madurativo en el primer año de vida fue normal. Tomó pecho hasta los 2 años, el destete se hace en forma brusca por indicación pediátrica. A partir de ahí comienza a pellizcar a la madre.

Los padres hicieron mi primera consulta a los 2 años, preocupados por la falta de control de esfínteres, ausencia de lenguaje y por su hiperkinesia.

G. pensaba que su hijo era sordo. Luego de consultar al Hospital de Ezeiza fueron derivados al Hospital Rocca, donde los estudios neurológicos y la audiometría dieron normales. De allí se los derivó al Tobar García en julio 91 con un diagnóstico de "deficiencia psicoafectiva que produce retracción en el desarrollo intelectual", con rasgos autistas. A partir de esta fecha inició tratamiento psicoterapéutico y luego se incluyó en los distintos espacios del Hospital de Día. El diagnóstico que presenta en su historia clínica del Tobar García es "trastornos profundos del desarrollo de inicio infantil". 299.9 DSMIII.

Rescatamos de las primeras entrevistas de psicoterapia como describían los padres a S. en este período: "no habla, no presta atención a las cosas normales, busca lo que necesita, se las arregla solo, cuando lo llamamos no responde".

La madre decía: "está encerrado en su mundo, no necesita hablar, parece como ausente".

Inicio del tratamiento en terapia ocupacional

S. entra por primera vez a terapia ocupacional a caballito de su papá, su mamá entra atrás de ellos. S. se acuesta boca abajo en la alfombra que hay en el salón, sus padres salen mientras él manipula cuentas de madera, en algún momento parece "como si estuviera llorando". Luego se levanta y se dirige a la puerta, quiere salir y hace "como si estuviera llorando".

Hacemos entrar a los padres. S. hace gestos con la cara "como si le molestara la luz", recorre el espacio de terapia ocupacional caminando en puntas de pie.

⁷ Publicado en: Terapia Ocupacional. Actualizaciones en teoría y clínica- COLTO III.1995. ISBN 987-99000-6-5 Bs.As. Pag.121-130

Se repite una secuencia primero va a buscar las cuentas, luego se acerca los padres, se acerca también a Viviana cuando ésta le ofrece caramelos.

A lo largo de la sesión S. no realiza contacto con la mirada. Produce distintos tipos de sonidos dentro de los cuales, uno en particular es interpretado por la madre como “bronca”.

No responde a órdenes simples ni pareciera registrar los sonidos pero cuando su mamá le dice “vamos” se levanta y se marcha con ella.

En la primera entrevista su madre cuenta la dificultad para relacionarse que tiene S. Cuando le preguntamos qué cosas no le gustan hacer a su hijo, ella responde: “no le gusta que le digan lo que tiene que hacer, ni tampoco tener que ir a dormir solo”. También cuenta que no controla esfínteres “en casa se maneja con demasiado independencia, no necesita pedir nada”. “cuando tienes sed saca agua de la pava, la leche la toma directamente de la heladera”.

Inferimos por lo que cuenta G. que S. tiene acceso a todo en su casa, no hay diferencia entre aquellas cosas a la que puede llegar un chico y a las que no.

S. no puede pedir y se las arregla para que todo esté al alcance de su mano.

Para este paciente se nos ocurre un giro en nuestra modalidad de abordaje, realizando por primera vez un tratamiento de coterapia. Trabajamos dos terapeutas ocupacionales con el paciente, una tercer terapeuta ocupacional se incluye como observadora no participante.

Sentíamos que estábamos frente a un niño que presentaba características que nos recordaban aquellos textos leídos en relación al autismo y ciertas patologías donde está muy comprometida la comunicación y la relación con los otros.

Nos llamaba mucho la atención sus gestos. En una misma mueca aparecían confundidos afectos contradictorios; no sabíamos si expresaban llanto o risa, bronca o euforia. El repetía estos gestos en otros espacios, con el tiempo en el equipo lo fuimos denominando MASCARAS, detrás de las cuales no sabíamos muy bien que era lo que él estaba sintiendo.

Tampoco los sonidos que emitía nos daban una pauta de sus estados anímicos. De vez en cuando aparecían “explosiones” que no terminábamos de entender si eran de alegría o de enojo y donde estaba comprometido todo el cuerpo (caminando en puntas de pie, llevando las manos cerca de las orejas manteniendo en hipertonía todo su cuerpo acompañado de un sonido particular).

A lo largo de las primeras sesiones vimos en él inconstante deambular, acercándose a varios objetos pero sin estar demasiado tiempo concentrado en ellos. Cada vez que nosotros nos acercábamos a S., se nos escurría al igual que cuando intentábamos establecer contacto con la mirada. Este deambular que realizaba, indefectiblemente concluía con la instancia de salir del salón al acercarse a la puerta.

En el momento en que alguna de nosotras lo tomábamos en brazos S. se dejaba caer quedando a veces boca abajo, escurriéndose en nuestros brazos y probando distintas posiciones, donde el provocarse a sí mismo sensaciones vestibulares, cobraba importancia. Parecía un astronauta jugando con la gravedad.

En cuanto a la mamá de S., nos daba la sensación de desgano, de cansancio, de introversión, haciendo muy pocas preguntas o reclamos. Al estar con él, no se veía en ella demasiadas muestras de afecto o de intercambio.

En una entrevista de psicoterapia la mamá cuenta que con el tiempo fue dejando de hablarle porque como S. no le contestaba, esto le parecía inútil.

Con respecto al papá, luego el primer mes en que lo vimos cuando acompañaba a S. y a la mamá al hospital, no volvimos a verlo hasta un año después en una entrevista concertada en agosto del 92. Observamos en él, una modalidad bipolar pasando a ser, de un referente que podía dar cuenta de todos aquellos aspectos sociales y lúdicos de S. a una figura ausente.

En esta etapa del tratamiento, la coterapia cobraba más importancia a posteriori de la sesión, como espacio de intercambio de información y reflexión debido a que no podíamos agotar todo lo que percibimos separadamente y necesitábamos coterapia entre nosotras.

Así cotejábamos las sensaciones que no producían las máscaras. Este intercambio también nos servía como espacio de contención mutua, ya que la sensación nuestra, era la de entender muy poco lo que le ocurría a S., y de qué manera podríamos acercarnos a él. Todo esto era algo que nos generaba mucha ansiedad.

Como resultado de este intercambio de datos recabados y de opiniones, a partir de los materiales que le ofreceríamos construimos la estrategia a seguir.

En el transcurso de la sesión misma, nos mostrábamos desparramadas en el espacio. Un terapeuta ocupacional nos marca también como hemos ido reduciendo la cantidad de palabras puestas en juego durante la sesión. En este momento se no se hace claro, que funcionábamos haciéndonos eco de la modalidad de actividad de S. y de su madre.

A partir de ahí (octubre del 91), comenzamos a reproducir los sonidos que S. emitía y poner palabras que den significación a sus máscaras y a las acciones que se producían. El hecho de ir verbalizando nos clarificaba y nos unía en un código común.

Posteriormente nos dimos cuenta de la importancia que tuvo también para S. el poner el acento en el uso de la palabra. Como dice D. Anzieu: los primeros cuidados que el bebé recibe de la madre vienen acompañados de un “baño de palabras” que llevan progresivamente al niño a diferenciar una superficie que consta de una fase interna y una externa.

Modalidad de trabajo en el período de evaluación

En aquel momento trabajábamos dos personas en el campo y una tercera como observadora no participante registrando por escrito lo que iba sucediendo. Estos roles eran rotativos.

Nuestro interés era recabar datos y observar qué respuesta daba S. ante la presentación de distintos materiales y actividades que tratábamos de desarrollar en relación a estos materiales y, además los estilos personales que presentábamos en la interacción.

Los materiales ofrecidos en general proponían actividades no estructuradas, relacionándose más con estimulaciones táctiles, propioceptivas y vestibulares. Usábamos alfombras, mantas, sogas, hamaca paraguaya, telas tubulares, pelotas para hacer estimulaciones vibratorias, masajeador eléctrico, cajas, bolsas con distintos pesos, el cuerpo de alguna terapeuta ocupacional como sostén en el espacio.

Tratamiento

1. La mirada:

Fuimos seleccionando materiales de acuerdo a las respuestas que iba teniendo S. y comenzamos a participar de una acción que él estaba trayendo.

S. solía meterse debajo de una colchoneta. Tomamos esto para empezar a taparlo con mantas, ponerle peso sobre su cuerpo, enrollarlo con sogas. También incluimos las cajas donde S. entraba y salía, lo enrollábamos en la alfombra debajo de la que se metía trabajando la noción de presencia- ausencia a través del llamado, nombrándolo cuando él se escondía. Comenzamos a notar que cuando S. salía nos miraba, pudiendo reconocer en él algunos gestos más claramente como placenteros, sobre todo cuando en este cubrirlo quedaba apretado.

S. comienza a estar más tiempo en la sesión disminuyendo su acercamiento a la puerta.

Empezamos con estas actividades con la hipótesis de construir algún tipo de límite corporal que en estas deambulaciones previas parecía que se diluía.

Más tarde en supervisiones que tuvimos con la T.O. Celina Tamarit, ella rescata algunas palabras que usamos en este trabajo para describir como se presenta: “se escurre”, “se diluye”, “está húmedo y sin límites” (sus pantalones y zapatillas están mojados por el orín que no puede contener).

Habíamos comenzado a secarlo envolviéndolo en la alfombra las mantas y con nuestras palabras dándole a través de esto, un límite continente y piel auxiliar. Intentando restablecer aquel baño de palabras que la madre le había retirado.

Podemos rescatar como primera respuesta en la conformación dice límite que contiene: el inicio de control de esfínteres diurno, que hasta ese momento no tenía.

Estar cubierto con una manta alfombra fue transformándose: a lo largo de las sesiones se repetía esto, pero, ya no era necesario tener una contención corporal tan estrecha. Comenzó a meterse dentro de cajas de distintos tamaños y posteriormente a usar el peso del espejo para cubrirse sin prestar atención al reflejo de su imagen.

2. El espejo:

A lo largo de las sesiones de marzo del 92, el espejo deja de ser una superficie dura y con peso que lo cubre para empezar a ser un objeto en donde S. se puede reflejar. El reconocimiento de este reflejo va a ir demandando cada vez mayor tiempo en la sesión.

Aparece en un principio un acercamiento al espejo cuando lo llevamos en brazos hasta él, luego empieza a acercarse solo y hacer morisquetas, empieza a reflejar las máscaras y comienza a sonreírle a su imagen.

Posteriormente incluye objetos como por ejemplo una tijerita y empieza a jugar: realiza la acción de cortarse el pelo (como le había ocurrido el día anterior cuando fue a la peluquería); siendo éste el primer acto de simbolización de una situación que corresponde a la realidad juego simbólico respetando la funcionalidad del objeto.

3: Zapatos de taco:

Podemos traer otra escena donde aparece la inclusión de un objeto que esta vez él incorpora a su imagen: se coloca el par de zapatos de taco de Viviana y con ellos se acerca al espejo, observa su pies a través de él así distintos sonidos con el taconeo, le parlotea a su imagen y de repente, deja de caminar, apoya las manos en su rodillas descargando el peso y jugando con el balanceo, el desequilibrio, juega con los límites de sus pies, en los zapatos y contra el espejo. Reanuda su caminar pero vuelve luego al espejo. Podemos destacar que S. estuvo excepcionalmente tranquilo, interrumpe la deambulación centrándose en el uso de un objeto y haciendo una exploración de las distintas posibilidades que le brinda. En esta actividad veíamos como S realizaba la integración de distintas sensaciones vestibulares (equilibrio y balanceo), visuales (en el espejo), propioceptivas (desplazamiento del peso) y auditivas (taconeo). Incorpora el talón y sus sonidos (antes caminaba en puntas de pie).

En las sesiones siguientes, hay una propuesta por parte de S. de continuar haciendo esta actividad que pidiendo el calzado de la terapeuta ocupacional que tuviera botas, elemento que observamos como de mayor contención el zapato ya que abarca toda la pierna. S. se mete ahora dentro de las botas y sigue observándose en el espejo. Ante el sonido del taconeo S. se sonríe.

Pensamos que en este momento ocurren varias cosas de importancia: hay un reconocimiento de un objeto que no es cualquiera, reconocimiento dado por el sonido que producía (taconeo). Se observa una intencionalidad en la búsqueda de ese objeto y a diferencia de otras veces S. se acerca voluntariamente a otra persona por primera vez. Necesita pedir el objeto incluido dentro de la imagen del otro.

En relación con la coterapia, en mayo del 92 dejamos de contar con la presencia de Viviana y continuamos trabajando Alejandra y Silvia en el campo, ocasionalmente alguna alumna de terapia ocupacional registraba por escrito las sesiones.

4. Empiezan a aparecer objetos que no son cualquier objeto:

Comenzamos a distinguir que los objetos que S. tomaba se podían agrupar en dos tipos: unos los que él agarraba ocasionalmente a su paso, lo acompañaban en el deambular y que ante nuestra acercamiento o la posibilidad de interacción él dejaba, era como si para él no hubiesen existido; los manipulaba haciéndolos girar tanto entre sus dedos como entre sus palmas. Su interés estaba puesto en las sensaciones que le producían manipularlos de manera estereotipada.

Y el otro tipo de objeto que consideramos distintos porque permitían la interacción y a los que no dejaba para intercambiar por otros; no le daba lo mismo otro objeto ni perderlo, si se lo quitábamos o lo escondíamos, él lo buscaba. S. podía explorar con ellos diferentes sensaciones y no realizaba un estereotipo de uso. Podemos inferir que se esboza en ellos permanencia de objeto. Estos objetos nos daban de los momentos en los que S. permitía una interacción y en lo que no.

5. ¡Dame!:

Con este segundo tipo de objetos, que cada vez se hacen más frecuentes en las sesiones S. comienza a interactuar con nosotras disputándose aquello que él quiere. S. queda enfrentado a Alejandra que tiene el objeto (un palito) mientras Silvia detrás de él va poniendo en palabras el pedido, lo que él está haciendo y la sensación de bronca que manifiesta a través de sonidos. Poco a poco la tensión en esta escena va subiendo hasta que él mismo toma la palabra y la pone en juego, "Dame" y "Tomá" cargadas de enojo. Durante esta situación nosotras interactuábamos y dramatizábamos la escena diciendo "Dame" y "Tomá" pidiéndonos y entregándonos el palito.

A partir de esta sesión tomamos lo sucedido y tratamos de incentivar hubiera un objeto que tuviera especial interés para S. en cada encuentro. La idea era establecer la interacción entre nosotras con ese objeto como intermediario para que luego S. pudiera participar con una terapeuta ocupacional mientras la otra ponía en palabras las acciones y emociones de cada situación.

Queremos en este punto remarcar la importancia que tiene un tercero en este caso en el campo. Esto lo vemos a partir del juego que surge con el palito dónde un tercero hace posible el diálogo con S, marcando las diferencias de cada uno de los presentes a través de la verbalización y la dramatización. Nos apoyamos en J. Hochman que plantea: " en una relación entre dos personas el diálogo marca las diferencias entre " yo" y " tú", ya que si ambos fueran iguales no habría necesidad de hablar para comunicarse. A la vez el diálogo reafirma la existencia de esta dupla. Pero el diálogo trae aparejado un riesgo ya que el intercambio aparentemente, llevaría a una mayor homeostasis, un equívoco donde el yo y el tú quedan fascinados mutuamente, perdiéndose las diferencias. Aquí es donde el tercero (que Hochman menciona como tercero social) funcionará

como testigo de las diferencias de cada uno, donde va a ver indefectiblemente necesidad de intercambio de palabras por la misma presencia de este tercero.

Frente a las reiteradas apariciones de angustia de S. durante las sesiones siguientes nos damos cuenta qué debemos buscar nuevamente aquella mirada de un tercero que no estuviese tan comprometido con la acción. Así recurrimos a una primera supervisión con un profesional del hospital.

Y es en este punto donde comenzamos a revalorizar la figura del observador como aquel que recorta y rescata al paciente en su modalidad interacción. Frente a la falta de palabras que tiene S. para expresarse, el observador no participante puede registrar gestos, secuencias de acciones y reacciones terapistas ocupacionales participantes les pasan por alto.

6. Ziqui- ziqui:

Cuando hablamos de aquellos objetos que permiten la interacción podemos mencionar en esta clase a la alfombra del consultorio, que no es más una superficie que lo cubre simplemente sino que empieza a funcionar como objeto intermediario. A partir de la acción de esconderse debajo de la alfombra se continúa trabajando la construcción de la noción de presencia- ausencia, y por consiguiente la permanencia de objeto que le permitió establecer diferencias entre un adentro y un afuera, un S. y un otro, esto se confirma a través hechos tales y como la insistencia de S. por entrar al salón, haciendo llamados detrás de la puerta o reconocernos y asociarnos en el pasillo tomándonos de la mano llevándonos a terapia ocupacional.

En julio del 92, a través de la alfombra se presenta un juego corporal que repite una secuencia y al que nosotros acompañamos con un sonido de “chiqui-chiqui”. S. se ubica en distintas posiciones, disfrutando, nos observa y en un momento en que nosotras detenemos el juego no sorprende pidiendo “ziqui-ziqui”. El juego continúa y cuando parábamos él lo pedía, y cada vez que volvíamos a parar él lo volvía a pedir.

A este juego, que vuelve a ser pedido verbalmente por S. en otras sesiones se le agrega el “paré” cuando detenemos la acción. El ziqui-ziqui tiene un comienzo y tiene un final.

En una entrevista familiar de agosto del 92, el papá nos relata que esta palabra aparece en su casa cuando S. lo busca para llevarlo al cuarto sin saber a qué se refería. En general los padres no podían asociar nada de lo que S. hacía con un juego. A partir de la explicación del ziqui-ziqui los padres nos cuentan y pueden empezar a rescatar que hay un esbozo de juego en el intercambio con ellos, como por ejemplo pequeñas imitaciones de actividades cotidianas: S. se para en una silla al lado de la madre y la imita en el lavado de verduras, ropa, etcétera.

Intentamos sostener y reforzar estas cosas que pasan en la casa por medio de entrevistas con los padres, incentivando sus propuestas de juego y contándole lo que S. realiza en la sesión.

Encontramos una respuesta favorable y se ven cambios de actitud sobre todo en la madre que es la que lo lleva al hospital, y la que antes permanecía más pasiva con S. Ahora charla con otras mamás, aparecen muestras de afectos hacia S. y propuestas de juego por parte de ella, también G. se anotó en un coro a la que de la iglesia a la que asisten, buscando un espacio propio fuera de su núcleo familiar.

Mientras la mamá va al coro el papá cuida de S. y así tiene oportunidad de observar y luego relatarnos que su hijo está empezando a interactuar con otros chicos de la iglesia.

A lo largo de las sesiones S. fue trayendo palabras que servían de propuesta para acciones o juegos y también fue repitiendo palabras dichas por nosotras.

En septiembre del 92 continúa en tratamiento, siendo nuestros objetivos seguir apuntalando toda aparición de juego y el comienzo de verbalización.

Conforme al proceso qué fue haciendo S., e incluyéndose nuevamente Viviana en el espacio, los roles en la coterapia se van perfilando más claramente, quedando establecido que Alejandra y Silvia trabajan con S. y Viviana funciona como observadora no participante.

Tomando en cuenta la posición en qué S. se ubica frente a cada una de las que estamos en el campo, vemos cómo nos asocia con actividades y modalidades interacción distintas, individualizándonos (por ejemplo S. busca a Silvia la toma de la mano y propone el ziqui-ziqui cuando Alejandra le pregunta si fue a buscar a Silvia, el repite “ Silvia”) también comienza a ampliar el campo de intercambio con otros terapistas, por ejemplo el T.O. Carlos Palma con quién tiene más demostraciones de afecto y juegos corporales qué corresponden al tipo de vinculación que un niño puede tener con una figura masculina.

D. Anzieu, habla del yo piel, basado entre funciones: la primera como aquello que guarda lo bueno que el niño recibe durante los cuidados maternos, la segunda función que actúa como superficie límite entre un adentro y un afuera, y la tercera como membrana que permite el intercambio con los demás; a partir de esto pensamos el trabajo con S. tuvo que ver con la construcción de este “yo piel”. Y en este momento tal vez podemos aventurarnos a pensar qué S. empezando a ver qué pasa allá afuera.

En agosto del 92 los padres dicen: "S. está más conectado con la gente, reconoce que hay alguien ya no está solo en el mundo".

Bibliografía

J. Ayres: Teoría de la integración sensorial.

T. Tustin: Estados autísticos en los niños.

D. Anzieu: Yo-piel- ficha interna de la E.N.T.O.

J. Hochman: Hacia una psiquiatría comunitaria. Amorrortu. Buenos Aires.

PANEL

Aporte de la Terapia Ocupacional a la dinámica de los servicios asistenciales del Hospital Borda

Lucio Mastrandrea, Alfredo Osuna y Aníbal Goldchluck

LUCIO MASTRANDREA

Yo soy el Jefe de Hospital de Día del Hospital Borda. Tendría que contarles un poco de historia, por lo menos de la suerte que uno tiene cuando uno ingresa a un hospital, cuando entra a un servicio, a una sala donde se proyecta una imagen de la psiquiatría, que tiene que ver con las ideas que de alguna manera, que tienden a lo interdisciplinario.

En oportunidad de ingresar, hace más de 21 años al Servicio de Terapia a Corto Plazo, existía en el servicio en forma casi anónima una sala que se practicaban situaciones, las llamo situaciones de rehabilitación, a cargo de una persona con buenas intenciones, no había terapistas ocupacionales en el servicio.

Esta sala era así casi al azar un lugar de reunión natural de los pacientes en horarios donde no tenían actividades terapéuticas verbales en el servicio, y notábamos en este espacio una dinámica muy particular, y muy particular básicamente por la forma de relación que se establecía en este ámbito, en una realidad más espontánea que la que sucedía en otros espacios de la sala de Terapia a Corto Plazo. En este lugar además y en este servicio para esa época en particular se había planteado una situación casi revolucionaria en el sentido de insertar una sala de mujeres en un hospital como se llama este, Neuropsiquiátrico de hombres con dos salas de pacientes varones y una de pacientes de sexo femenino, y este era un lugar de reunión permanente y al mismo tiempo, y al mismo tiempo digamos de tipo de experimentación porque allí se daban fenómenos que no sucedían en otros espacios del servicio.

Se hacía un poco sin un contexto, muy amplio, si no se practicaba el dibujo, posibilidades de hacer artesanías, se trabajaba en madera en trabajos simples, y veíamos aún cuando esta tarea no estaba organizada ni planificada, veíamos una respuesta muy positiva de los pacientes, que luego en ocasión del avance que fue teniendo un poco la situación interdisciplinaria en la institución con la aparición paralelamente de otras disciplinas como es la musicoterapia, profesores de expresión corporal y otras técnicas, fueron incorporándose los terapistas ocupacionales, y tratando de encontrar en este espacio que prácticamente ya estaba planteado, un lugar de tarea planificada y organizada.

En oportunidad de pasar a Hospital de Día, prácticamente no se me ocurría la posibilidad de pensar el espacio de Hospital de Día sin la participación de terapistas ocupacionales. Esta posibilidad de que el paciente no sea sólo sobretodo en una institución como esta en la que trabajamos básicamente con psicosis, con casos graves digamos de la patología mental, este espacio para la posibilidad recreativa, para la posibilidad de la terapia ocupacional, aparecía realmente como una innovación que daba, sin ni siquiera tener la tarea planificada, sus resultados.

Nuestro deseo fue entonces plantear en forma bien planificada y orientada hacia objetivos precisos, pero chocábamos desde un principio con una situación institucional. Esa situación institucional, la marca el hecho de que la Terapia Ocupacional pertenecía a otro sector directivo como es Psiquiatría Social y Rehabilitación y es una parte centralizada del Hospital y nosotros recibimos por indicación de este sector del hospital aquellos representantes de Terapia Ocupacional que son asignados a los servicios.

Esta situación de descentralización que en cierta forma deseábamos porque no es sencillo incorporar gente de otras disciplinas a un equipo terapéutico, nos proponía hacer de la tarea interdisciplinaria no una mera formalidad si no realmente esto que nosotros concebimos como lo necesario para trabajar con estas patologías graves.

Entonces esto se planteaba desde el hecho de poder unir conceptualmente lo que llamamos el equipo de trabajo idealmente entran todas las disciplinas, que nosotros entendíamos como provechosas para el desarrollo de un programa terapéutico.

Esta situación de la actividad centralizada en cierta forma en Terapia Ocupacional, generaba un poco sus dificultades en el hecho de que nosotros pudiéramos manejar dentro de un mismo concepto la integración de los terapeutas ocupacionales. Entonces en conversaciones de años acerca de este tema y de la posibilidad de que servicios como los nuestros en los que permanentemente hay incorporación de terapeutas nuevos, ya sea psicólogos como médicos, pudieran a su ingreso comprender la posibilidad de lo interdisciplinario, salir un poco de la mera enseñanza académica universitaria y entender que acceder al enfermo mental grave no se puede hacer dentro de concepciones típicamente individualistas, si no que la posibilidad más amplia del hecho terapéutico más constitutivo lo daba, este hecho de entender que había un lugar para cada uno dentro de esta patología.

A partir de este momento en que podíamos centralizar un poco la actividad en la conformación de este equipo terapéutico de alguna manera idealizado, pero que puesto en la práctica tenía sus baches y sus falencias, la posibilidad de que esta multitransferencia generara algunos mensajes contradictorios y más aún que no todos tuvieran una dinámica acorde con lo que se pensaba puesto que sí ha habido una batalla que nosotros hemos tratado de enfrentar ha sido la del hospitalismo. Y para eso se monta una estructura que tiene que tener básicamente una postura de cuidados especiales que por esos mecanismos institucionales, que siempre existen, derive en la posibilidad de un efecto paradójico. Es decir qué a través de una actividad de este tipo poder fomentar el hospitalismo, sin desearlo de alguna forma.

El hecho básico es que en muchas de las tareas que se emprenden si no hay una dinámica de trabajo, si no existe un equipo como tal muchas inquietudes individuales se pierden y realmente lo que tratábamos era de evitar esta situación y además el choque de las disciplinas entre sí, porque en todo grupo conformado al efecto de un objetivo, siempre hay posiciones disciplinarias que nos impulsan a determinados actos y a veces no son totalmente compatibles con o propone un compañero, de manera que el equipo debe ser real en la práctica, este hecho nos llevó, y sobretodo el hecho de que no pudieran respetarse las disciplinas, a establecer la posibilidad de unirnos en una tarea conjunta y para ello desde hace algunos años los terapeutas grupales de Hospital de Día, funcionan en un espacio común con los terapeutas ocupacionales. A este espacio un paciente le puso Terapia Ocupacional Grupal, combinó los nombres y de alguna manera planteó la situación a nivel de compartir un espacio entre los terapeutas grupales y los terapeutas ocupacionales.

Estos grupos que han estado funcionando desde hace más de tres o cuatro años, realmente han hecho sus informes, de algunas variantes positivas de la experiencia y de algunas que pueden ser negativas de la experiencia, lo que se ha consolidado en la práctica es la posibilidad de tener un mensaje único y un objetivo común. Un objetivo común que está planteado desde la tarea que nosotros emprendemos con este tipo de pacientes graves, es decir, ubicarlos un poco en el lugar, los pacientes que son derivados a Hospital de día, son aquellos pacientes que una vez finalizado su brote psicótico, quedan con las secuelas típicas de del mismo, es decir: la apatía, la abulia, la falta de integración sensorial y realmente esta es una situación muy pocas veces tenida en cuenta institucionalmente en el sentido de darle una dinámica muy especial a esta situación. Dinámica especial que si se pierde realmente pierde totalmente sus objetivos, a esta técnica se la llama técnica de esfuerzos progresivos, es decir que constantemente el paciente debe recibir una situación de estímulos, que constantemente se debe pasar de una situación a otra y cuando perdemos en estas instituciones perdemos esa dinámica entramos en ese terreno paradójico, de perder esos objetivos que buscamos y aparece como un fantasma la figura del hospitalismo.

La tarea que puedo decir a través de la observación de años en relación a la tarea de Terapia Ocupacional en un servicio de esta naturaleza, se me plantea un poco desde el aspecto de algo que puede llevarles a confusión estos cuadros posteriores al brote esquizofrénico aparecen en la práctica como síndromes asténicos depresivos; es decir donde hay un factor que puede entenderse como depresivo pero que no lo es, generalmente es una secuela real de la psicosis, que como buen proceso que es, está permanentemente en marcha, está siempre latente en la vida de este paciente.

Esta situación fue planteada en algún momento muy inteligentemente por un profesional que yo quiero darles cuenta que es el Dr. Saubidet, cuando él hacía gala a través de su excelente manejo de la pintura y el dibujo, de darle validez a lo que se llama la psiquiatría objetiva, es decir la psiquiatría objetiva basada en la expresión del paciente.

Es muy habitual, no es cierto, que nuestros pacientes aparezcan con una situación que se llama discordancia, es decir que su discurso, lo que el paciente dice, no tiene relación con los datos de expresión que nos muestra en el mismo instante.

La posibilidad de estudiar esta situación, nos lleva por lo menos en este aspecto del síndrome asténico depresivo, a comprobar que aquello que el paciente revela a nivel de la conducta como una pasividad, como una abulia, no se refleja en el rostro como tristeza vital o como dolor moral, por lo tanto nuestro planteo terapéutico no va a ser desde la óptica de la depresión

sino desde la necesidad de ir a trascender sobre aquellos elementos más vitales y más profundos que están afectados en las psicosis esquizofrénicas, que son los elementos inherentes a la parte instintiva afectiva. Es decir nuestro trabajo es hacia el rescate de elementos subyacentes en el instinto y en la voluntad del paciente. Para eso la tarea es un poco de hormiga, es decir a mí me enseñaron cuando empecé a trabajar en esto que 0,25 es más que cero, es decir que esta posibilidad que nos brinda el más que pequeño logro con el pacientes nos está abriendo la posibilidad de no quedarnos en esta supuesta cronicidad sino que nuestro trabajo vale, lo que vale es el trabajo diario al lado del paciente en un rescate de estos valores de la expresión del paciente, que realmente van a dar sus frutos a largo plazo. No podemos esperar que esta respuesta sea temprana inmediata, si no tenemos conciencia de esta situación pasamos a otro plano que es de la exigencia individual que nos hacemos a veces a nosotros y que transmitimos al paciente muchas veces genera resultados anti terapéuticos incluso iatrogénicos.

Es decir tenemos que tener y darle valor al tiempo del paciente, el tiempo del paciente psicótico, el tiempo volitivo del paciente psicótico, es un tiempo realmente muy especial, que realmente debemos valorar y plantearnos desde nuestra tarea. Hay un límite así esencial entre lo que significa esta práctica de cuidados especiales que no debe tener pausas pero tampoco debe tener apuro.

Dejo que prosigan los colegas para que luego estos temas los podamos tratar en el debate.

DR. ALFREDO OSUNA. SERVICIO N° 29

Yo soy el Dr. Alfredo Osuna, Jefe del Servicio 29, es un servicio que se denomina de internación a mediano y largo plazo. Me voy a tomar unos segundos para describirles someramente lo que significa un servicio neuropsiquiátrico de estas características.

En primer lugar el nombre es un eufemismo, porque el intento es que esa internación no sea de mediano a largo plazo, si no que sea a perpetuidad, por las características como está enfocada actualmente la medicina mental en nuestro país.

Los pacientes que nos llegan a este servicio, son pacientes de una variada patología, toma todas las patologías de la nosografía psiquiátrica, las edades desde los 18 años, hasta gerontes.

Servicios en donde generalmente adolecemos de la falta de profesionales, eso es a grandes rasgos un servicio de internación a mediano y largo plazo.

Cuando nosotros intentamos, el equipo terapéutico intenta de que estas internaciones sean realmente a mediano y largo plazo, tenemos que entrar a elaborar y a luchar no sólo con la enfermedad mental en sí, sino contra ciertas actitudes que no coadyuvan para que el paciente pueda ser externado.

En un servicio donde tenemos médicos psiquiatras, psicólogos concurrentes y, hace aproximadamente tres años aparece un convenio que firmamos, o que convenimos de llevar adelante, el servicio 29 con Terapia Ocupacional del Hospital.

Y acá se plantea otro problema para mí, porque en realidad yo primero a grandes rasgos, no sé qué es en realidad Terapia Ocupacional concretamente, después voy a decir porqué y segundo si tengo que hablar de Terapia Ocupacional o de la terapeuta ocupacional que me tocó en suerte trabajar con ella, porque acá dice aportes del T.O. a la dinámica de los servicios asistenciales del Hospital Borda.

Evidentemente hablar de una disciplina es hablar de los elementos con los cuales ella, esa disciplina se maneja, pero a mí me interesa más bien hablar de cómo un sujeto aplica esos elementos de esa disciplina y es ahí cuando tenemos que objetivar la cosa, yo puedo hablar exclusivamente del aporte que brindó al servicio y a los pacientes la terapeuta ocupacional que trabajó, que trabaja con nosotros.

Les decía que me resulta difícil circunscribir la conceptualización de terapia ocupacional, son tantos los elementos que aplica el terapeuta ocupacional o trabaja con tantos elementos dentro de nuestro servicio, que evidentemente circunscribir que es me resulta difícil si sé que lo que estamos consiguiendo, y que me resulta gratificante. Los elementos son tan variados que así a grandes rasgos les puedo decir: desde fabricar un elemento, un cenicero de cerámica o un cinturón de cuero, pasando a la realización de una fiesta de cumpleaños de uno de los pacientes del servicio produciendo los elementos que se van a consumir, hasta organizar lo que se ha dado en llamar tours de compra fuera del hospital, acá por Constitución, salir con diez o doce pacientes, hacer el tour de compras, evidentemente la gama es tan amplia que yo no podría definir concretamente que es.

Probablemente sea todo eso..., pero yo apuntaría a ver qué es lo que ha aportado este trabajo, a partir de más o menos tres años a esta parte, primero una gran movilización, con los pacientes, con este término quiero hacer una pequeña aclaración, porque nos detenemos o hacemos hincapié muchas veces en movilizar a los pacientes y que es grato y es importante movilizar a los pacientes pero para mí movilizar no significa movimiento de lavarropas que se mueve pero está siempre en el mismo lugar, sino que se puede mensurar esa movilización con un hecho concreto que son las internaciones, evidentemente

con el aporte de T.O., que dejo en suspenso qué es, con el aporte de T.O., al servicio trabajando con otros terapeutas de otra índole, las altas han aumentado. Se han logrado muchas altas para un servicio de estas características.

A veces también me planteo los elementos con los cuales trabaja Terapia Ocupacional son mensurables, palpables, tienen una textura, tienen una forma, tienen un tamaño, y se me ocurren que no se diferencian mucho de la palabra que utilizamos en la psicoterapia. La psicoterapia también tiene una permanencia en el tiempo si hacemos elegir decir en el momento oportuno, tiene una textura, una forma que a veces pega en el paciente y podemos tener éxito, por lo tanto creo que los elementos que maneja terapia ocupacional y los que manejamos los psicoterapeutas no creo que sean muy diferentes, y sirve para convocar, sirve para convocar.

Terapia Ocupacional en el servicio moviliza a los pacientes, convoca a los pacientes, produjo salidas laborales de varios pacientes a Talleres Protegidos del Hospital, por supuesto, no fuera del Hospital, pareciera que el paciente recuperado, o el paciente que está compensado no tiene cabida para trabajar fuera del hospital pero al menos si dentro del hospital o en Talleres Protegidos.

Y también, y esto sí me resulta interesante, se dio en formar un espacio piloto que prepararía a estos pacientes internados a una resocialización, no es cierto, a recordar, reelaborar nuevamente el vivir en sociedad, el vivir en comunidad, ese espacio de T.O., también me parece, también cumpliría esa actividad.

Evidentemente en todos estos tres años de labor se han presentado situaciones, que evidentemente debo reconocerlas, por momentos tirantes, en qué sentido.

Recuerdo un caso en el que la terapeuta ocupacional, que trabaja en mi servicio, dice que los pacientes tienen que tener cuchillo para comer, provocó en mí cierta precaución. Bueno, evidentemente logró la terapeuta ocupacional y así fue que cada uno tiene su cuchillo, después de dialogarlo y trabajarlo.

También cosas, situaciones que lindan lo cómico pero que nos agrada mucho y nos gratifica mucho: Dentro del hospital, dentro de un hospital de éstas características son pocas las cosas que nos gratifican, fundamentalmente las altas, personalmente creo que es lo único, o lo que más me gratifica, situaciones en las cuales los pacientes movilizados en ese ámbito, en ese espacio reclaman elementos que nunca en su vida habían hecho y que yo tampoco pensaría que podían hacer como de pronto, solicitar que quieren pasta dentífrica para lavar sus dientes, eso fue promovido en T.O.

Queda mucho por hacer, pero lo poco que estamos haciendo de una manera integrada, las diversas áreas del saber dentro de la psiquiatría integradas con Terapia Ocupacional, me resulta sumamente grato, debo decir en verdad, que me resulta grato y positivo. Nada más.

DR. ANÍBAL GOLDCHLUK. JEFE DE SERVICIO TERAPIA A CORTO PLAZO .SECTOR B.

Bueno, yo soy Aníbal Goldchluk, soy jefe del Servicio a Terapia Corto plazo N° 4, y me ha gustado escuchar la opinión de los que me antecedieron en la palabra para comprobar los puntos comunes que podemos tener acerca de este tema.

Yo voy a relatarles a modo de cuento, se puede decir así, lo que fue el aporte a la dinámica del servicio a mi cargo, del equipo de Terapia Ocupacional que desde 1987, está en el servicio a mi cargo, en el punto específico de la dinámica asistencial. Esto quiere decir que los efectos que se hayan producido sobre los pacientes en forma individual no va a ser, un objeto de lo que voy a referirme.

Yo diría que en la primera etapa de la inclusión de los terapeutas ocupacionales en el servicio, el efecto primero que se produjo, fue un efecto de sensatez.

Nosotros éramos un servicio caóticamente organizado con prestaciones que básicamente giraban alrededor de los recursos farmacológicos o de los recursos psicoterapéuticos, entendiendo como recursos psicoterapéuticos en aquel entonces, como aquellos que se sostenían fundamentalmente en la verbalización. En pacientes con un severo desorden conceptual, como los pacientes que tenemos internados en nuestro servicio en general, el recurso de la verbalización era, tomo acá algunas de las cosas que el Dr. Mastrandrea dijo, era muchas veces de someter a estos pacientes a una exigencia que estaba más allá de sus posibilidades con las consecuentes reacciones frente a ello.

Por otro lado como también el Dr. Osuna dijo, nuestro interés desde que entramos al hospital estamos algo así como determinados por un ideal, sobretodo en nuestro servicio que pretende ser de corto plazo y que necesita dar altas en forma rápida, estamos determinados les decía por un ideal que es el llamado de la movilización, tenemos que movilizar a los pacientes. Este ideal tiene que ver con la patología que nosotros atendemos, la patología que se caracteriza en su aspecto defectual por el desinterés, la apatía, la desidia, la indiferencia o la abulia. Entonces movilizar parece ser un ideal que está en contraposición con este aspecto de la patología que atendemos. El tema es que todos los esfuerzos que nosotros hacíamos por movilizar a los pacientes, desde los esfuerzos que tenían que ver con las cosas que podíamos utilizar para movilizar a los pacientes, solían ser de poco rédito.

A partir de la inclusión del equipo de Terapia Ocupacional en el servicio empezaron a notarse efectos de movilización más naturales promovidos por este equipo. Entonces empezamos a observar cuales podían ser las claves que podían estar moviéndose en el trabajo de Terapia Ocupacional, en el servicio, claves que evidentemente nosotros no manejábamos e incluso en los espacios comunitarios que disponíamos en el servicio.

Yo diría que había dos elementos que nos llamaban la atención o que observábamos su eficacia. Uno era que en el trabajo que se hacía en T.O. este trabajo se hacía con una característica lúdica, o de obtención de placer por parte de los pacientes que en general nosotros carecíamos en los espacios comunitarios que habilitábamos. Por ejemplo nosotros teníamos una Asamblea de comunidad semanal en donde generalmente el clima era pesado los terapeutas a cargo de esa Asamblea intervenían de una manera interpretativa, generalmente se trataban de sancionar la que podían ser conductas que alteraban el clima de la comunidad y el efecto que producíamos era que las Asambleas de Comunidad eran generalmente de un corte pesado y difícil y con una gran cantidad de pacientes que rehusaban participar en ellas, y con una, por parte de los psicoterapeutas que estaban en esa función con un gran cansancio y desaliento frente a la tarea que tenían que asumir.

A diferencia de esto parecía que nosotros, como contraste de esto el equipo de T.O. que también funcionaba en forma grupal, conseguían que los pacientes se agruparan naturalmente, que los pacientes asistieran naturalmente y que se divirtieran en esa actividad que hacían.

Entonces que ellos se divirtieran que esta actividad fuera hecha con un sentido lúdico y placentero, esto es uno de los observables que nosotros tomamos.

El otro observable que tomamos era que en la medida en que se podía llevar a cabo una tarea con un proyecto que intermedia la reunión de los pacientes entre sí, en esa actividad, es decir que hubiera una especie de mediador me refiero a todas las cosas que Alfredo (Alfredo Osuna) fue enumerando, es decir, tanto de hacer alguna actividad manual como de organizar una salida comunitaria. Es decir que en la medida que una tarea funcionaba como mediadora los pacientes conseguían agruparse de una manera mucho más natural y lo pasaban mejor y sorprendentemente iban produciendo mayores confianzas acerca de la actualidad de la sala que lo que nosotros conseguíamos en todos los espacios comunitarios que habilitábamos. Esta primera etapa, este primer contacto con el equipo de T.O. en nuestro servicio en aquel momento, es lo que yo llamo como esta primera fase de un "soplo de sensatez".

A partir de lo observado en ese período, en donde lo que fuimos haciendo era, los efectos beneficiosos observados, es decir esas claves que el equipo de T.O., manejaba y nosotros carecíamos, poder aplicarlos, eso, esas claves en las reuniones comunitarias que en el servicio había. Es decir, dotar a esas reuniones comunitarias de estas características de por un lado que fueran placenteras con un sentido lúdico y que por otro lado tuvieran la característica de habitualmente presentar una tarea o un problema a resolver entre todos, tanto en las Asambleas de Comunidad como en las reuniones de dormitorio que nosotros hacemos.

Esa fue una etapa donde, vuelvo a repetir, en verdad creo que hemos tomado aquellas claves que advertimos como beneficiosas en el trabajo en el equipo de T.O. y finalmente estamos a partir de allí, a partir de que las reuniones de comunidad cambiaron la modalidad, es que empezamos con la necesidad dentro del equipo a redefinir, que es lo que estamos tratando de llevar a cabo en este momento, redefinir el papel de la inclusión del terapeuta ocupacional, o del equipo de terapia ocupacional en el servicio. Es decir dentro de las gamas varias de prestación que hace el servicio, es preguntarse acerca de qué lugar específico tiene el trabajo de T.O. en un servicio de internación psiquiátrica donde básicamente una de las cosas que tenemos que unir es lo que tiene que ver con lo individual, con lo subjetivo de cada una de las personas que está allí internada con lo grupal o comunitario. Entonces llegamos a proponer algo así como las siguientes dimensiones de la actividad de la Terapia Ocupacional dentro del servicio con la idea de que esta actividad esta función específica. Aclaro que lo que tratamos es que cada interviniente independientemente del grado curricular que tenga, médico, psicólogo, terapeuta ocupacional, enfermero, etc., tratamos, esto no quiere decir que lo consigamos siempre, participe en la mayor gama de prestaciones que le sea posible, independientemente de la, del antecedente curricular, eso quiere decir que en las reuniones comunitarias participen todos, estamos procurando con gran dificultad, porque esto es, se imaginan ustedes, verdaderamente conflictivo que las terapeutas ocupacionales se incorporen en las actividades de atención de familias en el servicio, es decir que lo tratamos que cada prestador independientemente, vuelvo a decir de lo curricular, pueda prestar diversas actividades en el equipo pero que a su vez conserva una función específica que poder hacer exclusivamente y que está mejor dotado por la formación que una persona que carece de esa formación.

Entonces concretamente cuáles son las dimensiones de actividad que nosotros pensamos actualmente para el equipo de Terapia Ocupacional.

En primer lugar pensamos que el equipo de T.O. tiene que funcionar como una especie de Taller del Servicio, de Taller del servicio quiere decir que la ocupación que los pacientes realicen, las tareas ocupacionales que los pacientes realicen allí, no tenga que ver exclusivamente con el logro de un proyecto individual, lo cual está perfecto, y esta es otra dimensión que se

mantiene que es el trabajo tradicional del equipo de T.O. No sólo entonces tiene que ver con la realización de un proyecto individual como puede ser una pintura, un trabajo de tejido, de carpintería, no sólo tiene que ver con esto, sino que este proyecto individual tiene que engarzarse con algún proyecto grupal, es decir tiene que unirse con algún proyecto que tenga una meta grupal. Por ejemplo: puede ser desde llevar a cabo la pintura de una sala del servicio, hasta programar una salida recreativa a un cine, a lo que fuera, es decir que lo que nos importa es que, el equipo de terapia ocupacional pueda hacer en su propio metiere su engarce entre lo individual y lo que es lo colectivo, porqué esto, porqué este énfasis, porque claramente como decía Mastrandrea, los trastornos psicóticos que nosotros tratamos implican sujetos que han, que padecen una desvinculación tanto de su propia historia como de la historia grupal de la cual forman parte.

Entonces pensamos que en esta tarea de rehabilitación, de anexar un proyecto individual a un proyecto grupal es una tarea profundamente terapéutica en los pacientes que tenemos a cargo.

La otra dimensión entonces que sería de la de terapia ocupacional, a nuestro juicio, sería la de las actividades que son tradicionales en el servicio y que funcionan como una modalidad también en la que se trata de articular el proyecto individual con los proyectos grupales y por otro lado y como tercera dimensión es que, además haya estrategias individuales de rehabilitación para determinados pacientes en particular, en este sentido y esto pueden dar cuenta las terapistas ocupacionales que están funcionando en este momento en el servicio, ellas han confeccionado una ficha que está siendo llevada a cabo y tomada a cada uno de los pacientes, en donde se evalúan en lo actual, los rendimientos diversos que los pacientes tienen sobre determinadas áreas de su comportamiento individual y social, cosas que incluyen si se asea o no se asea, si se lava los dientes, si no se lava los dientes, si duerme con pijama o no, etc., etc.

Esta ficha, que es una ficha de exploración de funciones básicas de cada paciente internado allí, es una ficha que va a servir además para que se establezcan estrategias de rehabilitación en función de cada uno de los pacientes de acuerdo a lo hallado en función de estas fichas y que a su vez esta ficha pueda servir como una evaluación con determinada frecuencia de la marcha o rendimiento de cada uno de los pacientes en las diversas áreas a tomar. De esto creo que las terapistas ocupacionales del servicio pueden dar cuenta porque me parece que es una ficha de un enorme valor y que nos sirve para poder contestar cuestiones que a veces tenemos dificultades en contestar. Por ejemplo cuando a nosotros nos preguntan qué aportes a la dinámica de un servicio un equipo de terapia ocupacional, tenemos que responder apelando a la memoria, a la subjetividad propia, a las impresiones que a nosotros nos hayan causado y carecemos muchas veces de mediciones o registros objetivos que nos permitan dar cuenta mejor de los resultados obtenidos.

Bueno creo que esta ficha irá en este sentido. ¡Gracias!

Preguntas y comentarios:

Dr. Mastrandrea (comentario)

A mí siempre me ha preocupado y esto lo tocaba Goldchluk, en este momento, el hecho de cómo concebimos el alta psiquiátrica, muchas veces los profesionales médicos particularmente en psiquiatría. Es decir muchas veces nos valemos del concepto sintomático o de ruptura digamos del momento de crisis de la situación crítica ya pasó y dejamos un poco al margen la situación social y del grupo familiar y la relación con el afuera del paciente.

Como nuestro trabajo está centrado en resocialización y rehabilitación estas fichas que decía Goldchluk las venimos usando desde hace muchísimos años, pero lamentablemente las fichas cuando cambian las personas, después dejan de usarse, no, es lo lamentable dentro del campo de la institución, entonces tenemos antecedentes históricos en el uso de las fichas, el tema es trasladarlo esto a lo que podríamos decir el aporte de la terapia ocupacional a la rehabilitación y a la resocialización, en el sentido de estos pequeños detalles que decía Aníbal recién, si no se tienen en cuenta son los principales elementos del rechazo del paciente en el ámbito social, y además índice fundamental de la reinternación de pacientes en la institución. Entonces de que sirve que nosotros logremos cortar un brote, solucionar una temática individual particular del paciente y de su relación con el medio ambiente en el ámbito bueno de ya la sintomatología no es temible, si realmente no establecemos la posibilidad de ese reaprendizaje social en los términos que corresponden. No nos alcanza lo verbal para completar esta situación, he ahí el trabajo central y valorado de la terapia ocupacional.

Es decir que uno de los índices más importantes de la posibilidad rehabilitadora está en dar cuenta de lo simple no de lo más amplio que es lo que recogemos un poco todos los días en estos hospitales donde se encierra la locura, así con palabras en mayúsculas, sino que estos pequeños detalles la vestimenta, si se lava los dientes, si el individuo puede sentarse a la mesa de una manera correcta, son elementos centrales de lo que va a pasar con ese sujeto o persona en el medio ambiente.

Pregunta al Dr. Osuna: La formula una terapeuta ocupacional que trabaja en una institución psiquiátrica privada en relación a su experiencia con las salidas, en las que al principio los médicos no querían dar permisos de salida. La pregunta es si la decisión del grupo que sale es solamente del terapeuta ocupacional o si interviene el equipo en la decisión de cuáles son los pacientes que salen

Dr. Osuna: El primer aspecto que tenemos que contemplar para la salida fue el de romper o no aceptar la conceptualización del médico psiquiatra, yo me cuesta mucho decir que soy médico psiquiatra en muchos lados, porque me da un poquito de miedo, ya empiezan a mirarme medio torvamente como presumo yo como si manejara un Ford Falcon o una cosa así. Claro, porque calculen ustedes internamos, retenemos, medicamos electroshocks que supuestamente, ojo que en ciertos momentos eso hay que hacerlo, nos adjudican un montón de cosas que a mí realmente no me gratifican. Bueno, superado ese aspecto donde nos decimos no queremos ser psiquiatrones, aparecen las propuestas, por supuesto, que concretamente esta propuesta de salidas, tours de compras, provino de la terapeuta ocupacional.

Provino de ella, se trabajó en el grupo, ella nos fue transmitiendo a nosotros que pacientes estaban con deseos de salir, que querían hacer, evidentemente hubo un control semiológico porque no podía dejar salir a un paciente que pudiera correr riesgos su vida, evidentemente que sí, pero todos los pacientes que decidieron salir de compras, lo han hecho y no hemos tenido ningún inconveniente, o sea que fue una situación que se fue gestando, autogestando que evidentemente, cuando la terapeuta ocupacional me lo transmite, es porque los pacientes, se lo habían transmitido verbalmente o se lo habían hecho sentir, y después como fue surgiendo así lo trabajamos y no tuvimos ningún inconveniente y pensamos que algún día poder tener la suerte, tenemos cuarenta pacientes internados, de poder salir los cuarenta.

Público: Rol de la familia en función de las salidas, ¿tienen que firmar los permisos?

Dr. Osuna: No tienen que firmar un permiso, en nuestro servicio cuando llega un paciente lo primero que intentamos es establecer una conexión con el familiar, para que se acerque, no podemos brindarle en estos momentos psicoterapia familiar, porque no tenemos personal especializado, pero sí insistimos en que se acerquen que no nos abandonen, ni al paciente ni a nosotros. No tienen necesidad de firmar el permiso

Público: ¿con la plata cómo se manejan para esos tours de compras?

Dr. Osuna: En el servicio 29, hay muchos pacientes que son jubilados, que tienen esas pensiones graciables, tienen sus fondos, otros cobran de Talleres Protegidos, otros cobran el peculio. Entonces juntan sus pesos y deciden ir a comprar una campera, jabones, las cosas más variadas.



PROGRAMA

3°. JORNADAS DE TERAPIA OCUPACIONAL EN SALUD MENTAL 21, 22 y 23 de Octubre de 1992 HOSPITAL "JOSE T. BORDA"

Sede: Aula Magna del Servicio 9 de la Catedra
Unidad Docente del Dpto de Salud Mental

TEMARIO: *Abordajes clínicos/ Formación y Capacitación/
Aportes Interdisciplinarios/ Conceptualizaciones teóricas.
PANELES/ TRABAJOS LIBRES.*

COMISION ORGANIZADORA

HOSPITAL BORDA

T. O. Capozzo Marcela
T. O. Daneri Sara
T. O. Gomez Mengelberg Elizabeth.
T. O. Guzmán Marcela
T. O. Risler Liliana
T. O. Sagrera Mónica
T. O. Slaifstein Adriana

HOSPITAL INFANTO JUVENIL

T. O. Palma Carlos
T. O. Ré Viviana

COMITE CIENTIFICO

T. O. Kleiban Silvia
Dr. Materazzi Miguel A.
T. O. Paganizzi Liliana
T. O. Papiermeister Ana Maria
Lic. Villarroel Norma Naess de

RELATORES INVITADOS

T. O. Paganizzi Liliana	Dr. Osuna Alfredo
T. O. Papiermeisters Ana María	Dr. Goldchluk Anibal
T. O. Narvaes Silvia	Dr. Mastandrea Lucio
T. O. Ricardo Itovich	Dra. Minervini María
T. O. Fernandez Silvia	de las Nieves
T. O. Castro Ares Alejandra	Dr. Ferrioli
Dr. Schocron Alberto	Equipo de T. O. NEUROPSIQUIATRICO de Santa Fé

Arancel Institucional: \$ 10.-

Informes e inscripcion: Servicio N°. 48 de Terapia
Ocupacional Hospital Borda
Ramón Carrillo 375 Cap.
Lunes, Miércoles Y Viernes
de 12 a 14 hs.

Martes y Jueves de 11 a 13 hs

SE OTORGAN CERTIFICADOS

AGRADECEMOS LA COLABORACION DE LOS DISERTANTES QUE HAN
HECHO POSIBLE ESTE ENCUENTRO

ORGANIZA:

SERVICIO NUMERO 48 DE TERAPIA OCUPACIONAL
HOSPITAL DR. JOSE T. BORDA

SERVICIO DE TERAPIA OCUPACIONAL DEL HOSPITAL
INFANTO JUVENIL "DRA. CAROLINA TOBAR GARCIA"

HOSPITAL "DR. JOSE T. BORDA"

DIRECTOR INTERINO : DR. RAUL M KUTBRA

DIRECTOR ASISTENTE DE INTERNACIONES PSIQUIATRICAS

PROFESOR DR. MIGUEL A. MATERAZZI

III JORNADAS DE TERAPIA OCUPACIONAL EN SALUD MENTAL

21 - 22 - 23 DE OCTUBRE DE 1992

SEDE: AULA MAGNA DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL

HOSPITAL DR. JOSE T. BORDA

COMISION ORGANIZADORA

T.O. MARCELA CAPOZZO

T.O. SARA DANERI

T.O. ELIZABETH GOMEZ MENGELBERG

T.O. MARCELA GUZMAN

T.O. CARLOS PALMA

T.O. VIVIANA RE

T.O. LILIANA RISLER

T.O. MONICA SAGRERA

T.O. ADRIANA SLAIFSTEIN

PROGRAMA

MIÉRCOLES 21 DE OCTUBRE

COORDINADORA: T.O. ADRIANA SLAIFSTEIN

08.00 HS.: INSCRIPCIÓN

09.00 HS: APERTURA COMISIÓN ORGANIZADORA
AUTORIDADES DEL HOSPITAL

09.30 HS: EXPONEN: T.O. SILVIA NARVAEZ - LIC. JORGE
RENSULLI - DR. ITOVICH

TEMA: "DE LA A-DICCIÓN A LA PALABRA"

10.00 HS: EXPONE: DR. ALBERTO SCHOCRON

TEMA: "A.V.H. DE LOS TERAPISTAS OCUPACIONALES"

10.30 HS: RECESO

10.45 HS: EXPONE: T.O. ANA M. PAPEIRMEISTER

TEMA: "ABORDAJE DE PACIENTES CON SIDA EN T.O."

11.15 HS: EXPONEN: T.O. SILVIA FERNANDEZ - T.O. ALEJANDRA

CASTRO ARES - T.O. VIVIANA RE

TEMA: "GIROS, DAR MEDIA VUELTA Y VER QUE PASA
ALLA AFUERA"

TRABAJOS LIBRES

11.45 HS: EXPONE: T.O. MARIA INES LANFRANCHI

TEMA: "ROL DEL T.O. EN JARDINES MATERNALES"

12.00 HS: EXPONEN: LIC. PATRICIA ALVAREZ - LIC. LAURA

LERER - T.O. SILVIA FERNANDEZ

TEMA: "ALGUNOS INTERROGANTES SOBRE LA CREACIÓN Y
LA SUBJETIVIDAD, REFERIDA A LA
EXPERIENCIA EN UN TALLER DE EXPRESIÓN,
CON ADOLESCENTES INTERNADOS, EN EL ÁMBITO
HOSPITALARIO DE LA SALUD MENTAL"

JUEVES 22 DE OCTUBRE

COORDINADOR: T.O. CARLOS ALEJANDRO PALMA

09.00 HS: PANEL

COORDINADORA T.O. SARA DANERI

TEMA: FORMACIÓN DE POSTGRADO

INTEGRANTES: T.O. MARTA SUTER - T.O. SILVIA
DESTUET - T.O. MARIA RITA MARTINEZ
ANTON - T.O. MARISA ALIPPI

09.45 HS: EXPONEN: EQUIPO DE T.O. DEL HOSP. NEUROPSIQUIA-
TRICO DE SANTA FE ** VIDEO **

TEMA: "ATENCIÓN EN T.O. EN EL HOSP. NEUROPSI-
QUIATRICO DR. MIRA Y LOPEZ"

10.15 HS: RECESO

TRABAJOS LIBRES

10.30 HS: EXPONEN: T.O. MAGALI RISIGA-T.O. MARÍA I. ESTEVEZ

TEMA: "VEJEZ: EL ESPEJO DE LOS MIEDOS"

10.50 HS: EXPONE: T.O. MARCELA CAPOZZO

TEMA: "UNA VISIÓN ACERCA DEL PROCESO DE PRODUCCIÓN
DEL CONOCIMIENTO DE Y EN T.O."

11.10 HS: EXPONEN: T.O. LILIANA SBRILLER - ALUMNOS DE T.O.

ARACELI ANDRADE - SILVINA FOSELLI

TEMA: "ELEMENTOS DE INVESTIGACIÓN COMO MÉTODO DE
APRENDISAJE EN LA PRÁCTICA CLÍNICA"

11.30 HS: ESPACIO C.O.L.T.O.

11.45 HS: RECESO

12.30 A 14 HS: TALLER: ANÁLISIS CURRICULAR DEL PLAN DE
ESTUDIOS DE T.O.

PRESENTA: T.O. MARTA SUTER

*VACANTES: MÍNIMO 10 - MÁXIMO 20 PERSONAS - INSCRIPCIÓN
PREVIA* LUGAR AULA MELGAR

VIERNES 23 DE OCTUBRE

COORDINADORA: T.O. MARCELA CAPOZZO

09.00 HS: PANEL: COORDINADORA T.O. ELIZABETH GOMEZ MENGELBERG

TEMA: APORTES DE LA T.O. A LA DINÁMICA DE LOS
SERVICIOS ASISTENCIALES DEL HOSPITAL BORDA

INTEGRANTES: DR. MARIA DE LAS NIEVES MINERVINI

DR. ANIBAL GOLCHLUCK DR. LUCIO MASTRANDREA

DR. ALFREDO OSUNA

09.45 HS: EXPONE: DR. DANIEL FERIOLI

TEMA: "EL NIÑO ENTRE EL JUEGO Y LA BATALLA"

10.35 HS: RECESO

10.45 HS: EXPONE: T.O. LILIANA PAGANIZZI

TEMA: "CONCEPTUALIZACIONES TEÓRICAS E INTERVENCIONES"
TRABAJOS LIBRES

11.30 HS: EXPONEN: T.O. ELIZABETH GOMEZ MENGELBERG - T.O. LILIANA

RISLER

TEMA: TERAPÉUTICA OCUPACIONAL GRUPAL, UNA ELECCIÓN

12.00 HS: EXPONE: T.O. SARA DANERI

TEMA: "UN RETORNO DIFERENTE"

12.30 HS: ACTO DE CLAUSURA

JORNADA 4

**Cuartas Jornadas de Terapia Ocupacional
13, 14 y 15 de octubre de 1993**

PRÓLOGO

Norma Lilia Naess¹

Una de las características de la Terapia Ocupacional que fue perfilándose con más claridad a medida que profundizaba mi conocimiento de esta disciplina, fue su versatilidad.

Por razones básicas, que imponen la necesidad de marcar áreas para la orientación de alumnos y la especialización de profesionales, se habló siempre de que abarcaba “campos” (físico, psiquiátrico, laboral, geriátrico) diferentes, aunque no mutuamente excluyentes, y esta diversidad se complejiza al centrarse en la ocupación humana, como objeto de estudio y de aplicación en la prevención y el tratamiento de patologías.

Una simple mirada a la historia de la humanidad, nos muestra cuán polifacética es la ocupación, pues la cultura muestra al hombre integral dinamizado en su quehacer.

A partir de los trabajos presentados en estas Jornadas, querría delinear la versatilidad que se evidencia, a través de los siguientes ejes:

- los momentos de la vida (desde el nacimiento hasta la muerte);
- las líneas teóricas que, no sólo fundamentan los trabajos, sino que son enriquecidas por ellos;
- el modo de abordaje de los distintos temas;
- los métodos de análisis;

Y en todos ellos se destaca el rigor tanto en la presentación de los casos, cuanto en el análisis y las conclusiones, y marca un paso importante en el proceso de institucionalización de una profesión, que, en 1993, apenas llevaba poco más de tres décadas de evolución en el país.

Considero oportuno mencionar los resultados de la primera investigación de macro nivel efectuada en la Argentina por la Cátedra de Metodología de la Investigación de la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional, y presentada en el Congreso de la especialidad efectuado en la ciudad de La Rioja en septiembre de 1985, se proponía conocer el campo ocupacional real del profesional Terapeuta en el país, a través del carácter de los cargos por ellos ocupados.

Las respuestas sorprendieron pues, si bien la mayoría de los cargos correspondían a los roles clásicos de los Terapeutas, había un alto número de posiciones laborales en áreas no convencionales; y, a pesar de esta nueva apertura, los terapeutas mantenían claramente su identidad profesional.

Otra conclusión de la investigación macro, fue que aún no estaba suficientemente desarrollado –como campo– el social. Por supuesto se reconocía que el aspecto social era uno de los constitutivos del quehacer del Terapeuta, a través de la consideración –como fundamentales– del medio de pertenencia de cada paciente y, asimismo, del medio ambiente terapéutico.

Esta situación del abordaje social tuvo un amplio y exitoso desarrollo –por las autoridades de salud– en las provincias de La Rioja y del Neuquén. Y, en el año 1999, en la apertura del Congreso de Terapia Ocupacional, la Doctora Ada Guzmán Loza, ex ministra de la provincia, y asesora de la Organización Panamericana de la Salud, señaló al Terapeuta Ocupacional como profesional indispensable en la estrategia de “Rehabilitación con base comunitaria”. De este modo, se afianzaba el proceso de institucionalización de la profesión.

¹ Profesora Metodología de la Investigación ENTO.

TRABAJOS LIBRES

A tono²

Carolina López y Fernanda Zamora

Prólogo

Es sabido que la sociedad opera sobre la locura como producto social, mediante la marginación, el aislamiento y el abandono y que los propósitos de cuidado terminan conduciendo al deterioro.

Concordamos con los autores que dicen que la psicosis está relacionada directamente con una carencia ambiental real y temprana, por lo que sólo podría ser corregida por una provisión ambiental adecuada.

La mayor parte de las teorías convienen que los esquizofrénicos retiran su interés del mundo exterior o que, en todo caso, esa es la impresión que dan. Sin embargo esto es parcialmente verdadero ya que los esquizofrénicos se retiran del mundo de las relaciones normales, es decir, triangulares o edípicas, pero son capaces de otra clase de relaciones a las cuales deberíamos aspirar a promover, por medio de técnicas de socialización que permiten al paciente conectarse dentro de sus posibilidades. Este trabajo exige del terapeuta mucho más que las técnicas corrientes, debe poder demostrar que es capaz de comprender al paciente, sin que esto signifique satisfacer de manera inmediata y sin reservas todas sus necesidades, pero si debe poder trabajar en "armonía" con él, "a tono" con él.

Una descripción clínica muy interesante de la importancia que tiene el ambiente armonioso en el tratamiento de esquizofrénicos, está contenida en un libro de Stanton y Schwarz (1954), en el cual los autores muestran de manera convincente que cualquier desarmonía en el ambiente, por ejemplo, entre varios miembros del personal encargado del tratamiento de un paciente y depende mucho más de él que el llamado "normal o neurótico".

Es cierto que una observación superficial del esquizofrénico no revela este estrecho lazo, ni ésta desesperada dependencia, por el contrario, cobra la impresión de retiro. De falta de todo contacto. En este aspecto, la esquizofrenia puede ser una réplica de la fase fetal o infantil en la cual también encontramos exactamente los mismos rasgos: una apariencia de no advertir el mundo exterior, con fugaces contactos aparentemente sin importancia que sólo encubre tenuemente una desesperada dependencia y una enorme necesidad de "armonía".

Introducción

Presentación del equipo y población de pacientes del Centro de Investigación Psiquiátrica de Buenos Aires (C.I.P.B.A.).

El equipo está formado por un director médico, un coordinador, seis médicos de planta, dos terapeutas familiares, dos psicólogas, una musicoterapeuta, un psicomotricista, una terapeuta ocupacional y una auxiliar de terapia ocupacional, departamento de concurrentes y personal paramédico.

Los tratamientos efectuados en el Centro son: asambleas de apertura, cierre, administrativa y multifamiliares. Tratamientos psicofarmacológicos y seguimiento individual. Terapia grupal. Terapia familiar. Terapia Ocupacional. Musicoterapia. Psicomotricidad. Talleres de recreación y literario.

La población de pacientes es de un promedio anual de ciento cinco internados, de los cuales el 60% son crónicos y el 40% agudos. Dentro de este 60% las patologías más frecuentemente observadas son: esquizofrenias simples, psicosis endógena, demencias y algunas adicciones.

Diagrama de situación:

En 1990 se realizó un audiovisual en el Hospital de día del C.I.P.B.A. donde se invitó a que asistieran como observadores algunos pacientes de internación.

En esta oportunidad se pudo observar la dificultad de los pacientes para conectarse con los otros en general. De aquí surge la idea de comenzar a trabajar el área de socialización para favorecer en los pacientes la conexión con el afuera.

² Publicado en: Terapia Ocupacional. Actualizaciones en teoría y clínica- COLTO III.1995. ISBN 987-99000-6-5 Bs.As. Pag. 55-67

Esta idea fue llevada por terapia ocupacional al equipo de internación a modo de propuesta de “salidas terapéuticas periódicas”.

Objetivos:

A partir del objetivo principal de: “favorecer la socialización y conexión del paciente con el afuera”, se realizó un análisis más profundo donde surgieron los siguientes objetivos secundarios posibles de tener en cuenta y trabajar durante el Programa de Salidas Terapéuticas (P.S.T.):

- Mejorar el nivel de vida del paciente conectándolo con la realidad.
- Evitar la hipoabulia y el deterioro provocado por el hospitalismo.
- Fomentar la higiene y el arreglo personal.
- Proveer estímulos que provoquen una mayor plasticidad de movimientos para evitar la lentitud y rigidez, rompiendo con la estereotipia.
- Promover el diálogo entre ellos y con extraños.
- Evitar la inactividad.
- Modificar conductas bizarras y favorecer una mayor reacción de prestancia.

Desarrollo

Descripción del trabajo:

Esta investigación se realizó en los meses que abarcan desde febrero de 1992 hasta febrero de 1993, con el 63% de la población crónica de la institución, especialmente con aquellos que por irreversibilidad de la patología, carencia de un medio continente o abandono familiar no estaban en condiciones de acceder al alta.

En la actualidad el P.S.T. está incluido como modalidad de trabajo de T.O. en el cronograma de actividades.

Las patologías que se pueden encontrar entre los pacientes que participaron del P.S.T. son esquizofrenias residuales o defectos esquizofrénicos y demencias. Los tratamientos que recibían esta población se limitaban al tratamiento psicofarmacológico y control de medicación, participación en asambleas, Psicomotricidad y Terapia Ocupacional.

Quedaban fuera de la experiencia los gerontes, ya que su inclusión hubiese implicado una modificación en la modalidad de la tarea y en el diseño de las salidas. Es importante destacar que estos pacientes llevan entre dos y doce años de internación.

Los fines de las salidas terapéuticas se pueden clasificar en:

- Recreativas: football en plazas en encuentros amistosos con pacientes de otras clínicas o jóvenes de algunos colegios de la zona, visitas al Jardín Japonés y al Jardín Zoológico, juegos de pool y bingo, picnic día de la primavera, jornadas deportivas.
- Sociales y culturales: salidas a tomar café, visita a la Biblioteca Nacional, Telecom y a una Iglesia.
- Salida de compra: por los negocios del barrio, galerías y shoppings.

La modalidad de las salidas era de una vez por semana, los días martes, por la mañana, durante tres horas. El grupo estaba formado por un promedio de veintidós pacientes acompañados por dos o tres terapeutas: la T.O. el psicomotricista y la auxiliar de T.O. En algunas ocasiones se incluyeron dos o tres pacientes agudos en situación de pre-alta.

Recursos:

Para llevar adelante esta experiencia fue necesario resolver algunas cuestiones administrativas como:

- permiso del Juez y/o curador en el caso de pacientes declarados insanos.
- permiso del médico tratante y/o director médico.
- permiso del familiar.
- control previo del médico de guardia el día de la salida.

Estas cuestiones provocaron algunas modificaciones en el área administrativa que sin querer comenzaron a colaborar en esta experiencia. Asimismo el programa en general provocó modificaciones con respecto a las funciones primordiales en otras áreas como personal paramédico, mucamas y cocineras.

Esto fue un proceso que se fue dando paulatinamente y que generó un mayor compromiso de estas personas en la dinámica terapéutica.

- Roles:

Personal administrativo

Recepcionista: encargada de avisar telefónicamente o personalmente a los familiares de firmar el permiso de salida, informar al juzgado y al curador que el paciente se encuentra participando del P.S.T. y archivar los permisos y las cédulas judiciales en las historias clínicas.

Administradora: encargada de proveer los recursos económicos para las salidas terapéuticas y de comunicarse con aquellos familiares que presentan mayor resistencia o a los que no se puede acceder fácilmente por vivir fuera de la Capital Federal.

Director médico: Se hace responsable de las dificultades legales que puedan presentarse y controla a los pacientes que participan del P.S.T.

Personal paramédico:

Enfermeras: encargadas de procurar que el paciente esté aseado y vestido en forma adecuada para las salidas, controla el estado clínico del paciente al momento de la salida terapéutica.

Personal auxiliar

Mucamas: control del aseo y condiciones de la ropa.

Cocineras: encargadas de guardar la ración del paciente hasta la hora de la comida.

Modificaciones a partir del P.S.T.

En general el compromiso fue aumentando a la luz de los resultados claramente observables. Estos trajeron como consecuencia un mayor empeño en obtener los permisos necesarios, ropa adecuada, elementos de higiene, recursos económicos, etc., de parte de los familiares. Así también se elevó el interés de los médicos tratantes por la inclusión de sus pacientes en el P.S.T. Las enfermeras se mostraron más motivadas para conseguir los recursos necesarios en cuanto a la ropa y el abrigo en época invernal, que si el paciente carecía de ella intentaban procurar la de otros pacientes a modo de préstamo. Los estimulaban a pintarse y peinarse prestándoles incluso objetos personales o dinero para alguna salida o compra especial. En el caso del personal de cocina se ha observado marcada colaboración en especial en los días en que se retrasaba el horario de regreso debiendo modificar con buen ánimo el horario de la comida para ese grupo. Es importante destacarlo ya que todos sabemos lo que esto significa en una institución de estas características.

- Terapia Ocupacional

P.S.T. Modalidad de trabajo:

En primer término se utilizaron las primeras salidas para hacer una evaluación y un diagnóstico del estado del paciente en el afuera. A partir de este diagnóstico armamos un diagrama de situación individualizando las conductas más perturbadoras y el plan de tratamiento a seguir.

1. Higiene:

Se hizo hincapié en que los pacientes estuviesen bañados para el día de salida. Esto se hizo por medio de charlas con el personal de enfermería y con el paciente en forma individual. Esto era condición sine qua non para la asistencia del paciente a la salida terapéutica.

Con respecto a la limpieza bucal, limpieza de uñas y manos (especialmente por las manchas de nicotina de los dedos) se acompañaba al paciente realizando esta tarea en su dormitorio previo a cada salida y también con un día de arreglo personal en el espacio de T.O. donde los pacientes se quitaban las manchas con lavandina, cortaban sus uñas y luego eran limadas y pintadas. Se incentivaba a usar desodorantes y perfumes. También se invitaba a que los pacientes lavaran su ropa en T.O. si carecía del servicio de lavandería.

2. Arreglo personal:

A los pacientes que tenían familiares, los estimulábamos a llevarlos a la peluquería, pedicuría y odontología, y a que le trajeran ropa adecuada. En el caso de los que carecían de familia, esta actividad se realizaba en T.O. peinado, arreglo de uñas, maquillaje, y en los hombres, afeitarse y cortarse el cabello.

Lo importante de esta tarea, es que utilizábamos los recursos de pacientes que podía colaborar en esta área, por ejemplo pacientes que eran peluqueras o maquilladoras ayudaban a sus compañeros en el arreglo personal, de esta manera se estimulaban entre ellos.

3. Conductas en el afuera:

Al observar la ausencia de reacción de prestancia y conductas socialmente aceptables, nosotros intentábamos vehiculizar el registro de las mismas por medio de la observación de la gente en la calle y el análisis grupal de estas situaciones donde quedaba en evidencia la diferencia.

Una vez que existía un registro de esto se le daba posibilidades de cambio tanto por parte de los terapeutas como de los mismos pacientes, por ejemplo, la mayoría de los pacientes usaban bolsitas para guardar sus objetos personales que luego fueron reemplazándose por carteras, bolsos, etc.

4. Carencia de interés y falta de diálogo:

Con respecto a estas conductas, hemos observado que a medida que mejoraban las anteriores, éstas se modificaban en forma proporcional. Fue muy importante la actitud del terapeuta para generar interés y fomentar el diálogo por medio de chistes, provocaciones e incluso haciendo de filtro decodificador entre los pacientes al nivel de la comunicación y fundamentalmente actuando como un modelo.

5. Autonomía personal:

Esto se fue consiguiendo con el trabajo general y la parcela de libertades que se le brindó al paciente durante todas las salidas terapéuticas.

P.S.T. previo a las salidas:

Para cada una de las salidas confeccionábamos la lista de los pacientes verificando permisos y estudiábamos nuevas inclusiones.

Recorríamos las habitaciones a modo de "pasar revista" en un encuentro íntimo con el paciente plagado de elogios, afecto, consejos y comentarios generando un "clima de armonía", esto es el "ponerse a tono" del que hablábamos en el principio.

Les preguntábamos a los pacientes si contaban con el dinero necesario y solicitábamos a la administración el resto faltante.

Al comienzo la propuesta del lugar a donde iríamos era planificada previamente por nosotras; en la medida que los pacientes se iban adaptando a la modalidad del P.S.T. eran ellos los que proponían la actividad con anticipación, a veces una semana antes y nosotras estudiábamos la posibilidad de llevarlas a cabo.

Cabe destacar que el P.S.T. no estaba pautado, sino que cada paciente podía actuar libremente, nosotros acompañábamos y conteníamos en los casos necesarios.

Anticipábamos, verbalmente o por medio de roll playings, situaciones riesgosas como: peligro en el cruce de las calles, aislarse y perderse del grupo en lugares abiertos o donde hubiera mucha gente, peligros al subir o bajar del colectivo, posibilidades de fuga, etc. Dábamos lineamientos generales de conductas socialmente aceptadas, ya que la mayoría de los pacientes presentaban conductas marcadamente bizarras como comer cosas encontradas en la calle y alimentos de otras mesas, recoger colillas, llevarse los diarios de los bares, pedir algo y carecer de dinero, salivar, ir al baño sin cerrar la puerta, cantar en voz alta en un lugar público, etc.

P.S.T. durante las salidas:

"Presentación de VIDEO (voz en off): ... "A lo largo de las salidas que conformaron este programa, los pacientes fueron viviendo diferentes situaciones: compraban en forma independiente, llevaban a reparar sus efectos personales, entraban en contacto con desconocidos, empleados de comercio, guía de la Biblioteca Nacional, etc.; comenzaban a hacer un reconocimiento del mundo exterior, teléfonos digitales y de tarjeta magnética, máquina de compact-disc, escaleras mecánicas, ascensores, máquinas de video juegos, carteles indicadores, orientación en la calle, manejo del dinero, del tiempo y del espacio, material de lectura de diarios y revistas. Imitaban conductas de personas extrañas y aparecía cierta posibilidad de disfrutar de situaciones agradables progresivamente...".

P.S.T. posterior a las salidas:

Al regresar a la institución se realizaba una especie de evaluación donde surgían comentarios acerca de los logros obtenidos y dificultades ocasionales.

Esto se trabajaba a modo de asambleas o por medio de roll playings intentando reconstruir la escena y frente a ésta buscar otras soluciones posibles. A mediados del P.S.T. se realizó una observación de video (recopilación de todas las salidas al momento) donde cada uno pudo contar lo que sentía al verse en las diferentes etapas del proceso, su nivel de comunicación, su manejo independiente o dependiente, sus conductas, sus posturas, etc.

Aprendiendo la experiencia más allá de lo supuestamente esperable:

...Es esperable que un paciente deteriorado se desorienta.

...Es esperable que un paciente compulsivo frente a mucha comida intente atiborrarse de la misma.

...Es esperable que un paciente automatizado y adaptado a un medio protegido no sepa autocuidarse en el afuera.

...Es esperable que un paciente psiquiátrico se descompense.

...Es esperable que un paciente hospitalizado intente fugarse.

...Es esperable que un terapeuta conozca todos estos supuestos, pero frente a la experiencia ninguno de ellos resultan tan esperables.

Decimos que aprendemos de la experiencia más allá de lo esperable porque durante el P.S.T. experimentamos desorientaciones, compulsiones, carencias de autocuidado, descompensaciones y fugas. Pero luego, solamente luego, de experimentarlas... a partir de haber aprendido a esperarlas fue que tanto nosotras como los pacientes pudimos comenzar a evitarlas llevándolas a una paulatina disminución.

...No es esperable que un paciente apático ponga interés en algo.

...No es esperable que un paciente deteriorado afectivamente comience a mostrar emociones nuevas.

...No es esperable que un paciente con conductas bizarras incorpore conductas socialmente aceptables.

...No es esperable que un paciente con marcada anhedonia comience a disfrutar de propuestas agradables.

...No es esperable que un paciente automatizado o estereotipado comience a crear situaciones nuevas.

...No es esperable que un paciente que presenta inactividad total comience a realizar una actividad manifestando compromiso y entusiasmo.

...No es esperable que un paciente con tendencia al mutismo comience a comunicarse con otros.

...No es esperable que una institución que recibe pacientes con estas características permita, avale y sostenga un programa de este tipo.

"Frente a la experiencia todo esto se transforma en algo sorprendentemente esperable..."

Resultados

Hemos observado que los objetivos que nos planteamos en un principio se han cumplido en su totalidad. Para una mejor ilustración de los resultados hemos confeccionado gráficos donde cuantificamos algunas conductas observadas siguiendo para esto los registros de un trabajo realizado por Gopinat y Chatuverdi (Escandinavia- Septiembre 1992) que habla sobre las conductas perturbadoras en pacientes esquizofrénicos.

Ellos registraron como "conductas perturbadoras" las siguientes con su correspondiente porcentaje:

Descuido de higiene personal = 53%

Lentitud = 53%

Falta de diálogo = 49%

Carencia de interés= 54 %

Inactividad Total = 64%

Resultados observados y registrados por nosotros previo al comienzo del P.S.T. (Buenos Aires- Enero 1992)

Descuido de higiene personal = 83%

Lentitud = 75%

Falta de diálogo = 75 %

Carencia de interés= 86 %

Inactividad Total = 69%

Estos dos registros están tomados con igual número de pacientes, igual perfil patológico e idéntico plan de tratamiento psicoterapéutico y psicofarmacológico. La diferencia observada podemos atribuirla al aspecto cultural y a la cronicidad de nuestra población de pacientes.

Resultados a enero de 1993 con igual población de pacientes recibiendo igual tratamiento psicoterapéutico y psicofarmacológico habiendo participado del P.S.T.

Descuido de higiene personal = 5,5 %

Lentitud = 13 %

Falta de diálogo = 5,5 %

Carencia de interés = 5,5 %

Inactividad Total = 5,5 %

Así como se observan mejoras en los índices anteriores correspondientes a ciertas conductas tomadas para cuantificar, del mismo modo, otras conductas de las que hemos venido desarrollando se han modificado de igual manera.

Escala de medición:

- Descuido de higiene y arreglo personal:
- baño y arreglo en forma independiente.
- baño y arreglo en forma dependiente.

Falta de dialogo:

- pacientes que responden sólo a preguntas.
- pacientes que hablan en forma espontánea sólo con los terapeutas.
- pacientes sin dificultad de diálogo.

Interés:

- pacientes que asistían a la actividad en forma espontánea.
- Pacientes que necesitaban del estímulo del terapeuta.

Inactividad total:

- pacientes que permanecían en la cama durante la mayor parte del día y que bajaban sólo para comer.
- pacientes que realizaban actividades durante el día.
- pacientes que buscaban realizar actividades en su tiempo libre.

Lentitud:

Tener en cuenta que este punto tiene que ver directamente con una conducta secundaria propia de la patología y de la acción del psicofármaco, lo que se realizó fue la medición de cuantos pacientes mejoraron en este aspecto.

Conclusiones

Nosotros hemos construido a partir del Programa de Salidas Terapéuticas respuestas a la necesidad de una modalidad nueva de trabajo y uso de las distintas corrientes de tratamiento de esquizofrénicos crónicos.

El éxito de la experiencia no está en el hecho de la salida en sí, a pesar de ser muy importante ya que es ésta la oportunidad que tienen los pacientes para conectarse con el mundo exterior, sino que ellos mismos nos fueron demostrando la relevancia que toma la actitud del terapeuta que, sin cumplir un rol maternal y sobreprotegerlos, sin responder de forma inmediata y sin reservas a las necesidades del paciente y sin perder el rol de terapeuta, anticipa, acota, alerta, acompaña, alienta, aguarda, anima, armoniza ... "a Tono...".

Bibliografía

Psiquiatría Clínica. Kaplan y Sadock. 1991

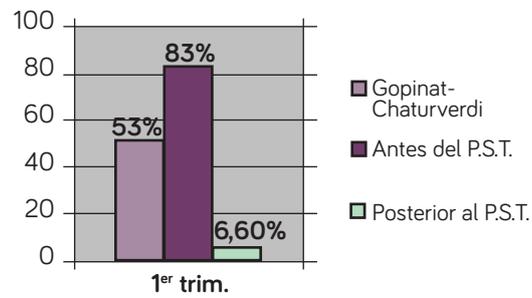
Psiquiatría Neurológica "en comprimidos". Publicación mensual. Dic. 1992; trabajo: Comportamiento perturbador de esquizofrénicos en el hogar. Sep. 1992 Gopinat y Chatuverdi.

La falta básica. Michel Balint.

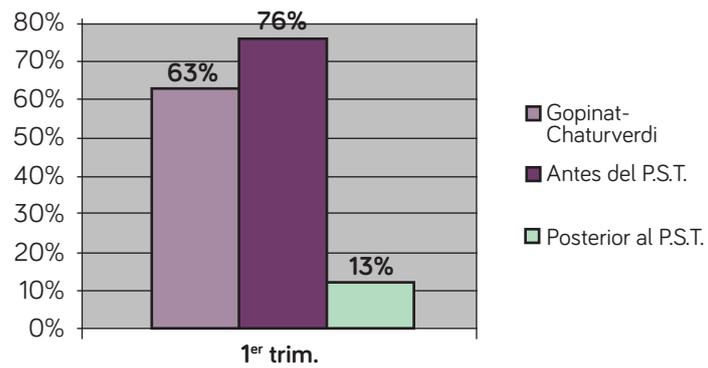
Cambio. P. Watzlawick. 1976

Anexo gráficos

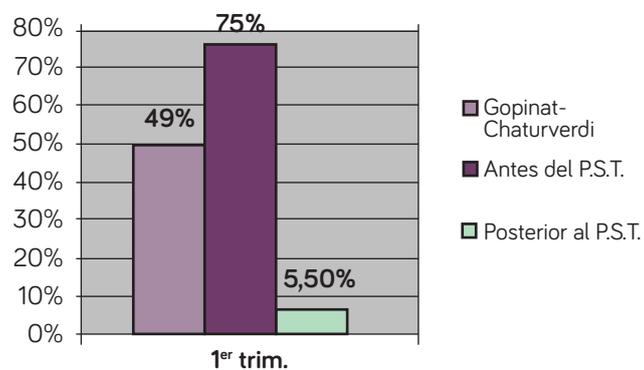
DESCUIDO DE HIGIENE Y ARREGLO PERSONAL



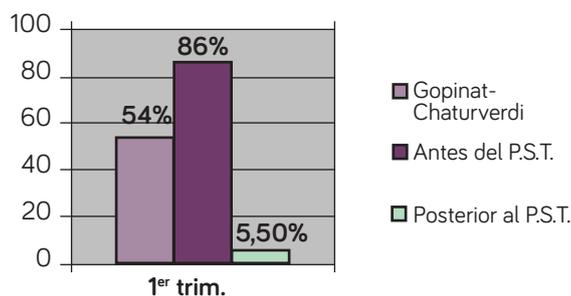
LENTITUD



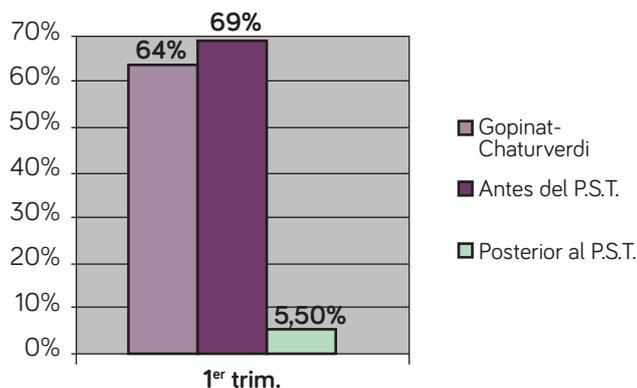
FALTA DE DIALOGO



CARENCIA DE INTERÉS



INACTIVIDAD TOTAL



Actividades cotidianas en la institución³

Liliana Paganizzi

Foucault, en el nacimiento de la clínica (1977), ubica el “mirar” como la primera fuente del saber médico; mirar los signos era el eje de la clínica; aquello que no se veía o no era campo iluminado por algún ojo atento y especializado casi no existía.

A principios del siglo XIX, sin embargo, aparecía cierta sospecha que cuestionó aquel valor absoluto de lo visible y lo mani-fiesto. Se asomaba entonces el saber médico a describir lo visible y también lo que aparece en el límite entre lo visible y lo enunciable.

Se percibía que en la oscuridad, allí donde no llega el ojo atento, eje del mirar, se escondían también poderes de verdad, a los que podría accederse por medio del “decir”.

La fascinación fue tal que se adjudicaría valor absoluto a lo invisible, así como antes ocurría con lo observable.

El nacimiento de la clínica se ubica precisamente como resultante de la relación entre lo visible (el mirar) y el decir.

³ Publicado en: Terapia Ocupacional. Actualizaciones en teoría y clínica- COLTO III.1995. ISBN 987-99000-6-5 Bs.As. Pag.187-190.

Esta ecuación entre mirar y decir no resulta fácil ni milagrosa y, en cada situación clínica, aún tomamos posición a favor de los signos del mirar reduccionista o del apresurado decir sin observación, o la escucha adjudicada de valor absoluto, del que la palabra misma está bastante lejos.

Ya un espectáculo digno de observación nos llevará al “¿por qué?”, así como una palabra al “¿qué me quiere decir?”, estamos alertados para conceder también a la palabra el valor de interrogante acerca de un significado virtual, inaccesible.

Un margen entre la palabra y palabra que da lugar al comentario y también al malentendido. En el campo de la Psiquiatría, el mirar ha estado adherido al vigilar: vigilar a los pacientes en su vida en la institución, y con el advenimiento del Psicoanálisis ha prevalecido el escuchar, quizás acotado a lo que se dice, o acotado a lo que se escucha dentro de un consultorio.

Sin embargo, tomaremos aquí la forma en que viven los pacientes dentro de la institución como una cuestión clínica que merece ser pensada, que fuerza lo paradójico de llevar al terreno de lo observable lo que resulta invisible a la escucha que espera la palabra dicha, sonora, que plantea que el espectáculo, además de ser mirado, puede ser interrogado.

La ocupación, preocupación e intervención en el terreno de lo cotidiano han sido tomadas desde distintas perspectivas: Pinel (citado por Hopkins), desde el punto de vista humanitario; Basaglia (1968), desde lo político sociológico, y Hochman (1979), como espacio propicio para Psicoterapia Institucional, lugar donde se develan los cambios, avances y retrocesos.

Desde Terapia Ocupacional las actividades de la vida cotidiana constituyen uno de los tres grandes grupos de actividades junto a las productivas y tiempo libre.

Los aportes de la Semiótica (Eco, 1986; Serrano 1981).

Con estos aportes vamos a tomar lo cotidiano desde el punto de vista del lenguaje, proponemos pensar las actividades de la vida cotidiana como fenómenos comunicativos.

Las escenas de la vida cotidiana aparecen así como situaciones comunicativas donde coexisten elementos verbales y no verbales, signos para develar o articular con otros signos.

Como fenómenos comunicativos la alimentación, la higiene, el vestido, el traslado independiente y el manejo del dinero van a traer varias dimensiones y propondrán posibles lecturas desde lo cultural-social, desde lo grupal-comunicacional y desde lo personal-individual.

Estas tres dimensiones encuentran su fundamento en las propuestas ya planteadas por los Fidler en cuanto a que las actividades utilizadas en T.O. deben ser reevaluadas en términos de su significación en la Comunidad Terapéutica, de su propósito para el paciente y en términos de su significado socio-cultural (Fidler, 1966).

En lo que sigue tomaré brevemente algunas de estas puntas, de estas particulares situaciones clínicas en un marco institucional que funciona a manera de Hospital, como instancia institucional de convivencia asistida a puertas abiertas, donde se alienta y trabaja en la realización de las actividades mencionadas.

- Paciente femenina de 23 años con un diagnóstico presuntivo de psicosis. Fugas del hogar frecuentes y prolongadas- la última se extendió durante 8 meses, -peso por debajo de lo común- su pequeña talla nos interroga acerca de algún trastorno alimenticio.

Alimentación: en los horarios cercanos a la cena, la ansiedad la invade y procura rápidamente prepararse algún alimento de manera desorganizada, por lo cual usa simultáneamente varios recipientes que deja en diferentes lugares de la cocina. D. pareciera huir de este espacio grupal (comunitario) quizás debe alimentarse como quien hurta alimentos y cuenta con poco tiempo, quizás supone que no hay lugar ni alimentos para ella, en un espacio con otros; son significados posibles para estos signos observables. La escena da lugar a interrogantes, a algún comentario todavía no enunciable a la paciente; apenas intervenimos, en principio, para acotar el despliegue y con la sugerencia reiterada de que es posible otra forma.

Higiene: D. no se baña habitualmente. Mira su cara y le preocupa su cutis con acné y escamas. La alentamos para que consulte a un dermatólogo y continúe un tratamiento varias veces interrumpido. En espacios dentro de la vida comunitaria, acordamos horarios y días posibles de baño y la sugerencia de algunos artículos de tocador que aún se resiste a comprar usando los de sus compañeras.

Cuando se baña D. intuye la presencia de su madre (fallecida), dimensión individual que podrá trabajar en su tratamiento personal: en lo que hace a lo social, su higiene se hace indispensable para no quedar al margen, atrapada en esa relación (con su madre) que anhela y teme.

Vestido: D. tiene predilección para sí misma por ropas usadas, algunas regaladas por la esposa de su padre. Se interesa, sin embargo, por revistas de modas, y cuando sale mira interminablemente vidrieras y precios que regatea hasta el cansancio

explícito de los vendedores. Compra siempre las medias más económicas, uno o dos pares por semana. Trabajamos lo costoso de lo barato, su derecho a solicitar dinero para algún vestido y quizás el temor atrayente, de ser atractiva ante la mirada de los otros.

Manejo del dinero: D. intenta pedir dinero a los terapeutas, u obtener objetos (flores, caramelos) sólo con insistencia tenaz a los comerciantes de la zona. Se señala la posición en que se coloca en el medio social, que podría ser atenuada si fuera una niña, pero ya no lo es.

Se conviene, una cuota mensual con su padre, que le será administrada desde la institución; haremos cuentas conjuntamente de gastos posibles durante el fin de semana para intentar que se desplace de la mendicidad encubierta o cierta marginalidad.

Traslado independiente: D. se manejaba en la calle de forma especialmente provocativa a veces algo violenta, con miradas insistentes ante cualquier muchacho o grupo que se encontrara. Su imposibilidad de verse, la hacía sorprenderse de las respuestas que obtenía.

Mantuvo sus sesiones individuales en el consultorio de su terapeuta al que concurría con acompañantes, al igual que las posibles salidas de fin de semana.

Durante el resto del día podía salir de la institución durante un tiempo y radio geográficos acotados. Al atardecer solía tener el impulso de salir, a manera de huida, con la excusa de alguna compra imprescindible; se trabajó en cada oportunidad el carácter impulsivo de la salida organizando para ella alguna propuesta especial dentro de la institución.

La paciente se alojó en el Hostal durante aproximadamente un año y medio. Realizó un tratamiento individual, familiar y psicofármaco lógico (suspendido luego) y Clínica de Día. Terminó sus estudios secundarios e inició un curso terciario acorde con los intereses que planteó el primer día que llegó a la institución. Actualmente vive con su familia.

Por último es preciso dejar planteado que la cuestión de las actividades de la vida cotidiana cuando de una institución estamos hablando, nos lleva a la forma en que viven allí los pacientes, y esto es responsabilidad de la dirección y del equipo terapéutico mismo y que los terapeutas ocupacionales contamos con herramientas y fundamentos que pueden hacer que lideremos estos espacios, para esto dice Fidler hay que ser capaz de trascender los roles tradicionales al punto que uno pueda empezar a sentir alguna responsabilidad por lo que sucede en la institución fuera del departamento de Terapia Ocupacional y que pueda ser capaz de actuar en ese sentido (con responsabilidad), reduciendo los límites disciplinarios si estos interfieren en un plan de trabajo posible y beneficioso para los pacientes (Fidler 1966).

Bibliografía

Basaglia, Franco. ¿Qué es la psiquiatría? Guadarrama. Barcelona. 1977.

Eco, Humberto. Introducción a la Semiótica. La estructura ausente. Editores 1922. Editorial Lumen. España. 1986.

Foucault, Michel. El nacimiento de la Clínica. Ed. Forense Universitaria. Río de Janeiro. 1977.

Hochman, Jaques. Hacia una psiquiatría comunitaria. Amorroutu. Buenos Aires. 1971.

Hopkins, H. "Perspectiva Histórica de la Terapia Ocupacional" en Willard and Spackman. Terapia Ocupacional. 6° Edición. Philadelphia. J.B. Lippincott Co. 1984.

Maud, M. El psiquiatra, un loco y el psicoanálisis. Siglo Veintiuno Editores. México. 1977.

Paganizzi, L. y otros. Terapia Ocupacional: del hecho al dicho. Psicoterapias Integradas Editores. Buenos Aires. 1991.

Fidler and Fidler. Occupational Therapy. A communication Process in Psychiatry. Cap. X. The Mac Millan Company. New York. 3° Ed. 1966.

Serrano, Sebastián. La semiótica. Montesinos. Ed. Barcelona.



“Nunca tuvimos un Síndrome de Down”⁴

Mirta Ana Kuperman y María Inés Lanfranchi

Este caso se encuentra en tratamiento en el equipo de ET hace más de un año. Para poder mostrar mejor las etapas que fuimos atravesando, he decidido presentar el material según los diferentes trimestres por los que ha pasado la niña según la edad cronológica. Antes una descripción del núcleo familiar:

- Mamá: Norma, 37 años.
- Papá: Lucas, 30 años.
- Hijos: Noelia, 2 1/2 años.

Vanina 1 año y 4 meses, paciente del equipo de ET, FN: 21 de Abril de 1992, DIAG: Síndrome de Down.

Primer trimestre

Vienen a la admisión el 22 de mayo de 1992. Vanina tenía un mes. Durante este corto período de su vida ya le habían hecho todos los estudios indicados y según palabras de los padres “*Lo único que tiene es Síndrome de Down*”. La evaluación que se llevó a cabo dio como resultado que su maduración era acorde a su edad cronológica: control cefálico zona 2, reflejo de prensión palmar, prensión plantar, extensión cruzada, respuesta positiva al reflejo de enderezamiento, tono firme. Miraba el rostro de las personas. Al comunicarles esto a los padres dijeron que la notaban blandita y sobre todo el papá la notaba *frágil*.

Manifestaron su confianza en el equipo, y su desconfianza en ellos, diciendo “*las posibilidades son pocas desde lo que podemos hacer nosotros, si la estimulamos tiene posibilidades si no está lista*”.

Se pensó como estrategia que comenzara tratamiento de ET, a dónde podía asistir todo el grupo familiar y entrevistas psicoanalíticas para los padres.

Las sesiones de Estimulación Temprana comenzaron con la siguiente escena: ingresaron los tres al consultorio los padres se sentaron en una silla, el bebé a *upa* de su mamá. Comencé a hablarle a Vanina y a contarle que desde hoy nos vamos a ver todas las semanas para jugar juntos. Digo juntos y no juntas porque en esta escena de jugar yo incluía siempre a los padres.

Continué hablándole al bebé en la sesión siguiente. Fue así como comenzaron nuestros primeros contactos. Como se veía interesada en mi voz y me miraba decidí que era momento de que nos conociéramos un poco más aun. Entonces, la tomé en mis brazos, todo esto yo se lo decía y ella tranquila parecía escuchar.

Así empezamos a jugar cara a cara en sesiones sucesivas. Yo repetía sus suaves sonidos y ella me escuchaba muy atenta. Sus reflejos comenzaban a desaparecer dando lugar a reacciones circulares primarias. Yo ponía palabras que marcarán ese espacio de su cuerpo que, luego del ejercicio del reflejo, ella comenzaba a descubrir. Así fue como hablábamos de su boca, de sus manos y de lo interesante que resulta conocer los movimientos de sus dedos que tocan cosas.

Sus padres permanecían todo el tiempo sentados observando y con una actitud confiada hacia mí, ya que no oponían obstáculos para que jugara con su hija.

A medida que transcurrían las semanas advertí que en Vanina no se manifestaba ninguna diferencia entre mis brazos y los de sus padres. Lo que en un principio yo tome como aceptación ahora me sonaba a indiferencia. Comenzaba a girar la cabeza sólo para el lado derecho. Probé con darla vuelta colocándola justo en la posición inversa (como para que si quería mirar lo que en un primer momento tenía de ese lado tuviera que girar su cuello hasta el otro). De todos modos permanecía con su cabeza rotada hacia el lado derecho. Intentamos probar con el rostro de la madre, quien atraía su mirada y hablándole la iba llevando lentamente para la línea media, pero luego de girar la cabeza unos grados Vanina se desmoronaba, volvía a caer sobre la colchoneta en su posición habitual. Esto me daba la señal de que algo le estaba pasando posiblemente más allá de su cuerpo.

Comencé a hacer algunas preguntas acerca de los hábitos de la bebe, donde estaba la mayor parte del día y que hacía, a lo cual me respondieron que la ponían en un Bebesit y la llevaban en el por toda la casa para que no se quede sola. Pero en realidad poco era lo que se jugaba con ella y lo que permanecía en brazos. Yo me preguntaba ¿Estaba realmente acompañada “? el papá me dijo al finalizar la sesión: “*a veces se queda como ida mirando y no sabemos dónde, ¿Qué hacemos?*”

⁴ Publicado con el título de “Vanina” en: Terapia Ocupacional. Actualizaciones en teoría y clínica- COLTO III.1995. ISBN 987-99000-6-5 Bs.As. Pag.135-142.

Inmediatamente le pregunte que se le ocurriría que podía hacer. A lo cual Lucas me respondió:..."Y tratar de fijarse que es lo que mira y hablarle de eso" a lo cual agregue que traten de que este menos en el Bebesit.

Los padres consultaron con la pediatra esta rotación hacia el lado derecho, manifestando la profesional que no se encontraba nada orgánico que le impidiera el movimiento.

Segundo trimestre

Seguimos trabajando, los padres distantes, en su sillas, Vanina y yo en el piso. Continuaba mirándome y comenzó cautelosamente a sonreír, se interesaba por los objetos y tímidamente aproximaba la mano hacia ellos. Hasta ese momento vivían en la Ruta 3 Km. 43 de una localidad del gran Buenos Aires y comentaban que el invierno era muy duro. Estábamos en el mes de Julio cuando decidieron mudarse a la Capital.

En ese momento comenzó a venir a sesión la integrante que faltaba de la familia, Noelia, la hermana mayor quien tenía un año y medio en aquel momento. Es una niña muy inquieta inteligente y charlatana. Comenzó a querer ocupar el espacio de Vanina y jugar conmigo, escena que ponía a los padres muy nerviosos y se empeñaban en sacarla. Me decían: "*Es tan bruta, en casa hace lo mismo*" la puede aplastar a Vanina, por eso la ponemos en el Bebesit lejos del alcance de Noelia, Vanina continuaba siendo mirada como frágil, según las propias palabras de los padres en el momento de la admisión.

Por lo general a los bebés de cuatro meses se les comienza a retirar el reflejo de prensión palmar entrando en un periodo de incapacidad real para tomar los objetos, esta es una introducción a la prensión voluntaria. La manera que poseen entonces para apropiarse de ellos es primero con la mirada y luego comienzan a agitar sus brazos emitiendo sonidos que hablan de su intención de tomarlos.

Esta no era claramente la actitud de Vanina. Continuaba con su cabeza rotada para el lado derecho, tocando los objetos con timidez, rozándolos con el dorso de su mano si yo se los acercaba, su actitud general era apática poco interesada por las cosas. En decúbito ventral realizaba balconeo pero enseguida bajaba su cabeza girándola hacia el lado preferido. Sentada sostenía la cabeza, pero su cuerpo caía hacia delante.

Si jugábamos en posición de pie sus rodillas se flexionaban, siendo evidente que se encontraba en atasia abasia. De todos modos yo la colocaba en estas posturas, inventando juegos que le otorgaran un sentido a esto que ella hacía.

Vanina comenzó a mirar con más interés siguiendo los objetos en su desplazamiento. Comenzó a emitir sonidos como respuesta a una acción. Por ejemplo si yo intentaba sentarla no le era indiferente y lloraba, era claro que no le gustaba, había construido una diferencia. Tanto en decúbito dorsal como ventral, comenzó a tomar los objetos con una mano, lo pasaba a la otra, los observaba y los chupaba.

Lo que ocurrió en el ámbito familiar en este trimestre fue que consiguieron mudarse a Capital a una casita de tres ambientes. Me comentaban que lo del Bebesit todavía lo mantenían porque la casa era un lío y que "*Cuando ordenemos un poco la vamos a poder poner en el piso*"

Los padres durante todo este periodo tuvieron una clara actitud de depositación de su hija en sesión: llegaban, la ponían en la colchoneta, se sentaban en sus sillas y en ocasiones hasta miraban por la ventana.

Tercer trimestre

Me cuenta en una sesión la mamá de Vanina comenzó a decir AJÓ y que además esta distinta, la busca más a Noelia, quiere jugar con ella" Evidentemente algún cambio se produjo, estaba más sociable que antes se interesaba por mí y por las cosas, sonreía y reía a carcajadas, lloraba con más intensidad, tomaba los objetos, se los llevaba a la boca, realizaba balconeo liberando una mano y si yo le ofrecía un tope en las plantas de sus pies lograba reptar hacia delante.

La forma de abordaje desde Estimulación Temprana consiste en ofrecerle a nuestros pacientes situaciones que en el juego ofrezcan pequeños obstáculos, pequeñas dificultades que tengan implícita la posibilidad de ser resuelto por ellos. Así fue como (estando Vanina en Decúbito ventral) luego de jugar con los chiches, en una clara actitud de exploración, se escapaban de sus manos lejos de ella quedando fuera de su alcance. Yo no se los acerqué y comencé a poner palabras en este problema que se le presentaba: "Pero...que lejos que se fue... ¿y ahora como haces para ir a buscarlo? Para lo cual lo miraba fijo me miraba y estiraba sus brazos hasta más no poder. Ante esta situación realizo un acompañamiento, con mi mirada, de la reacción de la niña ante el problema planteado, tratando de registrar si su incapacidad de alcanzarlo perduraba demasiado. Posiblemente podría reaccionar desvaneciendo su interés por el objeto alejado y dirigiéndose hacia otro que esté a su alcance. Así que, antes, que esto suceda, le ofrecí una ayuda para lograrlo, le ofrecí un punto de apoyo con mis palmas en sus pies y le induje el movimiento del reptado, acción que ella tomó y logró apoderarse de su chiche hasta entonces inalcanzable como

podía reptar e ir a buscar con interés ese juguete. Se los observaba redescubriendo a su hija allí, “haciendo y no ya pasiva mirando para un solo lado”.

Vanina tenía 7 meses y todavía no se sentaba, cuando la ponía en esta posición se caía hacia delante, abría sus piernas colocando sus antebrazos entre ellas y tratando, desde allí de levantar la cabeza para mirar lo que le proponía, pero a poco de intentarlo se cansaba, lloraba y volvía a caer. Era claro que esto no le gustaba. Yo traduje esto y le conté sobre lo complicado que resultaba crecer. Entonces la ayude colocándola con la espalda apoyada sobre mi pecho, y en esta posición decidí incluir a Noelia en la escena del juego dado que continuaba viniendo a sesión e insistiendo en participar. Pero este iba a ser un juego con algunas reglas, **“te vas a sentar ahí frente a nosotras y le vas a tirar la pelota a Vani, pero hay que esperar que ella la mire y trate de tocarla”**. Si bien esto era difícil para Noelia ya que se encontraba en una etapa de juego paralelo, el objetivo de esta intervención fue que jugaran, pero el adulto ahí tenía que participar de alguna manera, mediatizando entre ambas, poniendo palabras que las organice. Noelia aceptó, los que no tuvieron muy de acuerdo fueron los padres que la querían sacar a toda costa. Cosa que impedí, aún estas fantasías de fragilidad y de la brutalidad seguían circulando y era precisamente eso lo que quería dejar caer. Pudimos jugar con estas reglas pero no por mucho tiempo. Fue suficiente como para mostrarles a los padres que un juego ahí, entre las dos era posible.

A lo largo de este trimestre detecté una actitud diferente en Norma y Lucas, comenzaron a estar más presentes en sesión que antes, sobre todo la mamá que la felicitaba por las cosas que lograba hacer y podía contar más las cosas que en lo referente a la niña sucedían en el hogar: **“Vanina ya duerme en la pieza con su hermana”**. YA ESTA TENIENDO UN LUGAR Y ESTO SE NOTABA EN SESIÓN.

Otra novedad fue que ya empezó con la comida y que no presentaba ningún problema **“come lo que quiere”** decía su mamá. A los ojos de Norma comienza aparecer una hija que pide cosas, que decide que comer y que no. Aparece una hija que toma decisiones.

También le cortaron el pelo solo atrás para que quede más prolija y por delante se lo dejaron más largo para que le alcanzara ponerle un moño. Es evidente que estaban en otra posición respecto a su hija, más posicionados, en una actitud de padres, estaban pudiendo disfrutarla más. Esto hizo que el Bebesit quedara un poco de lado, pues para peinarla y alimentarla como corresponde a su edad fue necesario otro tipo de encuentros corporales y afectivos entre mamá e hija que las favoreció en su relación. Un día el papa terminó diciendo “está bárbara”.

Cuarto trimestre

Hacia fines del tercer trimestre y principios del cuarto por primera vez le empezaron a pedir algo con total claridad a su hija **“ya es hora que se siente sola”** y comenzaron a pensar de qué manera, en la casa, contribuir para que esta adquisición sea posible. Se les ocurrió sentarla en un salvavidas y jugarle desde allí. En sesión mantenía esa postura inestablemente y se cansaba con facilidad.

Durante todo este periodo del tratamiento, en el cual ellos sólo miraban como yo (como terapeuta) jugaba con Vanina, fue un tiempo que a la larga produjo sus efectos sobre todo a la Mamá : Al ingresar un día a sesión Norma me dice refiriéndose a la vez pasada que no vinieron: “La clase pasada no vinimos porque...” Cuando retomo esta confusión y le pregunto por qué clase y no sesión refiere haberse equivocado. “¿pero qué es lo que pasa en una clase?”, les pregunto, “y en una clase hay quien enseña y quien aprende, hay quien mira lo que hace otro y yo miro cosas que vos le haces a Vanina que a mí no se me ocurriría”. Evidentemente durante ese periodo de poca participación estuvieron tomando cosas, formas de jugar con su hija, pero necesitaron todo un tiempo de reacomodamiento para empezar, aunque sea a repetir en casa, lo que veían. Cuando Norma pudo apropiarse de este saber, que en definitiva tiene que ver con algunos aspectos de la función materna que se encontraba imposibilitada de realizar, Vanina comenzó a estar cada vez mejor.

Como es de esperar, cuando los padres le piden algo a un hijo, una respuesta aparece. Al poco tiempo Vanina se sentó sola, liberó manos y no tuvo dificultad para jugar desde esta nueva óptica del mundo. Primero su tronco se encontraba Inclinado hacia delante apoyando sus manos sobre la colchoneta, se interesaba por lo que le mostraba y ya no lloraba tan rápidamente porque le molestaba esta posición. Noelia continuaba jugando con nosotras y toda actividad que realizaba era de interés para Vanina. Así comenzó a tomar los objetos que la mayor tenía en sus manos. Con este intercambio paulatinamente logró liberar una mano, la otra, achicar la base de sustentación hasta adquirir una postura sentada perfectamente erguida.

A partir de esa escena en los encuentros posteriores, puede mirar que era capaz de estar así, sentada, toda la sesión sin interesarse demasiado por cambiar de posición. Así que comencé a acompañarla en este nuevo paso hacia su independencia proponiéndole juegos que le permitieran disfrutar de este nuevo logro pero también que le presentaran dificultades nuevas. Los juegos a los que hago referencia consistían en presentarle objetos de diferentes tamaños para que tenga que tomarlos con una o ambas manos e incluso que al alejarse requieran algún deslizamiento para recuperarlo.

En una sesión Vanina estaba sentada jugando con un cubo de goma pluma en una de las sacudidas se le escapo y fue a parar lejos. Ante esta escena no intervine, permaneciendo quieta y en silencio: Vanina me miro, miró el objeto, estiró el brazo hacia donde se encontraba el juguete, lo apoyó sobre la colchoneta y utilizándolo como apoyo intento tomarlo con la otra mano, pero no se animó. NORMA SE SORPRENDIO Y ME COMENTO “EN CASA ESTO NO LO HACE ¿SERÁ QUÉ EN EL CORRALITO TIENE TODO CERCA?” Evidentemente la niña ya no estaba en el Bebesit sino dentro del corralito. Continuaba siendo resguardada del mundo, si bien hubo un deslizamiento de lugares, continuaba siendo colocada en una posición de cuidados.

Este deslizamiento fue positivo para ellos pero se les planteo (con esta escena) un nuevo interrogante sobre algún paso más. A la pregunta formulada por Norma respondo “será cuestión de probar si en otra parte hace otra cosa”.

Vanina cumplió el año, una de las últimas sesiones el ingreso al consultorio fue diferente. La niña estaba siendo sostenida por su mamá de sus axilas haciéndola entrar en sesión caminando. Inmediatamente me cuenta que de tanto hablar del piso la coloco en él y fueron maravillosas las cosas que hizo; reptó hacia atrás hasta debajo de la mesa, reptó en círculo, juega con su hermana.

Ahora es Vanina quien le quita los juguetes a Noelia y no duda en llorar si le arrebatan algo. Me comenta la mamá que esto le permitió inventar juegos nuevos, como por ejemplo “la paré sostenida en una silla chiquita y empezó a jugar tirando los chiches que le colocaban arriba y hasta alcanzo a dar unos pasos empujándola”.

En esto de inventar juegos nuevos ellos se entusiasmaron y le enseñaron el juego de aparecer y desaparecer cubriéndola con un pañuelo, juego que la niña tomo sacándose inmediatamente de su rostro divirtiéndose todos con esta novedad. Vanina estaba jugando con la presencia y la ausencia. Evidentemente entramos en una etapa. Para inaugurarla invite a Norma a sentarse con nosotras en la colchoneta, invitación que ella aceptó encantada.

Parece que Norma ya no permanecerá distante, tomada por la silla dentro del consultorio. A lo largo de este año, de tratamiento fue logrando esto de jugar en apariencia tan sencillo.

Todo este último periodo la mamá se estuvo preguntando acerca del futuro de su hija “¿Irá al Colegio? ¿Hablará? ¿Tendrá novio? ¿Qué pasa si Vanina queda embarazada? Me preocupa que los hijos de Vanina tengan o no síndrome de Down. Desde estas preguntas ya estaba comenzando a imaginar un futuro. Eso se vió notoriamente ya que en una oportunidad dijeron “estamos más tranquilos, creo que cambiamos nosotros”.

Último periodo de tratamiento

Comenzó a venir más a sesión de estimulación Norma que Lucas. Vanina con poco más de un año comenzó a estructurar jugando la noción de conservación de objeto. Un día sentadas una frente a la otra nos lanzábamos un chiche de goma pluma pequeño con un cascabel dentro, razón por la cual le interesaba mucho. Se lo muestro y le digo que lo voy a colocar debajo de un almohadón grande que teníamos cerca. Lo hago. Sin mostrarse demasiado preocupada por ello me mira y con una mano intenta levantar el almohadón. Como era pesado para ella, hace un nuevo intento tomándolo con las dos manos y agachando la cabeza lo más posible, buscándolo con la mirada, todo el tiempo mantenía la certeza de que allí estaba. Yo, expectante, le daba el tiempo suficiente como para ver hasta donde llegaría. Lo encuentra, libera una mano del almohadón y la introduce debajo de él, sacudiéndolo como al principio. Norma me cuenta que en casa toma todo lo que encuentra, que no hay quien la detenga.

Al regresar de las vacaciones de invierno me encuentro con que ya gatea, y prácticamente no quiere estar en otra parte que no sea el piso. Vanina continúa mejorando notoriamente. En este momento del tratamiento nos encontramos trabajando nuevas dificultades que surgen en la crianza de la niña. Un día Norma durante una sesión, en la que Vanina desplegaba sus habilidades, me pregunta “Decime Vanina no habla porque le pesa la lengua”. Pregunta que yo podría haber respondido con un SI o con un No dando explicaciones al respecto, pero en cambio trata de colocar al a niña en posición de quien se encuentra construyendo un lenguaje y le pregunta: “¿Cómo pide Vanina lo que quiere?” se queda pensando y me responde “No sé, ella no pide, yo le doy según los horarios que le corresponden”. Recién a partir de allí se detuvo en la actitud que ella adopta frente a su hija y sus dificultades en esperar algo de la niña, siempre está allí evitándole cualquier tipo de sufrimiento. Es sobre ese terreno que nosotros sostenemos el tratamiento. Es sobre el terreno de la reconstrucción de situaciones ya establecidas con algunas particularidades. Reconstrucción que llevan a cabo los padres con sus propios temores y sus propias posibilidades.



“Nunca tuvimos un síndrome de Down” ...

Mirta Ana Kuperman

Recibimos a este grupo familiar de un modo particular, tan particular como se configura la historia de cada uno de nuestros pacientes.

Nos detiene un día en la sala de espera de Pediatría un matrimonio que a modo de presentación, entregan el diagnóstico de su hija. Esto nos resultó tan significativo que, pese a no disponer en forma inmediata de turnos para la admisión decidimos escucharlos y tomarlos en tratamiento. La evolución a partir de ese momento nos confirmó lo acertado de aquella decisión.

Es nuestro objetivo presentar un estado del trabajo ya que este tratamiento continúa en la actualidad.

Se han ido desarrollando varias historias, tratamos cuidadosamente de no entreverarlas, de atender a cada uno en su singularidad dado que consideramos que no hay un solo discurso parental sino que cada uno de los padres habla en nombre propio. La tarea consiste, precisamente, en dar un espacio a cada uno de ellos.

Decidimos acompañar a esta bebé que, al ser nombrada por su diagnóstico clínico, corría el riesgo de no tener nombre propio.

No siempre los protagonistas de la historia son aquellos que se presentan en la escena. Pueden intervenir otros que, en calidad de fantasmas, entorpecen el libre desarrollo de las funciones.

Comienza el tratamiento con una propuesta de trabajo a los papás por un lado y a la bebé por otro. De los momentos iniciales hay algunas frases significativas tales como:

“...Nosotros nunca tuvimos un síndrome de Down...”

“...Usted cree que uno hace callo con estas cosas...”

“Yo no sé qué hacer con ella”, decía la mamá.

Nos preguntábamos acerca de este desconocimiento en una mamá que no siendo primeriza, se comportaba ante su segunda hija como si lo fuese.

¿A qué saber se estaba refiriendo?

Con las primeras mamadas de la nena, se presentaron algunas dificultades. La pediatra que interviene en ese momento preocupada por las consecuencias que el bajo peso podría acarrearle, indica un cambio de alimentación, suspender el pecho, e incorporar el biberón. Indicación esta que no resulta sin consecuencias.

La mamá nos manifestaba sus dudas acerca del manejo cotidiano de la bebé, ¿cómo hacer para sostenerla, cómo acercarse, cómo tocarla?, etc.

Aquella prescripción reforzó la fantasía de carecer de recursos propios y, a pesar de haber amantado a Noelia, la hija mayor hasta los catorce meses, a Vanina no tenía nada para darle.

Las palabras no son buenas o malas en sí mismas sino que adquieren valor a partir de sus efectos, o sea, a partir de su resignificación.

La respuesta que este sujeto encuentra ante otro que le sanciona su carencia es la impotencia.

Comentan en una de las sesiones acerca de un libro que le regalaron motivo del desvelo de las últimas noches. Se sintieron convocados a verificar en su hija los signos de las diferentes enfermedades que pueden acompañar a los niños con Síndrome de Down, problemas renales, respiratorios, deglutorios, etc., que en dicho libro se mencionaban. La intervención en ese momento consistió en conectarlos con un profesional que forma parte del equipo, una pediatra de la institución que pudiera hacerse cargo de los problemas clínicos, estudios e indicaciones de cada momento, desocupando de este modo a los papás de esa tarea.

Revisando con la pediatra los prejuicios y beneficios de aquella indicación, se le sugiere a la mamá que intente amamantarla nuevamente. Poco tiempo más tarde Vanina se alimenta exclusivamente de leche materna y según comenta Norma: “Ahora hasta me usa la teta de chupete”.

Se estaba produciendo un giro en esta relación donde la distancia corporal y la caída de la nena nos habían sido denunciadas. Los rasgos de desconexión de la bebé habían remitido.

Un día a la salida del hospital chocan con el auto. Dice Lucas “Es la primera vez que alguien se me cruza por delante, nunca me paso esto”.

Nos preguntamos si esto alude al nacimiento de su hija.

La profesionalidad de Lucas queda cuestionada con este incidente. Hace muchos años que trabaja como taxista y este accidente lo deja sin su herramienta de trabajo. El auto entra en arreglos que demandan enorme cantidad de tiempo y esfuerzo que no parecen finalizar nunca.

Quedan reclusos en “la cueva”, así es como denominan a su vivienda cuyas condiciones y distancias geográficas parecieran ser factores coadyuvantes al encierro que sobreviene a posteriori de este episodio.

Es en este periodo donde deciden mudarse a capital. Decisión que a pesar de ser tomada en conjunto repercute en forma diferente en cada uno de los miembros de la pareja.

Lucas es el más entusiasmado ya que, deshace de este modo un compromiso que lo tenía atado. Vivía de prestado como casero en la propiedad de la hermana rica de su mujer. Para Norma, en cambio, el alejamiento de una vecina que oficiaba de abuela de las nenas resignifica la muerte de su madre. Duelo este que había quedado detenido en el tiempo.

La mamá de Norma muere cuando ella estaba cursando el séptimo mes del embarazo de su primera hija. Había sido internada a raíz de un cuadro depresivo que sobreviene poco tiempo después del casamiento de Norma quien dice: “...Pobrecita... no lo soportó. Estaba tan acostumbrada a que viviéramos juntas...es que yo me casé grande.”

Recuerda una frase que repetía su mamá: “No tengo motivos para vivir”. Y reflexiona: “una no se acostumbra nunca a no tener madre”.

Surgen varias preguntas acerca de esta frase:

¿A cuál se refiere?

Se refiere a la orfandad en la que queda al ser expulsada como objeto del deseo cuando abandona la incondicionalidad del vínculo filial en pos de la construcción de una familia.

¿Se identifica con su hija en esta pérdida de madre?

¿Repetiría para con su hija el vacío de la función materna?

El sustituto materno había sido eficaz hasta aquel momento. El crecimiento de Noelia, así lo evidenciaba. La vecina había oficiado de abuela madre respectivamente.

Sobreviene un período de duelo. Vanina se encuentra detenida en su desarrollo, no se animaba a soltar las manos del piso, se sentía muy insegura.

Acontece en esta época un suceso trivial que adquiere un valor inusitado: Norma y sus hijas se enferman de gripe, compartiendo entonces las penurias de los estornudos y la tos. Cuando regresa, comenta: “Me di cuenta que Vanina es como todos. No es tan especial. Se enferma de gripe como cualquiera de nosotros”.

Le quita así ese carácter de especial, de diferente, pierde valor el nombre propio del síndrome con el que ha nacido y descubre en este “como todos” la posibilidad de reconocer a su hija.

Es con esta emergencia del significante universal donde cae el exceso de sentido de aquel diagnóstico que le confería carácter de excepcional, y es paradójicamente, la inclusión en la totalidad, la que le permite el acceso a la individualidad.

Poco tiempo más tarde Vanina comienza a sentarse y Norma logra ocuparse de una nueva casa, embelleciéndola y ordenando finalmente los abandonados cajones de la mudanza. Dice: “...planto semillitas y saco yuyitos del jardín...” Quizás se refiere a aquellos que impiden crecer a las plantas en libertad.

El auto sale finalmente del taller y Lucas reanuda su trabajo.

En esta época Vanina tiene diez meses. Aparecen resistencias para concurrir a las sesiones explicitadas bajo la forma de problemas de horario, inexistentes en el espacio de Estimulación Temprana. Acuerdo con ello una interrupción que culmina cuando solicitan un nuevo horario de sesión dos meses más tarde.

El relato al regreso da cuenta de un nuevo orden. Vanina está por cumplir un año, está muy bien sólo que pasa bastante tiempo dentro del corralito. Ambos padres manejan el taxi. Lucas permanece, más tiempo en casa ocupándose de las tareas hogareñas y mirando dibujitos con las nenas mientras Norma más gorda, intenta aprender el mapa de Buenos Aires.

En relación a Vanina reaparece en el discurso del padre el significante “Fragilidad”. Relata el cuidado que es necesario tener con Noelia porque “si toca a la Hermana la puede lastimar”. Nos preguntamos si este exceso de cuidado podrá traer aparejado el riesgo de dejarla aislada.

Lucas manifiesta dificultades en su trabajo, se lo nota decaído y silencioso. Le ofrezco entrevistas individuales, se abre así un espacio donde se despliega un relato cargado de angustia.

Fuera de su casa, mientras maneja, no puede dejar de pensar en su hija y llorar mientras la recuerda. A cada pasajero que suba al taxi le relata la historia de Vanina. Algo se le atraviesa insistentemente, no quedando despejado aún si aquel choque tuvo características de pasaje al acto.

Emergen los temores, las fantasías y el recuerdo intocable hasta el momento del nacimiento de Vanina. El anuncio que le hace el médico acerca del diagnóstico y “lo que no puedo perdonar que es haberle dado la espalda y no haberla mirado para ponerme a llorar” Recuerda la soledad de ese momento, el coraje que tuvo que reunir para contárselo a su mujer ya que el médico había delegado en él la tarea de informarla.

Desarrolla en aquel momento conductas de características casi maníacas contando el diagnóstico de su hija a parientes y amigos como modo de prevenirlos antes que vieran a la bebe.

Sabía acerca de la posibilidad de tener un hijo con Síndrome de Down, a partir del momento en que se enamora de una mujer más grande que él. La profecía parecía haberse cumplido y ante ella se culpaba no sólo por la falta de prevención sino por haberle dado la espalda a su hija. El contraste se acentuaba en la comparación de con su madre, mujer enérgica, valiente y muy querida, quien se casa en segundas nupcias y aún de grande sigue teniendo hijos (Ocho en total) quienes casados retornan al hogar materno en un encuentro permanente de fantasía de familia unida. Lucas se dice tío de treinta y cinco sobrinos, todos sanos y reunidos alrededor de mamá.

En el transcurso de las sesiones se despliegan algunos de estos mitos donde la ausencia de conflictos aparecía en primer lugar. Su padre, siempre afuera del grupo familiar debido al cansancio por “el trabajo bruto que siempre hizo”, era diferente. Pero “gracias a que el viejo se mataba todos nosotros pudimos estudiar.

La diferencia es un significante en torno al cual se despliegan otros sentidos. Se atenúan la culpa y la búsqueda de castigo, se expresan sentimientos ambivalentes, amor, odio, aceptación, rechazo. Aparecen piedad y disculpas hacia el padre, a quien le reconoce haberle enseñado los valores más importantes de su vida a pesar de haberle dado vuelta la espalda en algunas ocasiones.

Actualmente no llora. Triplicó sus horas de trabajo ya que la inexperiencia de su mujer en el manejo del taxi les ocasionaba un perjuicio económico. Nos dice: “A Vanina me animé a ponerla en el piso y salió disparando. ¡Ahora sé que no la para nadie!”

“¿Ud. me puede creer si le digo que a los treinta años estoy creciendo?” (...) “que tengo palabra propia, que confío más en mí, en lo que yo puedo lograr”(…) “Le voy a hacer una confesión, siento que algo se murió y ahora estoy más tranquilo”.

Aguardamos ahora el momento en el cual Vanina, bajo la confiada mirada nuestra y de sus papás, se anime a dejar el sostén de las manos que aún solicita, para largarse a caminar solita.

Bibliografía:

Coriat, L. Desarrollo psicomotor del primer año de vida del niño. Hemisur. Buenos Aires .1979.

Jerusalinsky y col. Psicoanálisis en los trastornos del desarrollo infantiles. Nueva Visión. Buenos Aires.1993.

Pais, A. El lugar del analista en la clínica con niños discapacitados .En “Escritos de la infancia”. N°2.FEPI (75-82). Buenos Aires. 1993.



Son las cosas de la muerte, son las cosas del morir

Ana María Papiermeister

Como dice la canción, “Son las cosas de la vida, son las cosas del querer” y como la vida y la muerte son complementarias como las dos caras de una moneda, podríamos continuar “Son las cosas de la muerte, son las cosas del morir, son las cosas del dolor”.

La muerte se nos presenta como algo cierto, habitual, universal e ineludible. Todo ser vivo está destinado desde que nace a morir. Todos sabemos que vamos a morir, pero todos creemos que nunca va a ocurrirnos. La muerte es una posibilidad remota sobre todo en la niñez y en la juventud.

Nuestro mundo occidental de hoy tiene un marcado rechazo por la muerte, se la esconde a los niños, se aísla a los moribundos, se elude manifestar el sufrimiento, se abandonan de a poco los rituales en pro de una especialización de las prácticas funerarias.

Existen muchas formas de muerte, la biológica, la psíquica (como el enfermo mental encerrado en su mundo), la social (como la segregación del paciente con sida), la colectiva (como la guerra o la extinción de las culturas). En este trabajo voy a referirme a la muerte biológica y al proceso de morir.

Las estadísticas indican un marcado aumento del número de muertes de pacientes con sida que ocurren cada año.

El hecho de que los profesionales de la salud determinan en gran parte la forma en que los pacientes vivirán sus últimos días, hace que la reflexión alrededor de las necesidades humanas acerca de cómo morir, sea primordial.

El contacto personal con estos pacientes tiende a despertar angustia, desazón, incertidumbre y duda. También, nos encara diariamente con diferentes desafíos personales y profesionales.

La muerte nos enfrenta a nuestros propios miedos, rechazos, tabúes, creencias y nos plantea preguntas sobre ella, la vida y el significado de ambas. Todo esto sumado a la negación, ansiedad, enojo, temor, tristeza y oposición del enfermo, su familia, cuidadores y otros significantes, hace que nos cuestionemos si tratar o no, a alguien que está muriendo o que lo hará en un corto plazo y si es necesaria o no la intervención de un TO, ya que por tradición la TO está relacionada con la funcionalidad, con la autonomía, con la socialización, con el crecimiento, con la vida.

Sin embargo, los enfermos con sida se muestran desposeídos de sus funciones, de su independencia. Experimentan la soledad de su realidad actual y les preocupa la decadencia que se avecina y acrecentara la dependencia. Estos pacientes se nos enfrentan a una muerte anunciada y nos colocan en posición de tener que pensar acerca de ella, del morir y de nuestro rol.

Comprender el proceso de morir y su impacto sobre la persona, los otros y nosotros es quizás el primer paso para acercarnos al tema, así como poder entender y acompañar los porqués, los cómo que se pregunta el paciente y sus sentimientos alrededor de los mismos.

Este proceso de morir es un camino transitado singularmente por el moribundo, pero que también le atañe a los sobrevivientes por distintos motivos. El que muere se lleva con el fragmentos de los que lo quieren, deja recuerdos y también a veces deja obras que ha realizado, marcas de su existencia.

Ramiro de 28 años estaba muy preocupado alrededor de la elección de sus proyectos. Quería hacer obras que perduraran. Eligió realizar figuras en cera a las que después podía bañar en bronce, oro o plata. Produjo una serie de personajes en movimientos, saltando, bailando, levantado pesas, jugando al tenis y seleccionó con mucho cuidado los destinatarios de las mismas. Cada vez que veo la figura que me regalo, lo recuerdo.

El paciente a veces experimenta la cercanía de la muerte, ciertas señales con la fatiga, la conducta de quienes lo acompañan, el mayor control del equipo tratante, el aislamiento. Este darse cuenta implica demandas a los otros, estoy muriendo ¿podré vivir unos días más? ¿Qué va a ser de mí?.

E. Kubler-Ross a través de una investigación que realizo con 200 moribundos en Chicago, Estados Unidos, definió que los mismos pasan por diversas etapas:

- Negación
- Cólera (¿por qué yo?)
- Regateo (negociación con Dios, los médicos o cualquier otro para evitar la muerte).
- Depresión
- Aceptación.

Por supuesto, estas etapas no se dan siguiendo este orden en todos los pacientes, ni todos pasan por las cinco.

El morir es un proceso biológico pero está rodeado y marcado por factores socioculturales. La muerte está más institucionalizada que el proceso de morir. Podemos encontrar, desde diversas disciplinas, interpretaciones elaboradas acerca de la función y significado de la misma.

Desde explicaciones filosóficas, medicas, hasta demográficas.

Lo inevitable de la muerte no nos aleja de las dudas ni controversias sobre el proceso de morir. Estas las observamos en las actitudes, concepciones y prácticas de las instituciones, de los equipos, de los cuidadores y en la forma en que los pacientes se ven a sí mismos. Prolongar la vida a cualquier precio o la eutanasia...

Muerte y pérdida van de la mano. Los enfermos al contemplarse están conscientes de que sufrirán una variedad de pérdidas. Otro tema primordial que expresan son los sentimientos de ser la carga de los demás, el temor a la dependencia y a la degradación.

Siguiendo los avatares por los que va atravesando el paciente, podremos encontrar una clave que nos guíe en la práctica. A través de los procedimientos de evaluación, de la planificación y de la utilización de ayudas para alcanzar los objetivos propuestos, TO es capaz de jugar un rol fundamental en la asistencia de estos enfermos al acentuar la importancia de la individualidad y la autonomía del paciente y su derecho a ser respetado como una persona.

El TO tiene que conocer las actitudes del enfermo frente a la muerte, el morir y las pérdidas. Asimismo, tiene que permitir la expresión de sentimientos, evitar las negaciones, tolerar el enojo, reconocer la vivencia de pérdida, clarificar al paciente, a su familia o cuidadores de su situación, favorecer el control del ambiente, y estimular sentimientos de autoestima. El objetivo es que puedan lograr una supervivencia significativa de tal manera que al acercarse a la muerte, también puedan alcanzar un bien morir. En general, estos enfermos sufren regresiones físicas y psíquicas. Puede que estas sean inevitables pero lo importante es que logren mantener un propósito, el control sobre sí mismos y el ambiente y mantener su identidad.

El moribundo tiene muy restringida la socialización, ya que el morir tiende a tomar espacios no en la sociedad como un todo sino en sitios limitados como el hospital u otras instituciones.

La organización y objetivos de estos lugares son usualmente incompatibles con el proceso de morir aunque compatibles con la muerte. Una excepción a esto son los movimientos institucionales en otras partes del mundo, que se preocupan de lo individual y singular del proceso de morir, de las necesidades de cada paciente más que del sistema médico tradicional. Si bien la mayoría de las instituciones cumplen con los moribundos y con el personal que los asiste.

Por lo tanto, es fundamental que los problemas psicosociales y éticos que surgen en el manejo de esta problemática, sean contenidos por un sistema de soporte para elaborar los mismos y para el aprendizaje del rol profesional. En mi caso en particular nuestro equipo tiene reuniones y supervisiones periódicas.

El rol de la persona que va a morir se restringe cada vez más. La enfermedad afecta el desempeño del individuo en las actividades de la vida cotidiana y de los roles sociales esperados.

Las desventajas aumentan las probabilidades de fracaso en el desempeño, con la consecuente pérdida de status y valor. El paciente con sida puede sufrir una pérdida funcional permanente de sus destrezas o un continuo e insidioso declinamiento. Esta pérdida, sea cual sea la intensidad, hace que el enfermo comience a encontrar al mundo físico difícil de manejar.

El estadio de la enfermedad, el tipo de tratamiento y los efectos colaterales pueden causar o contribuir a la pérdida de los roles acostumbrados. La familia o los cuidadores generalmente tienden a hacer todo por él, impidiéndole la realización de diferentes actividades y produciendo así mayor dependencia, aumentando el sentimiento de ser una carga y de no servir para nada se organiza un círculo de fracaso a mayor dependencia, mayor incapacidad para realizar las actividades, mayor sentimiento de inutilidad, mayor pérdida de control sobre sí mismo y el ambiente mayor frustración, mayor dependencia.

Siente que no puede tomar decisiones acerca de lo que le está pasando. El moribundo muestra una falta de intereses que puede ser resultado de la cercanía del fin.

Manuel, de 19 años, en las primeras entrevistas me preguntaba qué sentido tenía hacer actividades, si total iba a reventar como un sapo y otra morir como una persona, con dignidad. Sin decirme nada comenzó a revisar los materiales y juegos de la caja.

Axel de 26 años, arquitecto, murió. Atravesó el proceso realizando en forma independiente, con muchos esfuerzos casi hasta los últimos días, las AVD y tejiendo un tapiz al que bautizó "la parca alegre".

Evaluación

Es necesaria para determinar que desearía el paciente hacer y qué tipo de limitaciones interfieren con estos deseos y con el desempeño de los roles elegidos.

La historia ocupacional nos permite comprender como el paciente desarrolló y mantuvo los roles en relación con el auto-mantenimiento, el juego-trabajo y el tiempo libre. Definir qué roles en su vida eran y son importantes y cuales les producían o le producen sentimientos de independencia y realización.

La evaluación de la organización temporal nos provee información acerca de la estructura de las rutinas cotidianas. Es importante explorar los ajustes o alteraciones que la persona ha tenido que hacer y que pueda definir qué es lo fundamental para conservar ahora.

La evaluación del desempeño determina que es capaz de hacer.

Si puede desempeñar y de qué manera actividades, como bañarse, vestirse, higienizarse, comer, moverse, manipular los objetos, manejo del hogar, etc.) Así como que tipo de intereses tiene y como utiliza el tiempo libre.

Tratamiento

Las posibilidades, limitaciones, intereses y propósitos del paciente, el soporte familiar, de los cuidadores o de otros significantes, el contexto físico-socio-cultural-económico, son todos factores que inciden directamente en el desarrollo del tratamiento. El foco está puesto en mejorar la calidad de vida restante.

Los objetivos a alcanzar surgen de una negociación con el paciente. Es esencial que el individuo participe en la elección y decisiones acerca del proceso. Ya que el poder de escoger y tomar determinaciones lo ayuda a mantener su identidad individual. El dominio sobre sí mismo lo anima a actuar sobre el ambiente y desarrollar un sentimiento de competencia dentro de lo constreñido de su situación.

El tiempo entonces no se pierde, como decía Bernardo, para mí el tiempo ya está perdido, sólo queda la espera, sino que se disfruta haciendo aquello que es valioso para él y quizás no lo es tanto para el TO. El aprender a tolerar la frustración es un paso doloroso y a veces intolerable para el terapeuta.

El paciente necesita seguir sintiéndose útil, valorizado y activo hasta que su condición se lo permita. Este círculo benigno, realizar actividades que desee, mantener su rol, sostener la independencia, sentimiento de utilidad, sensación de bienestar, realizar actividades, es lo que le permite llegar a un buen morir.

La tarea de escuchar al paciente moribundo es fundamental. Un aspecto difícil del tratamiento, es cuando nos hace pregunta o afirmaciones acerca de su mortalidad, el sentido de la vida y de la muerte.

Jonathan de 12 años me preguntaba si era verdad lo que le decían sus padres. Ellos afirmaban que cuando él muriera los iba a seguir viendo y los iba a cuidar, porque iba a estar con sus Ángeles especiales flotando por el aire. Comenzamos a hablar sobre lo que él pensaba y creía acerca de esto y finalmente me dijo "a vos también te voy a ver y a cuidar".

Es importante trabajar sobre estos temas y que el paciente encuentre sus propias respuestas.

El poder compartir los miedos alivia la tensión emocional para ambos. Los problemas que sufre la familia o los cuidadores circulan alrededor del aislamiento de los miembros, del cambio de roles, de las tremendas demandas del paciente y de la impotencia frente a lo inevitable. La familia o los cuidadores son una figura clave, es necesario pasar tiempo con ellos para incluirlos en el manejo del paciente, animarlos a expresar su sentimiento por lo que le está pasando, ya que sus actitudes juegan un papel importante en la determinación de las formas en que el paciente se va a ajustar a los cambios del rol ocupacional. Una de las funciones del TO es proveerles información acerca de cómo alcanzar determinados objetivos, recomendar ciertas ayudas y equipos para la casa y ciertas formas de economizar la energía del paciente para que la pueda usar en lo que realmente quiera.

Una vez fallecido el paciente, en algunos casos se hace necesario acompañarlos en la elaboración de la pérdida.

Conclusiones

Trabajar con personas que van a morir es un desafío para los TO. A través de estos años de experiencia en este campo, creo que la responsabilidad primordial del TO frente a estos pacientes, es evitar la tendencia hacia la actividad y el optimismo en un contexto que requiere enfrentarse con la pérdida y el dolor.

TO puede aportar algo diferente en el tratamiento de estos enfermos, ya que cumple un rol fundamental en relación a la forma de morir, al reivindicar una muerte digna y al reclamar que el paciente tenga un espacio, una opinión acerca de su destino.

Quisiera terminar con algunos versos del poeta Miguel Hernández:

"Lo que quieren mis ojos y mis dedos no es lo que apetece.

Por no darte más carne. Te doy juegos, me doy más vida, Oh muerte"

Bibliografía:

Pizzo, Philip A: *pediatric Aids*. Ed. Williams & Wilkins & Wilfert CM. USA, 1991.

Sebag- Lanoe R.: *Morir acompañado*. Paris. 1986. Traducción Dr. S. Goldin.

Sontag, Susan: *El Sida y sus Metáforas*. ED. Muchnik. España, 1989.

Tigges, Kent: *The Person with Aids*. Ed. Slack incorporated. USA. 1988.



El Programa P.I.C.A.S.O.⁵

Juan Dobón y Liliana Sbriller.

Colaboradores: Virginia Bartoletti, Claudio Castro, Luis Di Santo, Ingrid Erlichman, Rosario Gómez, María del Carmen Guardia, Miriam Montero, María Angélica Reichenbach, Gabriela Sánchez, Mónica Schwartz y Marcelo Turdo.

La decisión de internación es un estado médico, donde interviene una ley, la N° 22.914/83 que da cuenta de dos valores, el de seguridad para el Estado (para sí y para terceros) y de la libertad para el sujeto (A. Ariel 1983).

A partir de esto, la decisión moral de internar va a tener consecuencias.

Queda en nuestras manos continuar con el discurso psiquiátrico como anticipador de destinos (R. Paz 1983) o buscar junto al internado alguna salida posible, que no es poco.

La propuesta del programa no apunta a la cura de la psicosis, sino a la construcción de una institución menos cronificante, que no brinde sólo custodia, que sea más ética que moral.

En estos últimos 15 años, junto a otros compañeros, hemos ideado y llevado a cabo diferentes proyectos, con resultados diversos. Quizás este sea uno más, la diferencia se ubica en que hemos tomados aquellos puntos que dieron algunos resultados y clarificados, desde un principio aquellos que no podían hacerse, por ejemplo: "Analizar salvajemente".

Hemos atravesado experiencias donde frente a un discurso hegemónico, que niega todo acceso a la institución, oponíamos a otro casi tan hegemónico conminando a ser "Analista "a todo terapeuta. Dicha práctica, lejos de ser ingenua, olvidaba en sí la ética que la soportaba. Ética que convenimos en llamar del "No todo".

El programa integrador de Actividades Ocupaciones, Creativas y Sociales, (Picaso) está dirigido a pacientes jóvenes y adultos con patología psiquiátrica aguda o grave. Originando en la unidad 19, se ha ampliado a la unidad 20, encontrándose al momento en su primera fase.

Se prevé en una segunda etapa la asistencia a pacientes externados, del hospital General y población de Riesgo (Prevención Primaria).

Se compone de un área clínica, integrada por:

- a) Área Terapéutica: Terapia Ocupacional y Musicoterapia.
- b) Área Recreativa: Recreación y Deportes. Taller de Video.
- c) Área expresiva y creativa: expresión musical, corporal, plástica, literaria, etc.
- d) Área actividades de la vida diaria: tareas hogareñas, de mantenimiento, grupos de convivencia o asamblea.
- e) Área Docente: encargada de la formación de recursos humanos y de asesoramiento a profesionales y técnicos interesados en el tema, integrado por: el jefe de la unidad 19, supervisor del programa y una Terapeuta Ocupacional, coordinadora general.

Implementación

En un principio, el programa brinda un espacio, donde el paciente puede realizar una actividad. Esta actividad podrá constituirse en algún caso en una creación, un invento, un conocimiento, una posibilidad de armar un lazo social, o simplemente, en la excusa para salir de su habitación.

Cuando los talleres fueron proyectados, estábamos advertidos que debíamos notar las diferencias, en la práctica, de los actos de creación, de los de producción, invención y de otras acciones.

Consideramos que una lección materialista de la producción es insuficiente para leer los actos y las acciones humanas. Estos no se limitan a la producción y a la circulación de objetos.

Hay actos de creación o de invención que son previos a la circulación de estos en el mercado, algunos ni siquiera dan cuenta de un lazo social, otros son generadores de estos.

⁵ Servicio de Psicopatología y Salud Mental del Hospital General de Agudos Parmenio Piñero. Unidad 19.

La complejidad de su lectura lleva a pensar que homogeneizar los conceptos empobrece y reduce la realidad de un sujeto.

El andar de los pacientes en estos espacios, tiene una forma de Rayuela, que a la manera de Cortázar, invita a vagar aleatoriamente para encontrar que en ese “loco recorrido” va tejiéndose una cifra, la cifra de su destino y que lejos de ser fortuito, responde a su historia como sujeto.

El destino es aquello que un sujeto escribe de los encuentros azarosos, de sus accidentes en la vida. El destino es la habitual y lógica respuesta frente a lo imposible. Ser lectores de un destino, a veces; y otras acompañar en la escritura de ese destino, ya es una tarea.

Con respecto a los grupos, nuestra modalidad de trabajo la optamos por el agrupamiento espontáneo y abierto. La cita es la actividad en sí. Hablamos entonces de talleres. El concepto de grupo implicaría historia en común, selección de pacientes según el diagnóstico, o algo por el estilo.

La ubicación de un coordinador en la posición de “convocante” –al citar o llamar a ciertas personas *de alguna manera* para que acudan a reunirse en cierto sitio o en donde está el que las llama⁶–, será quien abre y cierra un espacio en donde pasan cosas en un tiempo. Esta es la escena que sostiene la tarea.

Dentro de los espacios se trabajan sugerencias que nacen de los pacientes o del tallerista, atento a las temáticas que construya el paciente. Espacio y tiempo de cada uno de ellos.

La ampliación e integración de estas actividades permite abrir un abanico de recursos y alternativas en el tratamiento de un sujeto.

Con respecto a los responsables de la tarea, se han seleccionado profesionales de la salud mental: musicoterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionales y otros, que integran un conjunto de prácticas articuladas.

Si bien cada espacio tiene sus particularidades y enfoques diferentes, la búsqueda se orientó a la posibilidad de que los integrantes pudieran compartir pautas de trabajo, comprometidos en la cuestión⁷ de la psicosis.

Este punto se presentó como valioso, ya que cada espacio lo montamos en torno al “no saber”, no saber quién va a venir, que va a pasar, que van a hacer.

El desarrollo de la tarea, dentro de este conjunto de prácticas heterogéneas, motiva la reflexión y discusión.

No todo está dicho, no toda internación debe ser custodial y alienante.

El primer instante del tiempo coincide con el instante de la creación⁸

Hay acciones en la vida de un sujeto que lo implica en la intimidad misma de su ser y no son conmensurables sino en sus efectos. ¿Cómo dar cuenta de ellas?

Hay una moral, sea productiva del discurso capitalista o materialista, que expulsa sus razones al no dar cuenta de las diferencias. Su justificación se revela en la relación más cercana y reducida a su acción equivalente.

Al despejar sus méritos de la humilde periferia motriz, se avizoran algunas de estas acciones. Unas, ubicadas en la serie de la producción, otras en el lugar de la ciencia. Otras serán creación y otras, estarán a la medida de un discurso de la producción, artística.

La importancia de tildar sus diferencias en la medida justa se debe a las impresiones en su realización de esas ciertas acciones; realización de un sujeto.

A estos predicados del sujeto los llamaremos, pues, actos; si ensayan una inscripción en algún lugar.

¿Existían antes...?

Producto de un acto, acto de producción

La producción, como función económica, consiste en crear utilidad o en aumentar la que ya tiene la materia, operando sobre las fuerzas naturales, cambiando su composición química, su forma o su situación. Creación, donde el producto tiene utilidad.

6 Diccionario de Uso del Español. Marta Moliner. 1977

7 Del lat. “quaestio, -onis”, derivado de “quaerere”, asunto del que hay que ocuparse que requiere una solución o una respuesta. Cosa que constituye una dificultad, duda o problema.

8 Jorge L. Borges, citando a San Agustín. La Creación y P.H. GOSSE. 1941. Otras inquisiciones, 1952

Alejarnos aún más de la acción refleja que fabrica objetos en serie, como de costumbre, o artesanos, es importante, ya que la producción de un acto puede conseguir destinos diversos, en algunos casos. O bien, su causa radica en otra razón: una ligera mercancía.

Vale aquí el ejemplo del artesano y su vasija. Hay aquí un saber enseñado, en el modo de gozar. Entonces, ese producto es un bien. La venda o no. Pero cuando la producción del acto hace al sujeto, puede ser producto de un invento. O de la creación. O quizás también, del conocimiento.

La invención

La invención es un hallazgo. Hallar o descubrir una cosa nueva. Es engaño o ficción. Elección y disposición conveniente de los argumentos del discurso. La invención es solidaria del saber y se contrapone al conocimiento.⁹

Cosa inventada por alguien, quien la refiere como verdadera. Descubrir, encontrar la manera de hacer una cosa nueva desconocida antes o una nueva manera de hacer algo.

La invención se eleva al estatuto de un saber, como saber hacer (ta). Allí una mujer inventara la escritura que como marca, conmueva la rutina histórica de su destino.

Allí también el parafrénico hará de su invención un “artefacto” como barrera al Goce del Otro.

La invención no es solidaria de la lógica del falo. Se sostiene de la idea de concebir el universo del discurso como abierto. No se trata de inventar nuevos significantes; sino, de un saber que se inventa, saber del inconsciente.

La creación

La creación es producto. Creación. Génesis. Hacer y sacar de la nada, esa es la creación ex nihilo, donde la histérica creara un atributo –el falo– de su feminidad, aún donde otras se detendrían. Es un saber caer el velo. No se enseña ni se aprende, no se decreta, ni se concreta. La feminidad no es un pañuelo. Allí una mujer se abisma en su falta en ser y desde allí crea.

En la creación de la nada centellea un tiempo extraño, moebiano, curioso y extraño; sin fe, política y saber.

... un tiempo, centellea un tiempo que introduce un sujeto sin red. –Valido aun para las psicosis y, las neurosis-. El instante del tiempo coincide con el instante de la creación.

El producto aquí es un fruto. Encuentro, que está más allá del principio del placer. Atributo de oposición entre dos límites.

Actos

Fruto	Producto
X	El bien para el sujeto
X	La circulación anónima
Azar	Útil

¡Fruto! (esta palabra hay que oírla, no leerla). Una diferencia del producto.

En la creación el sujeto trabaja en la soledad de su propia ética. En el instante por venir.

El incidente de un sujeto por estas marcas tiene consecuencias. Y en sus actos, el sujeto no nos espera.

La creación es una modalidad ética del acto que convoca la posibilidad de otro tiempo, fundando otro tiempo, fundando otro lugar. La creación no sólo será ética, sino responsable. Es una respuesta hábil frente a lo imposible, a lo real como imposible. Legaliza y eleva la dignidad del sujeto hablante.

Saber de la creación, es saber sobre el objeto *a*.

La creación es uno de los nombres de la libertad. El artista mejor está solo. . .

*Este trabajo es un proyecto, para luego situar al Sujeto, en que coordenadas “anda” en el paso por algunas de sus acciones y actos.

⁹ D. Rabinovich. Modos lógicos del amor de transferencia.

Bibliografía consultada

- **Freud, Sigmund**

“La transitoriedad”. Volumen 14

“Malestar en la cultura”. Volumen 21

“Nota sobre la “pizarra mágica”. Volumen 19

“Puntualizaciones psicoanalítica: sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente. Volumen 12

“Tótem y Tabú”. Volumen 13. Capítulo V

- **Lacan, Jaques**

Seminario “El acto Psicoanalítico. Inédito

Seminario “La ética del psicoanálisis”. Editorial Paidós.

Seminario “El acto psicoanalítico”. Inédito.

Seminario “Los nombres del padre”. Inédito.

- **Otros Autores**

Ariel Alejandro “La responsabilidad del analista”.

Ariel, Alejandro” Ética e internación” Conferencia. Unidad 19

Borges, Jorge Luis.”Obras completas”.

Capozzo. Daneri, S. Toscano, V.” Una propuesta de implementación para el área de salud mental”.

Servicio de Terapia Ocupacional. Hospital J. Borda 1984.

Diccionario de uso del español. María Moliner. Editorial Gredos 1977

Diccionario Enciclopédico Ilustrado de la Lengua Española. Editorial Ramón Sopena. Provenza 95.Barcelona.

Dobon, Juan. Seminario sobre Psicosis. Seminario dictado en la Unidad 19. Servicio de Psicopatología Piñero 1993.

Dobon, Juan. Seminario “Histeria o mujer”. Seminario dictado en la Unidad 19. Servicio de Psicopatología Piñero 1992.

Fundación del campo freudiano. “Clínica Diferencial de la Psicosis” Editorial Manantial 1988.

Galende Emiliano. “Psicoanálisis y salud Mental, para una crítica de la razón psiquiátrica” Paidós 1990

Gilbert, Abelardo. “El manicomio, una institución para los locos” Ediciones cinco 1992.

Gleave Margaret. “Organización y administración de los departamentos de Terapéutica Ocupacional” (Terapéutica Ocupacional, Willard Spackman. ED Jims 1973.)

Knopoff, Edgardo y Otros. “Programa de prevención y asistencia de mujeres embarazadas y puérperas con enfermedad mental en crisis aguda y de su niño”.

Lacan, Jacques. Seminario “El acto psicoanalítico”. Inédito.

Laurent, Eric. “El sujeto psicótico escribe”. “La psicosis en el texto” Editorial Manantial. 1990

Paz Rafael. “Tratamiento de situaciones psicóticas” Conferencia Servicio Psicopatología Hospital Piñero. 25/6/93.

Rabinovich Diana “Cuestiones sobre la lógica de la vida amorosa” Ed. Manantial.

Rabinovich Diana “Modos lógicos del amor de transferencia” Ed. Manantial. 1992.

Rabinovich Diana “Cuestiones sobre la lógica de la vida amorosa” Ed Manantial.

Sbriller, Liliana. “Introducción al estudio de la producción Psicótica “. Mesa Redonda. 1991

Warschavski, Graciela. “Proyecto de creación de un servicio de terapia Ocupacional”

Sanatorio Municipal D. Méndez (1986). Publicado en Terapia Ocupacional, teoría y clínica “1990.



Terapéutica Ocupacional grupal, una elección¹⁰

Elisabeth Gómez Mengelberg y Liliana Risler

En este trabajo nos interesa efectuar un acercamiento a la modalidad de atención en grupo en Terapia Ocupacional, resultante de cinco años de tarea integrando el equipo de profesionales del servicio de Terapia a Corto Plazo IV del Hospital Borda (año 1991).

Nuestra experiencia institucional nos lleva a pensar la atención grupal como una herramienta que facilita el establecimiento y la mejoría del lazo social.

En situaciones cotidianas, como las que atraviesan los pacientes en un servicio de internación, la resolución de conflictos, en un nivel concreto, da lugar a cambios, discusiones, intercambios que son ocasiones para que los pacientes deban posicionarse y ocupar un lugar dentro del grupo.

El grupo hace posible que las relaciones que se constituyen dentro, ubiquen al sujeto en una trama, que no es por sí, sino en relación a otros.

Intervenimos explicitando el registro de lo que está oculto, le acercamos al paciente posibles ligazones entre sus motivaciones, significaciones y los hechos.

Le proponemos al paciente psicótico, estar, percibirse en grupo, un hacer y pensar con otro manteniendo la diferencia.

Le ofrecemos un espacio donde compartir, expresarse, comunicarse, reconocerse, ver y rever, limitaciones y potencialidades.

Tomando el pensar como eje, llevamos al plano del pensamiento lo acontecido en el nivel corporal, evitando la disociación entre el hacer y el pensar.

Parte del valor del hacer está signado por los puntos de vista y los valores de los otros significativos, que resume en que "hacer" es exponerse, arriesgarse a la posibilidad de encontrarse.

Posibilitamos una producción significativa, la articulación entre la subjetividad y el hacer en la realidad, que afecta a los otros y es afectado por estos.

Vivenciar, experimentar "el hacer con otro", moviliza, reactiva sentimientos, recuerdos, los pacientes, traen la historia de sus otros haceres, de su estar en otros grupos e intentan una nueva repetición, de su manera de vincularse.

En el campo grupal el paciente puede establecer múltiples transferencias, que pueden emerger tanto en relación a los integrantes, como al terapeuta permitiéndole a éste último, un mejor trabajo con la intensidad de la respuesta transferencial, que establecen estos pacientes.

Trabajamos con el emergente grupal y la conflictiva convivencial, esta subyace en ocasiones con mayor o menor intensidad de telón de fondo del grupo.

Al organizar una lectura de estos acontecimientos grupales, se crean las condiciones para que el terapeuta quede posicionado en el lugar de "saber lo que al grupo le pasa", como si él sólo pudiera leer el sentido de los efectos grupales.

Un descentramiento posible es puntuar paradojas, resaltar sin sentidos, interrogar rarezas, esta función realizada desde el lugar de la ignorancia, hace renunciar al terapeuta-oráculo, al saber de la certeza.

El terapeuta interrogador de lo obvio, disparador de producciones grupales y no propietario, realiza la apertura de nuevas significaciones de sentido, de los múltiples que hay, y de algunos sin-sentido que circulan entrecruzados en el acontecer grupal.

Nos proponemos no sólo tratar de entender y explicitar lo que acontece, sino elaborarlo grupalmente poniéndolo en posición de estimularles la capacidad para que puedan hacer algo con ello.

Las sesiones del taller de Terapia Ocupacional están pautadas en dos veces por semana, de una hora de duración, las terapeutas ocupacionales coordinadoras de las mismas, flexibilizan el tiempo y el espacio acorde a las necesidades de los pacientes y el grupo.

Las terapeutas ocupacionales participan además de otros espacios terapéuticos, asambleas de convivencia, etc.

Hemos detectado que en algunas ocasiones, cuando el grupo muestra un alto grado de inquietud y desorganización es coincidente con alguna ruptura relacionada con la continuidad y presencia del terapeuta.

10 Publicado en: Terapia Ocupacional. Actualizaciones en teoría y clínica- COLTO III.1995. ISBN 987-99000-6-5 Bs.As. Pag.85-90

Cuando iniciamos la sesión, no tenemos conocimiento de las siguientes variables, cuantos pacientes asistirán, quienes y clima comunitario.

Si bien todos los pacientes tienen indicado tratamiento en Terapia Ocupacional, el que en la mayoría de los casos, la asistencia sea una elección del sujeto, nos ubica en un lugar diferente; tanto por el que asiste, como por el que no lo hace, requiriendo este último de una postura más activa del terapeuta ocupacional en ese momento del tratamiento.

Como metodología de trabajo instrumentamos, una terapéutica ocupacional grupal, visualizando, el encuentro vincular que cada paciente establece con su proyecto, con la actividad, con los materiales, interactuando en un grupo.

Las actividades –grupales, es el grupo en su conjunto trabajando en un proyecto común.

Planeamos en forma periódica, aumentando la frecuencia, en distintos momentos como ser: numeroso recambio de pacientes, situaciones límites, conflictos institucionales o sociales, escasa cohesión grupal, que llevan a los pacientes a un mayor ensimismamiento, también festejos, agasajos, despedidas, etc.

Nos valemos para ello de actividades como: cocina, salida de compras, paseos, lectura de diarios, juegos, dramatizaciones, etc.

Las actividades grupales dan un sentido paulatino de competencia o sea que les compete, posible de ser verificables y valorizadas entre compañeros creando un sentido de pertenencia.

En este espacio donde es posible organizarse, detectamos una temática de interés colectivo que hacemos circular en el grupo, facilitando el intercambio entre pares yendo de lo particular a lo grupal y de lo grupal a lo particular.

Proponemos también el estar en grupo y las actividades grupales como una fuente de gratificación, satisfacción, con un espíritu de diversión, de juego, siendo éste último uno de los caminos más efectivos hacia la resocialización.

Nuestra atención es por la mañana e implementamos en principio, una primera recorrida por los lugares de reunión de los pacientes, convocándolos a la participación.

Los primeros diálogos, la lectura de las distintas conductas observables, son signos que se constituyen en datos e información del clima comunitario del servicio, que se complementa con la lectura del parte de enfermería y la interconsulta con otros profesionales.

La convocatoria no es indiscriminada, está basada en el conocimiento de la problemática del paciente, para algunos es terapéutica una reiteración de la misma, están los que su asistencia es una indicación directiva, para otros lo terapéutico estará basado en la elaboración de la elección de su no asistencia.

Para definir una situación de elección de un proyecto grupal, en primer término son volcadas las propuestas individuales al grupo: generando discusión, aceptación, rechazo, otras propuestas, esto es debatido hasta llegar a un acuerdo por consenso.

Una vez seleccionado el proyecto, en segundo término, se elige la forma de acceder a la realización del mismo, se efectúa por votación, se realiza la opción que más votos haya acumulado.

Estas modalidades comprometen al paciente a ocupar un lugar dentro del grupo, en la comunidad, es un aprendizaje para llegar a un acuerdo entre sujetos, situaciones éstas en las que se deben resignar posiciones.

Cuando un paciente externado concurre a tratamiento ambulatorio del servicio, durante la sesión de T.O., intentamos incluirlo preguntándole sobre su vida cotidiana, situación familiar y laboral. Su relato moviliza al grupo que comienza a interrogarlo, a recordar, a establecer comparaciones entre el antes en el hospital y ahora en la externación. Lo estimulamos a la expresión de su quehacer, a que comparta los recursos de los que se vale en el afuera.

Esta maniobra tiene también un carácter evaluatorio, que es transmitido al profesional que lo trata en otra área, a fin de ser un aporte a la clínica del paciente en cuestión.

La reinternación de un paciente en el servicio, genera reacciones que alternan entre miedo, hostilidad, compasión e indiferencia. La primera reacción grupal es un intento de negar el tiempo que paciente transcurrió fuera del hospital. En el devenir de las sesiones se le presenta al grupo y una vez que ha disminuido la confusión o el impacto de la reinternación, se recapitula su historia en Terapia Ocupacional, estimulándolo a que se conecte con algún material de su preferencia.

Se reflexiona en conjunto proponiendo a los integrantes que mayor hostilidad manifiestan a que se piensen ellos en esa situación y tratar de pensar en los motivos que lo llevaron a la reinternación.

Los efectos que observamos con esta intervención, es la disminución de las ansiedades básicas, la posibilidad de hablar sobre el tema desde un lugar más reflexivo.

Con los pacientes internados por vez primera nos valemos de la información de la historia clínica, la interconsulta con otros profesionales que lo han atendido, siendo nuestras primeras intervenciones, iniciar la construcción de un vínculo y facilitarle la interacción con sus pares. Relataremos algunas situaciones clínicas e intervenciones del terapeuta ocupacional.

Como actividad grupal se había planificado la confección de un cuadernillo de poemas, escritos por los pacientes en sesión de T.O.

En Carlos, desde su ingreso al hospital, existen dificultades en conocer su identidad civil, no tiene documentos, da un nombre que no coincide con los documentos que la Asistente Social le tramita.

Cuando los pacientes sugieren los distintos nombres para el cuadernillo, destinando para ello varias sesiones, observamos que Carlos, que no obstante ha propuesto el título de “vayamos todos juntos a tomar café” al tratar el tema de la elección de la nominación, se levanta y se va. En sesiones posteriores se le explicita al paciente “si tendrá algo que ver, su acción de retirarse de sesión, con ponerle un nombre a un proyecto que lo involucra”, el paciente responde “que no puede ponerle nombre a algo porque no sabe”.

La T.O. le verbaliza la siguiente hipótesis: “si esto de no saber ponerle nombre se podría relacionar con la dificultad de conocer su propio nombre”. El paciente responde “puede ser”, el efecto inmediato de esta intervención es su permanencia en sesión cuando se trata el tema, pudo hacer uso de su voto, participar activamente del proyecto y realizar una autocrítica al título por él propuesto.

Para un grupo la muerte de un compañero es un momento particular, más aún cuando esta era por suicidio, que había acontecido semanas atrás.

Durante varias sesiones había una concurrencia numerosa de pacientes en T.O. Cada paciente se hallaba conectado con su proyecto y actividad individual. El intercambio verbal se limitaba a solicitarse herramientas o materiales, había escaso movimiento corporal y verbalización. Nuestras preguntas eran contestadas escuetamente, el grupo se mostraba reticente, monolítico.

Pensamos entonces en hacer una brecha, para intentar poner “sobre la mesa aquello que se calla”, hicimos una propuesta que fue aceptada, hacer entre todos un dibujo en el pizarrón, tendríamos que pensar el tema; se habían generado tres gradientes para la participación: ideas y dibujos, ideas y que otro las dibuje y la permanencia en sesión.

Comenzaron a dar ideas, la elegida era la de dibujar un barco; “el arca de Noé” dice Horacio; “para salvarnos” dice otro. La actividad fue transcurriendo ahora había que pedir silencio para poder escucharnos: “pongamos gente” dice Walter, “que las dibuje la T.O.Elizabeth”, dice Ricardo. La T.O. ofrece hacer algunos, luego otro continuará, Ricardo completa la tripulación; resultando ser la cantidad de los que estábamos allí. Un paciente propone poner nuestros nombres al lado de cada silueta. Los T.O. capitaneábamos el barco. Se fueron acercando los otros pacientes que no estaban en el inicio. La T.O. pregunta: “¿cuál es el itinerario a seguir, hacia dónde vamos?”, responden cruza el océano y vuelve”. Confeccionamos el siguiente itinerario tocando las escalas significativas para cada los pacientes. Así queda Bs. As., Lanús, Puerto Madryn, Brasil, África, Madrid, Tigre, Bs.As., durante la travesía nos ocurrían cosas trágicas y otras bellas y divertidas.

Esta actividad fue creando un clima de menor tensión, finalizando la sesión, surge el suicidio de José, lo ligamos con este viaje, con la necesidad de concretizar en un producto colectivo quienes quedaron, nominarnos, quienes se salvaron, querer tomar distancia para poder hablar de la angustia que provoca la muerte y la locura.

Se continuó con la evocación de la persona de José, habíamos vuelto de viaje, habíamos regresado.

Bibliografía

“Atención en Grupos de Terapia Ocupacional” – T.O.Vivian Máximino- T.O. de “A casa”. Hospital de día de San Pablo- Brasil- Trabajo presentado en el II Congreso de Terapia Ocupacional y I Simposio Latinoamericano.

Temas de Psicología (Entrevista y Grupo) – José Bleger. Ed. Nueva Visión

Del hecho al dicho- T.O. Liliana Paganizzi y otros. Psicoterapias Integradas Editores, 1991

El campo grupal- Ana María Fernández- Ed. Nueva Visión. 1991

El caso Dominique- Francois Dolto- Ed. Siglo XXI.

Traiter les Psycoses- Willy Apollon- Ed. Noeud. Montreal, Canadá. 1989.

RELATOR INVITADO/EXPOSITOR

El cielo de la rayuela

Celina Tamarit

“...Y estos juegos fueron creados en el corazón del cielo:
el de la pelota para tocar a los dioses una y otra vez
-el de la rayuela para llegar a los dioses una y otra vez-.”

Popol-Vuh. Libro sagrado de los pueblos quiche-maya. Año 12.000 AC

Buenos Aires. Supervisión del 10 de Mayo de 1993

Celina (A Silvia). -“Tenés la lámpara de Aladino y le pedía que te deje ver
a tu paciente como un chico normal. ¿Cómo lo ves?”-

Silvia: “Jugando. Lo veo jugar. Es Batman”-.

Jugar. Algo tan natural en un chico que parecería un despilfarro importunar al genio de la lámpara para pedírselo. Pero cuando Silvia lo dijo no veía solamente un chico jugando. Veía un chico sano. Un chico normal. De alguna manera el tema del juego-salud se había instalado en el territorio de la Terapia Ocupacional. Pero no como propuesta para los chicos -la palabra paciente... me impacienta- sino como un tiempo para compartir. Como clima que favorece el mirar-tocar-mover-hablar.

El espacio que ocupa el juego es consagrado y mágico. Dentro de él todo es posible, las personas y las cosas pueden hablar, callar o ser transparentes, cambiar de forma, aparecer y también desaparecer. Pero es condición primera- para que el juego sea juego, que fuera del espacio lúdico se encuentre la realidad.

Siempre me sedujo esta cualidad gemela de la Terapia Ocupacional, la posibilidad de que convivan las exigencias cotidianas de la cultura, representadas por las Actividades de la Vida Diaria, y la invitación al juego, al lugar utópico del que se pueda salir y entrar todas las veces que se quiera, interrumpir, continuar y retomar. Donde se puede hacer o no, donde se puede “... estar por nomás...”

Pero para conocer este sitio encantado hay que caer bajo su hechizo. Y también jugar.

La referencia no atiende exclusivamente a lo que significa el juego en Psicología sino que lo muestra en su aspecto más amplio. “La cultura surge en forma de juego, la cultura -al principio- se juega, afirma Johan Huizinga. Las grandes preocupaciones primordiales de la convivencia humana en las sociedades más primitivas están impregnadas de juego, el mito y el culto. El juego autentico, puro, místico, el juego del “como si”, constituye un factor de cultura. Dicho más rotundamente: el juego existe previamente a la cultura. La cultura humana brota del juego y es juego y se desarrolla jugando”.

El jugar tuvo sus orígenes conexiones con el culto. Todo lo que en una tradición posterior se nos presenta como juego bello y noble ha sido alguna vez juego sagrado.

Como sagrado es el sitio donde se juega. Lugar atemporal donde la actividad se consume y se consume a sí misma. Para el juego no valen las normas de la razón, el deber o la verdad. Por eso es necesario permanecer dentro del círculo mágico del momento de juego, espacio pleno de significado para los que están dentro y absurdo y sin sentido para los de afuera. Y a su vez “los de afuera son de palo”.

En el instante escénico del ceremonial el hechicero que danza es un pájaro, como la nena que canta y baila es Xuxa y el pibe que pateo es Maradona... y este es maestro y esta mamá o doctora y aquel león o colectivero. Todo es posible durante el tiempo y el espacio lúdico. Si el símbolo es definido como figura que representa otra cosa y sugiere dos planos diferentes, el de la presencia y el de la ausencia, en el ámbito del juego el símbolo no existe. Las cosas, simplemente se muestran. Son. Y el que está afuera y mira, no las ve. Se ven solamente desde adentro. Hay que jugar, y jugarse. Y también ¿Por qué no? Ser juguete. Ser jugado por el otro. Asumir el ser que el otro nos pide. Abandonar nuestra identidad y trasmutarnos en lo que nos convierte la varita mágica; sin límites impuestos por el cuerpo, la especie o la época. Aceptar que un lápiz es un chupetito un sonido

una piedra. Estar ahí presentes. Abiertos. Disponibles. Atentos al gesto que propone. Invitando, sutilmente, cuando el gesto no aparece. En este jugar hay sólo actores. Ningún espectador.

A propósito y con cierto esfuerzo, renuncio a la tentación de hablar de espacio transaccional, de objetos de fantasía, de patología. Porque no entran en nuestro juego. Serán materia de elaboración posterior, cuando cobren la memoria, el registro, la discusión y la teoría, el proyecto. En el instante de juego las cosas se vuelven misteriosas y el misterio se expone. Pero ¡cuidado! A veces el secreto es tan tenue que se desvanece de solo descubrirlo. Si hemos de ser los depositarios de valores tales debemos demostrar ser merecedores de tanta confianza.

Hubo un tiempo (Había una vez...) en que el cielo estaba muy cerca de la tierra. Se llegaba a él por una soga, una escalera o una montaña. El hombre poseía una serie de atributos que ha perdido, inmortalidad, espontaneidad, libertad, accesos a los dioses, amistad con los animales y conocimiento de su lenguaje. Entonces algo pasó. El cielo y la tierra se separaron. Se perdió el Paraíso, la edad dorada. Y sucedió la caída como mutación ontológica de la condición humana. Como ruptura cósmica. Surgen los opuestos, el bien y el mal. Lo divino y lo humano. ¿La salud y la enfermedad?

Los dioses se apiadaron y crearon para el hombre un juego que permite recobrar la igualdad de dos planos, de dos niveles. Que permite llegar de la tierra al cielo. Al cielo de la rayuela.

Mientras hay juego hay esperanza...



PROGRAMA

4 jornadas de terapia ocupacional en salud mental

13, 14 y 15 de octubre de 1993

AUSPICIADAS POR: SECRETARIA DE SALUD PUBLICA DE LA MCBA —
AATO-ASOCIACION ARGENTINA DE TERAPISTAS OCUPACIONALES —
APSA-ASOCIACION DE PSIQUIATRAS ARGENTINOS — DPTO. DE
DOCENCIA E INVESTIGACION DEL HOSP. BORDA — ESCUELA
NACIONAL DE TERAPIA OCUPACIONAL

Comisión Organizadora

T.O. Capozzo, Marcela
T.O. Daneri, Sara
T.O. Gómez Mengelberg, E.
T.O. Guzmán, Marcela
T.O. Risler, Liliana
T.O. Sagrera, Mónica
T.O. Slaifstein, Adriana
T.O. Palma, Carlos - Infante Juvenil
T.O. Castro Ares, Alejandra - Infante Juvenil

Comité Científico

T.O. Kleiban, Silvia
Dr. Materazzi, Miguel A.
T.O. Paganizzi, Liliana
T.O. Papiermeister, Ana
T.O. Suter, Marta
T.O. Toscano, Victoria
Lic. Villarroel, Norma

Ejes Temáticos

**INSTITUCIONES Y COMUNIDAD - T.O.
EN EL AREA LABORAL - MARCOS TEO-
RICOS EN TERAPIA OCUPACIONAL -
CLINICA DE TERAPIA OCUPACIONAL**

SEDE: HOSP. J. T. BORDA - RAMON CARRILLO 375 - AULA
MAGNA DE LA CATEDRA DE SALUD MENTAL
INFORMES E INSCRIPCIONES: SERVICIO N 48
DE TERAPIA OCUPACIONAL DEL HOSPITAL BORDA

Auspiciadas por:

- Secretaría de Salud Pública de la M.C.B.A.
- Asoc. Argentina de Terapistas Ocupacionales (A.A.T.O.)
- Asociación de Psiquiatras Argentinos (A.P.S.A.)
- Dpto. de Docencia e Investigación - Hosp. Borda
- Dpto. de Docencia de Investigación - Hosp. Infante Juvenil
- Escuela Nac. de Terapia Ocupacional de Bs. As.
- Universidad Nacional de Quilmes - Carrera de Terapia Ocupacional

Comité Científico

T.O. Kleiban, Silvia
Dr. Materazzi, Miguel A.
T.O. Paganizzi, Liliana
T.O. Papiermeister, Ana
T.O. Suter, Marta
T.O. Toscano, Victoria
Lic. Villarroel, Norma

Comisión Organizadora

T.O. Capozzo, Marcela
T.O. Daneri, Sara
T.O. Gómez Mengelberg, E.
T.O. Guzmán, Marcela
T.O. Risler, Liliana
T.O. Sagrera, Mónica
T.O. Slaifstein, Adriana
T.O. Palma, Carlos - Infante Juvenil
T.O. Castro Ares, Alejandra
Infante Juvenil

4^{as} Jornadas de Terapia Ocupacional en Salud Mental

13, 14 y 15 de Octubre
1993

Servicio Nº 48 - Terapia Ocupacional
Hospital José T. Borda

Miércoles 13 de Octubre

Coordinadora: T.O. Marcela Capozzo

- 8.00 hs. Inscripción.
- 9.00 hs. Apertura: Autoridades del Hospital Borda.
Comisión Organizadora
- 9.45 hs. Trabajo Libre
"A tono" - T.O. Zamora y
T.O. Carolina López
(Centro de Investigaciones
Psiquiátricas de Bs. As.)
- 10.15 hs. RECESO
- 10.30 hs. Relator Invitado
"Psicoterapia Grupal
Programada"
Psicocine. Film "Bajou"
Director Asistente del Hospital
J.T. Borda.
Dr. Miguel Angel Materazzi
- 11.45 hs. Trabajo Libre
"Actividades en la Institución"
T.O. L. Paganizzi - Docente de
la E.N.T.O. - Centro de
Psicoterapias Integradas
- 12.15 hs. "Nunca tuvimos un síndrome
de Down"
T.O. M.I. Lanfranchi
Dra. M.A. Kuperman
Equipo Interdisciplinario
de Estimulación Temprana
del Hospital Durand

Jueves 14 de Octubre

Coordinadora: T.O. Elizabeth Gómez Mengelberg

- 9.00 hs. Relator Invitado
"Retrasos madurativos
profundos, fundamentos
teóricos y tratamiento desde
la Teoría de Integración
Sensorial"
(Video - Exposición)
T.O. María Rosa Nico
- 10.15 hs. RECESO
- 10.30 hs. Relator Invitado
"Evolución y manejo de
discapacidades cognitivas y
psiquiátricas"
T.O. Lucila Moreno
(Exposición y Audiovisual)
- 12.10 hs. Relator Invitado
"La integración socio-laboral
en salud mental"
T.O. Laura Pezzoli
T.O. Patricia Bollini
Hosp. Infante - Juvenil
"C. T. García"

Viernes 15 de Octubre

Coordinadora: T.O. Daneri Sara

- 9.00 hs. Relator Invitado
"El hospital psiquiátrico según
modernas concepciones"
Dra. Amelia Mussachio de Zan
Prof. Dra. Titular de la Cátedra
de Salud Mental - U.B.A.
- 10.15 hs. RECESO
- 10.30 hs. Trabajo libre
"Son las cosas de la muerte,
son las cosas del morir"
T.O. Ana María Papiermeister
Coordinadora de
Rehabilitación del Hosp.
Infante Juvenil C. T. García
- 11.00 hs. Trabajo libre
"El programa P.I.C.A.S.O."
T.O. Liliana Sbriller.
Serv. de Psicopatología y
Salud Mental Hospital
General de Agudos P. Piñero
- 11.30 hs. Relator Invitado
"El cielo de la rayuela"
T.O. Celina Tamarit
- 12.00 hs. Relator Invitado
"Reformulación de las
Instituciones"
Dr. Alberto Méndez
Asesor Dirección de Salud
Mental M.C.B.A.

Cierre de las jornadas

JORNADA 5

**Quintas Jornadas de Terapia Ocupacional
14, 15 y 16 de septiembre de 1994**

PRÓLOGO

Adriana Slaifstein

Quiero felicitar a la Comisión Organizadora del Servicio de Terapia Ocupacional del Hospital José T. Borda por la iniciativa, como así también agradecerles por la convocatoria que me hicieron para realizar la presentación de las quintas jornadas de Terapia Ocupacional: "Comunidad y Marcos Teóricos en Terapia Ocupacional", llevadas a cabo en el año 1994. Presentación que me remite también a presentarme.

Mi ingreso al Hospital fue en marzo de 1988, comenzando mi tarea asistencial en el servicio de Hospital de Día y en un Servicio de internación con pacientes crónicos.

Hasta el año 2002 en forma sostenida desarrollé mi actividad profesional en el Servicio de Hospital de Día para luego abocarme de manera exclusiva al trabajo en Salud Comunitaria también de modo sostenido durante 16 años hasta mi jubilación de la institución.

Puedo decir con orgullo como integrante del equipo del servicio 48, durante 28 años, que la pasión por la tarea nos llevaba de manera constante a intentos de cambios de realidades institucionales, y es en el marco de supervisión como equipo, donde uno de los efectos fue el desarrollo de estos espacios de encuentro, intercambio y reflexión que nos trajeron nuevos aires a nuestro trabajo diario.

En el año de estas quintas jornadas, ya el hospital había dejado de ser Nacional, ya que en 1992 bajo el convenio de transferencia del Ministerio de Salud y Acción Social pasó a la órbita de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos.

Yo me encontraba trabajando en el Servicio de Hospital de Día con muchos interrogantes en relación a las altas de los pacientes y su efectiva inserción laboral. Interrogantes que con cada una de mis compañeras del servicio 48 compartíamos estando en diferentes dispositivos terapéuticos.

Al leer hoy los trabajos, 25 años después, es como un viaje introspectivo en el tiempo, donde recuerdo que estas preguntas que me inquietaban trascendían la institución hospitalaria. Temáticas que se generaban en ámbitos públicos como privados e independientemente de la población asistida. Preguntas y reflexiones que nos atravesaban como colectivo profesional. Cabe destacar como las palabras que resuenan con fuerza en los trabajos como derechos, autogestión, participación, autonomía, integración a la comunidad, actividad, significación de trabajo y significación del término comunidad, son las mismas palabras que continúan formando el eje fundamental del desarrollo de nuestra práctica profesional en todos los ámbitos.

Preguntas y reflexiones que continúan vigentes y tanto como en estos trabajos del año 1994 y en la actualidad continúan interpelándonos y nos lleva a seguir planteando alternativas distintas a las existentes.

Mi trabajo sostenido durante 12 años en el Hospital de Día del Borda fue el que antecede a mi trabajo en Salud Comunitaria.

Y quiero agradecer especialmente a cada una de las colegas por sus valiosos aportes con sus trabajos: En relación al concepto y contexto de comunidad terapéutica, donde cabe pensar la importancia que tiene desde donde nos posicionamos en nuestras prácticas.

Podemos estar dentro de una institución con prácticas que humanizan y también en lo contrario estar desarrollando nuestra tarea en el territorio donde las personas viven y se desarrollan, pero con prácticas burocratizadas y deshumanizadas. Entonces el afuera o el adentro dependerá de las miradas, de las escuchas, de los diagnósticos y de las redes que armemos para el desarrollo de estrategias de cambios. Como así también la importancia de estar en permanente conocimiento de las políticas que regulan nuestra formación como nuestras prácticas, conocer para saber cuál debe ser nuestro rumbo.

TRABAJOS LIBRES

Acerca de la comunidad terapéutica en gerontopsiquiatría¹

Griselda Barucco y Liliana Klein

Acerca de la comunidad terapéutica

El término comunidad es tan antiguo como el mundo. Siempre y en todo momento el hombre necesitó de otros hombres para desarrollarse como tal.

Muchos son los nombres que aparecen al hablar de comunidad terapéutica: Sullivan, Sivadon, Main, entre otros, pero lo cierto es que Maxwell Jones es el más ligado a esto, es una de las figuras más representativas en lo que hace al desarrollo de la comunidad terapéutica.

El Dr. Maxwell Jones, psiquiatra inglés, la utilizó a mediados del presente siglo, se refería a esta modalidad de tratamiento de Salud Mental con ex combatientes de la segunda guerra mundial. Jones niveló las jerarquías entre médicos y pacientes e introdujo las asambleas, donde todos los integrantes del hospital participaban en la organización diaria de las actividades.

Introducción

Este trabajo pretende ser una aproximación teórica de nuestra corta experiencia en práctica clínica, en una institución neuropsiquiátrica, sector geriatría, con modalidad de comunidad terapéutica.

En Gerontopsiquiatría la comunidad terapéutica tiene como modalidad la distribución de roles y su ínter juego en el proceso de decisión.

Desde lo teórico una comunidad terapéutica es democrática, su objetivo es la resolución de la situación patológica, es igualitaria y flexible. (1)

Pero... ¿Qué ocurre con estos pacientes del sector, cuya patología predominante es la demencia senil? ¿Puede corresponder con una comunidad terapéutica?

Trabajamos bajo esta modalidad que opera en base a grupos, en una estructura horizontal, profesionales y pacientes participan del mismo proceso terapéutico, entendiéndose por esto un sistema de funcionamiento grupal donde el paciente a través de su participación y relación con sus pares pueda aumentar su autoestima, reducir su ansiedad, intentando profesionales y grupo de pares, movilizarlo para que desarrolle sus capacidades de expresión, pudiendo de esta manera producir cambios en él.

Se trata de integrar el conjunto de actividades en este marco socioterapéutico, donde el paciente pueda convivir en comunidad, permitiendo su regreso al medio exterior, reduciendo el tiempo de internación o apuntando a una mejor calidad de vida en la institución, en aquellos pacientes crónicos cuya alta no es posible tal vez por una razón social.

A través de la comunidad terapéutica se tiende a permitir y obtener el máximo de participación por parte de los pacientes. (2)

Así, esta modalidad, plantea su exigencia, sus expectativas esperando que los pacientes se realicen en la medida de sus posibilidades, capacidades e intereses tendiendo a una participación efectiva del paciente en el marco de la institución.

La comunidad terapéutica trata de proveer experiencias sociales que le permitan al paciente sostener, fomentar, restablecer el remanente de sí mismo, en cada momento para integrarse a la sociedad exterior en sus distintas instancias: familia, hospital de Día, geriátrico.

Conformamos esta comunidad terapéutica agentes de la salud mental, médicos psiquiatras, clínico, terapeutas ocupacionales, musicoterapeuta, profesor de expresión corporal, enfermeros y también mucamas, siendo los roles operativos, respondiendo así a un programa terapéutico, una tarea en equipo, en función de las necesidades de los que conforman esta comunidad, evaluando el desarrollo de la vida comunitaria.

¹ Trabajo realizado durante el periodo de Práctica Clínica en la Clínica Privada Banfield, sector CD Gerontopsiquiatría, del 7/3/94 al 17/6/94, bajo la Supervisión de la Terapeuta Ocupacional Alejandra Colli.

El médico psiquiatra, por su parte, combina actividades de co-terapia (multifamiliar, asambleas, grupo de reflexión), con entrevistas a familiares y pacientes y prescribe los medicamentos. Funciona en equipo, compartiendo ideas y opiniones con el resto del personal.

En cuanto a las terapistas ocupacionales, pasan por sus manos la mayor parte de las actividades del sector.

Por su parte el expresionista corporal, trabaja en la organización de la imagen corporal, a través de estructuras simples, con movimientos, de acuerdo con las posibilidades potenciales de cada paciente.

Retomando, podemos decir que lo que en la modalidad comunidad terapéutica priman es el nivel de jerarquización horizontal y la organización del día del paciente a través de la actividad.

Nos preguntamos ¿Qué papel cumplen entonces los psicofármacos? En este periodo de práctica clínica, pudimos corroborar que a las herramientas de la comunidad terapéutica se suma la administración de psicofármacos, ya que estos atenúan el síntoma, siendo necesario para llevar a cabo las actividades, incluirse en lo grupal desde su hacer individual, no convirtiéndose en un riesgo para sí mismo ni para terceros.

Actividades

Como ya mencionamos pasa por la coordinación de las terapistas ocupacionales la mayor parte de las actividades que afectan al sector: lectura de diario, talleres, grupo de reflexión, A.V.D.

Las actividades grupales cumplen un rol importante en el día del paciente, comprobando que a través de ellas puede este expresar sus afectos, conflictos,...

Estas favorecen la resocialización y nos permiten la evaluación permanente del paciente y su tratamiento, porque pudimos observar in situ sus capacidades, como así también dificultades manifestadas por el paciente, verbalmente o no, frente a la tarea sea con compromiso motor y/o psíquico. Por esta razón al planificar y llevar a cabo las actividades, debemos tener en cuenta el remanente, para que una u otra tarea no resulte frustrante, dado que nos es común oír "ahora no puedo hacer lo que antes"... porque quizás no recuerda el mecanismo para efectuarlas.

Al ofrecer una actividad debemos tener presente su deterioro psicofísico, sus alteraciones en la memoria de fijación que van a dificultar todo nuevo aprendizaje, de ahí que las consignas deben ser claras y precisas, actividades cortas, de pocos pasos y pronto resultados, dado su dificultad en la atención, concentración y memoria, como así también alteración de gnosias y praxias. Trataremos de comentar aquellas actividades que encuadran en nuestro horario de práctica clínica.

Lectura de diario: esta reunión tiene lugar todos los días y constituye un grupo de interés para los pacientes, que pasa por momentos informativos, de opinión, comentarios y difusión dentro de las posibilidades de cada uno. Seleccionamos el tipo de noticias frente a los problemas de interés general, particularmente aquí: titulares, jubilados, policiales, información general, horóscopo. Este espacio constituye un proceso de interacción grupal con posibilidades de establecer canales de comunicación y participación. Con la lectura de diario pretendemos la construcción de un puente con la realidad exterior, ¿para qué?... para ratificar el afuera. Tenemos presente que la lectura por sí misma es un estímulo hacia las funciones superiores, las cuales se hayan disminuidas o alteradas.

Grupo de reflexión: una vez por semana los pacientes con posibilidades psicofísicas concurren al grupo de reflexión co-coordinado por el médico psiquiatra y las terapistas ocupacionales.

En esta reunión se hace una evaluación del proceso terapéutico, de cómo están individualmente o en relación a sus pares, charlas sobre posibles altas presentación de nuevos integrantes, diferencias entre lo que el paciente sostiene sobre lo que le pasa y las opiniones del grupo de pares, ya que suele no coincidir la imagen que el paciente tiene de él mismo y la que el grupo se forma. Se plantean además, distintas situaciones o se comentan episodios vividos. El grupo de reflexión es informal, sin prohibiciones, supone una posibilidad de expresión y participación. La modalidad es "abierto", los pacientes o coterapeutas inician los temas.

Talleres: la modalidad es grupal, trabajándose con proyectos individuales o proyectos grupales donde se estimula la participación e integración grupal básicamente.

Taller de Tango: se lleva a cabo una vez por semana, con un grupo de pacientes masculinos, para la audición de tangos. En este espacio entran en juego afectos, sentimientos, se verbalizan recuerdos, anécdotas, se aportan datos, los cuales son recopilados por escrito por la TO para la confección de una revista.

Taller de Juego con compromiso Motor: en este espacio terapéutico unimos lo lúdico-recreacional a los movimientos para lo cual se realizan diversas actividades en relación a su propio cuerpo y el del otro, y en relación al espacio.

Estimulamos la participación activa de aquellos pacientes cuyas características psicofísicas no permiten la inclusión en otros espacios.

Nuestros objetivos apuntan por lo tanto a la participación e integración grupal, favorecer y mantener funciones superiores, movilización de las distintas partes del cuerpo de acuerdo a sus posibilidades.

Taller de cocina: se reúnen las señoras cada quince días, para la elaboración de masitas, poniéndose quizás en práctica aquello que de este hacer quedo detenido en el momento que entro en la institución. Este espacio favoreció el dialogo y la colaboración entre el grupo de pares.

Taller de mujeres: en este espacio grupal con proyecto individual los pacientes eligen frente a los ofrecimientos y materiales su propia actividad. Nuevamente, como en otros espacios, aparecen capacidades y dificultades. Esta tarea, este hacer, pone en juego sus ofrecimientos y limitaciones.

Los que trabajamos con pacientes demenciados conocemos las dificultades que la tarea presenta, dado sus características patológicas, como desorientación témporo-espacial (No reconociendo su proyecto de la sesión anterior) juicio debilitado (no pudiendo resolver situaciones que le plantea la tarea) trastorno en la memoria (lo que va a dificultar todo nuevo aprendizaje y enfrentarnos aquí a lo que sabía y hoy por su deterioro ya no puede realizar o no recuerda como) y de gnosias y praxias (presentando alteraciones para ejecutar y llevar adelante una actividad) alteración de la memoria, atención y concentración.

En cuanto a las AVD aquí se ligan las tareas de Enfermería y Terapia Ocupacional, evaluando en equipo las posibilidades del paciente de ser independiente, dependiente, recibir control o asistencia.

En este momento las AVD se dirigen, con supervisión de Terapia Ocupacional, a la alimentación en comedor, arreglo personal e indicaciones a enfermería sobre higiene y vestido.

Pensamos que los pacientes que no participan de estos distintos espacios terapéuticos, el hecho de salir de su habitación-cama, el poder de desplazarse de un espacio activo a otro, le permite recibir del medio externo los estímulos y esto creemos es terapéutico.

Todas estas actividades hacen a lo terapéutico del sector, apuntando a la recuperación y por consiguiente a la externación del paciente en la medida de sus posibilidades, como así también a una mejor calidad de vida en el caso de los crónicos, por lo tanto deben articularse de manera tal que hagan al buen funcionamiento general de la modalidad adoptada: Comunidad Terapéutica.

Desde lo vincular. . .

El Síndrome demencial es la afección común de la población atendida en el sector.

El modo en que esta patología se instala en el paciente tiene que ver no sólo con la zona cerebral dañada, sino también con la personalidad previa sobre la que se despliega el síndrome.

El determinante orgánico interviene alterando el proceso de comunicación, limitando las posibilidades del paciente de establecer vínculos interpersonales espontáneos y efectivos progresivamente.

El vínculo es favorecido por nuestro acercamiento diario y casi permanente con los pacientes en los distintos espacios, como por el conocimiento de la patología demencial por medio de la teoría, e intercambios de conocimientos dados por la teoría y/o la práctica cotidiana de los integrantes del equipo. Todo esto indispensable para el planeamiento y funcionamiento de la comunidad terapéutica.

En cuanto al vínculo terapéutico la demanda del paciente puede ser referida por este, verbal o analógicamente, explícita o implícitamente de acuerdo a sus capacidades psicofísicas, debiéndonos comportar como continentes activos de esta demanda.

En los talleres y espacios con proyectos grupales pudimos observar y corroborar que el encuadre de la actividad sirve para estimular el remanente y/o mejorar la calidad de los vínculos y del hacer del geronte.

Ante la demanda del paciente en los distintos espacios la contención efectiva puede serlo desde lo verbal y afectivo y la estimulación dada por los pares, el trabajo y las relaciones significativas para el paciente.

Fuimos aprehendiendo los códigos y distintas maneras de comunicación de cada paciente, modificando nuestra propia modalidad vincular, pudiendo transformar el hacer, la ocupación del geronte en los diferentes espacios, permitiendo la plasticidad de los vínculos, propiciando y favoreciendo la interacción grupal. Observando que esto va en contra del enquistamiento de roles y favorece la calidad de los mismos.

Conductas no aceptadas por la comunidad que llevan a la desvalorización del paciente en otros espacios, pudieron verse socialmente aceptados.

Conclusión

A modo de conclusión queremos respondernos acerca de si el sector en el cual compartimos nuestra práctica se puede corresponder con una comunidad terapéutica.

Pensamos que la actividad es una característica de la comunidad terapéutica y con esta trabajamos, planificando el día del paciente, cumpliendo con los objetivos propuestos.

Tenemos claro que no existe una definición exacta de lo que es una comunidad terapéutica, ni criterios rígidos para definirla, no hay un modelo de comunidad terapéutica, si hay creadas habilidades, intereses, entusiasmo por parte de los que conforman (equipo-pacientes) llevando adelante el tratamiento, apuntando a restituir la salud para poder dejar la institución lo antes posible o mejorar la calidad de vida dentro del marco institucional.

Para finalizar queremos citar DV, MARTIN quien dijo que una Comunidad Terapéutica es aquella “en la cual se hace un esfuerzo deliberado para usar al máximo las contribuciones de todo el equipo y los pacientes en un plan de tratamiento general”. (3)

Y esto... es lo que vivimos y compartimos en nuestro periodo de Practica Clínica.

Citas

- Grimson Wilbur, Sociedad de locos, Bs.As.
- Martin Dv. Adventure in Psychiatry, Londres

Bibliografía

Cella A. “Fuera del taller”, ficha, Bs. As., 1991

Clark David H., “Psiquiatría administrativa”, Los roles en la comunidad terapéutica, Ediciones Nueva Visión, Bs. As., 1973.

COL.T.O., “Terapia Ocupacional el camino del hacer”, RISIGA M. “La Terapia Ocupacional en el tratamiento de las demencias”, Ediciones VIP, Bs. As., 1991.

Chazaud Jacques, “Introducción a la terapia institucional”, Ed. Paidós, Bs.As., 1980.

Goti M., “La comunidad Terapéutica”

Grimson Wilburg, “Sociedad de locos”, Ed. Nueva Visión, Bs.As., 1972

Fredman A., Kaplan H., Sadock B., “Compendio de Psiquiatría”, Ed. Salvat, 1984.

Paganizzi L. y otros, “Del hecho al dicho”, Psicoterapias Integradas Editores, Bs.As., 1991.

Strejilevich N., “Temas de psicogeriatría”, Ed. 1919, Bs. As., 1990.

Walker, Beavin, Jackson, “Teoría de la comunicación humana”, Ed. Herder, Barcelona, 1986



“De colores milenarios”. Algunas reflexiones sobre el YO temprano²

Celina Tamarit

El material que aquí se presenta está formado por fragmentos del “Cuaderno de Adelaida”, donde se registró su tratamiento de Estimulación Temprana, a cargo de una T.O, en el programa “Hola Bebé”.

El trabajo resultante fue discutido con las T.O Soledad Calveyra, Alejandra Castro Ares y Silvia Fernández, a quienes agradezco su paciencia.

La supervisión del encuadre fue realizada por el Dr. Aníbal Villa Segura, con quien quedo en enorme deuda.

De las notas sobre las interacciones entre Adelaida, el material, su mamá y la T.O pudimos rescatar temas como:

- El proceso de separación individuación entre la beba y su mama.
- La etapa simbiótica y su tránsito.

² Publicado en: Terapia Ocupacional Reflexiones. Serie Compilaciones 2- COLTOA. Grupo Editor.1998. ISBN987-96632-1-7. Bs.As. Pag.95-106.

- El espacio continente y el ambiente facilitador.
- La mirada integradora de la T.O.
- El baño sonoro y las palabras –símbolo.
- La elección de un objeto terapéutico único.
- La boca como capital del territorio cuerpo.
- El movimiento que se constituye en actividad psicomotriz.
- La particular cualidad de la quietud y el silencio.
- Ser y estar he ahí la cuestión.

Como el análisis de los temas incluye mucha actividad, para ilustrar algunas secuencias en espacio y tiempo, contamos con la colaboración de Soledad Calveyra, quien amablemente tomara el lugar de Adelaida.

Adelaida tiene nueve meses y catorce días.

En brazos de su mamá recorre el lugar donde se la había invitado a jugar. Mira lo que está a la altura de sus ojos, se prende de la camisa de su mamá con la mano I y de su babero con la D.

Al terminar la vuelta la TO le muestra la puerta con gesto y palabras y le dice por dónde entro y por donde se va a ir. La mamá la sienta en el suelo. Se sientan las tres a mirar y tocar los juguetes.

...En brazos de la T.O Adelaida mira a través del vidrio el "Afuera". Gira la cabeza y descubre un collar, cerrado, colgado en el borde de un estante. Es de caracoles. Acerca su mano derecha y delicadamente lo toma. Lo revisa. Lo pasa a la otra mano, lo sacude y lo lleva a la boca. Hace ruido raspando con sus dos únicos dientes los caracoles. Sin sacar el collar de la boca se lo muestra a su mamá, extendiéndolo hacia ella. La mamá le dice: _ ¡Qué lindo collar que tengo mamita! "-.

Adelaida se lo muestra a la TO sin sacarlo de la boca. La TO le dice que tiene en la boca un collar de caracoles. Adelaida se sacude y pide bajar.

En el suelo se pone boca abajo y sosteniendo el collar con la boca lo extiende al máximo, en el suelo y traza un ángulo obtuso con el vértice en su boca, deslizándolo por el piso, sosteniendo con fuerza contra el piso el extremo distante del collar. Deja una leve marca en el suelo de goma. Lo hace varias veces, mirando atentamente el movimiento.

Pasa a posición de gateo, deja el collar amontonado en el suelo y va en busca de otros juguetes.

9 m, 28d: El collar está en el balde de juguetes de Adelaida. Lo saca rápidamente con la mano D, lo sacude y se ríe. La mamá dice: " _Como te gusta ese collar, mamita" _.

Adelaida se sienta sobre sus talones y se pone el collar en la boca. Lo hace deslizar por su boca, sosteniéndolo con la mano y tirando con la D. cierra los ojos y hace un sonido "mmmmm". Tiene los labios cerrados sobre el collar. El collar sale de su boca con brillo de baba. A medida que lo pasa por la boca va más rápido, la cara se le pone roja y transpira, el "mmmmm" aumenta. La velocidad y el sonido crecen, crecen... Adelaida da un grito, con los ojos cerrados, los abre de golpe y tira el collar lejos. Va a dar debajo del sillón de la mamá. Adelaida grita, sin mirar nada. Su mamá la levanta del suelo rápidamente diciendo: -¿Que me pasa bebé? Le presenta enseguida la mamadera. Adelaida la traga casi sin respirar, con los ojos cerrados y se queda dormida.

Adelaida saca el collar del balde y se lo pone en la boca. Lo lleva gateando, hasta la TO. Se sienta sobre sus talones y se lo muestra sonriendo, sin sacarlo de la boca.

La TO canta: - "HOY (con énfasis y marcando con las manos una porción de aire) te traje de regalo un collar de caracolas de colores milenarios que he juntado para ti" y le señala el pecho cuando canta "TI". Adelaida se pone un caracol en el mismo lugar del pecho, sin sacarlo de la boca. Mira a la TO y hace gesto de "SI" con la cabeza.

La TO le pregunta: ¿Más?- Adelaida repite el gesto de "SI". La TO vuelve a cantar, marcando el "HOY" y señalando a Adelaida cuando canta "TI".

Adelaida mira atentamente la boca de la TO, con los ojos redondos, la boca redonda sobre un caracol y las manos a la altura de su boca, sosteniendo el collar. Al llegar al "TI", ofrece su pecho y se lo mira. El dedo índice de la TO entra en el círculo collar y toca el pecho de Adelaida. Lo deja allí.

Adelaida saca el collar de su boca y lo deja, soltándolo suavemente sobre el dedo de la TO. El collar queda colgando el dedo.

Adelaida exclama: "OH" con tono de sorpresa y preocupación y levanta el collar cuidadosamente con ambas manos. Vuelve a armar un círculo alrededor del dedo de la TO. La mira intensamente a los ojos y va corriendo el collar hacia arriba del brazo de la TO, manteniendo el círculo con el brazo en el centro.

Levanta el collar con la mano D y lo acerca a la boca de la TO. Le mete un caracol. Rápidamente con su mano I pone otro caracol, del otro extremo, en su boca. El collar está extendido entre las dos bocas con el brazo de la TO adentro.

Adelaida retira el dedo de la TO de su pecho y lo coloca sobre el pecho de la TO. Rápidamente con su mano I pone otro caracol, del otro extremo, en su boca. El collar está extendido entre las dos bocas con el brazo de la TO adentro.

Adelaida retira el dedo de la TO de su pecho y lo coloca sobre el pecho de la TO. Le saca el caracol de la boca y lo baja hasta el dedo. El collar está colgado del dedo de la TO en un extremo y en la boca de Adelaida del otro. Hace girar el collar en su boca hasta que se “descuelga” del dedo de la TO. Adelaida queda con el collar en línea recta entre sus dos manos, a la altura de la boca. Levanta las manos y su carita queda enmarcada por el collar. Sonríe, mostrando sus dientes por primera vez. Baja los brazos y deja el collar en el suelo. Ha quedado formando un ovalo. Lo mira y se aleja hacia otros juguetes y cantando “O-O”.

10m, 19d: el collar está en la misma posición que dejó Adelaida. Lo mira inmediatamente, cuando entra en brazos de su mamá. Pide bajarse y se acerca gateando al collar. Canta “O-O”. Da vuelta gateando a su alrededor, toca con el índice D algún caracol, moviéndolo mínimamente. Se aleja un poco, se pone de rodillas y mira el ovalo como “en perspectiva”, desde arriba. Sonríe satisfecha.

Se acerca al collar gateando. Se sienta sobre los talones. “Saca la pierna D y la pone sobre el collar, el pie queda en el centro del óvalo. Se inclina hacia adelante, levanta con las dos manos la parte del collar que está más lejos y no tiene encima la pierna D. coloca el collar sobre el tobillo D. el collar queda alrededor del tobillo. Levanta la pierna D (y el collar). La baja.

“Saca” la otra pierna, la I, de debajo de su cuerpo. Queda sentada con las piernas extendidas un poco separadas.

Se va acostando lentamente, mirando la pierna con el collar. Levanta la pierna y el collar se le desliza hasta el muslo. Toma el collar con la mano D y lo lleva a la boca. Baja la pierna.

El collar queda extendido entre la boca y el talón de la pierna D, con la pierna adentro. Intenta hacer girar el collar en su boca pero no puede: el talón lo traba. Levanta la pierna D. el collar se libera y lo hace girar por su boca. Adelaida se ríe, abre la boca y las manos y suelta el collar.

Se pone en posición de gateo. El collar está en el suelo y la rodilla D esta “adentro” de un nuevo ovalo. Adelaida gatea arrastrando el collar. Se da vuelta y lo mira, atrás Gatea, mirando el collar detrás.

Busca a la TO con la mirada. Mira el collar y le dice “O-O”. La T.O se acerca y le pregunta: ‘ ¿Saco el collar? - Adelaida la sigue mirando y dice “SI” con la cabeza. La TO saca el collar y lo deja sobre el piso. Adelaida va hacia otros juguetes.

10m, 26d: El collar está en el balde. Adelaida lo saca y lo sujeta con la mano I. va gateando hasta la TO. Canta “O-O”. La T.O canta: -“HOY” te traje de regalo... “ETC”. Al cantar “TI” le toca el pecho con el dedo y lo deja ahí. Adelaida se toma de la manga de la TO y se pone de pie, sin soltar el collar. Acerca hacia si el brazo de la T.O hasta que arma como una baranda sobre la que se apoya, apenas. Pone el collar sobre el brazo de la T.O. El collar se cae al suelo.

Adelaida se suelta, se agacha para tomar el collar y cae sentada. Lo toma, se lo pone en la boca, gatea hasta la T.O y la toma de la ropa para pararse. El collar en la boca llega hasta el piso, formando un montoncito.

Adelaida, sostenida por una mano, la D, intenta hacer girar el collar. No lo logra. Insiste, No puede. Se lo saca de la boca de un tirón y lo tira. El collar cae a sus pies. Lo pateo. Casi pierde el equilibrio. Pega a la T.O en el brazo. Lloro, se baja al suelo y se acuesta boca abajo. Grita y patalea. La mamá se acerca y la levanta. Grita y patalea más. La mamá le dice: -“¿Ada, Ada, hijita, qué te paso? - Le da la mamadera. Adelaida la toma con los ojos cerrados. Suspira varias veces y se queda dormida.

La mamá pregunta a la T.O si es necesario que sufran tanto las dos.

11m, 3d: la mamá la trae caminando de la mano, muy inseguras ambas. Adelaida entra hasta el medio de la sala, pide bajarse y gatea hasta el balde. Encuentra el collar. Lo toca con la punta del dedo índice y canta bajito: “O-O”. Lo levanta un poquito con la mano I, el resto queda adentro del balde, y mete su otra mano, la D, entre el collar. Queda como pulsera.

Adelaida sube y baja el brazo. El collar sale y entra al balde. Mira a la TO, canta “O-O” y se mueve como bailando. La TO canta: “Hoy te traje un regalo...” etc. El balde contra el pecho de Adelaida no permite que al cantar “TI” la TO le toque el pecho. Al llegar a esa parte, Adelaida se toca el pecho y se ríe. Se saca el collar-pulsera y lo mete en el balde.

Lo saca por completo. Lo levanta con las dos manos y hace un gran óvalo. Adelaida canta: “O-O”. Lo deja ahí y va a jugar a otro lado.

11m, 10d: Adelaida entra caminando, sostenida por las dos manos de su mamá. Va muy decidida hasta donde está el balde rodeado por el collar. Se deja caer de rodillas. Levanta cuidadosamente el balde, casi abrazándolo, y lo saca del óvalo. Lo coloca cerca. Le extiende las dos manos a su mamá, que la ayuda a pararse. De las manos, entra al óvalo y se deja caer de

rodillas. Gira sobre sí misma dentro del collar y canta: "Hoy-hoy". Levanta el collar con las dos manos. Llama a la TO que se acerca y se arrodilla a su altura. Adelaida levanta el collar y lo coloca sobre la cabeza de la TO. Canta: "Hoy-hoy (balbuceo) ti". Señala el pecho de la TO al cantar "TI".

La TO señala el pecho de Adelaida y dice: "Acá está Adelaida". Luego se señala y dice: "Acá está Celina".

Adelaida la toma de la ropa para ponerse de pie y tira del collar que se desliza hacia atrás y queda como collar en el cuello de la TO y un poquito en el suelo. Adelaida mira el suelo y pasa cuidadosamente por encima del collar. La TO está con el collar puesto. Adelaida, de pie, sin asistencia, frente a la TO. Adelaida hace el ademán de "recortar" y canta: "Hoy..." Mira a la TO y repite todo. Adelaida y la TO cantan juntas. Al llegar a "TI" los dedos de ambas señalan el pecho de la otra. Adelaida se ríe, baja al suelo, se aleja gateando hacia su mamá. Se da vuelta y dice "Chau" con la mano a la TO- collar.

11m, 11d: En la semana siguiente, Adelaida toca apenas el collar y sonríe mientras canta bajito "HOY; HOY...", lo deja y juega con otras cosas.

11m, 24d: A la semana siguiente comienza a caminar sola. No miró más el collar. La TO colocó el collar en su lugar en el estante.

14m, 6d: Adelaida sin querer tropieza con la mirada con el collar. Lo mira. Sonríe. Busca a la TO y sonríe más. Cómplice.



Relatos de fin de ciclo a fines de siglo³

Marcela Giménez

"Cuando me he ocupado de la locura, cuando he investigado la constitución de esa categoría, de ese cuasi-objeto natural que era la enfermedad mental, cuando he estudiado la organización de la medicina clínica así como la integración de mecanismos, técnicas y tecnologías disciplinarias en el interior del sistema penal, en todos estos análisis he planteado siempre el problema de la estatalización progresiva, fragmentada, sin duda pero a la vez continua. Me he ocupado de la estatalización de un determinado número de prácticas, de formas de actuar, y si ustedes quieren, de la gubernamentalidad. Así pues el problema de la estatalización está en el corazón mismo de las cuestiones que he intentado abordar".

Así resume Michael Foucault lo que fue su hipótesis, acerca de la influencia del estado o el poder central sobre, entre otras cosas, las disciplinas.

El campo de la salud mental y la terapia ocupacional no están ajenos a la influencia de las políticas que intentan regular el sistema.

Para llevar adelante dichas políticas son necesarios efectores que las pongan en marcha. Es decir, la formación de recursos humanos está íntimamente ligada a las decisiones políticas y al marco ideológico que las sustentan.

Intentaré demostrar la afirmación precedente con un análisis político cronológico de la experiencia Residencia por la cual transitamos quince Terapistas Ocupacionales y concluirá en mayo del próximo año.

Con la instauración de la democracia comenzó una etapa de reconstrucción y aperturas.

En el sector, como el país, devastado por la dictadura, debía enfrentar una etapa de transformación.

Los recursos humanos debían poner en marcha un nuevo ciclo, se modifica entonces el sistema de residencia lineal vigente.

Los residentes de aquella época impregnados de consignas como: "Salud para todos en el año 2000", "La salud es un derecho", nos lanzamos a nuestra tarea con un fervor casi militante.

Nadie desde la conducción sostenía el trabajo, la autogestión o más bien el autoengendro era la manera de funcionamiento.

Las esperanzas y las ilusiones fueron desapareciendo, las buenas intenciones no se concretaban en hechos: "para curar, comer y ducharse la democracia no bastaba".

El 89 también trajo el recambio institucional, la destrucción del proyecto RISAM y la exclusión arbitraria de los terapeutas ocupacionales del sistema de residencia.

³ Publicado en: Terapia Ocupacional. Actualizaciones en teoría y clínica- COLTO III.1995. ISBN 987-99000-6-5 Bs.As. Pag.181-185.

En esta época, Liliana Paganizzi escribía: “desde el ámbito estatal la RISAM, quizás haya sido un buen intento en estos últimos años, ahora casi fallido. Que este es un “periodo difícil” o que la “terapia ocupacional” es un lujo para nuestros manicomios, son categorías diferentes, la primera verdadera, la segunda falsa, que no alcanzan a justificar un cierre de la formación.

Este cierre para los que pudimos continuar, fue un momento difícil. Solo contábamos con el apoyo de docentes y supervisores que nos apuntalaban en lo asistencial.

La formación que se exigía desde el ministerio evidenciaba una vuelta al modelo hegemónico, en este marco los TO “éramos un lujo”.

Se reinstalo el eje de intervención en las instituciones asilares, Borda, Moyano y Tobar García se convirtieron en hospitales bases.

Los hechos se sucedieron y el denominado “*Affaire Moyano*” (33 muertes impunes) desencadena otro recambio de autoridades. Entre avances y retrocesos se logra una victoria; el ingreso de colegas que finalizaran su residencia en mayo del 95.

El 91 nos encontró en los hospitales neuropsiquiátricos, Fernando Ulloa escribe al respecto: “los manicomios en todas sus formas son la instauración sistemática de la mortificación. La coartación mayor del sujeto reducido a la condición de animalidad, cuerpo sin alma y sin alivio como no sea de la anestesia idiotizante o el de la muerte final”.

La clínica de la psicosis complejizada por los efectos institucionales nos interpelaba.

Una nueva etapa comenzaba podríamos denominarla como “La municipalización o el traspaso, la cuestión nos atravesaba a pacientes y terapeutas.

En una asamblea de pacientes de un servicio de internación escuchábamos: – dicen que pasan el hospital a la municipalidad. – lo van a privatizar por sectores. – pero algunos los van a llevar a las colonias, debe ser feo ver llevarse a los compañeros. – ¿Qué lo privaticen no quiere decir que deje de ser gratis no?

La pregunta siguió circulando. Los pacientes y nosotros teníamos delante nuestra una nueva lógica: la economista, términos como descentralización y autogestión comenzaron a incluirse dentro del sector público. La gratuidad, incuestionable en otras épocas, fue puesta en la mira.

Conocíamos cómo funcionaba la burocracia del ámbito nacional, nada sabíamos del complejo entramado municipal.

Los burócratas de turno afirmaban “Los terapeutas ocupacionales no existen”.

La ordenanza que regula el sistema municipal de residencia no contempla a nuestra disciplina, lo que no está escrito no existe. Se corta una vez más el ingreso, se pierden dos cargos de jefatura.

En el grupo que se queda comienza a actuar el síndrome de la inestabilidad, ser las últimas de un ciclo sin recambio.

En la era de la impunidad, el maltrato se hace ley.

Oficialmente la municipalidad reconoce la existencia de las últimas residentes y la necesidad de la designación de una instructora en Agosto del 93.

A pesar de los esfuerzos no pudimos regularizar la situación. El área de capacitación posee una concepción sectorizada de lo que es Salud Mental creyendo que solo es campo para médicos y psicólogos de una raigambre individualista-asistencial y hegemónicamente psicoanalítica.

Hasta aquí un análisis cronológico de los hechos, a lo largo de esta etapa nunca dejamos la formación y la asistencia. Propusimos una y otra etapa nunca dejamos la formación y la asistencia. Propusimos una y otra vez recursos alternativos para retomar el espacio.

En la actualidad seguimos intentando recuperar lo que nos corresponde.

El espacio de residencia es un derecho adquirido, una necesidad para la especialidad en el campo de la salud mental debido a su complejidad, y una de las formas de ingresar a las estructuras de poder y decisión.

Los Terapeutas Ocupacionales como cuerpo profesional dentro del sector público abocados en su gran mayoría a tareas asistenciales somos sobrepasados por la demanda, esto dificulta cobrar conciencia de la dimensión política que tiene nuestra disciplina y nosotros como trabajadores de la Salud Mental. El fenómeno social de apatía, el abandono ideológico y político, el descreimiento en las instituciones públicas, produce consecuencias obvias, se pierden espacios y otros deciden por lo que es nuestro.

No sirve renegar o resistir: “Los que se rebelan contra una determinada forma de poder no deberían contentarse con denunciar la violencia o criticar la institución. No basta con hacer un proceso a la razón en general, es necesario poner en cuestión la

forma de racionalidad vigente actualmente en el campo social. La cuestión consiste en conocer cómo están racionalizadas las relaciones de poder y como cada uno está implicado”.

Quizás para estos momentos difíciles sea necesario, a manera de desafío, responder a estas relaciones como cuerpo, como colectivo, anteponer redes solidarias a actitudes solitarias.

Mantenernos juntas a lo largo del camino de la residencia permitió que hoy podamos contar el cuento y connotar positivamente la experiencia.

Quizás el 95 traiga el final de esta etapa, pero...quién sabe, no hay mal que dure cien años, ni reelección que resista...muchas veces nos tocó bailar con el más feo, pero al final, ¿quién nos quita lo bailado?

Bibliografía

La vida de los hombres infames. Michael Foucault.

Reportaje a Fernando Ulloa (Revista Topia)

El negocio de la enfermedad “Periódico de ATE”

Del dicho al hecho. Liliana Paganizzi.

Desbordar, Revista del Frente de Artistas del Borda.



Algunos aspectos relativos a la admisión en Hospital de Día y Terapia Ocupacional

Silvia Glatstein

Los pacientes llegan al hospital de día casi siempre con su vida cotidiana en derrumbe, en situación de crisis.

En general son traídos por un tercero (ya sea, un juez, un familiar, un terapeuta, etc.)

Las demandas que aparecen entonces son diversas y no siempre lo que se solicita es un tratamiento. Se escuchan pedidos de educación, de formación laboral, de un lugar de depositar a quien se trae, etc.

Es entonces que se hace necesaria dentro de la institución, la existencia de un proceso de admisión que ponga algún orden frente a las múltiples demandas.

Plantearse la admisión de este modo, es pensarla como un trámite, en el sentido de paso de una cosa a otra. Creo que este pasaje consiste fundamentalmente en despejar la demanda social, dando lugar a que surja la demanda particular, o sea, tramitar la demanda del inicio.

La condición que determinaría que haya ingreso al hospital de día sería entonces que durante la admisión, quien consulte ponga en juego algo de un decir propio sobre su padecimiento, que construya alguna demanda que le pertenezca, en la cual se implique subjetivamente.

No es tarea sencilla si se piensa en los pacientes que llegan habitualmente a un hospital de día, en su mayoría son psicóticos y neuróticos graves. Más bien es una apuesta, no poco ambiciosa, esto de construir el criterio de admisión, en que quien viene, con la carátula del paciente, pueda hacer este pasaje, de ir construyendo su propia versión acerca de lo que ocurre, como quien sabe de lo que le acontece y no como quien en posición de objeto se entrega al saber del otro para hacer algo con su padecer.

El hecho de que algunos ingresan y otros no, es producto de la admisión. Entonces la misma sería un lugar de decisión. Decisión caso por caso, particularizada.

Si se decide el no ingreso de un paciente, se estaría posibilitando la admisión de este en otro dispositivo.

En la admisión no solo cuenta la demanda que realiza quien consulta sino también que se le va a ofrecer.

Si dentro de esta oferta se piensa en los diferentes dispositivos de que consta el servicio (ya sean particulares o colectivos) pero además se piensa en que no todos los que ingresan participaran en todos los espacios, se abre para la admisión otra dimensión, ya que introduce la posibilidad de que se dé entrada a alguien para hacer un recorrido singular, un tratamiento diferenciado.

Como TO que realiza su práctica clínica dentro del hospital de día en una institución privada, se me plantea el tema de la admisión como un tema conflictivo, ya que por un lado hay ingresos al mismo que son de carácter obligatorio y por otro, que todo paciente que ingresa debe ser incluido en todos los espacios terapéuticos.

Entonces trabajar sobre la admisión no es un ejercicio cotidiano.

Esto lleva a serias dificultades para pensar el tratamiento de un paciente, ya que se deja un escaso margen a abrir preguntas como ¿por qué? y ¿para qué viene a este espacio? ¿que espera de este lugar?, etc.

Aún sino estuvieran estos obstáculos, el tema de las admisiones en TO me resulta de difícil abordaje.

Si se piensa en TO como uno de los lugares posibles dentro del hospital de día que permite el despliegue del discurso de un sujeto, lo que se admite, es también el decir de un sujeto sobre su padecimiento, con la particularidad de que intenta hacerlo a partir de y en torno a su hacer, tanto en su perspectiva histórica como en el hacer *in situ* con todo lo que esto implique, mejor dicho, en relación a como se implique el sujeto en el hacer.

Y en este punto, la posición es la de escuchar a un sujeto a través de su producción y no la de entretenerlo y mantenerlo ocupado; aspectos que aparecen con frecuencia en las demandas primitivas y que suelen recaer o localizarse sobre el dispositivo de TO.

Entonces aquí tampoco es posible pensar la admisión acotada a un primer tiempo, ya que en un primer momento de entrevistas uno puede aproximarse a la cuestión de cómo fueron las actividades de un sujeto a lo largo de la historia, a través de su relato, quizás escuchar algo del orden del deseo por alguna actividad que hizo o le interesaría emprender, pero es esto articulado con lo que sucede cuando comienza a usar un objeto, elegir un material, construir algo, decidir el destino de su obra, etc. Cuando se abre un campo propicio para que formule alguna demanda singular, a partir del modo de hacer-decir con su estilo único.

Planteado así el proceso de admisión en TO, también sería un momento que opera como ordenador en cuanto a la demanda, desde el que pueda sancionarse que alguien ingrese en un momento y no en otro, que alguien participe o no del espacio; como así también, en el momento del egreso, alguien puede hacer un cierre en este dispositivo en forma discriminada del egreso del hospital de día.

Poder pensar en que no todos sean derivados a todas las instancias que componen el hospital de día y que no todos egresan de todas las actividades a la vez, es además de pensar para cada cual, correrse de la posición de ofrecer un paquete de actividades para tratar al loco, para pasar en cambio a tratar con la demanda que este realice.

Bibliografía:

“Fundamentos de la práctica de Hospital de Día”, Jornadas Interinstitucionales de Hospital de Día, 1990.

“Consideraciones acerca de una experiencia”, Jornadas Municipales de Hospital de Día, 1992.

“Hospital de Día”, fundación- historia fundamentos de la práctica, 1983-1993, Hospital de Emergencias Psiquiátricas “Dr. Torcuato de Alvear”.



Comunidad Terapéutica. Una invitación a crear. Teoría y Práctica del tratamiento con Gerontes

Jessica Arilla, Adriana Cella y Vivian Pirrone

Reflexionando sobre la propuesta

Para pensar la vejez vamos a distinguir varios lenguajes concurrentes: uno, aquel que explica el pasado, algunas veces de una manera histórico-afectiva, evocando lo mejor y lo peor de los recuerdos, anécdotas, alegrías, logros y dificultades. Otro, el que refiere al presente, con cambios y adaptaciones, con miedos y limitaciones solo o en compañía.

Conjugar en un solo discurso no es posible en forma inmediata. Hay contextos políticos, económicos, sociales y culturales que condicionan el proyecto. Se observa la ausencia de un referente único, sensación de poder diluido. escuchar e intentar comprender los discursos, es una tarea posible, que muestra la realidad, ya no resquebrajada y contradictoria, sino puntos de vista diferentes, basados en presupuestos potencialmente articulables, cada discurso, aparece así, como la expresión totalitaria de un lugar, hay esperanzas que son defraudadas, expectativas no resueltas, intereses no despegados, rupturas, proyectos,

ideas, horizontes de comprensión, que dan algunas claves de interpretación de un cambio: utopía y motivación para nuevas prácticas.

Denuncia de estructuras que deshumanizan y anuncio de las posibilidad de cambios frente a esta realidad.

Surgen alternativas, conciente, de que dentro de este marco ideológico, estos son sólo puntos de partida para empezar a pensar, un cambio, surgimiento de nuevas propuestas.

Comunidad terapéutica

Motor de transformaciones de un proyecto hospitalario psiquiátrico o geriátrico tradicional, que tiende a ser un proyecto humano con características de autogestión, en el que las acciones de los hombres intentan modificar la realidad.

Proyecto que exige de pacientes, familiares y equipo, el aprendizaje activo que supone el abandono de un papel pasivo de asimilar, la independencia y el sometimiento.

La clave es la participación.

La comunicación en un sentido pleno, que involucre la expresión de todas las personas en su integridad.

Modelo donde el hombre es protagonista y creador de una nueva manera de vivir su historia, donde la revisión, comprensión de la vejez y la locura tienen un lugar de escucha.

Su metodología incluye: internación, hospital de día, hostal y tratamiento domiciliario.

Equipo

La democratización de las funciones del equipo van acompañadas de estudio y planificación de las necesidades, demandas de la comunidad. Implica discriminar que los profesionales se incluyen en este modelo ideológico laboral, para no caer en la ingenuidad y voluntarismo de buenas personas que no alcanzan a entrar en la dinámica terapéutica que exige avidez, urgencia e intencionalidad de procesos nada idílicos, sino de responsabilidades y conciencia de un rol. Crecimiento interno que no puede ser aprehendido previamente a la experiencia cotidiana de compromiso, confrontación, dialogo, revisión, evolución.

Las tomas de conciencia esperadas en torno a las problemáticas familiares varían notablemente y dependen de cada grupo familiar. Demandas, necesidades o expectativas. Deseos, motivaciones y capacidades para asumir responsabilidades.

Apreciación y estimación de situaciones cotidianas, implicancias individuales y familiares a tener en cuenta.

La metodología es constante y estructurada, incluye tratamientos individuales y grupales, control de la medicación, asambleas familiares o multi-familiares, participaciones en centro de día, clubes de tercera edad, etc.

Ahí vemos, la posibilidad de inclusión en el conflicto, la colaboración con el tratamiento, el apoyo a las instancias organizativas de la comunidad, como así también la consideración de la institución como depósito, lugar de residencia definitiva, abandono e indiferencia.

Es importante, que el equipo analice y registre las capacidades reconstituyentes del paciente y su familia.

La organización y movimiento del equipo tendrán el colorido y los matices de sus integrantes.

Por lo tanto las historia personales, intereses, deseos y necesidades serán escuchados en el marco de lo subjetivo pero se darán también las condiciones objetivas que suponen: un marco organizacional (continencia familiar, ocupaciones básicas cotidianas, interacción de las tareas con otros miembros de la familia o vecinos, políticas institucionales y económicas de sostén).

De todo esto los protagonistas se van haciendo cargo, interrelacionando las capacidades y posibilidades, la significación que tiene para ellos la inclusión del anciano en una institución.

De este análisis primario y luego colectivo, surgen objetivos y determinaciones. Básicamente el compromiso de respetar y cumplir con lo decidido y acordado entre familia y equipo. Constituyéndose algo así como un comité ejecutivo, asumiendo un proyecto que defiende la presencia de un gerente en su núcleo familiar, cuidado y acompañado por los suyos conviviendo con su realidad, en su medio, con su familia, con sus vecinos y encontrando en el afuera (institución) un sostén para sí y para los suyos y un lugar donde, cuando la urgencia, el riesgo y la circunstancias lo exigen habrá cuidado y seguridad para el paciente y la familia. Nuevamente, nos encontramos con el cuestionamiento a la segregación y el esfuerzo por intentar en lo posible que el anciano este el mayor tiempo posible en su casa o con los suyos, teniendo en cuenta que la enfermedad lo perturba o le impide a veces participar de la cotidianidad, consideramos allí que la comunidad terapéutica es un lugar no muy lejano que da respuestas a la realidad que nos demanda.

Descripción de la población y sistematización de la atención

Se trata de una población de pacientes gerontes afectados de cuadros psiquiátricos tales como demencia preseniles, seniles, síndromes confusionales, depresiones, psicosis crónica, caracteropatías que requieren de un periodo de internación hasta que los síntomas por los cuales consultaron se establezcan, se atenúen o bien remitan, dependiendo desde ya cada caso en particular.

Estos cuadros, de los cuales conocemos su fenomenología, su evolución y su pronóstico descrito por la psiquiatría y neurología. Fundamentalmente, traen aparejados otro tipo de trastornos observables en la ocupación humana, cuestión en la que intentamos investigar y la que hoy nos convoca.

Tomaremos la siguiente clasificación con fines operativos, pensando en la actividad cotidiana comprendida por alimentación, higiene, vestido, traslado y comunicación, en la cual comienza a detectarse olvidos, fallas, ineficacia, llegando a la dependencia total. Es muy frecuente que la familia consulte porque el paciente olvida la llave del gas prendida, intenta salir a la calle desnuda, o bien haya perdido totalmente el interés por cosas que habitualmente hacía. En igual medida se ve afectada la actividad laboral, la actividad social y recreativa llegando a la pérdida del trabajo y al aislamiento.

Sistematización de la atención

Se realiza una entrevista de admisión al servicio, de la cual se elabora luego lo que llamamos Historia Ocupacional, elemento que sitúa al paciente en relación a la actividad educacional, a la actividad laboral, recreativa y cotidiana y nos permite una lectura global de su nivel socio-cultural y el de su familia, ya que también se indaga sobre los llamados referentes ocupacionales. Esto se realiza implementando técnicas tales como observación de revistas, pintura, escritura o en ocasiones en forma verbal, para la obtención de datos.

El tratamiento ocupacional de un paciente geronte nada tiene que ver con la producción de objetos manuales o cositas lindas que se observan en algunas instituciones. Se encuentra totalmente signado por su historia laboral y su deseo personal, gran parte de esta población son inmigrantes o bien hijos de inmigrantes, los cuales les rinden culto al trabajo, en general este asociado a la producción y sacrificio, su tratamiento entonces depende de aquello que se pueda rescatar, reorganizar y pensar en relación a la actividad desarrollada en su vida.

Planteándose tres ejes básicos de tratamiento aplicable a esta población, dependiendo su implementación al grado de deterioro de cada paciente, puntualizando sobre la capacidad de aprendizaje, sobre la capacidad de planificar y llevar a cabo proyectos.

Con respecto al tratamiento de pre alta, marca el momento de participación activa de la familia junto al paciente. Aquí se trabajan pautas, estrategias con el fin de lograr la reinserción del geronte a su núcleo familiar con una rutina diaria organizada en conjunto. A partir de la externación del paciente se realiza un seguimiento semanal o quincenal por consultorios externos con el fin del que el paciente pueda sostener su proyecto dentro de su núcleo y con el objetivo de que pueda permanecer la mayor cantidad de tiempo externado.

Creatividad

Con la internación el grupo familiar siente al terapeuta como un agente externo, equivalente a un extraño que no comprende, que no sabe de su sufrimiento, que hace poner en duda su propio funcionamiento.

El grupo familiar siente que no puede hacerse cargo del cuidado (muchas veces por la pérdida de sus funciones) de este miembro del grupo que fue jefe, madre nutricia, sostén, líder con el cual se identificaron. Hoy hay que higienizar, alimentar, asistirlo en todas sus funciones y necesidades.

La internación genera en el grupo familiar una resistencia inicial, una herida frente a la puesta en evidencia de sus propias dificultades, puntos débiles que hasta el momento (en algunos casos) preferían ignorar. La culpa que siente el grupo en esta situación opaca la posibilidad de generar ideas creativas. Entendemos por esto, la escasez de ideas para resolver cualquier situación conflictiva.

Una creatividad grupal pobre, sin ideas que aporten soluciones. A partir de esta situación se puede derivar a un posición grupal de dependencia hacia el terapeuta, donde el grupo familiar ubica a este como líder absoluto. Busca someterse sujetándose a él, buscando un ser fuerte y bueno que asuma las responsabilidades en su lugar.

La creatividad grupal se opaca también, si el grupo familiar toma al terapeuta como un enemigo, un invasor que busca destruirlo en vez de aportar la solución mágica deseada.

Hablamos de una creatividad grupal pobre, opaca, ya que los principales enemigos de este son el temor, la opresión la desconfianza y la dependencia.

El trabajo comunitario incluye en forma potencial y activa a la familia del paciente. Ahora, como generar la inclusión del grupo familiar que se presenta en cualquiera de estas situaciones.

La energía que mueve al grupo, es la motivación de los miembros. La motivación, lo que nos hace actuar... hacer actuar al grupo que nos ocupa y al grupo familiar.

Se interviene aquí, proponiendo actividades que movilicen a una emoción común, integrándolo.

Donde esté implicado el comer, el reír juntos, unificar el propio cuerpo al cuerpo grupal.

Retornar a la imagen grupal de "nosotros constituimos un cuerpo" repara la herida, reconstruir a este cuerpo desfragmentado.

Este tipo de actividad libre, sin estructuras que condicionen su desarrollo es la que moviliza a una libre expresión base natural de la creatividad.

Una de las actividades comunitarias integradoras por excelencia son los festejos, citamos el festejo de cumpleaños, realizado mensualmente. En esta actividad se incluyen de forma activa todos los integrantes de la comunidad terapéutica, pacientes, familiares y equipo ampliado; profesionales, enfermería y mucamos.

Actividad que se desarrolla en dos tiempos, preparativos y fiesta. Los preparativos en la institución, son actividades realizadas por la comunidad en su conjunto. Se adaptan al grupo de pacientes (en taller de TO) según el grado de independencia y actitudes psicomotrices.

Confección de adornos para la decoración del salón, las invitaciones y la cocina: por ejemplo realizar macitas o bocaditos para ofrecer en la fiesta.

Otra instancia de este tiempo en la actividad es la reorganización del espacio y la decoración del mismo. Ambas actividades se realizan en subgrupos no estancos. La actividad del grupo familiar también se realiza en dos tiempos, los preparativos en su casa, comidas regalos y un segundo momento con la inclusión en la institución, con el baile, el canto y las actividades lúdicas (preferentemente conocidas por ellos para no generar frustraciones) e insisto en recalcar en un clima distendido y sin condicionamientos.

Ahora para restaurar a este cuerpo grupal, con propuestas libres y creativas, dependemos de la creatividad del equipo terapéutico. Esta depende en gran parte, a su vez, de la interacción de roles, venciendo trabas culturales, vicios profesionales y estructuras. En condición de *sine qua non* la flexibilidad de ideas y posiciones, el reconocimiento de cada rol, así como la búsqueda de roles complementarios y nutrientes al terapéutico. Dejar de lado las convenciones culturales, estructurales y recetas que se aplican como defensas a la ansiedad que provocan estar frente a un paciente o grupo de coordinadores. Llevar al nivel de juego cada actividad y cada rol. Motivándose al grupo familiar, de pacientes y de pares hacia el desarrollo de la LIBRE EXPRESIÓN.

Esta hipótesis de trabajo, muchas veces se ve condicionada por los arquetipos institucionales. La propuesta está en la búsqueda de VARIABLES ADAPTABLES a cada caso y sortear las dificultades que surjan durante el desarrollo de la actividad o para la realización de la misma, esta es la base necesaria para trabajar cualquier situación grupal que emerja.

La creatividad del equipo terapéutico y del equipo ampliado moviliza al grupo de pacientes y familiares a ocupar a su vez distintas posiciones. Vencer la rigidez, no excluyendo las relaciones sociales corrientes y espontaneas o los contactos corporales que ciertas actividades cognitivas grupales requieran. Circunscribir el papel interpretativo del terapeuta a las instancias estipuladas para tal fin: psicoterapia grupales, individuales, grupos de reflexión y abstenerse de interpretar en situaciones grupales, donde se dé la libre expresión plástica, corporal o intelectual, ya que la interpretación en muchos casos interrumpe el proceso creativo.

Contribuciones de los autores

Reflexionando sobre la Propuesta: Adriana Cella.

Descripción de la Población y sistematización de la atención: Jessica G. Arilla

Creatividad: Interacción Paciente Familia: Vivian Pirrone



Una alternativa para la reinserción socio-laboral

María Faidella y Gladys Martínez

Este proyecto se llevó a cabo en la ciudad de Necochea, durante las temporadas estivales 1992/1993-1993/1994. Para facilitar la comprensión del mismo, dividiremos su exposición en Introducción, Trabajo de Campo y Conclusiones.

Introducción

Esta experiencia surge como resultado de nuestro trabajo en el servicio de HOSPITAL DE DIA del HOSPITAL SUBZONAL ESPECIALIZADO EN NEUROPSIQUIATRICO DE NECOCHEA, basado en el convencimiento de que las personas discapacitadas mentales SON CAPACES DE TRABAJAR, integradas a su comunidad, compartiendo espacios y vivencias.

Hemos detectado a través de los diferentes talleres que se fueron implementando (carpintería, electricidad, dulces, granja) que su dificultad para algunas tareas no impide la realización de otras de menor complejidad o responsabilidad. Si bien en algunos casos el nivel de sus capacidades ha variado sustancialmente, sus posibilidades de realización y de expresión son prácticamente ilimitadas. Por lo tanto es preciso abandonar criterios estáticos a favor de otros más flexibles y dinámicos, que permitan la máxima adecuación hacia la normalización laboral y social, estimulando y favoreciendo una creciente autonomía personal.

Es importante tener en cuenta que la discapacidad no ha sido considerada de igual manera a través de los distintos momentos históricos y contextos sociales. Su figura se va redefiniendo según la estructura social a la que pertenece, la simplicidad o complejidad de la misma, su sistema de valores, etc. Esto lleva a centrarnos en la dimensión social del paciente y a descubrir en ella no solo un complemento, sino, en muchos casos una vía de abordaje y un área para su recuperación.

El reconocimiento de la persona como ser productivo es, en el actual sistema económico y en nuestra cultura occidental, la principal base de apoyo de sus derechos laborales y constituye una palanca reivindicativa en la conquista de muchos derechos que van más allá del ámbito estrictamente laboral.

Por ello, aunque sea muy brevemente, vamos a referirnos a la significación del TRABAJO en la sociedad actual, y a las dificultades que encuentran las personas discapacitadas para acceder al mismo, puesto que ello va a condicionar nuestro quehacer profesional en su rehabilitación.

Desde diferentes perspectivas ideológicas se sugiere o afirma que el trabajo, en la actualidad, trasciende el reduccionismo económico que lo caracterizo en épocas pasadas. Actualmente es un tipo de actividad humana cargada de connotaciones psicológicas y sociales. De él se derivan, aunque no como única fuente, múltiples consecuencias para el individuo, tales como: grado de satisfacción, adscripción de status, prestigio, rol social, etc., que inciden en su realización personal.

En suma, entrar a participar en el mercado laboral es abrirse a la posibilidad de alcanzar la propia autorrealización como ser humano y como ser social.

Trabajo de campo

A continuación vamos a explicar el funcionamiento del Servicio, para luego relatar la experiencia realizada.

Nuestro Hospital de Día funciona en un espacio físico propio dentro de la institución. Al mismo concurren alrededor de 15 pacientes con diferentes diagnósticos (alcoholismo, psicosis, trastornos psico orgánicos, cuadros borderline) de lunes a viernes, de 8 a 16 hs. El Equipo Técnico está formado por una Medica Psiquiátrica, una Psicóloga, una Asistente Social, dos Terapistas Ocupacionales y un enfermero siendo el principal objetivo del Servicio constituir un paso intermedio entre la internación y la reinserción socio-comunitaria.

Creemos importante señalar que esta actividad estuvo determinada por diferentes circunstancias sociales y económicas y por la heterogeneidad de las personas incluidas, lo que contribuyó a crear un contexto propicio para lograr la concreción de la misma.

Esto nos llevó a pensar que esta experiencia no es más que eso. Lo que intentamos con la presentación de este trabajo no es proponer un "modelo" sino resaltar la importancia de utilizar al máximo los recursos existentes en la Comunidad y las circunstancias que se presenten en el momento de realizarla.

Desde Terapia Ocupacional se implementaron diferentes talleres: carpintería, electricidad, granja, elaboración de dulces. Los mismos fueron seleccionados a partir de los medios disponibles y en función de la posibilidad de que los productos obtenidos pudieran tener acceso al mercado para su comercialización. Tomando como fundamento lo expuesto en la Introducción,

decidimos modificar el concepto de enfermedad como restricción de un repertorio de conductas para considerar la resolución del proceso psicológico como inauguración de opciones. Nuestro objetivo, entonces, fue proveer experiencias sociales que permitieran al paciente restablecer la integridad de su personalidad en cada momento, en el nivel que pudiera alcanzar y desarrollar sus capacidades para integrarse a la sociedad exterior.

Este proyecto comenzó a vislumbrarse como realidad al comprobar que los talleres de producción constituían una alternativa válida desde el punto de vista laboral, para el grupo de pacientes.

Vamos a referirnos al taller de carpintería y al de electricidad. En el primero, los pacientes daban la terminación a diferentes artículos realizados en madera y los completaban con su decoración. En el segundo, confeccionaban alargues y portalámparas. Lo producido se fue comercializando, en un principio dentro del ámbito hospitalario, para ir extendiéndose paulativamente al resto de la ciudad (venta domiciliaria). Al ir incrementándose la producción y las ventas y de esta manera autoabasteciéndose el taller, se pensó, teniendo en cuenta la afluencia de turistas con que cuenta nuestra localidad durante el verano aprovechar la opción que nos proporcionaba la Feria Artesanal.

Fue así como se instaló dentro de la misma un Puesto de Venta. Este espacio fue cedido por la Dirección de Cultura de la Municipalidad de Necochea y considerando como un Puesto más dentro de la citada Feria, ya que se debieron cumplimentar todos los requisitos estipulados para la misma (autorización del Puesto, presentación de muestras, etc.).

Durante la primer temporada, seis pacientes estuvieron a cargo del armado del Puesto y la atención diaria. Organizaron su tarea en turnos rotativos y se distribuyeron las funciones y responsabilidades. Luego de un mes de trabajo, uno de ellos debió abandonar por padecer una afección clínica.

A pesar de ello el funcionamiento del grupo fue lo suficientemente sólido como para superar algunas situaciones imprevistas como por ejemplo: el surgimiento de diferencias individuales que interferían las relaciones interpersonales, resistencia por parte de algunos integrantes de la Institución a esta alternativa planteada para los pacientes, etc.

Debido a esto, el Equipo Técnico dirigió su apoyo al grupo para lograr:

- Una creciente autonomía económica.
- Participación democrática en la toma de decisiones.
- Progresivo desarrollo del grado de maduración personal y laboral.

Los pacientes concurrían diariamente al Puesto desde sus respectivos domicilios, trasladando la mercadería y la cena (provista por el Hospital).

A través del contacto cotidiano con el grupo de artesanos de la Feria y con el público en general, se hizo evidente la modificación de conductas de los pacientes, en función de las pautas dadas por el contexto (por ejemplo: adecuaron espontáneamente el horaria de su cena al del resto, se observó más interés por su higiene y arreglo personal, etc.).

El grupo fue recibiendo paulativamente la visita de compañeros, ex pacientes y familiares, quienes se fueron acercando en un primer momento para conocer la tarea y, posteriormente, para acompañarlos y apoyarlos (compartiendo la cena, mate, etc.). Esto no obstaculizó en ningún momento el desempeño de la actividad, ya que, en situaciones en que fue necesario, el grupo supo poner los límites adecuados. También podemos hablar de una favorable integración, ya que en reiteradas oportunidades sus vecinos dejaban el Puesto a su cuidado.

Cabe destacar que, más allá del beneficio económico obtenido, los objetivos propuestos fueron alcanzados. Esto hizo que la experiencia se repitiera la temporada siguiente. El grupo fue conformado, manteniéndose algunos pacientes e incorporándose otros, lo que permitió lograr aun mayor autonomía en el desempeño de la actividad, requiriendo cada vez menos supervisión por parte del Equipo y contando con mayor colaboración de los miembros de la Institución.

Tanto las situaciones favorables como las desfavorables, se transformaron en positivas ya que constituyeron los obstáculos a superar y resolver por ellos mismos. En síntesis, consideramos importante tener en cuenta la validez de todas las actividades y la observación de todos los recursos que se nos ofrecen, para capitalizarlos a favor de proyectos que conduzcan a lograr una mejor calidad de vida de los pacientes psiquiátricos.

Conclusiones

Tanto la superación de las deficiencias psíquicas, como la adquisición de hábitos que permitan la mayor autonomía posible y la promoción de todas las capacidades de los pacientes, harán viable su incorporación a la vida social. La elaboración, ejecución y evaluación de programas concretos se destinarán a obtener el máximo desarrollo de la personalidad de cada paciente.

Los objetivos de Terapia Ocupacional en el área socio-laboral se focalizaran en el mejoramiento de las conductas de trabajo y adaptación al mismo. Por consiguiente se favorecerá el interés y la inclinación hacia una determinada actividad la adecuación a las diferentes normas de seguridad e higiene y se promoverá la colaboración y la participación. Cualquier nivel de marginación en esta área va a suponer una razón más para su adelantamiento y consecuente deterioro de su desarrollo personal. Su incorporación a una actividad laboral es condición importante para lograr la estabilidad y el equilibrio necesario para participar en cualquier otro ámbito y de esta manera ejercer su ser individual y social más allá de su alteración psíquica.

A partir de esta experiencia podemos sostener que las actividades que se desarrollen en esta área deben ser un “verdadero trabajo”, no un ocio activo y programado. El trabajo verdadero es lo que forma, habilita o recupera, ya que permite al ser humano reconocerse y sentirse como miembro activo dentro de su medio socio-comunitario.

Bibliografía

Terapia Ocupacional en Salud Mental, C.O.L.T.O.P., 1988

Terapia Ocupacional. El camino del hacer, C.O.L.T.O.P., 1991

Terapia Ocupacional. Teoría y Clínica, T.O. G. WARSCHASKI – T.O. L. SBRILLER, 1990

Sociedad de locos, Wilbur R. GRIMSON, 1972

El Centro ocupaciones. Un enfoque actualizado, Instituto de Servicios Sociales, Madrid, 1988



Formas de pensar la Terapia Ocupacional⁴

Liliana Paganizzi

Introducción

Abordar la cuestión teórica en Terapia Ocupacional nos presenta un primer problema: pensar en una teoría de Terapia Ocupacional o compartir producciones teóricas con otras disciplinas dentro de las Ciencias Humanas.

Desde este punto, el de compartir producciones teóricas con otros resulta relevante el planteo que Fiorini (1993) quien, citando a Eugenio Trias, ubica la importancia de comprender el problema del límite. Los límites entre los discursos y los límites entre las diferentes disciplinas. Es en el límite donde los conceptos teóricos pueden ser compartidos y es en el núcleo donde cada disciplina llama a su especificidad. Esto merece un alerta ya que conlleva un doble riesgo: el de perderse hacia afuera y que la disciplina se desdibuje o el de perderse hacia dentro y que la disciplina se aísle.

Resulta también oportuno retomar los conceptos de los Fidler (1966) acerca de la consideración que ellos hacen para situar la Terapia Ocupacional como un proceso de tratamiento.

En primer lugar ubican la actitud consciente y la aptitud científica del terapeuta, para delinear la patología, hacer hipótesis razonables, realizar un plan de trabajo e identificar lo que está sucediendo en el tratamiento como para utilizar esto en beneficio del paciente.

En segundo lugar ubican el reconocimiento de los fenómenos del inconsciente, en el terapeuta, en el paciente y lo que surge durante la realización de las actividades como la condición para hacer “un uso efectivo” tanto de la relación terapéutica como de las actividades en juego.

En tercer lugar consideran la utilización de las actividades, lo que implica reconocer y sustentar el valor que el hacer provee en cuanto a significados reales y simbólicos de un objeto o actividad.

Al revisar estos tres conceptos se desprende que el primero (la actitud y la aptitud científica) es común a cualquier tratamiento, cualquiera sea la línea teórica que le sustente; en el segundo (en cuanto al reconocimiento de los fenómenos del inconsciente) está explícito el marco teórica que lo respalda, tomando el indudable aporte del Psicoanálisis; y en el tercero (en cuanto a la instrumentación de actividades) aparece lo que hace la particularidad de la disciplina que nos ocupa.

4 Publicado en: Terapia Ocupacional. Actualizaciones en teoría y clínica- COLTO III. 1995. ISBN 987-99000-6-5 Bs.As. Pag.113-118.

Encuentro posible pensar estos conceptos en forma espiralada de tal forma que al borde queda la actitud consciente y la aptitud científica luego el concepto que marca la orientación teórica (en este caso el fenómeno del inconsciente) y en el centro el núcleo de nuestra disciplina.



La propuesta aquí es la de compartir las producciones teóricas, tomando conceptualizaciones realizadas desde la Fenomenología Existencial y desde las llamadas psicoterapias con orientación psicoanalítica, para así trabajar el núcleo de nuestra disciplina desde los conceptos de la semiótica, apoyados en las producciones de terapeutas ocupacionales.

Acerca de aportes teóricos comunes

Distintas psicoterapias se nutren de los aportes del psicoanálisis. El estudio del complejo de Edipo, los conceptos de inconsciente, transferencia, pulsión de vida y muerte, se constituyen en pilares teóricos de indudable valor para la comprensión del comportamiento humano y sus vicisitudes. Dentro del campo de atención y tratamiento de psicopatologías graves (Autismo, Psicosis, Locura histérica) autores como Bettelheim (1972) Doltó (1973) Pankow (1969) han tomado los conceptos de la Fenomenología Existencial.

La tarea de los que trabajamos con patologías graves apoyados en los aportes del Psicoanálisis se diferencia claramente del tratamiento del paciente neurótico tanto por las interpretaciones teóricas en tanto se trata de estructuras diferentes como de intervenciones u otras instrumentaciones técnicas.

Cuando un paciente grave es derivado o atendido por un equipo interdisciplinario, son varios los signos que presenta, algunos muy llamativos, como lo son las alucinaciones, los delirios o una falta de interés o desinterés primordial por cualquier proyecto de vida. Esto promueve su aislamiento y una consecuente desarticulación social, que sin duda restará *handicap* en la vida social del sujeto (Bergeron, Cantin y Apollon, 1989). No se tratará aquí entonces de volver a poner en movimiento una dinámica fijada por el síntoma, ni movilizar vínculos inconscientes, recorriendo las cadenas asociativas reprimidas, pero existentes, no es cuestión de poner cierto orden, sino al decir de Pankow "injertar" lo que, al parecer, nunca llegó a ser (Pankow, 1969).

En realidad se trata de aportar, como desde el exterior, una dinámica a lo estático o cristalizado de la Psicosis, dentro de un nuevo orden, a la manera de un "acomodamiento" que establezca una desestructuración radical, desestructuración manifiesta en distintas desarticulaciones (afectivas, laborales, sociales). El difícil camino de promover algunas articulaciones posibles, parte de una base a la que Bergeron, Cantin y Apollon, en el libro Tratamiento de la Psicosis, denominan "buena fe", aparentemente simple, implica dar crédito a lo que el paciente manifiesta, aún sus ideas delirantes esfuerzo desesperado de dar sentido al sinsentido de las cosas que le suceden, lo enloquecen y lo aíslan. Esta buena fe aparece como el punto de partida para una relación de confianza, de la que el psicótico, en su soledad, carece.

Desde aquí, en principio en términos generales, la utilización de actividades se propondría como primera forma de crear un lazo a partir del cual aparezca alguna palabra o algún hecho que resulte singular a su vida; la realización de actividades le traerá además distintas preocupaciones, proponiendo un cierto orden en el espacio y en el tiempo.

Ahora, la pertinencia de proponer una u otra actividad, las intervenciones posibles a partir de lo que hace y/o dice el paciente ya es un punto donde aparece la necesidad de un dominio propio que aquí fundamentaremos desde los estudios de semiótica realizados por Umberto Eco.

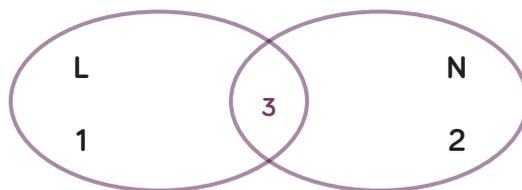
Acerca del dominio propio

Cuando percibimos (permítaseme el término ya que el vemos resulta pobre) a un paciente realizar una actividad, durante el desarrollo de la misma, quizás silencioso o aislado, es posible que el contenido de la escena se acerque casi a lo vacío, fenomenológicamente lo vemos ocupado, quizás entretenido (imagen ésta que nos ha capturado deteniéndonos en el tiempo), sin embargo, la vacuidad o el vacío no se debe a la ausencia de signos articulables (que algunos pueden conformar un mensaje) sino se debe la presencia agobiante de signos que se superponen, de golpe no se revela nada porque nos enfrentemos con códigos desconocidos. Podemos huir hacia verbalizaciones preguntando cómo le fue en el fin de semana mientras éste hace una billetera, para desconcentrarnos luego tratando de articular lo que dice con lo que hace, pero también podemos mantener la inclinación de fidelidad a nuestra técnica y realizar algunos intentos para descubrir nuevos códigos y ver si funcionan como tales cuando los proponemos o intentamos instrumentarlos.

La propuesta es suponer que, por ejemplo durante la realización de una actividad con la participación de materiales, técnicas y herramientas, estamos abriendo un campo de comunicación, un campo virtual de significaciones del que conocemos unos pocos elementos y desconocemos su mayoría, especialmente en sus efectos.

Según Valeros (1987), como psicoanalista que utiliza materiales en cuanto atiende niños, es posible dar el valor de comunicación a todo lo que sucede dentro de la sesión. ¿Es posible pensar esto en una sesión de terapia ocupacional?

Garrón, citado por Eco (1986), ubica dentro de la comunicación humana la participación ineludible de dos conjuntos: uno de ellos compuesto por los artificios lingüísticos (L) y el otro por artificios no lingüísticos (N). Ambos producen por intersección un sub-conjunto de contenidos que son traducibles de L a N o viceversa, mientras que se mantienen irreductibles dos vastas porciones (L y N).



- 1- L: artificios Lingüísticos
- 2- N: artificios No Lingüísticos
- 3- Subconjunto en que N es traducible a L y viceversa

La palabra como fenómeno Lingüístico es sin duda la forma más espectacular en que el hombre expresa sus pensamientos pero sin duda sería muy difícil una comunicación sin la recurrencia de otros muchos signos como lo son los estudiados por la Ciencia, la prosémica, los códigos visuales y la producción de objetos. Lo particular de la terapia ocupacional es que nosotros convocamos para la aparición de esta multiplicidad de signos: proponemos movimientos, traslados en el espacio, conectarse con materiales y quizás construir algún objeto para alguien. Resulta entonces de sumo interés estudiar la interrelación de los fenómenos lingüísticos y no lingüísticos:

...porque nos permite hacer una primera aproximación entre lo que se dice y lo que se hace, articulación que no implica necesariamente una coincidencia.

...porque nos permite abandonar la postura de interpretación intuitiva que es de difícil transmisión, que impide la investigación y por ende no hace escuela en tanto no queda ninguna marca en la cultura, como producción teórica por ejemplo.

...por último porque nos permite vislumbrar que no todo lo que se hace se puede nombrar y no por ello deja de producir efecto.

En síntesis, planteo que nuestra práctica presenta un universo de tal complejidad que su interpretación teórica nos permite compartir conceptos con otras disciplinas abocadas al tratamiento de una población de pacientes comunes, así como continuar el estudio y la investigación de aquellas conceptualizaciones, en este caso el estudio de la diversidad de signos, que hacen que fortalezcamos la singularidad de nuestra disciplina.

Bibliografía:

- Apollon, Bergeron y Cantin: Traiter la psychose, Woeud, Griffic, Quebec, Canadá, 1989.
- Augé, Alabarce y otros: El Hostal: una experiencia de tratamiento sin encierro en psicopatologías graves. Psicoterapias Integradas Editores, Buenos Aires, 1993.
- Eco, Humberto: Tratado de Semiótica general. Editorial Lumen, España, 1976.
- Fidler and Fidler: Occupational Therapy, A Communication Process in Psychiatry. The Mac Avillon Company, New York, 3° Edición, 1966.
- Pankow, Gisella: El hombre y su Psicosis, Amorrutu Editores, Buenos Aires, 1969.
- Fiorini, Héctor: Estructuras y abordajes en psicoterapias psicoanalíticas, Nueve Visión, Buenos Aires, 1993.
- Valeros, J y Bricht, J: Acerca de los materiales de juego en el análisis de niños, Actualización en Psicoanálisis de niños, Asociación Argentina de Psicoterapia par Graduados, Revista 15, Bs.As, 1988.

CONFERENCIA

Del decir al hacer significativo⁵

Silvia Destuet

Fui convocada por los organizadores de las jornadas para exponer y desarrollar, mi conceptualización teórico-clínica. Por el importante efecto que esta conferencia tuvo elijo mantener el espíritu coloquial de lo expuesto, fruto de una desgrabación y transcribirla casi textualmente, salvo algunos arreglos necesarios para que la oralidad resulte coherente y se ajuste a las convenciones del texto escrito.

Si bien desde 1977, durante el ejercicio profesional, mi práctica en Salud Mental pasó por internación de emergencia y consultorios externos, la misma se ha desarrollado fundamentalmente los hospitales de día.

Abordaré en principio el hospital de día, desde el tema de la conferencia: del decir al hacer significativo.

¿Cómo se piensa este dispositivo de tratamiento?

El principio, al hospital de día lo concebimos como un dispositivo de tratamiento ambulatorio que funciona durante toda la semana (de lunes a viernes). Hay algunos hospitales de día de jornada completa y otros que tienen 4 horas; el del hospital Alvear por ejemplo es de medio turno.

En nuestro hospital de día, hemos dividido el abordaje del tratamiento en dos grandes áreas: la comunitaria y la clínica, Esta última toma lo más específico y particular de cada caso. En estas áreas interviene todo el equipo, no sólo terapia ocupacional.

Veremos ahora cómo funciona esta intervención. El general los pacientes, sus familiares o un terapeuta de consultorios externos o de internación, siguen pidiendo al hospital de día que el paciente esté ocupado, que esté entretenido, que aprenda algo y que además éste con otros.

Para ir situándonos, iglesia comunitaria estaría, entonces del lado de responder este pedido, ubicado en la demanda social.

Quería leerles un trabajo de Rodolfo Luorno, José Luis Feroso y parte del equipo, "fundamentos de la práctica en hospital de día", presentado en las jornadas de hospital de día, en 1990; "cae sobre el hospital una demanda social, a la cual debe responderse. Esa es una de las funciones de un hospital en la comunidad. Pero también sabemos muy bien que la demanda del sujeto que sufre es muy particular, es de uno, de cada uno. Nuestra idea de trabajo trata justamente de articular estas dos demandas: demanda social y demanda particular, la doble vertiente de la demanda que la locura hace a las instituciones.

⁵ Conferencia dictada en oportunidad de las quintas jornadas municipales del hospital José t borda 16 de septiembre de 1994.

Publicado en: Terapia Ocupacional .Encuentros y Marcas. Silvia Destuet. Serie Autores 1- COLTOA Grupo Editor.ISBN:987-96632-2-5. Bs.As. 1999. Pág. 67-82.

Los objetivos sobre los que se asienta el dispositivo de hospital de día son: resocialización y rehabilitación, que responden el ideal de adaptación que se pretende de aquel que a todas luces lo subvierte. Podemos frente a esta demanda social, tomar dos caminos de tratamiento:

- o bien, la práctica se orienta en función de lo que el ideal social imperante en una época determina sobre la razón y los modos de encauzarla,
- o bien la práctica se orienta a la función del decir de un sujeto qué puede realizar sobre su padecimiento, particularizando así lo que significará la resocialización y rehabilitación quedando determinados en relación entonces a la singularidad de cada caso”.

Mi modo de abordar el tratamiento de terapia ocupacional, está en este recorte de lo clínico, de un decir particular, de un hacer particular, un hacer singular, que no esté lejos de la historia y que trae cada paciente, del circuito familiar, de los mitos. Historia rastreada en las entrevistas histórico ocupacionales.

Creo en este segundo camino, el cual no es fácil, porque se torna fuerte el peso que encontramos en esto de responder a la demanda social.

En este sentido, ubicaré el área comunitaria para ver cómo se va perfilando la singularidad de cada caso.

Cuando el paciente ingresa a hospital de día lo primero que hace es incluirse en los espacios comunitarios (llámense desayunos, almuerzos, asambleas de apertura, de cierre, comunitaria). Esto es lo primero con lo que se encuentra y a partir de ahí, va armando su propia ruta, no sin una oferta de organigrama de nuestro lado como equipo, ya que si no, no hay camino posible.

El área comunitaria hace de soporte al área clínica. Los espacios pensados desde ella son por dónde se intenta dar respuesta a la demanda social que, si pudo articularse, servirá de telón de fondo, de sostén, apuntando a evitar la fijeza del rol de paciente, la fijeza de la alienación suplementaria, su cronificación, es decir, se apunta a tratar de acotar la locura como único modo válido de estar con uno y con los otros. Por lo tanto, soportamos el tratamiento de la locura sobre este dispositivo comunitario que se entreteje en la cotidianeidad de cada día y de cada semana; es desde este dispositivo, que ofertamos diferentes talleres.

Los talleres entonces tienden a crear y a sostener un espacio de expresión, de realización, interrelación; intentan operar sobre la alienación secundaria, no desconociéndola, sino aportando otro lugar a la exclusión que la locura brinda.

Desde esta oferta de tratamiento “espacios comunitarios” (talleres, asambleas, desayunos, almuerzos) intentamos producir en la cotidianeidad, espacios de lo social, generando tal vez ámbitos relacionales. Lo que se brinda en los talleres es un espacio y un tiempo para compartir una misma actividad, oficinas, un menú fijo, y decimos que lo que convoca es la actividad en sí.

Los talleres venían dando lugar a que se ponga en juego el deseo de algún terapeuta o tallerista. Están en general, bajo la supervisión de terapia ocupacional, pero cualquier miembro del equipo los puede realizar.

Terapia ocupacional coordina desde el inicio de este hospital de día el grupo de apertura, que tiene como sentido hablar del fin de semana articulado a la asamblea de cierre (también coordinado desde hace un tiempo por terapia ocupacional). En esta última asamblea, los pacientes proyectan su fin de semana y es en la apertura siguiente donde vemos que pudieron sostener y cómo se sintieron. Esto permite evaluar si lo que nosotros apostamos en términos de rehabilitación y resocialización singular produjo algún efecto en el tiempo.

Como terapeutas ocupacionales acompañamos todo el panorama del hacer del paciente en términos de lo que quiso, lo que pudo, el cómo y el para qué, relacionado a la organización de su cotidianeidad inserta tanto en el Hospital de Día, como en su núcleo familiar y de amistades, apuntando a la posibilidad de ampliar lazos sociales.

Pensar la Resocialización de la mano de la demanda social, familiar, institucional, etc., reclama al dispositivo el lugar de ocupar los espacios perdidos de aquél que se salió del circuito de producción. Se pide que el paciente esté ocupado haciendo, aprendiendo, cumpliendo algunas tareas casi como si no hubiera salido del circuito de producción (trabajo, estudio). No podemos encarar esta estructura “dispositivo comunitario”, sin estar advertidos que también los terapeutas estamos atravesados por esta demanda y en otro extremo tampoco podemos dejar de advertir la apertura y el límite de este abordaje en la singularidad clínica de cada caso. Así me posiciono hoy frente a la demanda social, dando respuesta desde los espacios comunitarios a una Resocialización Singular, que si tuvo lugar para ser transitada y compartida, realimentará los espacios clínicos específicos en la dimensión de una Rehabilitación, que dé lugar a un Decir Particular y a un Hacer Significante.

Quiero contarles que por lo menos a mí, que llevo 17 años trabajando en Hospitales de Día con pacientes psicóticos y neuróticos graves, me costó bastante saber qué hacíamos los terapeutas ocupacionales, incluso me pregunté qué transmitir hoy, que pueda servir para pensar y debatir juntos.

Por un lado, pensaba que siempre presentamos casos individuales, cuando queremos aportar qué hacemos con un paciente, y terminamos así recortando, desde lo individual, la tarea grupal, cuando casi siempre trabajamos grupalmente.

Esta modalidad clínica es algo que se nos impone a los terapeutas ocupacionales y tal vez tenga que ver con los recursos humanos, ya que somos pocos en cada lugar (no pensemos sólo en Hospital de Día, sino también en geriátricos, y tantos otros lugares) terminamos atendiendo en grupo, o si nos hacemos cargo de individualidades dentro de un grupo “conjunto”, y qué efecto tiene este dispositivo en el tratamiento individual de un paciente.

En el Hospital de Día, desde el área comunitaria, durante mucho tiempo brindamos esta oferta, creyendo que éste era el tratamiento de Terapia Ocupacional y tal vez descuidamos o descuidé el aspecto clínico fundamental “la construcción de un Hacer Significante”.

Recuerdo que Rodolfo Luorno durante años me preguntó desde dónde interviene el terapeuta ocupacional. Si desde acotar la locura o el tener en cuenta la estructura. Yo sentía que desde la clínica de Terapia Ocupacional daba lugar a la reconstrucción de la historia, a la expresión, a la realización, a la interrelación, lo que no es poca cosa. No entendía que en su pregunta había un lugar enunciado para apostar a la clínica singular, tal vez resignificado por mí como específica de Terapia Ocupacional.

En esta búsqueda nos pasamos al otro lado, atendíamos individualmente y descuidábamos la riqueza de nuestra especificidad en el área comunitaria. Creo que estamos encontrando un equilibrio, entre lo comunitario y lo grupal.

Refuerzo el pensar lo comunitario desde esta perspectiva: ser el primer lugar por donde el paciente circula, por donde el paciente tiene la oportunidad de conocerse y conocer a otros, de intercambiar, de poder incluso qué le pasa, qué quiere y qué no quiere, es decir, poder elegir. Es en esta nueva síntesis que repienso la oferta.

En una época los talleres eran obligatorios; el paciente ingresaba, y el recorrido era casi para todos igual, ya que debían participar de la totalidad de las actividades ofertadas. Actualmente intentamos que elija entre estos talleres dónde quiere estar.

Soportar la herida narcisística de la no elección, es el desafío. Reconocernos en esta elección ética será lo que nos permitirá estar advertidos, evitando someter al otro a una suerte de obligatoriedad arbitraria.

En este momento ofertamos un taller diario, uno de expresión teatral, otro de cerámica y finalmente otro de lectura de diario y taller de revista.

La propuesta es que el paciente elija **dónde** estar y **qué** hacer, a partir de ahí veremos **cómo** sostiene esa elección. El modo en que lo haga o no, será entonces aquello a trabajar.

La elección de las actividades con sus reglas témporo espaciales están ahí, para tomarlas u optar por transgredirlas. El hecho de que el paciente pueda elegir los talleres, nos permite acompañarlo no sólo en relación a esta elección sino también frente al límite que toda actividad impone; es decir, acompañarlo en su posicionamiento frente a la ley.

La variedad de “ofertas” le permiten no sólo elegir que quiere o no, qué le gusta o no, sino además encontrarse con algo del orden de un deseo posible, que quizás en el área clínica de Terapia Ocupacional, devenga en la construcción de un Hacer Significante.

En esta área y junto al mini equipo que intentamos dar cuenta del recorrido particular de cada paciente. Pensamos el Hacer de cada sujeto, corriéndonos de la demanda social (que en su inicio nos pide que “ocupemos” al paciente, que le “enseñemos” y “facilitemos” el contacto con otros) para poder despejar, a través de las entrevistas individuales la historia ocupacional, de este Decir-Hacer casi impuesto socialmente, del que yo me atrevería a decir que deja sujeto al Sujeto en una doble alineación.

La admisión entonces, toma el valor temporal de la sanción de un ingreso. Ingreso que permitirá desplegar y despejar el modo en que cada sujeto se ubica en relación al hacer y a su circuito ocupacional.

No sé si ustedes han notado, por lo menos yo lo he notado seguido, que los pacientes por el sólo hecho de no trabajar, se sienten como fuera del circuito social, sienten que no son nadie si no buscan trabajo, entonces vienen las olas donde la lectura de diario pasa por buscarlo, por leer los clasificados. Es acá donde digo que no sé si el sujeto siente este hacer como algo propio, posible, necesario para él, o si es algo que viene desde lo social y desde lo que la cultura impone en esto de la razón sobre la sinrazón. Todo aquél que tiene 30 años tiene que estar trabajando, todo aquél que tiene 15 debe ir a la secundaria. Esto es fuerte y en la psicosis más aún. Recorremos acompañando el hacer del paciente preguntándonos y preguntándole sobre su elección, planificación y ejecución, sobre qué hace, cómo lo hace y para quién. Cada signo es para nosotros una señal que se va entretejiendo, articulando. Decimos que desde esta área clínica el objetivo de tratamiento, estaría fundamentalmente centrado en despejar esta demanda social, dando lugar a que surja una demanda particular. Dicho de otra manera, tratamos de dar lugar a un decir particular, a un Hacer Significante. Nos valemos para esto de las distintas ofertas de tratamiento que brindamos: realizamos entrevistas, evaluaciones, reevaluaciones, ofrecemos talleres, sesiones grupales de Terapia Ocupacional, sesiones individuales, jugamos con la actividad, hablamos de la organización de la actividad y de la cotidianeidad. Es decir tomamos para la Rehabilitación y la Resocialización el particular recorrido histórico-ocupacional e histórico-familiar en términos de reconocer el contexto y la realidad en que se asienta, sus mitos, sus creencias, intereses. Las entrevistas individuales y este abordaje de tratamiento nos permiten ver el Hacer de cada sujeto desde su dimensión histórico-ocupacional, esto es lo que da carácter de **tratamiento** y no sólo de **entretenimiento**.

“Entretenimiento”, cuando lo dije me quedé pensando, porque Terapia Ocupacional tiene mucho de entretenimiento, tiene mucho de laborterapia y bienvenido que así lo tenga. El tema es que nos quedemos sólo con esto de tener ocupados a los pacientes. Es lindo hacer una actividad, y pasar bien el rato mientras uno la realiza es importante; pero el carácter de tratamiento está en articular algo de lo histórico-ocupacional, es decir, de dónde viene, para dónde va y cuáles son las elecciones de este sujeto en particular.

Como terapeutas ocupacionales todo el tiempo pivoteamos entre lo grupal y lo individual, lo comunitario y lo clínico, la actividad en juego y la organización de la actividad sin actividad. Repito, pivoteamos entre estos distintos espacios terapéuticos porque nuestra oferta brinda todo esto. Creo que nos vemos obligados a hacerlo porque creemos en el efecto de lo grupal, en el seguimiento de cada caso en particular, en la posibilidad de acceder a una actividad de manera libre, espontánea y también a una actividad que tal vez sea indicada. Todo el tiempo recorreremos y compaginamos estas distintas modalidades, de lo grupal a lo individual.

Tengo presente en este momento a un paciente que hizo por segunda vez Hospital de Día. Paciente psicótico que llega fuera de todo circuito social, muy desconectado después de 3 años de encierro. Cuando concurre por primera vez al Hospital de Día, tendría unos 20 años y manifestaba escasa comunicación. Afirmar esto es sólo una manera de decir, porque elige como forma de expresión una actividad de entretejido con clavos. En la planificación de este Hacer, logró con el ruido que el Hospital entero supiera que estaba, alcanzando su punto de encuentro y comunicación con los otros, cuando le pidieron a gritos, recurriendo al humor, que dejara de martillar.

A su reingreso comienza a escribir para el diario del Hospital y se produce un fenómeno. Al empezar, el paciente hace un lento recorrido, está mal, aislado, comienza dificultosamente a realizar actividades.

Va armando algo que le da algún sostén y cierta estabilidad. Cuando termina está querellante, se vuelve protestón. Viene de una familia con un padre que había estado politizado y él comienza a cuestionar a los gremialistas, la democracia, a Menem, cuestiona todo de una manera fuerte, y de la misma forma lo hace con su padre.

Si pudiéramos representarlo como un gráfico, veríamos al paciente viniendo del aislamiento total, recuperándose y en este punto volviendo a estallar en la pelea con el padre.

En su reingreso a Hospital de Día, plantea que quiere y necesita trabajar. Esto se repite permanentemente.

En el momento en que estaba por irse de alta cuando decía que quería trabajar, pensé el tema de “qué sostenía a este paciente qué lo nombraba”. Me centro aquí en el tema de la psicosis: qué lo nombre y desde dónde se puede sostener una posible estabilización.

Planteo una mañana esta posibilidad de escribir, y le ofrezco buscar juntos dónde poder hacerlo. Junto a esta intervención cae inmediatamente el tema de la búsqueda de trabajo y comienza la necesidad de encontrar un lugar donde pueda escribir y publicar sus textos.

Esta escritura que a él se le imponía, se pudo convertir en un Hacer Significante que lo mantiene en una suerte de estabilización. En esto está desde hace 2 años. Realiza algunas changas, reparte volantes, pero fundamentalmente lo que lo sostiene es la escritura.

El mismo dice que es como una militancia, ya que si no la tuviera no podría asumir ninguna otra cosa de su cotidianeidad. En este momento asiste a los talleres literarios del Frente de Artistas del Borda.

Esta es una de las formas en la que pienso el trabajo con este tipo de pacientes. Hay otros casos, que no podría atenderlos de otra manera que no fuera lo grupal (si bien también requieren un cierto seguimiento individual).

A veces pensamos que el abordaje grupal sirve y otras no. Por momentos el sentimiento de “hoy tenemos 15 locos, cuántos son”; nos atrapa en la queja, impidiéndonos valorar la posibilidad y la riqueza que brinda la clínica grupal.

Lo primero que brinda el trabajo en grupo al terapeuta (según palabras de Rodolfo Luorno) es economía, decimos que es un trabajo económico porque aquellas cosas que uno puede decirle al paciente, las verbalizan sus compañeros y pares.

El área comunitaria apunta a acotar la locura; cuando el decir de algún paciente tiene que ver con una construcción delirante y no podemos intervenir desde nuestro lugar de terapeutas diciendo “eso es pura locura”, o “córtala con tal cosa”, son sus compañeros quienes lo dicen y esto ayuda a que el paciente encuentre otra forma de estar dentro del grupo. Por ejemplo, con el caso de un paciente que interrumpe todo el tiempo contando las mismas anécdotas son los compañeros quienes le dicen “ya lo contaste tres veces, lo contaste en este grupo”.

En un sentido el grupo es una apertura, en términos de brindar la posibilidad de nuevas experiencias, de nuevos lazos sociales, de posibilidades de encontrarse con otro (pese a las dificultades que para estos pacientes genera) pero también constituye un límite, ya que no todo está permitido en él, no todo se puede, y en este sentido vemos cómo se va desprendiendo el caso particular y singular.

En la clínica diaria vemos la estructura de cada caso y además la particularidad del circuito ocupacional y familiar del sujeto, porque con decir "psicosis" no nos alcanza. Hay psicosis y hay psicóticos, hay neurosis y hay neuróticos, cada cual con su propia historia y sus recursos. Desde esta singularidad iremos armando y entretejiendo alguna trama que dé sentido a la organización del Hacer de cada sujeto.

Decía que hay pacientes que no hubiera podido atender de otra manera que no fuese en forma grupal, o por lo menos que la intervención no hubiera podido ser sin este efecto de lo grupal.

Creo que se puede apostar a un recorte particular y singular, pensando en lo grupal como sostén y facilitador de este recorte singular.

Entonces, cuando hago intervenciones, no sólo las realizo pensando en el paciente y en mí, sino también en el efecto y el límite de la tarea del mini equipo en la construcción de un caso clínico.

Me parece difícil pensarme absolutamente sola, creo que este es un trabajo de articulación de varios, que creemos y apostamos a esta modalidad de tratamiento.

Debate 1⁶

Pregunta: Entiendo, Silvia que el decir-hacer, sería aquél que no deja marca.

Respuesta: En un punto, sí.

P: ¿Y en otro? ¿Tenés otras cuestiones para pensar el decir-hacer?

R: Cualquiera hace y no necesariamente lo que hace, se vuelve significativo todo el tiempo.

Tomo como ejemplo un caso clínico para ampliar esta apoyatura teórica del Decir Hacer a un Hacer Significante. El paciente escribe muchísimo, hasta aquí es un hacer que se le impone, casi como que se le impone no bañarse., casi como se le imponen las voces. Qué hago yo con el hacer de este paciente, que hasta aquí en tanto no hay apropiación, es un decir-hacer relativo, porque es un decir-hacer que incluye un Saber Hacer; no cualquiera escribe y encima escribe bien, aunque esto se le imponga; no cualquiera es escritor. Acá es donde digo es un decir-hacer pero hay algo que nos marca alguna posibilidad de que algo se articule. Escribe maravillosamente.

Vuelvo a decir, no cualquiera puede hacer "este hacer". En este sentido, es singular y particular. La posibilidad es que él vaya pudiendo abrochar esto que se le impone y acá vuelvo a lo grupal, ¿cómo lo abrocharía? También hay un punto a trabajar desde sus escritos. Los tiene en servilleta de bar o en cualquier hoja. El intenta armar esta historia, intenta unirla, intenta agarrarla de alguna manera; entonces el primer escaloncito es éste, que él pueda pasarlo a máquina, y que hasta soñemos pueda publicarlo, es un largo camino. Como mínimo, que esto que estaba en un cajón, pueda circular, pueda hacer algún lazo social, incluirse de alguna manera en la cultura. Los días que hay taller de lectura por ejemplo, él podía leer algo suyo.

Podía leerlo en grupo, de esta manera no queda sólo en él, como un hacer que se le impone. A partir de aquí recibirá comentarios, gustará o no gustará, pedirán publicarlo en la revista del Hospital de Día, tendrá un valor. Ahí es donde digo que se va armando como una cadena, hasta llegar a que esto devenga significativo para él y no una pura imposición.

P: En los ejemplos que vos traes, ahí hay un hacer significativo entendiendo por lo que decís y por otras cuestiones que el hacer significativo es aquél que hace una marca, por lo cual es distinto antes que después. Yo te preguntaba, lo del decir-hacer para escucharte ampliar un poquito más.

Particularmente pienso que así como cuando se habla en Psicoanálisis de palabra vacía y palabra plena, es necesario el decir-hacer porque es lo que viene y en este sentido es valorado si uno puede levantar algo que promueva una articulación posible.

R: Cuando vos decís levantar algo que promueva una articulación posible, yo digo tomar estos signos que van apareciendo para que algo se signifique, no lejos de esta historia ocupacional o del particular recorrido de este sujeto.

No desde lo que nosotros pensamos sino de lo que desde el discurso del paciente podemos escuchar. Yo creo que sí, es así. Nosotros ofertamos en tres niveles: la posibilidad grupal, la posibilidad de realizar una actividad y el medio ambiente. El paciente se incluye por donde va pudiendo. Tal vez desde la palabra, tal vez desde simplemente estar y acompañar y tal vez desde la elección de una actividad. En este sentido va probando.

Alguna vez pensé que la posibilidad de arribar al proyecto, en términos de producto, en términos de obra, se juegue en una

6 Agradezco las preguntas facilitadoras de este debate a la Lic. Liliana Paganizzi.

“asociación libre” entre el sujeto y los materiales o actividad. Del lado del sujeto, se juega la demanda indiscriminada, del lado de los materiales y/o actividad, la indiscriminada oferta de estímulos.

Tomemos una actividad, lectura del diario del día viernes. Hay en la misma una oferta de estímulos, que puede favorecer la elección de un hacer y brinda la posibilidad de arribar o concretar un proyecto, en esta organización de fin de semana, de tiempo libre.

En la Asamblea de Cierre es donde intentamos que este gusto por un hacer se abroche en una elección posible: voy al cine, voy a caminar, voy al Parque Centenario, quiero encontrarme a tomar mate en la casa de un amigo.

Tener presente estas pequeñas señales, permitirá intervenir acompañándolo en sus elecciones; apuntando a que logre desde las mismas otra circulación. Algo se va abrochando en este proceso terapéutico por mínimo que sea.

P: En un momento dijiste que no creías que eso fuese un lenguaje. ¿Estabas hablando del paciente?

R: De la actividad.

P: ¿Estabas hablando de este hacer particular, que no podías pensar como un lenguaje?

R: No. Decía que la actividad tenía un lenguaje propio, yo no sé si tiene un lenguaje propio o no, pero sí sé que este Hacer del paciente, así sea un decir-hacer deja una huella, y que, de alguna manera, esta huella habla de ese sujeto particular. El paciente falta, abrimos el armario, y en el armario está la billetera, el cenicero o lo que es del paciente que faltó. Al poner nosotros en juego la actividad, hay diferencia de lo que pasa en otras instancias grupales. Es en este sentido donde algo se articula y entreteje que decía “la actividad tiene lenguaje propio”.

La técnica, de alguna manera tiene un lenguaje: la madera no se corta con tijera, la cerámica si no tiene su tiempo de secado, explota en el horno. Algo esta técnica está diciendo. En esta ley algún lenguaje hay, al igual que en las múltiples articulaciones que conllevan un proceso.

P: ¿Hablando de ese paciente particular?

R: ¿Cuál de ellos?

P: Del de la escritura.

R: No. En la escritura de este paciente yo decía que se le impone como una voz. Él necesita escribir y escribir, y esto es lo que hace.

Para hacerlo más gráfico cuando digo un Hacer Significante, tomemos un movimiento estereotipado, puede pasar un compañero que le diga “che, que buen ritmo”, y en realidad el paciente no es que tuvo la intención de hacer un buen ritmo, pero quizá pueda pensarse que esto pueda ser un buen ritmo, que no sólo es algo que se le impone.

De esto, miren qué cosas pueden pasar en el devenir de un hacer, si uno está alerta a estas situaciones. Ahí se articula algo, algo se puede empezar a correr o tal vez no.

P: ¿Cuándo vos decís lazo social, ya estás pensando en términos del discurso y no del lenguaje?

R: Sí. Ya estoy pensando así. Lo estoy pensando así, desde que el deseo está puesto del lado del terapeuta. Es una actitud activa que hay que tener. Porque si supiera que con la esquizofrenia no puedo armar nada, directamente me quedo en mi casa. Yo supongo que algo se va a poder hacer, a modo de un “como si”, a modo de una prótesis, me ofrezco como soporte, como sostén de esto. Cuando hablamos de demanda particular estamos hablando de algo del orden del deseo y de un decir particular.

Que este paciente haya podido elegir ir a un taller literario, venir al Borda, estamos ya en el orden de un decir, no eligió compulsivamente responder a la demanda social “tenes que ir a buscar trabajo”.

P: ¿Cómo se articula esta intención de trabajar con el delirio?

R: Mi idea no es trabajar con el delirio. Los fenómenos elementales en Terapia Ocupacional aparecen, pero no es que trabajo con el delirio, es más, yo les decía que este paciente, además de la voz que se le impone y esto es la parte más delirante de él, además escribe bonito. Trabajo con esto: cómo se organiza, qué hacer, cómo lo hace, y qué hace con esto.

Tenía un paciente psicótico, con un delirio cósmico, donde él decía que la energía venía y se le iba, estaba en rocking permanente. Este paciente empieza a circular por los espacios comunitarios, no tiene terapia individual porque dice no tener nada que hablar. El Hospital de Día se lo respeta desde la singularidad de cada caso. Un día decide que ya puede estar en los espacios clínicos grupales de Terapia Ocupacional. Lo primero que elige es pintar estrellas en un fondo negro. El paciente se sorprende cuando pinta esto y cuando termina, dice: “por qué estrellas”. Él se sorprende de ver una parte de su delirio plasmado en el dibujo. Le contesto que no sé por qué estrellas (yo si sabía, pero elijo este camino de intervención), marco

que sí hay algo que sé; cómo él se organizó que pudo en forma independiente encontrar todos los elementos para este hacer, dejó los pinceles impecables, pintó divino. El paciente se sorprende de descubrirse con estos recursos en el hacer de esta actividad.

Estos signos se los devuelvo como algo significativo en la medida de lo posible. Él toma y pregunta a sus compañeros si les parece que es lindo lo que hizo. Los compañeros le dicen que lo que hizo es precioso y que si no lo quiere colgar.

Supongo que en la terapia individual, trabajar sobre el delirio debe ser muy importante. En Terapia Ocupacional abrimos espacios que puedan ir bordeando este agujero para ir construyendo algo del orden del Hacer Significante. Tenemos en nuestra clínica esta riqueza que sería una pena perderla.



PROGRAMA

V JORNADAS DE TERAPIA OCUPACIONAL EN SALUD MENTAL

14,15 y 16 de septiembre de 1994

*Auspiciadas por; A.A.T.O.; Asociacion Argentina de Terapistas
Ocupacionales- E.N.T.O.; Escuela Nacional de Terapia Ocupacion
Departamento de Docencia e Investigacion del H.J.T. Borda-
Asociacion Medica del Hospital J.T. Borda*

comision organizadora

TO CAPOZZO, MARCELA
TO DANERI, SARA
TO GOMEZ MENGELBERG, ELIZABETH
TO GUZMAN, MARCELA
TO RISLER, LILIANA
TO SAGRERA, MONICA
TO SLAIFSTEIN, ADRIANA
TO DOERMER, MARTA

comite cientifico

TO KLEIBAN, SILVIA
TO PAGANIZZI, LILIANA
TO PAPIERMEISTER, ANA
TO TOSCANO, VICTORIA
LIC. VILLARROEL, NORMA

-COMUNIDAD Y MARCOS TEORICOS EN TERAPIA OCUPACIONAL- Desarrollos y Conceptualizaciones

Sede: Hospital J.T. Borda- Ramon Carrillo 375-
Aula Magna de la Catedra de Salud Mental

informes e inscripciones; servicio N 48 de Terapia Ocupacional
del Hospital Borda

JORNADA 6

**Sextas Jornadas de Terapia Ocupacional
10, 11 y 12 de octubre de 1996**

PRÓLOGO

Bárbara Goldestein y Mirta Manghi

Transcurre el año 1996 y las *Sextas Jornadas de Terapia Ocupacional* en el Hospital Borda cobran sentido, se echan a andar, como espacio de construcción en donde se entrelazan el Hacer, Decir, Sentir de nosotros, Terapistas Ocupacionales, como protagonistas de las mismas.

Como en los últimos años las jornadas se desarrollan con una dinámica participativa de los concurrentes y se invita a colegas a compartir sus experiencias. Durante las mismas se trabaja promoviendo derechos y generando espacios de reflexión acerca de las prácticas profesionales implementadas por el colectivo de profesionales.

Como ya es tradición, el temario propuesto contempla una mirada integradora, desde un espacio interdisciplinario e intersectorial. Diseñando proyectos de intervención, promoviendo acciones enmarcadas dentro de las leyes y convenciones vigentes.

Invitamos a destacados especialistas a fin de desarrollar un temario atravesado por las problemáticas actuales de adultos, jóvenes y adolescentes cuya resolución requiere reflexión, adquisición de nuevos saberes y herramientas a fin de poder intervenir desde un abordaje integral en contexto.

Es necesario revisar y reflexionar sobre ciertas condiciones a las que nos vemos expuestos los Terapistas Ocupacionales en el quehacer diario como trabajadores de la salud y las particularidades en juego. Cuando se padece un proceso lento e insidioso, al decir de Liliana Sbriller y Mónica Schwartz, se trata del “síndrome de desgaste o agotamiento”.

Por otro lado, en su trabajo *Silvia Narváez* sostiene la mirada sobre cómo pensar desde una posición ética como terapeuta ocupacional respecto a la cotidianeidad del trabajo en instituciones de salud mental pública y privada. Dicha autora nos interpela y cuestiona acerca de un sistema hospitalario masificador e impersonal que facilita la objetualización y adaptación de los pacientes a las condiciones insatisfactorias de vida, facilitadas por las características propias de la enfermedad mental. Es así como nos interroga sobre contradicciones existentes y contrapone el hospitalismo con el concepto de rehabilitación integral. Respecto a las instituciones privadas, dicha autora nos pone en jaque, el objetivo de lucro por la prestación de un servicio puede llegar a distorsionar la finalidad terapéutica. Dentro de este panorama ¿cuál sería el lugar que ocupa el Terapeuta Ocupacional? Sostiene con firmeza: “se sabe que algo no corresponde, no es ético, pero la racionalización lo justifica”.

En consonancia *Marcela Giménez* estimula y compromete al lector sobre el Mega hospicio. Focalizando sobre los manicomios como formas institucionales que se repiten, en el ámbito público y privado. Aseverando aquí que el hospital se convierte en hospicio. Sostiene que los pacientes que concurren al mismo, están atravesados por el fenómeno social de la desocupación, la escasa operatividad institucional que promueve la lógica de la necesidad, de la supervivencia cotidiana. También nos implica y nos hace pensar con su escritura sobre los tiempos actuales que barrieron con los programas de prevención primaria. En referencia a su valioso trabajo diario en instituciones, se posiciona en la “construcción de la historia trunca de los hombres y preservarla de las instituciones”... realizando “una evaluación crítica sosteniendo la ética de los Derechos Humanos”.

Esto mismo se puede relacionar con lo sostenido por *Yujnosvsky y Suppo* respecto a seguir pensando “la inserción de nuestra profesión en la actual organización social”. Resaltan la importancia de conceptos tales como política institucional, articulación con otras disciplinas, trabajo en equipo, tratamiento integral, articulación social, instancias de formación y crecimiento profesional. Dichas autoras, a través de una mirada crítica nos incentivan a continuar pensando y reflexionando sobre las instituciones y las transformaciones profundas que implican a las políticas de salud.

A lo que se suma en estas Jornadas lo aportado por *Elisabeth Gómez Mengelberg*, quien nos presenta interrogantes respecto al trabajo como terapeuta ocupacional, que atiende pacientes con diagnóstico de Psicosis, en consulta externa. Dicha autora se interroga y nos interroga con su escritura acerca de: ¿cómo trabajar con la desarticulación social y la falta de motivación para hacer un proyecto en pacientes con este diagnóstico? Al respecto puntúa sobre las aristas de la psicosis... los caminos tortuosos y repetitivos que con frecuencia toman los individuos que batallan por inscribirse socialmente. Podríamos decir que durante su intervención traza un camino sobre la historia de la familia, la historia psicosocial del paciente en el seno de la misma. Y es a partir de las dificultades que se presentan y detecta, ella interviene.

Como profesionales de la Salud Mental, desarrollamos tareas en instituciones, *Martín Porthé*, sostiene que las mismas nos plantean cantidades de inquietudes, de preguntas, de obstáculos que muchas veces hacen que nuestra práctica sea un camino poblado de sobresaltos. Nos advierte que debiera haber una correlación entre la institución de la cura, sus normas y su funcionamiento, y la práctica clínica que en ella se desarrolla con dispositivos que no borren la singularidad de cada usuario. Nos invita a reflexionar sobre la función fundamental de las instituciones, permitir un espacio y un tiempo tendientes a alojar

al sufriente. Sostiene que la enfermedad promueve la rotura con el medio social y a veces es el medio el que no puede tolerar la diferencia.

Si revisamos nuestro trabajo en el campo de la Salud Mental, *Alfredo Grande* nos propone dimensionar la praxis como práctica transformadora. La Terapia Ocupacional se ubica entonces, por decisión propia del lado de las fuerzas instituyentes, productivas y creativas.

María Faidella y Gladys Martínez fundamentan la aplicabilidad de la actividad terapéutica en Hospital de Día como medio terapéutico y como objeto de intervención. Plantean que esta implementación tiene lugar desde el Modelo Comunitario y que mejora la calidad de vida, favorece la autonomía personal y la articulación socio-comunitaria de los pacientes.

Leticia Ilariucci, Gladys Martínez y Moira Heim (estudiante de Terapia Ocupacional) comparten la experiencia del taller de memoria y multiestimulación como parte de la reestructuración del Servicio de Rehabilitación y la implementación de otra forma de abordaje terapéutico. Desde Terapia Ocupacional brindan atención a través de la implementación de actividades de tipo recreativas y ocupacionales en un ambiente protegido donde expresarse y ser escuchado, donde el recordar es bienvenido y donde se puede compartir sentimientos.

¿Qué posibilidades para los cierres de tratamiento nos encontramos en Terapia Ocupacional? *Silvina Paola Hunt* nos plantea que en relación a la cantidad de niños y adolescentes que concurren a T.O nos encontramos con diferentes posibilidades en los cierres de tratamiento. Algunos pueden programarse, trabajar una despedida y lograr la derivación. En otros, los cierres están marcados por interrupciones sorpresivas por distintas razones. Comparte un caso cuyo proceso derivó en una finalización de tratamiento con su posterior derivación.

Alicia Stolkiner nos esclarece con su presentación que el derecho al trabajo es, hoy, indisoluble del derecho a la vida. El derecho a la salud incluye el derecho de todo sujeto a contar con las posibilidades de salvar su vida que el monumental esfuerzo de producción científica y tecnológica ha sido capaz de crear. Nos interpela diciéndonos: "todas nuestras prácticas deben incorporar esta dimensión de los derechos. Todas ellas deben contribuir, como microepisodios sociales, a construir otro discurso. A ampliar márgenes de la solidaridad social".

Como Terapistas Ocupacionales integrantes de la Comisión Organizadora nos atrevimos a hacer una pequeña introducción de estos trabajos escritos por valiosos autores Argentinos. Los cuales nos dejan marcas, para nuestro hacer diario como profesionales de la Salud. Sentimos gratitud, orgullo y los convocamos a disfrutar de la lectura de los mismos

TRABAJOS LIBRES

Prevención primaria y calidad de vida en la función del terapeuta ocupacional¹

Liliana Sbriller y Mónica Schwartz

Introducción

El presente trabajo libre está basado principalmente en la miniconferencia de la T.O. Lilian Vieira Magalhaes (de la Universidad Pontificia Católica de Campinas), expuesta en el IV° Congreso Brasileiro de Terapia Ocupacional, en octubre de 1995 bajo el título "La problemática del desgaste en el ejercicio profesional de los Terapeutas Ocupacionales".

Acostumbrados a evaluar la actividad de los otros, una primera visión hacia los efectos de las cargas de la función Terapeuta Ocupacional en el propio grupo profesional nos enfrenta a una cuestión tan atractiva como prohibitiva y productora de malestar.

"El hombre posee una necesidad fundamental de ocuparse, de trabajar. El trabajo, la ocupación es visto así como el alimento y el aire necesarios para la supervivencia del organismo humano. La actividad aquí mantiene la organización y el equilibrio del cuerpo, a través del ritmo de trabajo, descanso, placer y sueño) (Adolph Meyer: "La filosofía de la terapia ocupacional". 1922).

Este autor que fundó la historia escrita de la terapia ocupacional, baso sus conceptos en el tratamiento moral de Phillip Pinel conformando la premisa implícita "el trabajo es salud", sostenida desde hace 200 años por diferentes estamentos sociales, de los cuales no están exentos diversas teorías y modelos de terapia ocupacional dentro de los cuales mencionaremos a autores como Kathlin Reed y Sharon Sanderson, Mary Reilly y otros (L. Sbriller, 1995)

Pero la cuestión no es tan sencilla, ya que "si nos remitimos específicamente a la problemática salud/enfermedad (E. Menéndez: p 140) observamos que toda una serie de indicadores evidencia claras situaciones diferenciales que tienen que ver directamente con la esperanza de vida, el envejecimiento prematuro, la invalidez, la incidencia diferencial de enfermedades físicas y psíquicas. Estos indicadores pueden ser referidos no sólo a la inserción directa en el proceso productivo, sino a las condiciones generales de vida derivados, por lo menos parcialmente de dicha inserción".

La terapia ocupacional actual que se desarrolla en el campo laboral, no sólo evalúa la inserción y el desempeño de un sujeto, sino que busca eliminar o disminuir los trastornos ocasionados por el mismo acto del trabajo.

Confirmando, de hecho, que el sujeto se verá expuesto tanto a los beneficios como a los perjuicios ocasionados por la actividad, cuestionando la máxima filosófica del Dr. Meyer.

De acuerdo a la investigación de la colega Lilian Magalhaes, aquel que en forma positiva ha satisfecho su vocación dedicándose al ejercicio de la Terapia Ocupacional se vería expuesto, como otros trabajadores de la salud, y aún con particularidades, a padecer un proceso lento e insidioso denominado "síndrome de desgaste o agotamiento" o su similar, el Síndrome de Burn Out ("no aguanto más"), caracterizado este último por el deterioro o agotamiento producido por la demanda excesiva de recursos físicos y/o emocionales que lleva consigo la profesión.

El objetivo de esta exposición es entonces advertir a nuestros colegas y estudiantes para que puedan evaluar y prevenir los riesgos que conlleva el proceso de trabajo.

Desarrollo

Evaluaremos entonces la función del terapeuta ocupacional desde las perspectivas de las cargas físicas, cognitivas, mentales y la expectativa social sobre su hacer.

Dentro de las **cargas físicas** es necesario evaluar los componentes de bioseguridad, entendida como la exposición humana a los microorganismos patógenos presentes en el ambiente hospitalario y en la relación cotidiana con portadores de enfermedades transmisibles.

En el área específica de terapia ocupacional es necesario prevenir los contagios o contaminaciones transmitidas en forma directa o por intermedio de los materiales y herramientas de trabajo.

1 Hospital General de Agudos Parmenio Piñero (M.C.B.A) - Servicio de Psicopatología y Salud Mental - Varela 1307. T.E. 631-1352 - (1406) Capital Federal. República Argentina.

Nos referimos a líquidos corrosivos, pegamentos, ácidos, herramientas cortantes o punzantes, equipamiento pesado y otros productos utilizados cotidianamente que puedan originar accidentes en el ámbito laboral y requieren para su prevención, ser utilizados bajo determinadas normas de seguridad.

En relación a las enfermedades transmisibles es necesario que el profesional, como otros miembros del equipo de salud se haga responsable de su propia salud aplicándose las vacunas indicadas para prevenir enfermedades como el tétanos, la tuberculosis y la hepatitis B.

También, dentro de las exigencias de **orden físico** que hacen a la función del terapeuta, pueden observarse problemas de columna y lesiones por esfuerzo repetitivo en miembros superiores por los movimientos exigidos por las técnicas neurofisiológicas. Lamentablemente no contamos con estadísticas para aseverar esta observación.

Podemos agregar en este ítem las cargas de desgaste producidas por los constantes traslados (los terapeutas ocupacionales suelen tener más de un trabajo, así como la movilización de herramientas, equipamiento, materiales y pacientes a su cargo).

Corresponde a las **cargas cognitivas** del terapeuta, la necesidad de memorización de información diversificada y fluctuante, la fundamentación teórica en constante modificación, la transformación del conocimiento para las nuevas situaciones-problema y la demanda en la prontitud de respuestas orales y escritas (Magalhaes, 1995).

Sumamos en este punto, las características multifacéticas de nuestra tarea, que promueve que un mismo profesional trabaje simultáneamente en diferentes instituciones ideológicamente contrapuestas y con variedad de patologías.

En el ámbito público se suman a la práctica específica, las tareas administrativas, la propia generación de recursos económicos para herramientas y materiales por intermedio de donaciones, burocracia y cirujeo.

Con respecto a las exigencias de tipo **emocional**, es necesario advertir a aquel que ingresa en las lides de la terapia ocupacional que en algún momento de su vida profesional se topará con el tema de la muerte, el suicidio, el accidente, y "todo aquel que anda con la muerte y la enfermedad algo se le pega" (de un Huichi Mataco, citado por el antropólogo Leonardo Dayno).

Las colegas argentinas M. Oks, M. Lavallen, M. Sauré y M. Cohn, en relación a la atención de ancianos mencionan el tema de los miedos y angustia con respecto a la propia vejez, el deterioro, la impotencia ante un destino prefijado propio de cualquiera de las patologías crónicas que habitualmente atendemos.

Las mismas autoras se refieren a conductas del profesional, que podríamos denominar defensivas en relación al "aburrimiento, desgano, desgaste y sensación de soledad, abandono de la tarea, sensación de omnipotencia: "lo vamos a salvar" versus la impotencia de "nada de lo que hagamos servirá para algo".

Citaremos también aquí la publicación de 1988 (p. 44) de las terapeutas ocupacionales M. Capozzo, S. Daneri y V. Toscano sobre el trabajo de las instituciones manicomiales que en primera persona refieren:

"Querer hacer ha significado:

- Definir la tarea en forma casi individual sino en contra de las directivas.
- Mantener objetivos terapéuticos con costosos esfuerzos personales.
- Luchar permanentemente para no incorporarse a los desalentados que se iban, o a los indiferentes, deteriorados y/o enfermos por el sistema.
- Atender a una minoría.
- No contar con el consenso de los demás para evaluar las acciones realizadas.
- No ser reconocido internamente y mucho menos trascender y multiplicar los aspectos positivos en la comunidad." (1)

Otras conductas de este tipo que hemos observado en nuestro contacto cotidiano con colegas y estudiantes se refieren al abandono de la profesión, cambio de carrera por una de título más tradicional, aplicación masiva de las técnicas terapéuticas, descontextualización de la realidad socio económica e institucional del paciente, renuncias abruptas, resoluciones momentáneas como licencias por enfermedad o vacaciones anticipadas, no comprometerse con la tarea. Varias de estas conductas son mencionadas como síntomas del Síndrome de Burn Out.

Dentro de las **expectativas sociales** esperadas de la profesión, Magalhaes menciona la seguridad y estabilidad en el empleo, el sentimiento de función utilidad social, la gratificación financiera y la posibilidad de progreso.

En contraposición y de acuerdo a las políticas actuales de empleo y la oferta y la demanda del mercado se observa una disminución de los honorarios profesionales y subempleo, factores que inciden en la no selección de la tarea a desempeñar y temor a renunciar y no encontrar otro puesto más tarde.

Es probable que la no satisfacción del profesional, que no difiere de la generalidad de los trabajadores, se transmita en su ejercicio cotidiano.

Dentro de las propuestas para resolver el malestar en el trabajo podemos mencionar algunos ítems del "Proyecto de Ley Federal de Planificación y Competencia Ética para la atención y prevención de la Salud Mental" (1994), cuyo Capítulo III: "Derechos de los Recursos Humanos asignados a Salud Mental enumera entre otros:

- a) Formación con régimen laboral estable y remunerado.
- c) Al ejercicio de la profesión dentro de un marco interdisciplinario sin supremacía de una ciencia o disciplina por encima de otras y con concepto de equipo.
- e) El sistema de licencias y suplencias vigentes o a uno creado especialmente, teniendo en cuenta que la actividad que desarrolla es de carácter riesgoso e insalubre.

Mencionaremos también el Título IX, artículo 21 de la propuesta "Proyecto de Ley del Ejercicio de Terapia Ocupacional (Dameri, Capozzo, 1994) que explicita:

"A los efectos de la aplicación de las normas vigentes que para resguardo de la salud física y/o psíquica, establecen especiales regímenes de reducción horaria, licencia, jubilaciones, condiciones de trabajo y/o provisión de elementos de protección, considerándose insalubres las siguientes tareas de Terapia Ocupacional:

- a) Las que se realizan en unidades neuropsiquiátricas.
- b) Las que conllevan riesgo de contraer enfermedades infecto contagiosas.
- c) La atención de pacientes oncológicos.
- d) Las que se realizan en unidades de rehabilitación física.

Detallaremos entonces, siguiendo a Magalhaes cuáles son las enfermedades típicas del proceso de trabajo de los profesionales de la salud:

- a) Presión emocional.
- b) Trastornos del sueño.
- c) Problemas posturales.
- d) Dificultades digestivas y cardiocirculatorias.
- e) Caídas y hematomas provocados por agresiones de pacientes.
- f) Tabaquismo acentuado.
- g) Alteraciones del peso.
- h) Disfunciones hormonales (trastornos menstruales).
- i) Fatiga física general.
- j) Existen estudios que indican que los profesionales de la salud presentan mayores probabilidades de padecer problemas en el parto y también un mayor índice de suicidios.
- k) Peligrosidad en el trabajo del terapeuta ocupacional con poblaciones violentas en instituciones penales, manicomios judiciales y otras áreas de riesgo.
- l) Otros aspectos se refieren a la sensación de sentirse exhaustos, usados, sentir que se trabaja demasiado, entre otros (estudios realizados con personal de enfermería).

Nos vemos obligados a sumar y considerar la escasez de personal, siendo una profesión minoritaria dentro de las Instituciones, aspecto que incide en una sobrecarga de trabajo con respecto a otros integrantes del equipo de salud.

Medidas de control y prevención del desgaste en el trabajo

Algunas de las medidas sugeridas tienen que ver con la forma habitual de prevenir el síndrome de Stress, es decir, reducir las tensiones del ambiente de trabajo, recibir una mejor remuneración, regular los tiempos de descanso, realizar deportes, actividades de relajamiento y controlar el peso y la salud en general.

Con respecto al Síndrome de Burn Out, se proponen cuatro formas de salida en forma beneficiosa que transcribiremos:

- 1- Repartir el tiempo, investigar, conceptualizar la actividad asistencial, ampliar conocimientos y supervisar la tarea.
- 2- Intercambiar con el afuera, ampliar el núcleo de pertenencia.
- 3- Permitir un reacomodamiento de los integrantes del equipo, ampliar el grupo de trabajo.

- 4- Grupos de reflexión, concentrándose siempre en la tarea que se traduzca en una acción concreta con posibilidades de modificación.

En síntesis, la clave estaría dada por la formación permanente y la participación grupal.

Conclusiones

En la era de la objetividad y los números, enfrentarse al sufriente que reclama la atención de terapia ocupacional y reconocer la propia angustia, el malestar en una práctica y los efectos en el propio cuerpo es más que un desafío.

Esta exposición pretende ser un primer paso para prevenir y mejorar la calidad de vida del Terapeuta Ocupacional.

Notas

(1) En su esfuerzo de reconceptualización de lo Social, la Sociología de los años 80 y 90 aplicada al campo de la Salud parte de procesos patógenos –stress crónico, aislamiento social entre otros– y examina su impacto sobre una gama completa de enfermedades.

Bibliografía

- Capozzo, Marcela, Daneri, Sara, Toscano, Victoria: Una propuesta de implementación para el área de salud mental". Publicado en "Terapia Ocupacional en salud mental". Capítulo II. Generalidades de la terapia ocupacional en salud Mental. COLTOP. 1988.
- Capozzo, Marcela, Daneri, Sara: Propuesta "Proyecto de Ley de Ejercicio de Terapia Ocupacional". Tratado en Asamblea de A.A.T.O. del 28-10-94. Publicado en el Boletín de la Asociación Argentina de Terapeutas Ocupacionales, febrero de 1995.
- Fischman, Noemí: Conferencia: "Síndrome de Burn Out". Curso de Psicoprofilaxis en Oncología. Hospital Municipal de Oncología María Curie. 1994
- Licciardi, Liliana y otros: Curso de "Estadística y Epidemiología". Cátedra de Organización y Administración Hospitalaria. Fundación Sanidad Ejército Argentino. Hospital Militar Central. 1996.
- Magalhaes, Lilian Vieira: "La problemática del desgaste en el ejercicio profesional de los Terapeutas Ocupacionales". Miniconferencia IV° Congreso Brasileiro de Terapia Ocupacional. Rio de Janeiro. 1995. Traducción no autorizada: L. Sbriller y C. Poveda.
- Oks, M., Lavallen, M., Saure, M., Cohn, M.: "Reflexionando sobre la atención de ancianos con deterioro mental severo". Trabajo libre publicado en el libro del II° Congreso Argentino y I° Simposio Latinoamericano de Terapia Ocupacional. Publicación de AATO, 1992.
- Sbriller, Liliana: "La red triangular", publicado en "Terapia Ocupacional, teoría y clínica". R. Vergara ediciones. 1991.
- Sbriller, Liliana: "Trabajo y esquizofrenia". Tesis Licenciatura en Terapia Ocupacional. Universidad Nacional de Mar del Plata. 1995
- Sbriller, Liliana: "El trabajo como función". Trabajo libre. IV° Congreso Argentino y III° Simposio Latinoamericano de Terapia Ocupacional. Santa Fe. 1995.
- Seminario "El sida, el equipo de salud y la rehabilitación". Conferencia: Enfermería y Sida. Asoc. Arg. de T.O. Auspiciados por la Sociedad Argentina de Infectología. 1994.
- Toto, F., Romero, H., Corchuelo Blasco, J., Diaz Martinez, J., Durriru, M., Niño J.: "Proyecto de Ley Federal de Planificación y Competencia Ética para la atención y prevención de la Salud Mental". Honorable Cámara de Diputados. Trámite parlamentario periodo 1994, N° 131, jueves 3 de noviembre de 1994.



Un aporte desde el psicoanálisis a la problemática psicosocial

Martin Porthé

Gran parte de los profesionales de la salud mental desarrollamos tareas en el marco de una institución. Estas, las instituciones, nos plantean cantidades de inquietudes de preguntas de obstáculos que muchas veces hacen que nuestra práctica sea un camino poblado de sobresaltos. Es justo reconocer su aporte a nuestros conocimientos, de enriquecimiento por el ámbito social y científico que nos rodea, de la seguridad, que nos brinda, del amparo y de la pertenencia, esta nos marca fuertemente en nuestro desempeño laboral.

Una de las dificultades surge cuando nos adscribimos a la teoría psicoanalítica y pretendemos imprimirle a nuestra clínica un sesgo de nuestra formación teórica. ¿Es sólo posible la psicoterapia en el hospital y el psicoanálisis en el consultorio?

Freud fue muy cauto cuando describió las neurosis de transferencia como aquellas que justamente por esta posibilidad de establecer ese lazo particular con el médico que es la transferencia, permiten el despliegue del dispositivo analítico.

En la otra vereda, quedaron la psicosis y el devenir de los años se fueron ampliando las nuevas patologías que, encolumnadas bajo aquellas, se ubicaron así en el grupo de las incógnitas para el psicoanálisis. Hoy casi en las puertas del siglo XXI, nos vemos ocupados en temáticas tales como las drogas, el virus HIV y su acción letal y amenazante sobre jóvenes y adolescentes, las anorexias, las bulimias, la marginalidad, la pobreza, la desinserción social.

La influencia del desarrollo de la ciencia con su universo de precisión y de técnica ha promovido un ideal de correspondencia del sujeto con el objeto, la armonía ineludible entre el sujeto que conoce y el objeto conocido. Todo lleva a buscar una significación única, donde las ciencias del hombre se subordinan a las ciencias experimentales (7).

Finalmente factores como el económico y el legal pugnan por hacer de las instituciones centros de adaptación al sistema. Se buscan técnicas que resuelvan situaciones con rapidez, con abordaje de tal y cual conflicto puntual y donde todo indique que estamos dentro de un plano de seguridad, para cubrirnos de un riesgo jurídico. Es así que profesionales y pacientes quedamos aplastados por las exigencias de la época.

Sin embargo el valor del descubrimiento freudiano sigue vigente. Tomando el concepto de G. Bachelard (2), de ruptura epistemológica, adquiriendo esto el valor de un acontecimiento que marca un antes y un después en la historia de las ciencias (3), punto de no retorno para Regnault, Lacan define el método psicoanalítico como la asunción por el sujeto de su historia en cuanto está constituida por la palabra dirigida al otro, puntuando la relevancia de recuperar el sentido de la experiencia y advirtiendo sobre el riesgo que corre el analista de abandonar su lenguaje en beneficio de lenguajes ya instituidos (5).

Debiera haber una correlación entre la institución de cura, sus normas y su funcionamiento, y la práctica clínica que en ella se desarrolla.

Es esto que no se trata de crear instituciones, a mi modo de ver integradoras y sintetizadoras, promoviendo modelos y dispositivos que borren la singularidad de cada uno de los usuarios.

La institución como se ha dicho, surge como respuesta a una imposibilidad, como alternativa ante el fracaso de resortes sociales que no han dado la respuesta de abrigo al sufriente. En cierta medida, la enfermedad promueve la rotura con el medio social y a veces es el medio que no puede tolerar la diferencia. Es así que la institución debe prestar un lugar desde donde se pueda recomponer el intercambio con el medio. Esta será la función fundamental, permitiendo el ofrecimiento de un espacio y un tiempo tendientes a insertar al sufriente a pesar y gracias a sus diferencias en el entorno social.

La práctica clínica nos obliga a que pongamos a ésta en relación a la teoría que la sustenta. El psicoanálisis deberá romper también por un lado toda posible sacralización toda transmisión con la tendencia a hacer de él un cómplice de la historia oficial, en este caso de lo que se espera de una institución de salud o de un psicoanalista (1).

Para esto contamos los analistas con la posibilidad de poder batir a nuestras propias fuerzas yoicas y darle lugar a nuestros propios deseos.

En el año 1994, fui convocado a participar de un programa sobre madres adolescentes, solteras, reunidas en una casa abierta, con características autogestivas. El equipo entonces estaba constituido por asistentes sociales y psicólogas, quienes frente a repetidas situaciones de violencia y desbordes de todo tipo, pensaron en la necesidad de incorporar a un médico psiquiatra.

Acepte la propuesta con gusto, me encontré con historias casi comunes, entre ellas, la violencia familiar, abandono de sus padres, abuso sexual del adulto que muchas veces las inicia en el camino de la prostitución, situaciones de consumo de drogas y episodios cercanos a la delincuencia, migración de países limítrofes y de provincias más pobres, pobreza. Esto era el sustento que las sumergió en la marginalidad. Se interrumpió así la escolaridad, exponiéndose a una mala alimentación y a enfermedades infecto-contagiosas (HIV-TBC-Sífilis) accediendo precozmente a responsabilidades laborales que les permitan apenas subsistencia.

El embarazo llega a poner orden de algún modo en sus vidas. Es a partir de este que se ven obligadas a solicitar ayuda social, y es entonces que se produce el ingreso a la casa, amparadas por el estado. Han sido finalmente expulsadas del seno familiar que hasta entonces, como pudieron, las albergó, no pudiendo soportar la llegada de una boca más para alimentar. Reciben una beca de asistencia para ellas y su bebé. Esta intervención estatal funciona como marco legal del que hasta ese momento carecieron.

La ruptura con su entorno social ha marcado el modo de respuesta que rápidamente se pone en funcionamiento. Se despliega lo que llamamos "clínica de los impulsos" donde la salida central ante situaciones de angustia es entonces el desborde pulsional. No hay allí palabras. La reacción posible ante la incapacidad de decir es actuar.

El acting out y el pasaje al acto son términos que el psicoanálisis extrae de la psiquiatría.

El acting convoca la atención del otro, si esto fracasa el resultado es la caída en el desamparo. No sobreviene ningún recuerdo ni hay posibilidad de hostilización de sí. Es un pasado que se actualiza en el hacer. (8)

La ausencia paterna se repite en ausencia de padre para su hijo, los golpes recibidos de niña son calcos de los que propina a su hijo, la promiscuidad sexual es ahora necesaria en que es protagonista y ya no su madre... la violencia es el elemento usado para defender su lugar: el único conocido, el que le permite ser respetada, defender sus derechos.

En el preciso espacio de la repetición no se puede recordar, según nos marca Freud. Actúa un fragmento esencial de sus recuerdos y fantasías en lugar de reproducirlos verbalmente.

Me llevo tiempo correrme de la demanda que me dirigían mis compañeras de equipo: evaluaciones psiquiátricas, medicación acorde, informes actualizados para enviar al ente estatal y órdenes de internación ante una crisis. La solución única parecía ser la expulsión nuevamente.

El personal, caseras y niñeras llamativamente estaba constituido por mujeres que tenían en su historia antecedentes de haber criado hijos solas. "no tuvimos la suerte de ellas: ni techo, ni comida, ni niñeras" se quejaban. Esto las ubicaba en una relación de fuerte enfrentamiento imaginario. Tanto la casera como las niñeras se transformaban por momentos "en celadoras de instituto". Corrían ríos de chismes y denuncias de un lado hacia el otro. Había sino alianzas con las más rebeldes y ocultamientos, en ocasiones llegando a un forcejeo físico.

Mi primera intervención fue organizar reuniones con el personal, semanales. Se intentó la elaboración de las situaciones planteadas en la semana, destrabando mecanismos de identificación puestos en juego, competencias y rivalidades. Intercambio de información y reflexión sobre estrategias a seguir.

Luego propuse la realización de reuniones del equipo técnico, también semanales. Allí propuse la presentación de los casos, la discusión de las dificultades a resolver, el intercambio de ideas desde el aporte enriquecedor de las múltiples disciplinas.

Finalmente, me parecía imprescindible la incorporación al equipo de un médico pediatra y de una terapeuta ocupacional. El pediatra atendería la salud y trabajaría fundamentalmente sobre nociones de puericultura, que ya no me sentía en condiciones de abordar. Era importante aclarar prejuicios sobre la alimentación, corregir hábitos, vigilar el crecimiento y desarrollo de los pequeños, asesorando a las madres sobre aspectos muchas veces básicos y primarios.

La terapeuta ocupacional podría ayudar a partir de la detección de intereses singulares en las usuarias, en la organización de las actividades de la vida diaria y la planificaron de las tareas dentro y fuera de la casa.

Objetivos, expectativas, posibilidad de concretar su inserción laboral o cultural (reingreso a la escuela, cursos de capacitación, aprovechamiento de los recursos que la comunidad ofrece)

El trabajo institucional está dirigido no a un sujeto genérico ni a un proyecto psicoterapéutico único. La pregunta está dirigida al trayecto del sujeto, a la causa de su presencia en la institución (6). Es a partir de ubicar la posición subjetiva singular de cada uno de los usuarios, lo que permitirá la inclusión de la perspectiva del deseo, evitando responder a las demandas, involucrando al usuario en una relación de sujeto a sujeto y de sujeto a objeto cristalizado como tal.

Bibliografía

- 1) Psicoanálisis en las instituciones. Tramas. Año 2 nro. 3 1991. Biblioteca Agrupo.
- 2) Bachelard, Gastón, La formación del espíritu científico. Contribución a un psicoanálisis del conocimiento objetivo. Siglo XXI.
- 3) Miller, Jean Claude. La obra clara. Lacan, la ciencia y la filosofía. Manantial.
- 4) Freud, Sigmund. Recuerdo, repetición y elaboración.
- 5) Lacan, Jacques. Función y campo de la palabra. Siglo XXI.
- 6) Zenóni, Alfredo. L'institution: entraves et resources.
- 7) Basch, Carlos, llamado al otro, angustia señal. Revista de psicoanálisis: la angustia (APA).
- 8) Barredo, C. Y Paulucci, O. Clínica de la angustia; acting out y pasaje al acto. Revista de psicoanálisis. La angustia (APA).



De la Ética y la Práctica²

Silvia Narváez

Juan Gelman me contó que una señora se había batido a paraguazos, en una avenida de París, contra toda una brigada de obreros municipales. Los obreros estaban cazando palomas cuando ella se lanzó al ataque (...) rompió las redes donde las palomas habían sido atrapadas (...). Los obreros no atinaron más que a protegerse, y balbuceaban protestas que ellas no oían (...). ¿Qué bicho le picó? Se ha vuelto loca esta mujer los obreros exigieron una explicación, y ella dijo: mi hijo murió... los obreros dijeron que lo lamentaban pero que ellos no tenían la culpa (...) las palomas son la ruina de esta ciudad.

¡Cretinos!— Los fulminó la señora. Y lejos de los obreros, lejos de todo, dijo:

—Mi hijo murió y se convirtió en paloma.

Señora, ¿por qué no se lleva a su hijo y nos dejas trabajar en paz? —propusieron los obreros—. Yo no sé cuál de las palomas es mi hijo. Y si supiera, tampoco me lo llevaría. Porque, ¿qué derecho tengo yo de separarlo de sus amigos.

Eduardo Galeano Fragmento de Celebración de la amistad. En: Libro de los Abrazos, (1989).

Este cuento es la excusa para introducir el tema que me convoca. La ética y la salud mental, dos elementos que se juegan en esta historia, desde el momento que en ella está implicada el sujeto.

Me referiré a las distintas acepciones del término ética según diferentes autores. Según Erich From: “la ética humanista, materialmente se basa en el principio de que lo “bueno” es sinónimo de bueno para el hombre y lo “malo” lo que le es nocivo... la ética no es más que el intento racional de averiguar cómo vivir mejor”. Para Savater “es elegir lo que más nos conviene y vivir lo mejor posible... Si merece la pena interrogarse acerca de la ética es por el gusto por la buena vida, una buena vida humana y entre seres humanos es decir, en relación con otros”. Me interesa destacar también que para este autor, los términos *moral* y *ético* siguen caminos semejantes, ya que técnicamente tienen igual significado.

Etimológicamente, la palabra moral en voz latina significa lo relacionado con las costumbres y con las órdenes. Es el conjunto de comportamientos y normas aceptados como válidos y ética es la reflexión sobre por qué los consideramos válidos y la comparación con otras “morales” que tienen personas diferentes.

Al pensar en la implicancia de la misma se abre como primer interrogante la relación entre lo individual y lo grupal social en este tema. ¿es posible deslindar a un individuo de su contexto? Existe la posibilidad, potencialmente al menos, de elegir diferentes caminos, optar libremente sobre cómo responder a una determinada circunstancia, no desconociendo en esta afirmación que, como sujetos, estamos influenciados desde lo biológico, lo psicológico, y también culturalmente. A esto agregaría que si bien se tiene libertad de elegir un posible camino a seguir, una conducta con la que obrar basada por ejemplo, en valores sustentados en la propia ideología y en una formación determinada, coherente con el respeto hacia uno mismo y hacia otros. Dicha opción no está exenta de un costo personal que implica el sostenerla dentro de un medio social que no tiene iguales condiciones, ya sea por omisión o por corrupción de valores. Entonces creo que una respuesta posible sería que el individuo puede ser más o menos ético que el medio social que es parte, que si bien estamos atravesados por infinitas variables se puede tomar la decisión de no deslizarse de cualquier modo. Es decir, sin acatar impensadamente una indicación ni oponerse porque sí, sino dando importancia al análisis y comprensión de lo conveniente y posible de hacer frente a un estado de cosas determinado.

En base a estos conceptos generales se puede pensar en la posición ética como terapeuta ocupacional en referencia a la cotidianeidad del trabajo en instituciones de salud mental públicas y privadas. Además de las normas sobre las que se basa el ejercicio de nuestra profesión hay situaciones que convocan a diferentes posicionamientos ante otros, sean estos pacientes o una institución. Se podría hacer un paralelo entre “el buen vivir” mencionado en las definiciones del comienzo de este trabajo y el “buen ejercer” con respecto a esta profesión teniendo en cuenta:

- El respeto de la subjetividad de cada paciente.
- La consideración de sus intereses (palabra que viene del latín “inter esse” que significa lo que está entre varios, lo que pone en relación a otros).
- La convicción de que toda persona merece vivir dignamente. Por tal motivo el intento en apelar al sujeto, sin rotular no relacionarse sólo para remediar carencias, sino para que éstos no se perpetúen, recuperando aptitudes y hábitos en lo personal, en lo interpersonal, familiar y laboral.

En relación a lo institucional en el ámbito público y específicamente en el Hospital Borda aparecen dificultades en concretar lo referido anteriormente, debido a la tendencia del sistema hospitalario masificador, impersonal que facilita la objetualización y adaptación de pacientes a las condiciones insatisfactorias de vida, facilitadas por las características propias de la enfermedad mental.

2 Publicado en: Terapia Ocupacional .Avances. Serie Compilaciones 1- COLTOA.Grupo Editor.1997. ISBN 987-96632-0-9 Bs.As. Pag.33-40

El hospitalismo se articula con un momento social en que la reinserción en dicho medio se ve dificultada por las actuales condiciones económicas y laborales, lo cual entra en contradicción con el concepto de rehabilitación integral.

- En relación a las Actividades de la Vida Diaria, la inadecuada distribución de los recursos humanos y materiales malogran nuestras intervenciones en las mismas.

En las instituciones privadas, el objetivo de lucro por la prestación de un servicio, puede llegar a distorsionar la finalidad terapéutica.

Los valores del mercado, la competencia, la publicidad, el marketing para atraer pacientes desdibujan dicho fin. Y Terapia Ocupacional pasa a ser un “adorno” más para la institución: los Terapistas Ocupacionales sólo son contratados a causa de un requisito obligatorio para ingresar como prestadores de una Obra Social determinada o para acceder a una categoría superior. Se pasa a ser parte de un plan comercial más que de un plan terapéutico, donde el interés es sumar prestaciones, aumentando el número de pacientes por grupo y cambiando el objetivo de “tratar” por el de “entretener y ocupar” sin importar el modo ni la calidad. Así, de un modo u otro, muchas veces, estamos inmersos en la esquizofrenia moral, así denominada por Diana Trumper.

Es decir, se sabe que algo no corresponde, no es ético, pero la racionalización lo justifica.

Bibliografía:

- Savater Fernando. Ética para Amador. Editorial Ariel 1991
Savater Fernando. Invitación a la ética. Editorial Anagrama. Barcelona. 1991
Fromm Erich. Ética y psicoanálisis. Breviario del Fondo de Cultura económica. 1991
Trumper Diana. La soledad de María ética (artículo de la revista uno y otros). 1996
Berlinguer Giovanni. Ética de la salud. Editorial Nordan. 1994
Galeano Eduardo. Palabras. Antología personal.



Megahospicio (Crónica de crónicos)³

Marcela Giménez

Más de una vez en aquel largo vuelo, habían visto debajo, en el paisaje aquellos lugares en que la nada se extendía y que no podía mirar sin tener la sensación de haberse quedado ciegos. El espanto apoderado del dragón de la suerte y su jinete hice bien desviado en otro dirección, para no tener contemplar aquel horror. Sin embargo, una cosa rara es que el horror pierde su espanto cuando se repite mucho. y como los lugares de aniquilación no disminuyan, sino que eran cada vez más numerosos Fujur y Arreyú se habían acostumbrado poco a poco a ellos... o, más bien, les había entrado una especie de indiferencia. Apenas le prestaban ya atención.

La Historia sin fin (un libro para niños)

Inhóspito tiempo el fin de siglo, se suceden hechos novedosos, impensados. Globalizado mundo que alberga sincrónicamente internet y analfabetismo, shopping y cólera, fibra óptica y manicomio.

Inalterable, a-histórico, el manicomio se reproduce como al principio de este siglo que se acaba. La teoría del poder de Foucault no alcanza, hoy, para explicar su presencia inmaculada.

Las formas manicomiales surgen para excluir a través del encierro, conteniéndola, como una especie de ortopedia social. A la exclusión se le suma hoy, la expulsión del sistema, cirugía para amputar.

Se acepta como “destino natural”, lo que es consecuencia de las relaciones entre los hombres, se convive con la indiferencia, con aquello, que en el pasado se encerraba por temor.

Uno de cada mil habitantes del país está internado en algún establecimiento psiquiátrico, la mitad de ellos son considerados crónicos.

³ Publicado en: Terapia Ocupacional Reflexiones. Serie Compilaciones 2- COLTOA. Grupo Editor.1998. ISBN987-96632-1-7. Bs.As. Pag.27-36

Los manicomios se esparcen en todas las direcciones, las mismas formas institucionales se repiten, en el ámbito público y privado.

En estos lugares, el hospital se convierte en hospicio Y contiene aquellos que no pudieron encontrar otra opción más que el encierro.

La población de estos servicios se caracteriza por la gravedad de sus padecimientos, a los cuales se suman manierismos, producto del institucionalismo. Sus conductas oscilan entre la inhibición y la descarga de la actuación, la retracción y el ensimismamiento.

Asistir a diario a estos sujetos produce, desde luego en los equipos de trabajo, transitar el complicado camino de la impotencia-omnipotencia.

Más de una vez compartimos las vivencias de los protagonistas de la Historia sin fin, y como ellos sentimos que: "Ahora luchaban contra aquel cansancio de piedra que quería dominarlos. Sus ojos oscuros, no miraban ya a lo lejos. De vez en cuando hacían acopio de toda su voluntad, se enderezaban el asiento y oteaban en derredor, pero pronto se ensimismaban. También Fujur estaba agotado. Hasta sus fuerzas, que habían parecido inmensas, se iban acabando poco a poco" (Del mismo libro para niños).

Un despintado pasillo conduce a uno de estos servicios, 40 pacientes, años de internación. En noviembre del 94 soy destinada para comenzar a asistirlos. La primera impresión aparece en mí aquella definición de Rojas Bermúdez: la locura es la expresión máxima de la soledad. A la locura la ayuda la arquitectura o viceversa: servicio en forma de Laberinto que dificulta cualquier forma de agrupamiento.

Entre los aprestos para condicionar un lugar para la atención, surge un armario maltrecho por los años, surge en mí la necesidad de renovación de aquel mueble de principio de siglo.

Propongo al grupo mi necesidad y logro una mesurada aceptación. Hay que lijar, preparar la madera para una nueva capa de pintura. Lijas y removedor han convertido al mueble en una suerte de cebolla. Cada capa de pintura representa una época del manicomio, e inexorablemente y afortunadamente la palabra empieza a circular: —¿se acuerdan cuando todo estaba pintado de verde?, pregunta Eduardo.

Julio contesta: —hace mucho, usted no estaba, en esa época casi no había comida y ahora nos quejamos porque viene mala, antes no había. Estaba todo sucio, era peor que ahora.

La tarea se suspendía, yo volví a la carga convocándolos a salir de las camas, del suelo. Así fue apareciendo en ella su historia del manicomio, de chalecos, de insulina, de electricidad.

Delante mío estos hombres desnudaban con la crudeza de la verdad lo que tantas veces militantemente, había leído en Foucault, en Basaglia, Cooper.

Así fueron mis primeros contactos y acercamiento a la historia de cada uno.

Intentaba imaginarme a Eduardo amasando pan, a Pedro tocando el bongó, a Antón, Julio, Rosario, en sus lugares de origen. Así, uno por uno, con lo que podía.

La supervisión y la reflexión ayudaron a correrme de la contradicción impotencia-omnipotencia, promovió el surgimiento de lo posible de lo imposible, delimitando mi función como terapeuta ocupacional; a saber:

- No todo paciente es agrupable y/o abordable, al menos por mí.
- La necesidad de establecer tratamientos individuales.
- Encuadres plásticos al clima diario.
- Respeto por la intimidad y espacios privados de aquellos que permanecerán en el hospital.
- Revalorización los espacios comunitarios grupos abiertos, a pesar que en estos opere la lógica de la necesidad y la supervivencia.

Al respecto: El servicio de alimentación de este hospital es uno de los vestigios del siglo pasado, a pesar de su moderna iliberal privatización, son los pacientes quienes todo el día deben ir en busca de sustento a la cocina principal.⁴

Será el tema principal, de las asambleas, interviniendo en esta como organizador, dónde es necesario crear lazos solidarios, para cuidar a lo más, a los que ya no tienen fuerzas para transportar las pesadas ollas.

4 Después de 130 años, se modificó este sistema.

Con aquellos que encontraron en el trabajo protegido la función de la circulación por la institución, es necesario establecer encuentros para estimular, contenerlos en relación a la tarea diaria y acompañarlos en la administración de sus magros ingresos.

Para otros la figura del peculio, que beneficia más a la institución que al paciente por los valores irrisorios, puede promover, a veces, el contacto extramuros: afuera el tabaco y la yerba son más baratos. Pero al igual que afuera no todos tienen, no todos pueden.

Enunciaba que la tarea está atravesada por la lógica de la necesidad, el fenómeno social de la desocupación opera en una derivación a los talleres protegidos, la miseria sostiene un trámite del peculio, la escasa operatividad institucional promueve a los grupos de búsqueda de la comida.

La lógica de la necesidad, de la supervivencia cotidiana de mis pacientes.

La internación en el campo de la Salud Mental es sólo un dispositivo entre otros, para acotar y transitar una situación de crisis en la vida de un sujeto, un instrumento terapéutico que más allá del tiempo específico de cada caso se torna inevitablemente iatrogénico. Casualmente es el más costoso, no sólo económicamente.

Paradójicos tiempos los actuales que barrieron con los programas de prevención primaria, vía de entrada al sistema y de bajo costo.

“Todos los hombres tienen igual derecho a la vida y a la salud”

Por ahora unos más que otros.

Mantener la ética de los Derechos Humanos, cuya lista todavía hoy, es un catálogo de buenos propósitos, más que de logros. Colaborar en la construcción de la historia trunca de los hombres y preservarla de las instituciones, realizando una evaluación crítica, aunque sea dolorosa, forma parte de mi trabajo diario.

Aquel mueble de principios de siglo, sigue sin una nueva capa de pintura, con la historia “A cielo abierto”, tal vez síntoma de cansancio, por ahora ayuda a no olvidarme donde estoy, a no acostumbrarme al horror del pasado, pero también del presente.

Inhóspito tiempo de fin de siglo, cegador de agudas miradas, quizás... pero hay que ganarle al cansancio, mirar agudamente al horizonte, buscando un principio de siglo renaciente, casas de cambio, SIN MANICOMIOS.

Bibliografía

Osvaldo Saidón y Pablo Troianovsky (compiladores). Políticas en Salud Mental. Lugar editorial, Bs.As. 1994.



La ocupación, lo social y el manicomio. Una respuesta posible desde terapia ocupacional⁵

Natalia Yujnovsky y Silvana Suppo

Introducción

Este trabajo fue elaborado para ser presentado en las “primeras jornadas provinciales dispositivo de Salud Mental instituciones públicas”, llevadas a cabo en la ciudad de Paraná en el mes de septiembre de 1996. Nos motivó a hacerlo la inquietud de dar a conocer nuestra labor, desestigmatizar el lugar que históricamente tuvo la terapia ocupacional en la institución en la que trabajamos (Hospital Neuropsiquiátrico “A.L. Roballos”) y poder pensar la inserción de nuestra profesión en la actual organización social.

Presentarlo en estas jornadas significa para nosotras el desafío de generar un ida y vuelta que permita enriquecer, replantear y mejorar nuestro trabajo, y es nuestro deseo en alguna medida sea un aporte para quienes participan en las mismas.

La terapia ocupacional y la ocupación en estos tiempos

Concebimos a la terapia ocupacional como disciplina que centra su estudio y su accionar en la ocupación humana como eje de salud. Se basa por lo tanto en el supuesto de que ocuparse, que implica hacer, construir, transformar, hace a la esencia

5 Terapia Ocupacional. Avances. Serie Compilaciones 1- COLTOA. Grupo Editor. 1997. ISBN 987-96632-0-9 Bs.As. Pag.23-32.

humana, es una necesidad del hombre. Claro está que al mencionar ocupación, nos estamos refiriendo a las 3 áreas según la clasificación de la O.M.S: automantenimiento, productividad y esparcimiento.

Ocupar, según diccionario, significa “llenar un vacío”. Este vacío sería el tiempo/ espacio, que es llenado por ocupaciones, acciones a partir de las cuales se construye un espacio vital, un medio, una historia. Es por esto que la terapia ocupacional, como disciplina, se apoya en la idea de que la organización a partir de la cual el hombre ocupa su tiempo está en estrecha relación con la salud. Ocupación y salud se condicionan recíprocamente.

Ahora bien, la forma de ocuparse no siempre propicia la salud. Creemos que lo hace en tanto sea creativa, esto significa que pertenece a un autor que la elige, que mediante la misma pone en juego sus capacidades, se autoconstruye, realiza sus potencialidades y expresa su naturaleza social. Autor que es por esto, transformador y constructor de su propia historia y de la historia colectiva, creador de cultura.

Resulta pues un tanto paradójico pensar en nuestro accionar profesional desde esta perspectiva y en la actual organización social. Paradójico porque, salvo algunas excepciones, la misma favorece justamente lo contrario.

Se podría afirmar que en estos tiempos lo laboral tiene un lugar de mayor jerarquía con respecto a las ocupaciones de automantenimiento y esparcimiento, quedando en plano de menor importancia el cuidado personal como así también el uso creativo y placentero del tiempo libre.

Y la ocupación laboral, en esta estructura social, poco tiene que ver con la autoconstrucción, se plantea como necesidad urgente, en la mayoría para subsistir y satisfacer necesidades básicas, y en los que las tienen satisfechas, para consumir necesidades fabricadas. Observamos que la “vida ocupacional” el hombre de estos tiempos se estructura en función de lo laboral, trabajo y según las condiciones de éste serán sus condiciones de vida y sus proyectos. Trasladando esto a lo concreto, la estabilidad laboral, los horarios, el nivel de ingresos determinan o condicionan la forma en que se llevan a cabo las ocupaciones de automantenimiento (vestirse, alimentarse, consultar al médico, higienizarse), como así también la forma en que se ocupa el tiempo libre (acceso a actividades culturales, a viajar, a practicar un deporte, a salir con amigos) y la proyección de un futuro personal, de pareja o familiar.

En contraposición a la ocupación creativa, el hombre queda ajeno a los procesos de construcción y transformación de la realidad, subordinado a las condiciones sociales de consumo y subsistencia en detrimento de la realización de proyectos vitales, individuales y sociales. Y como producto de este sistema social determinados sectores quedan excluidos, marginados, de la sociedad en general y del mercado de trabajo en particular. En este sector de los excluidos entran, entre otros, los que no son productivos: ancianos, ignorantes, enfermos, discapacitados, locos.

La terapia ocupacional en la institución manicomial

Esta realidad de exclusión, anonimato, enajenación e imposibilidad de apropiarse de la historia personal y social se ve aún más acentuada la institución manicomial. Claro está que las instituciones psiquiátricas han sido atravesadas por diversas políticas e ideologías. Han existido movimientos que trataron a lo largo de la historia de oponerse al discurso de la psiquiatría clásica, y el modelo manicomial y de los que han resultado diferentes experiencias.

El Hospital Roballos, institución a la que pertenecemos, conserva las características ya conocidas de institución manicomial. Cabe comentar la experiencia de este hospital cuando allá por el año 67 el contratado como interventor el Dr. Guedes Arroyo, quién inició un proceso de “transformación el manicomio en institución terapéutica”. Nos interesa citar un párrafo de un informe de este año de los asesores de la OPS/OMS, en oportunidad de realizar una visita con motivo de la intervención del hospital: “*el Hospital Roballos estilo único de la Nación donde se trabaja en equipo, en el que se está llevando a cabo un programa psiquiatría social comunitaria a largo alcance, comparable con lo mejor que a este respecto acaece en otras partes del mundo. El Hospital Roballos todas las condiciones necesaria para transformarse en un “hospital piloto” entrenamiento y capacitación en Salud Mental, no sólo en la República Argentina, sino también para América Latina*”. Es así que en diciembre del 67 se declara “primer centro piloto psiquiátrico regional” con el apoyo Instituto Nacional de Salud Mental.

En contraste a lo que llegó a ser, hoy treinta años después, el hospital carece de proyecto institucional, sin organigrama, sin director desde hace 3 meses, con una planta de profesionales sumamente inestable y escasa, es su mayoría suplentes, concurrentes o residentes, no siendo ajeno a la realidad de las demás instituciones públicas de salud, con escaso personal especializado y medios insuficientes para el abordaje terapéutico de los pacientes. Esta realidad institucional termina en un desgaste notable del personal que allí trabaja, obstaculizando la creación y puesta en marcha de proyectos, en detrimento de la calidad de atención.

En cuanto a la población hospitalaria la mayoría es gente de escasos recursos, que tiene una forma particular de enfermarse, desde una clase social, y tiene una forma particular de acceder a los servicios de salud. Para algunos el hospital se transfor-

ma en su residencia, debido al abandono de familiares y la falta de espacios de inserción social. Citando a Emiliano Galende ("Políticas en Salud Mental"): " sin familias, con familias sin posibilidad de continencia, sin amigos, sin posibilidades reales de empleo, sin vivencia, el desamparo hace que el asilo sea su único rasgo de identidad y " hogar natural".

Y en este contexto social, dentro de esta institución manicomial/asilar funciona el servicio de terapia ocupacional del cual formamos parte. Servicio que intenta abordar e instrumentar la ocupación en forma terapéutica, para contribuir con esto al tratamiento de los pacientes internados.

El servicio está ubicado en un ala " al fondo" del hospital. Antiguamente era el lugar para el encierro, donde ahora funcionan nuestras oficinas y talleres antes funcionaban los boxes para la contención física de los pacientes. Tras algunas reformas edilicias quedó convertido en un estar amplio, agradable, iluminado, con un hogar, que convoca los pacientes para la mateada.

Elogiado, cuestionado y a veces ignorado, el servicio carga con muchos preconceptos dentro de la institución, lo mismo que sucede a nuestra profesión en diferentes ámbitos. De acuerdo al imaginario institucional el servicio de terapia ocupacional ese lugar donde el paciente es mandado cuando está aburrido, el lugar social y de diversión que tiene a su cargo las salidas y festejos, el que corta la monotonía institucional, pues brinda la posibilidad de "hacer algo". En él se deposita la responsabilidad de que el paciente esté ocupado y entretenido. Desde siempre muy ligado a la actividad manual y las labores, ha convocado principalmente a mujeres.

Este imaginario es sustentado por la historia de los últimos años del servicio, antes de la incorporación de profesionales de la terapia ocupacional. Como consecuencia tiene asumidas funciones otorgadas institucionalmente, por parte de los pacientes: dar la yerba, el azúcar y el agua para el mate, el espacio físico para matear, la radio, los cigarrillos. Funciones éstas que nada tienen que ver con nuestra profesión.

A partir de marzo de este año proyectamos una reestructuración del servicio. Pudimos pensarla porque por primera vez somos tres las profesionales que estamos trabajando en él: una terapeuta ocupacional titular, una suplente en cargo vacante y una suplente transitoria. Además forman parte un personal de servicio, el personal de Obrero y Maestranza y practicantes de terapia ocupacional.

La idea fue conformar una propuesta organizada, que permita la flexibilidad y reformulación permanente, generadora de una dinámica propia, no preestablecida. Esta sería el andamiaje que sustenta distintas propuestas que abarcan tres áreas de ocupación, desde el cuidado y arreglo personal, las actividades artesanales, intelectuales, laborales y recreativas.

Desde esta variedad de propuestas se apela a la emergencia de lo particular, a partir de la elección. Mediante una primera entrevista se instala una puerta de entrada y una forma particular de acceder, se intenta trabajar esta elección, y se determina el equipo de abordaje según el encuadre de cada espacio, en función de la historia ocupacional, los intereses y el estado del paciente.

Lo que se ofrece en estas propuestas es, básicamente un lugar, un tiempo, la posibilidad de estar con otro/s y fundamentalmente la posibilidad de planificar, concretar y dar sentido a un proyecto a partir de materiales y herramientas disponibles o posibles de conseguir.

Los ejes que sustentaran lo terapéutico estarán dados por: la apropiación del espacio/ tiempo que se ofrece; la puesta en juego de lo particular en el encuentro con el hacer; y la posibilidad de " estar haciendo" con otros en tanto esto implique un lugar, un rol, una forma de comunicación, una mirada, una devolución.

En síntesis, el tratamiento apunta a que" algo" de lo particular pueda emerger y ponerse en juego a partir del encuentro con materiales, herramientas, con otros y un ambiente, que brinde la posibilidad de ocuparse.

Nuestro lugar como terapeutas ocupacionales será pues el de sostén y acompañante.

Los espacios que se ofrecen son:

- Taller terapéutico
- Taller de comunicación
- Taller laboral de cocina
- Terapia ocupacional grupal
- Taller de actividades corporales
- Terapia ocupacional individual
- Recreación
- Salidas y festejos
- Arreglo personal
- Taller de carpintería

Esta reestructuración consideramos novedosa y de valor para el tratamiento de los pacientes, es escasamente reconocida por el resto de la institución, en gran parte sustentado por la ignorancia y por el estigma que cargamos históricamente, relacionado esto también con la falta de articulación en los espacios de encuentro de los profesionales, en lo que se produce cierta circulación de información más que una real tarea de equipo.

Como estrategia para el reconocimiento nos proponemos la participación en los espacios institucionales y en este último tiempo instrumentamos la circulación por escrito, a través de una especie de folleto de difusión de lo que se hace en terapia ocupacional.

Para concluir, consideramos que nuestro trabajo como terapeutas ocupacionales en el Hospital Roballos tiene sentido en la medida que esté articulado con otras disciplinas a través de un trabajo en equipo, coherente a una política institucional que promueva el tratamiento integral, personalizado, acorde a las necesidades de cada paciente, así también sobre articulación social.

Política institucional que genere instancias de formación y crecimiento profesional para quienes tienen a su cargo atención de los pacientes, y esto implica, por tanto, transformaciones profundas en las políticas de salud.

Ahora bien, queremos poder pensar en el "Mientras tanto". Reconocemos que las condiciones de trabajo a las que aspiramos no son tarea fácil, teniendo en cuenta el marco en el que está inserto el hospital. Creemos que las transformaciones profundas dependen del compromiso que tengamos los que trabajamos allí. Compromiso frente al paciente, en nuestra formación, en la participación en instancias de intercambio profesional y en los espacios de asamblea. Como propuesta creemos indispensable generar a su vez, instancias de intercambio y debate que nos permitan elaborar un proyecto de hospital.

Biografía consultada

H. Cohen y otros. "Políticas en Salud Mental". Lugar editorial S.A. 1994.

Francisco, Berenice, "Terapia Ocupacional".

Autores Varios. "Terapia Ocupacional. Actualizaciones en teoría y clínica". COLTO III. 1995.

Basaglia y otros. "Razón, locura y sociedad". Siglo XXI editores. 10° edición. 1989.

"Teorías de Carlos Marx sobre la enajenación" (no se poseen datos del autor)

Dr. Guedes Arroyo, Luis César. "Experiencias en psiquiatría comunitaria". Pre-edición 1977. Edición especial 1992.



Diferentes perspectivas del fenómeno de la drogadependencia

Ricardo Itovich

Alguna vez le escuche decir a un colega: "El día que se inventen los antiscopáticos, curaremos la psicopatía... Obviamente el afán de la ciencia de capturar con su saber lo real. Sin embargo, hace ya muchos años que se han descubierto los antipsicóticos y no pudimos "erradicar" esta enfermedad (afección). Pero no solo esto. En afecciones más ligadas a lo estrictamente biológico, como las enfermedades infecciosas. Parecía que después de la era antibiótica los infectólogos se iban a quedar sin trabajo. Hete aquí, que no solo los gérmenes se volvieron resistentes a los antibióticos, sino que también han surgido nuevas especies dentro de los microorganismos que azotan a la humanidad, produciendo epidemias difíciles o imposibles de combatir.

Para acercarme al tema que me atañe. Como imaginar un espacio de abordaje posible de los pacientes drogadependientes en una institución sin quedar capturado por el discurso de la ciencia médica junto al religioso y al pedagógico por un lado y el del drogadependiente por otro lado. Reproduciré un comentario de un toxicómano: "El Rohypnol mezclado con cerveza me saca el ladrón de adentro y puedo salir a robar, sintiendo que tengo un Dios aparte, que nadie me va a capturar". Hay un saber coagulado acerca del efecto del toxico. Hay una suposición: que en la medida que se prive de la ingesta del mismo, se suprimirá su conducta antisocial. ¿Cómo introducir la dimensión del sujeto del psicoanálisis ante estos dos polos de resistencia? En ese campo, se juega nuestra apuesta a una práctica diferente, cuya operatoria esta jugada en producir una sustracción de goce en el sujeto, en abrir la posibilidad que surja alguna pregunta de su lado, que lo lleve, vía transferencia a una demanda de análisis. Las otras opciones no acotan el goce. Lo que produce como efecto, es cambiar un goce por otro. Del significativo amo de la droga al significativo amo privador de la misma, bajo la figura de instructor de su vida, impartidor de reglas de moral, etc. La consecuencia en un gran porcentaje de casos, una vez que le es otorgada el alta de estas instituciones, es una vuelta al goce mortífero de la droga. No por nada, se les inculca a los integrantes de estas comunidades que no

deben alejarse de las instituciones que los recataron de los riesgos de la calle. Si acordamos en que la droga opera como un separador ilusorio e infructuoso del Otro. Que podríamos esperar de la situación opresiva que como efecto del programa de tratamiento se suscita en los miembros de dichos establecimientos. Las experiencias en granjas comunitarias, en donde los modelos terapéuticos, varían del religioso, al socio educativo, o ambos combinados, demuestran claramente que la practica realizada en estos lugares es masiva, aglutinadora, indiscriminadora de las estructuras clínicas y de los sujetos en cuestión.

A partir de ello, estaríamos reconociendo a la adicción del lado del síntoma que se monta en las diferentes estructuras clínicas, aunque en la presentación del sujeto drogadependiente, aparece como una identificación a un grupo social, que se maneja con su propia jerga, sus propias reglas, usa una indumentaria similar y suelen coincidir en su aspecto exterior. Curiosamente a los que no son como ellos, los llaman caretas, en abierta contradicción a la mascarada exhibida. Ahora bien, esta presentación tan despersonalizada, en el sentido de no reconocerse en la singularidad, sino en el conjunto poco diferenciada de los adictos que son rechazados, marginados y atacados por la sociedad, constituye el primer escollo en la clínica, ya que si no apuntamos a desmontar este ropaje imaginario, será inútil cualquier intento de emergencia del sujeto en cuestión. En aquellos casos en los que detectamos algún fenómeno ligado a una posible psicosis, debemos saber retirarnos a tiempo de cualquier intervención que pudiera descompensar al sujeto. En algunas oportunidades esto se resuelve, re derivando al paciente dentro de la misma institución a una instancia terapéutica más acorde a su estado. En los casos, en los que nuestra escucha nos permite detectar la posibilidad de emergencia de un síntoma neurótico nos encontramos, con que la resistencia esta puesta al servicio de evitar la angustia, lo cual ubica al sujeto en la cercanía de producir un acting (recaída). En los casos de los sujetos perversos, que en sucesivas oportunidades han consultado e ingresado en tratamiento, muchas veces nos preguntamos porque llegan a la consulta. La respuesta casi invariable si viene por el lado de cómo se ubica el paciente en relación a la castración, o sea desde su mecanismo por excelencia, la desmentida. Podríamos ejemplificarlo con aquellos casos en los que su conducta social los ha puesto entre la espada y la pared, con respecto a ser condenados a pasar un tiempo en prisión por algún delito asociado a la ingesta y el comercio de drogas. La forma de eludir la pena (castración), es acudiendo a un establecimiento asistencial para recuperarse de su "afección". Respecto de estos casos quisiera hacer un comentario referido al contenido de la ley de estupefacientes, la cual tipifica como delito la tenencia de drogas para su consumo y/o comercialización. Hay muchas personas adictas a los psicofármacos que se las ingenian para conseguir recetas de los medicamentos a los cuales son adictas de parte de los médicos. En estos casos no habría delito ya que el procedimiento de estos sujetos se ajusta a las formalidades de la ley. Se drogan legalmente. En relación a la ley penal que considera que aquel sujeto que comete un delito bajo efectos de un toxico, podría llegar a ser considerado inimputable por estar en dicho estado. Yo me pregunto, si acaso la conducta delictiva de una persona está causada por la sustancia que ingirió o hay una personalidad previa o una historia que lo precede y lo lleva a actuar contra la ley. De hecho no todas las personas que se drogan con psicofármacos, alcohol, cocaína, marihuana, LSD, salen a robar o a cometer actos criminales, como tampoco todos aquellos que consumen estupefacientes lo hacen para obtener algún beneficio económico, por lo cual considerar un delito la tenencia para su propio consumo no parecería ser lo más justo.

Vivimos inmersos en una cultura, cada vez más proclive al culto a la imagen, al hiperconsumismo, a la búsqueda de la satisfacción inmediata, a la consagración al hedonismo, a la identificación a esas imágenes perfectas, sin arrugas, sin imperfecciones estéticas, en definitiva hay un permanente intento de renegación de aquello que nos aproxime a lo que en psicoanálisis se denomina angustia de castración. Si ubicamos particularmente el fenómeno de la drogadependencia en relación a cada uno de estos rasgos culturales, nos daremos cuenta como la sociedad, a través de la preeminencia de estas modas empuja a los sujetos cada vez más a depender de las drogas mágicas, de las máquinas de realidad virtual, de los estiramientos que disimulan arrugas. Sin embargo lo real retorna, o parafraseando a Lacan, o cesa de no inscribirse, o tal vez se inscribe tal cual es, innombrable, no simbolizable. Detrás del éxtasis del efecto de las drogas, está la muerte por sobredosis, el confinamiento a una unidad carcelaria o el padecimiento del virus del HIV. Detrás del auto ultramoderno, seguro muy veloz, está el accidente fatal, o los adelgazamientos por lipoaspiración, complicados por una destrucción del sistema linfático, o la PC familiar, que genera tal fascinación en el hogar que pasa a ser un objeto adictivo que distrae al padre de su función ordenadora y reguladora de goce. Paradójicamente muchos gustan en exaltar las facultades de su computadora como "ordenadora" de datos.

Respecto a la forma de erradicar la drogadependencia desde las esferas gubernamentales, quisiera citar algunos párrafos de la disertación de un diputado suizo en las jornadas sobre narcocriminalidad realizadas en el Congreso de la Nación de nuestro país en 1994. Dice: "El emirato helvético es la caja de caudales del mundo, sus fortalezas bancarias acogen no solamente el botín de los carteles de Medellín y Cali, de los narcotraficantes iraníes y libaneses, de las mafias neoyorquinas, sicilianas y calabresas, sino también el tesoro de las clases dominantes de África, Asia y América Latina... los bancos suizos y Suiza viven en gran parte de los dineros de la droga. Los magistrados judiciales temen por sus vidas cuando deben involucrarse en casos de Narcotráfico. No hay ley que condene en forma precisa, taxativa, el blanqueo proveniente de la droga. En resumen, a partir de estos comentarios, podríamos inferir la tremenda dificultad por la que atraviesan gobiernos de diferentes países del mundo para combatir este llamado flagelo, a pesar de que se invierten fabulosas y multimillonarias sumas en la llamada lucha contra el narcotráfico. Me pregunto: ¿No debería pensarse en un mayor presupuesto destinado a asistencia y prevención? Está visto que la economía de los países productores de materia prima, la de aquellos que elabora el producto final y la de los que reciclan el dinero de las fabulosas ganancias que deja esta actividad dependen de ello. Ante semejante poder, ¿no debería apuntarse más a la atención del damnificado?"

No quisiera dejar de referirme, volviendo al tema de las alternativas terapéuticas, a las nuevas terapias llamadas de la Nueva Era o New Age que también ofrecen su método de sanación al paciente adicto. Podríamos hablar del transpersonalismo, las flores de Bach, la Neurolingüística, la terapia sistémica, el método de Louise Hay, la bioenergética, terapia de vidas pasadas, los seguidores de Sai Baba. Muchas de ellas están basadas en el ser positivo, en mejorar la llamada autoestima a través de visualizaciones, de la utilización de afirmaciones positivas para sentirse mejor, etc. Pero deberíamos atender que dentro de sus filas están surgiendo los detractores y advirtiendo sobre los riesgos de la hiperinflación del pensamiento positivo en desmedro de lo demoníaco, como formación arquetípica de la experiencia humana, o dicho de otro modo se les ha ido quedando por el camino la vieja verdad freudiana: lo reprimido irrumpirá en alguna forma. En consecuencia vemos, que las llamadas terapias alternativas se empecinan en técnicas que apuestan a rellenar lo imaginario, como una forma en cierto modo ingenua de restarle superficie a lo real. Desde otro ángulo la ciencia médica a través del descubrimiento de drogas como la fluoxetina pretende reinstalar la idea del determinismo biológico.

También los productores de drogas ilegales, aunque desde una posición ética absolutamente condenable han descubierto el éxtasis, una droga que según las palabras de un sujeto drogadependiente “suprime los defectos indeseables de la cocaína” vale decir las tan conocidas “paranoias”.

A partir de este desarrollo, se desprende que la tarea de un análisis hoy en día no es nada sencillo. Es esta complejidad, la que nos convoca.

Bibliografía:

- Más allá del Principio de Placer – Sigmund Freud.
- Aprendiendo de las drogas – Antonio Escohotado.
- Narcocriminalidad – Jornadas del Congreso de la Nación – año 1994.
- Los competidores del diván – Viviana Gorbato.
- Pulsiones y sus destinos – Sigmund Freud.
- Historia de las drogas – Antonio Escohotado.
- Individuos bajo influencia – Alain Ehrenberg.



Taller de memoria y multiestimulación

Leticia Ilariucci, Gladys Martínez y Moira Heim

Introducción

Nuestro taller de memoria y multiestimulación surge de la observación de la necesidad de una parte de la población de la institución (clínica psiquiátrica, sector geriatría) que funcionaba como un compartimiento estanco dentro de la misma, tanto en los ambientes físicos como en los terapéuticos, limitándose a proporcionar los aspectos asistenciales básicos: alimentación, vestido e higiene. Como ejemplo gráfico y concreto de esta situación queremos aclarar que el sector se encontraba separado del resto de la clínica por medio de una puerta de rejas con candado.

Fue así, que en una reunión de reestructuración del Servicio de Rehabilitación, con el Director de la clínica, se decidió implementar una forma de abordaje terapéutico que sobrepasara la simple participación en asambleas de comunidad o algún abordaje individual. Así es como se los fue incluyendo en talleres de actividades, grupos recreativos y de educación física, notándose que al poco tiempo de llevar a cabo este proyecto *desaparece* el candado, marcándose una mayor interacción entre ambos sectores y una comunicación más fluida con el equipo terapéutico.

Fundamentación teórica

Este taller busca estimular los sentidos y las funciones que han comenzado a declinar.

La multiestimulación no solo tiene en cuenta las funciones alteradas sino que rescata lo potencial, busca preservar la identidad y mantener la autonomía. Puede ser utilizado en casos de pacientes hipoestimulados por privación sensoriales, aislamiento, internaciones y a nivel preventivo en casos de pacientes con diferentes niveles de deterioro. La fundamentación neurológica

de nuestro trabajo parte de las consideraciones del Dr. Luria quien sostenía que: "... las zonas cerebrales lesionadas podrían ser compensadas por las zonas sanas". Dicho autor mostro que el ejercicio de las funciones puede favorecer el establecimiento de nuevas conexiones neuronales en las zonas dañadas. Según Goldstein R. (1893), "cuando una parte del cerebro es dañada, el resto de él se adapta a fin de llevar a cabo la función de la que esta área es responsable o en la que estaba involucrado".

Nuevas estrategias serian asumidas y procesos de conducta tomarían a su cargo la responsabilidad de la restauración. En cuanto a la plasticidad cerebral, se puede obtener algunos de los cambios citados a continuación:

- Nuevas sinapsis funcionales.
- Aumento del número de sinapsis neuronal.
- Cambios de las conexiones entre dos células o redes neuronales.

Encuadre del taller

El taller está constituido por un grupo de 12 pacientes de sexo femenino que están internadas en la clínica "José Ingenieros" de la ciudad de Quequén. El promedio de edad de las integrantes del grupo es de 75 años, aproximadamente. Las patologías de las pacientes son diversas, aunque predominan los cuadros demenciales en sus diferentes estadios: hay pacientes con depresión, melancolía, oligofrenia, paranoia. El taller es coordinado por una Terapeuta Ocupacional con una frecuencia de dos veces por semana, en un horario fijo, complementándose este tratamiento con dos sesiones de T.O. recreativas. El espacio donde se desarrollan las sesiones, es el comedor de la Institución, en el sector de gerontopsiquiatría, contando con mesas, sillas, un reloj de pared y un almanaque. El lugar cuenta con buena luz natural y artificial y la ventilación es adecuada al lugar. Las pacientes se sientan en forma circular alrededor de la mesa, la T.O. permanece parada o sentada, según lo requiera la situación.

El paciente

El factor común que comparten las pacientes del grupo, es que están atravesando la misma etapa madurativa: la vejez, por lo que debemos tener en cuenta factores que intervienen confiriéndole características especiales, fundamentalmente en cuanto a las relaciones con la temporalidad y la espacialidad, a la vinculación de este espacio con el propio cuerpo, a la imagen que de sí mismo posee, a la forma en que siente que es mirado por los otros y a la falta de memoria mediata e inmediata. Todo ello, sin perder de vista en la generalidad, la particularidad de cada vejez, con su estructura de personalidad básica, la historia vivida de esta persona y la patología que padece.

Otras características de esta etapa son: las dificultades sensorio-perceptivas, limitaciones auditivas, visuales, cognitivas, etc.

Debemos tener en cuenta el enlentecimiento motor propio de esta edad, pudiendo estar agravado con otras patologías asociadas como artritis, limitaciones musculares, artrosis, osteoporosis, etc.

Hay pérdidas del rol social y laboral: ya no es un miembro activo sino que pasa a ser un miembro pasivo. La rotulación social de pasivos y viejos que **ya no sirven** crea una serie de obstáculos y resistencia en la conducta del senescente, cuyo resultado, entre otros efectos es aumentar aún más su aislamiento social agravando, su pasividad e indiferencia para enfrentar los problemas propios de la última etapa de la vida.

Todos estos factores presentan problemáticas a estas personas en cuanto al desempeño de actividades cotidianas, volviéndose dependientes en vestido, higiene y alimentación.

En el orden de lo afectivo estos factores producen dificultades para establecer nuevos vínculos.

La vivencia de **abandono** o de **desamparo** es una situación emocional que se detecta en la ancianidad, dadas las características especiales de este periodo, ya que es el momento vital en que están más expuestos a sufrir pérdidas significativas.

Se describe la vivencia de desamparo como una sensación de vacío interno, que el sujeto expresa no solo de manera verbal, sino también corporal, a través de la pobreza o ausencia del lenguaje y la dificultoso o nula comunicación afectiva. En el mundo interno de los pacientes habría un despoblamiento total o parcial de objetos, un empobrecimiento de la imagen de sí mismo, llegando en algunos casos a la percepción interna de **nada existible**.

Otro estado psicológico, común de la vejez, es la vivencia de la **muerte**.

La vivencia de muerte es una expresión usada para nombrar y comprende todas las manifestaciones de la misma, en las distintas aéreas de actividad en que se desarrolla el ser humano: psíquica, corporal y social. La percepción real o imaginaria que el individuo formula de la muerte, varía de connotación si esta se produce abruptamente por una enfermedad o se va dando lentamente como un proceso. Algunos de los sentimientos del viejo relacionado con la vivencia de muerte son entre otros: ansiedad, temor, tristeza, decaimiento general y pánico.

Estos suelen ser expresados en formas manifiestas con mayor transferencia que en edades más tempranas, o en cambio, surgen de manera disfrazada o latente.

Todas estas dificultades, se ven agravadas por el proceso patológico que cursan las pacientes, haciendo más difícil el abordaje desde Terapia Ocupacional. Cuando el estado de salud del anciano no es bueno y su capacidad mental, su lucidez y su sociabilidad han disminuido, debe enfrentarse al desarraigo que implica el ser internado en una institución, pudiéndose producir este cambio por otros motivos (por ejemplo: económicos, por no tener familiares, no alojamiento para pasar sus últimos años).

Proceso de institucionalización

La institucionalización no significa solo un cambio de vivienda, sino que representa un cambio esencial en la vida de personas de edad avanzada y que padecen una patología, que repercute tanto en su desarrollo social y psíquico, como en su salud general.

Institucionalización significa adaptación y ajuste a ciertas reglas y patrones conductuales, que nunca habían jugado un papel importante en la vida del anciano. De tal manera que la institución determina tanto el sentido, como los límites de este período de la vida.

En el ingreso a la institución, el anciano experimenta angustia, ansiedad, confusión, incertidumbre y miedo dando lugar esta situación a un estado de tensión interna.

Así es como se produce el proceso de adaptación, adoptando el anciano un estilo de vida de acuerdo a las condiciones de la institución.

Efectos de la institucionalización

Podría considerarse a la internación como un enfrentamiento entre el medio y el individuo, exigiéndole su adaptación. Como efecto de este enfrentamiento se observa pérdida de orientación, motivación e identidad, autodesvalorización, reducción del nivel de actividad, contactos sociales y actitud negativa hacia el futuro.

La vida del anciano en la institución se caracteriza por altísimos niveles de pasividad, por una convivencia muy conflictiva y por una fuerte tendencia al aislamiento.

Tratamiento de terapia ocupacional

Frente a la problemática de los ancianos se les ofrece, desde la institución, un tratamiento no solo que cubra las necesidades de tipo material como alojamiento, comida y cuidados higiénicos-sanitarios, sino que se trata de brindarles desde Terapia Ocupacional, atención a otros aspectos o necesidades de los ancianos enfermos, a través de la implementación en actividades de tipo recreativas y ocupacionales.

Debemos enfocar nuestro tratamiento en el taller de memoria, multiestimulación y recreación, a disminuir las ansiedades elaborando las pérdidas de seres queridos, de lugares, de pertenencia de su vida previa, de sus costumbres y de sus vínculos anteriores.

Por esto debemos buscar mecanismos compensatorios, por ejemplo:

- Creando nuevos centros de intereses en los ancianos para todo aquello que no está elaborado, pero que si está presente de forma latente, sean sentimientos, recuerdos, afectos, comunicaciones, etc.
- Mejorando y manteniendo nuevos lazos afectivos e incrementando en cantidad y calidad las relaciones interpersonales.
- Reemplazando la monotonía y la deprivación sensorial por un medio ambiente motivador y estimulante, donde las constantes sean promover la revalorización personal, incrementar la autoestima, motivar, gratificar y resocializar.
- Incentivando la cooperación, la integración y la comunicación, evitando el aislamiento.
- Activando las expectativas cotidianas, desarrollando capacidades remanentes y promoviendo la actividad creadora, la iniciativa y la capacidad de decisión.
- En Terapia Ocupacional se le debe brindar un ambiente protegido otorgándole seguridad, un espacio donde expresarse y ser escuchado, donde el recordar es bienvenido y donde se puede compartir sentimientos.
- Facilitar la autoconfianza y mayor independencia, la adquisición de roles, permitiendo aprendizajes no solo de nuevas actividades, sino también de nuevos modelos de relación.
- Conservar la memoria de evocación de los hechos antiguos, de vivencias personales, de recuerdos afectivos de la historia de los pacientes e incrementar la memoria de fijación.

- Estimular los sentidos con el objetivo de que surjan las reminiscencias y trabajar con ellas. O sea que la introducción de estímulos desde la palabra, hablando de un objeto, mirando su color, forma y características, textura, olor, temperatura, nos facilite la posibilidad de despertar recuerdos, reconocer más objetos y sobre todo poner de manifiesto los sentimientos que el paciente experimenta en ese momento.
- Ampliar y enriquecer el vocabulario, retener la mayor cantidad posible de vocablos. Para que pueda lograrse aprendizaje, es muy importante la atención la concentración del paciente que se van a lograr en la medida que los estímulos sean de interés para ellos y además sean presentados gradualmente, con respecto a la calidad (comenzar con estímulos simples e ir complejizándolos) y a la cantidad (sugiere comenzar con 15 minutos de sesión y progresivamente se irá aumentando) Así también, se estimula resistencia a la fatiga.
- La utilización de los estímulos debe ser gradual, ya que una hiperestimulación puede dañar tanto al paciente como una hipoestimulación porque podemos confundir, desorganizar, desestructurar y frustrar al paciente.
- Lograr individuación y personalización, es decir, que cada uno desde su mismidad, pueda expresar sus deseos, participar en el grupo, vincularse y a la vez diferenciarse.
- Estimular al paciente con el fin de poder, en el espacio de T.O. experimentar o vivenciar sentimientos como: la risa, el llanto, la alegría, la tristeza, ansiedades, angustias y poder compartirlas en el grupo.
- Favorecer los vínculos afectivos entre los integrantes del grupo y de ellos con la Terapeuta Ocupacional.
- La importancia del abordaje grupal, radica en que los integrantes del mismo van interrelacionándose entre sí y se comunican con pares que se encuentran en las mismas o similares condiciones de vida.
- Trabajar el cuerpo a partir de lo simbólico, ya que es el cuerpo donde el viejo siente todo, es allí donde pide todo, y es por allí donde recibe todo.
- Al expresarse corporalmente se experimenta un clima especial de intercomunicación siendo este un canal primario de comunicación humana.
- Introducir de manera gradual una mínima noción de tiempo y espacio dándole un encuadre al taller de T.O.
- Estas variables surgen en todo momento, por ejemplo, cuando dicen "cuando yo era joven". Es decir que al poner de manifiesto la memoria de evocación de hechos antiguos, el paciente puede hacer una organización del tiempo en un antes y un después.

Con respecto al espacio, también hace referencia a hechos puntuales, transcurridos en un momento dado.

Actividades

Para el cumplimiento de nuestros objetivos, hemos seleccionado una serie de actividades a realizar, trabajando con la palabra, el cuerpo, la imaginación y la activación cerebral por medio de la estimulación de los sentidos.

Al inicio de las sesiones se realiza la presentación de las pacientes con nombre y apellido, día, mes, año, lugar donde estamos reunidos y ciudad.

Esto se repite sesión a sesión y recordando lo sucedido el día anterior.

La estimulación se puede realizar por medio de láminas que contengan dibujos de algún tema en particular, por ejemplo: flores, verduras, animales, objetos, lugares, etc.

- Podemos elegir trabajar con láminas de verduras. Se presentan las láminas solo una por vez, se les pide que reconozcan que verdura es. En caso que solas no la reconozcan, la Terapeuta Ocupacional las va orientando, mencionando el uso, el color, la característica, el olor, el gusto y así derivan temas pertenecientes a hechos vividos por ellas, por ejemplo, en que comidas incluían estas verduras, como las cocinaban, etc.

Con la utilización de estas láminas no sólo ponen de manifiesto recuerdos de su pasado, sino que logran retener palabras, ampliando su vocabulario enriqueciéndolo.

La audición es muy importante ya que uno de los medios utilizados con estos pacientes es la palabra. Los demás sentidos: tacto, gusto, olfato, oído se trabajan por separado, aunque hay casos en que se pueden estimular en conjunto.

- Para la estimulación táctil se utiliza una caja que contenga elementos de diferentes texturas, por ejemplo: telas diferentes, esponjas, lijas, etc. Se comienza a trabajar, con un tipo de textura, se pasa la muestra de una a otra paciente y cada una aporta su percepción del objeto; si es frío, tibio, lizo, duro y así las diferentes características.

Aquí surgen comentarios de las pacientes, relacionando los objetos vistos con pertenencias de ellas, recuerdan hechos que tengan que ver con los estímulos y comparten nuevas experiencias.

- Para la estimulación del olfato se utilizan frasquitos con diferentes olores, por ejemplo: condimentos, perfumes, alcohol, vinagre, naftalina, etc. Y se trabaja sobre el reconocimiento de los aromas y los recuerdos que pueden surgir.

La estimulación debe ser lenta y se deben respetar los tiempos de las pacientes, para que cada una pueda responder individualmente.

Necochea, Abril 1996



Terapia ocupacional en el tratamiento el paciente oncológico

María Alejandra Corbo

Introducción

El trabajo que aquí presentó intenta dar un pantallazo acerca de la problemática existente en las personas portadoras de cáncer.

Poco sabemos acerca del cáncer. Popularmente pensamos que es una enfermedad mortal, agresiva y que para frenarla, es necesario pasar por tratamientos de quimioterapia y radioterapia, sumamente agresivos y con la consabida caída de pelo, dientes o vómitos compulsivos.

Esta creencia está tan arraigada entre nosotros, que si en este mismo momento se nos dijera que tenemos cáncer entraríamos en pánico, el sistema inmunológico se deprimiría y todo nuestro cuerpo físico y emocional entraría en una cadena deterioro y complicaciones sin fin.

Obsérvese que esto no lo produce la enfermedad sino el saber de la enfermedad, es decir que ponemos en funcionamiento todo nuestro sistema de creencias al servicio el desarrollo de la enfermedad.

Desarrollo

Intentemos reflexionar buscando en las fuentes información objetiva y veraz.

El cáncer no es una enfermedad sino varias enfermedades, con características que difieren tanto como el día y la noche, por lo tanto sabemos que generalizar es bastante difícil.

El cáncer está enmarcado dentro de las enfermedades que afectan el sistema inmunológico, ¿para qué me sirve saberlo? para comprender mejor cómo dio a lugar la aparición de la enfermedad, en qué circunstancias emocionales, con qué interpretación del entorno. Esto nos pone en relación a la enfermedad en un rol protagónico, no aparece por capricho sino que de alguna manera, sabiéndolo o no, he creado las condiciones para disparar y desarrollar la enfermedad.

Disparar supone la existencia de la posibilidad. Existen cientos de existencias de enfermedades que disparamos o no. No quiero con esto decir que sólo nuestro sistema de creencias aprieta el botón equivocado o no, pero sí qué funcionamos como una totalidad y que la movilización hacia la salud o la enfermedad obedece a una estructura de alta complejidad llamada mente -cuerpo- emoción.

Un punto interesante para plantear son las consecuencias que traen las quimioterapias. He aquí un punto crucial.

He escuchado cientos de relatos vivenciales de paciente que no han sufrido pérdidas de pelo ni dientes. ¿Cuál es la diferencia entre ellos y el grupo de pacientes que si las sufren?

En primera instancia son personas que han podido ubicarse frente a la enfermedad en un rol protagónico. Más allá del saber popular y las predicciones del entorno, han decidido pasar por sus sesiones de quimio de otra manera. Para ello hicieron cosas diferentes como ir a visitar la sala de quimioterapia días antes de recibirla en su cuerpo, para rescatar la información que necesitaban: lugar, duración, método, quién lo aplicaría, etcétera.

Luego, en sus casas y con sus terapeutas se ejercitaron a través de ejercicios de relajación y visualización y fundamentalmente trabajaron sobre la creencia de que la quimio era su aliada para terminar de eliminar células cancerosas de sus cuerpos.

Los resultados fueron cualitativamente diferentes.

El enfoque relatado hasta ahora es el que se viene aplicando en el centro de rehabilitación de laringectomizados, CROL, de LALCEC (Liga Argentina de Luchas contra el Cáncer), desde que se creó el año pasado el departamento de terapia ocupacional que se encuentra a mi cargo.

La función del departamento consiste por un lado, en brindar toda la información acerca de los cuidados profilácticos mientras los pacientes reciben radioterapia.

En este momento el paciente comienza a recibir tratamientos de contención individual, grupal, familiar, y un plan de ejercicios de relajación y visualización.

La segunda etapa consiste en un plan de ejercicios que apuntan a disociar los movimientos en bloque; mejorar la amplitud articular especialmente en cuello y hombros, dado que son zonas de cicatrices, injertos, vaciamiento ganglionar.

También se proponen técnicas la respiración específicas; mejoramiento circulatorio; y ejercicios de estimulación sensoperceptual.

Las consignas son establecidas a manera de juego, donde la terapeuta invita a los pacientes a nadar, remar, volar como pájaros, marchar, matar hormigas, formar una orquesta ejecutando diferentes instrumentos musicales, etcétera. Este encuadre provoca entusiasmo, risa, distensión en general.

Cerramos la sesión con un ritual y un aplauso.

Se observa en el transcurso de la sesión, relajación postural, emocional y buena predisposición para la siguiente sesión que es de rehabilitación del habla.

Resumiendo quisiera expresar que la finalidad de esta presentación es hacer conocer la modalidad de trabajo que se está llevando a cabo y promover la inquietud seguir investigando en este tema.

Bibliografía

Recuperar la salud, de Simonton, editorial Raíces, España. 1988.

Cáncer, aporte a su problemática, de Schavelzon, Paidós. 1980.

El cuerpo hablado, de Jean Le Du, Paidós. 1981.

El cerebro que cura, de Ornstein y Sobel, Granica. 1991.



Acerca del dispositivo ambiental en el cuidado de jóvenes con problemáticas psicosociales⁶

Liliana Paganizzi

Introducción

Este trabajo procura dar cuenta parcial de una experiencia en el área de los denominados grupos de riesgo.

Se realiza a partir del programa inicial de un curso de posgrado que contemplaba la realización de Pasantías Institucionales durante el segundo cuatrimestre del año 1995. Dado que mi experiencia clínica con jóvenes con problemas psíquicos, aunque con episodios de actuaciones, no resultaba una población dentro del campo de la conducta antisocial me acerqué a un hogar de madres solteras y solicité me aceptaran como "pasante" durante tres meses con una frecuencia de una vez semanal.

Al promediar la pasantía me propusieron integrar el equipo interdisciplinario de otro hogar que dirigía la misma Asociación, en el que residían temporariamente madres solteras menores de edad. Es así que la pasantía se tornó en una experiencia de campo que finalizó, curiosamente al mismo tiempo que este posgrado.

Este trabajo focaliza la dinámica institucional con la particularidad de la población que allí vive transitoriamente, jóvenes entre 17 y 29 años de edad y sus hijos, niños entre 2 meses y 6 años de edad.

⁶ Terapia Ocupacional Reflexiones. Serie Compilaciones 2- COLTOA. Grupo Editor.1998. ISBN987-96632-1-7. Bs.As. Pag. 51-66

Consideraré que el resultado de la realización de un trabajo de cierre resultaba una buena oportunidad para intentar mirar esta experiencia a la luz de los escritos de Winnicott sobre los albergues para niños (Winnicott, 1990). Adelanto desde ya que al releerlos finalizada la experiencia mencionada, encuentro una vigencia asombrosa de lo que el autor mencionado desarrolla y sugiere como ejes del trabajo: la importancia de la estabilidad del equipo y del personal y el hecho de garantizar el funcionamiento dentro de un orden que intente soportar los embates de los usuarios, interpretados éstos como forma de manifestar que aún tienen esperanza de lidiar con sus propios impulsos.

Según plantea Lorenz Arnaiz (1987) reconocemos la tradición disociadora que viene marcando a las denominadas Ciencias Sociales, en las que por momentos aparece como opuesto lo individual a lo social, o lo subjetivo frente a lo comunitario. Según esta autora en lo que va del siglo XX dos grandes pensadores intentaron articulaciones altamente significativas. Freud estableciendo un nexo entre pensamiento y pulsión y Marx entre las determinaciones históricas y su influencia innegable en el individuo.

Sin embargo estas ideas como sostén de algunas líneas dentro de la Salud Mental, por ejemplo, suelen quedar capturadas en un carácter casi reduccionista cuando en el interés por pensar el sujeto y sus vaivenes intrapsíquicos se descuida o desvaloriza el papel de lo social, mientras que los abocados al mejoramiento de la vida comunitaria pierden de vista la singularidad de cada sujeto.

Planteo aquí que focalizaré este trabajo en lo que Winnicott denomina como provisión ambiental y algunas consecuencias observables que aparecen en los usuarios. Entendemos que el concepto de provisión ambiental y el cuidado y organización de la vida comunitaria en estos “hogares transitorios” implica un trabajo simultáneo en el rescate de la singularidad de cada persona.

Singularidad que se pondrá en juego tanto en entrevistas individuales como en la forma particular de realizar o transitar la cotidianidad.

Como terapeuta ocupacional encuentro que esta área (ambiental) resulta un campo de competencia que en la tarea interdisciplinaria se recorta de otras disciplinas con las que compartimos conceptos teóricos comunes pero estrategias de intervenciones diferentes.

1. Acerca de la población de los “hogares”

1.1. Las jóvenes

La población a la que se ofrece el dispositivo denominado “hogar” tiene la particularidad de expresar su fractura o disrupción del lazo social a través de situaciones que podríamos denominar de minusvalía y no por vía del acto delictivo.

El hecho del embarazo aparece como un llamado a partir del cual se encuentran impulsadas a solicitar o aceptar ayuda social.

Se trata de jóvenes entre 17 y 29 años con un bagaje de experiencias comunes, donde la regulación de los vínculos ha sido francamente precaria, caprichosa, está presente el abuso, la violencia y el abandono. Con episodios cercanos a la delincuencia, consumo de drogas, situaciones de promiscuidad o de franca prostitución.

La exposición a múltiples carencias ambientales, afectivas y de un sostén o referencia más o menos continua han dejado marcas psíquicas que se manifiestan a través de actuaciones.

Winnicott (1990) asigna un valor positivo a la conducta antisocial que según el autor se manifiesta “desde mojar la cama hasta descarrilar trenes”. Estas conductas en jóvenes que no pueden permitirse pensar su dura realidad aparecen como reacción a la pérdida de una seguridad ambiental o de seres queridos que aunque anunciada no ha llegado a constituirse.

La conducta antisocial da cuenta de una vida instintiva activa en un sujeto que precisa dramatizar su predominancia de pulsiones instintivas, buscando a otro que ejerza algún control que le permita seguir viviendo.

Las pulsiones agresivas que no se niegan sino que se tramitan, dan lugar a intentos de reparación y construcción. Para tal tramitación, ingrediente indispensable para el concepto de “conciencia moral” es preciso haber contado con otro al cual dedicarle la sofocación de tales impulsos, con tal de conservar su amor. Encontramos que algunos jóvenes con conductas antisociales no han contado con ese otro que los sostenga y es así como las pulsiones agresivas aparecen como conductas con tales características (agresivas) sin llegar a constituirse como motor de juego o trabajo, por ejemplo.

La esperanza que Winnicott devela detrás de cada intento de destrucción constituye una posibilidad de trabajo cuando el dispositivo, sostenido por los profesionales y el personal, se encuentra en condiciones de soportarlo. Este trabajo no es espontáneo, por el contrario resulta lo más arduo de la tarea.

El trabajo y el juego que en los jóvenes (y no niños) podríamos ubicar como actividades productivas y de tiempo libre, forman parte desde los estudios de Terapia Ocupacional de las tres grandes áreas de la ocupación humana conjuntamente con las actividades de la vida diaria (higiene, vestimenta, alimentación, reposo, traslado independiente y manejo del dinero).

En un primer momento de la pasantía en el hogar que denominaremos I, se utilizó como herramienta de investigación una ficha sencilla confeccionada según aparece en el cuadro siguiente con el objetivo de registrar la percepción que de estas cuestiones tenían las usuarias.

Nombre:	Edad:	
Hijos:	Nombres:	Edad:
Grupo familiar:		
Grupo social:		
Escolaridad:		
Aprendizajes formales y no-formales:		
Permanencia en el hogar desde:		
Motivo:		
Ocupaciones:		
Tiempo libre		
Productivas –laborales		
Vida diaria		
Vestimenta		
Alimentación		
Cuidado de los niños		
Manejo de dinero		
Traslados		
Expectativa ocupacional		
Evaluación de las propias capacidades		

Esta ficha se tomó en los diferentes espacios del hogar (cocina, habitación, patios), al 50 % (seis jóvenes) de la población que resultaba aquella con mayores dificultades para organizar alguna actividad fuera del hogar y por este motivo se hallaban en los horarios que (yo) concurría.

De la evaluación del contenido se desprende que:

- La mayoría reconoce haber realizado aprendizajes (escolaridad primaria), valorando especialmente los oficios (cursos de cajeras, amasado de pan, peluquería).
- No pueden precisar actividades de tiempo libre.
- No manifiestan dificultades para la realización de las actividades de la vida cotidiana (a las que la organización del hogar las convoca).
- Tienen vínculos afectivos actuales (padres, hermanos y amigos).

De los diálogos mantenidos durante la toma de la ficha se desprende que:

- a. Hay un reclamo sostenido pero pasivo de la forma de organizar el hogar y una fuerte crítica tanto al personal como a los profesionales.
- b. No logran explicitar ningún beneficio que obtendrían de su estadía en el hogar.
- c. No se percibe una actitud solidaria entre las usuarias por el contrario se critican con rudeza acerca de sus funciones como madres.
- d. No manifiestan en principio dificultad o interrogante alguno.

Según Winnicott (1990) las críticas arrecian constantemente así como la disconformidad en tanto, (quizás), las usuarias esperan que este hogar circunstancial funcione como el hogar de sus sueños, aquel que nunca estuvo, precisamente.

Es una hipótesis apenas construida en el contacto con estos dispositivos que las críticas de las jóvenes se intensifican cuando se intenta construir una suerte de hogar sustituto, sostenido sólo por el equipo profesional sin la participación de las usuarias.

Verdaderamente no será posible reemplazar lo que no estuvo aunque sí quizás, tratar de disminuir los efectos a partir de poder pensarlos. Entonces es posible que antes de los actos repetidos aparezca alguna palabra.

1.2 Los niños

En el hogar I convivían con sus madres 26 niños (entre 3 meses y 6 años de edad). Algunos de ellos concurrían a jardines de la zona. De los que permanecían en el hogar durante la semana, un grupo recibía cuidado en el espacio de guardería dentro de la casa misma (si sus madres trabajaban o debían realizar trámites o consultas médicas afuera), otro grupo permanecía en la casa alrededor de sus madres.

De las visitas de observación al espacio de guardería se desprende que:

- a. Hay un fuerte vínculo con la niñera.
- b. Reconocen objetos propios (mamadera, ropa).
- c. Son receptores de propuestas de juegos y son capaces de generar espacios de juego.
- d. Tienen conductas grupales en el horario de alimentación.

De la observación de los niños que permanecen junto a sus madres se desprende que:

- a. Promueven juegos espontáneos de corta duración, en las habitaciones, en el patio y la cocina.
- b. Permanecen pendientes de sus madres teniendo la habitación como lugar de referencia.

En el hogar II (madres menores de edad) el grupo de niños está constituido por 14 niños (entre dos meses y 6 años de edad). Una niña concurre a jardín, los niños de las madres que trabajan o estudian quedan al cuidado de niñeras en un espacio común (el estar) del hogar, el resto permanece con sus madres.

De la observación del espacio común con el cuidado de niñeras, se desprende que:

- a. El grupo está constituido por menores de tres años.
- b. Crean espacios de juego por espacios cortos.
- c. De comunican a través de mirarse, morderse, quitarse los juguetes unos a otros.
- d. En el espacio de alimentación carecen de la oportunidad de manejarse de manera autónoma.
- e. La rutina de higiene se reduce al cambio de pañales que se realiza en el espacio común.
- f. Son receptores activos de propuestas lúdicas.

De la observación de los niños al cuidado de sus madres aparece:

- a. Situaciones de violencia física y verbal con los niños, descuidos que dan lugar a posibilidad de accidentes, olvidos de administrar medicación indicada.
- b. La posibilidad de las jóvenes de hacerse cargo de, de algunas actividades de cuidado, especialmente en higiene.
- c. La posibilidad de espacios conjuntos (durante la mañana realizan el arreglo del cuarto en compañía de los niños).
- d. El espacio de alimentación es un momento de tensión y en ocasiones de violencia.

En ambos hogares, existe en las jóvenes, una fuerte crítica y desconfianza en la manera en que son cuidados los niños durante su ausencia.

Según Winnicott (1990) el cuidado brindado a los niños despierta envidia y celos, cada madre quiere más allá de sus dificultades ser la única protagonista de la crianza de su hijo. Se establece con las niñeras o cuidadoras un interjuego de desconfianza en la madre y de resentimiento en el personal que se ve puesto en duda en cada paso.

Por su parte el niño se encuentra en ocasiones en una verdadera lucha de lealtades, si se siente bien con la cuidadora, come bien y se alimenta con gusto es visto por su madre como una traición. Otras en cambio renuncian a espacios “con la niñera come mejor, mejor me voy a lavar la ropa”.

En algunas conductas de las madres parece manifestarse una falta de lo que Winnicott dio en llamar “la capacidad de preocuparse por otro” capacidad íntimamente ligada con la manera en que cada sujeto ha podido lidiar con las mociones instintivas. La preocupación, aspecto importante en la vida social, entraña un sentido de responsabilidad que por momentos se ausenta cuando el llamado socialmente (en este caso por condición de madre) se encuentra con un individuo que no viene pudiendo controlar sus propias pulsiones según señalamos anteriormente.

2. Acerca del “Hogar”

Por hogar se entiende un espacio físico que en la mente del niño se liga a su madre u otras figuras afectivamente significativas y algún mueble donde guardar cosas. Si la imaginación del niño tiene lugar donde desplegarse de manera que le permita jugar y disfrutar de la capacidad de enriquecerse a sí mismo y al mundo que lo rodea, esto será un hogar que le dará seguridad.

La población de estos hogares, son jóvenes que o bien se han fugado de sus hogares (en el caso de las madres menores de edad, con mucha frecuencia) o han sido expulsadas o abandonadas frente a la situación de embarazo. Se trata entonces que este “hogar” circunstancial provea alimentación y vivienda, también un orden posible que contribuya al descubrimiento de una singularidad, que a través de relatos históricos aparece como fragmentada. Cada joven con su grado de confianza o desconfianza pondrá a prueba el dispositivo que se intenta organizar y habrá que saber esperar a que la confianza se reanude.

Resulta fundamental la estabilidad ambiental, la estabilidad del personal y del equipo profesional, “garantizar el respeto por la ley y el orden, constituye un alivio, lo que hay en el hogar tiene posibilidades de preservarse” (Winnicott, 1990).

En el hogar II, el personal estaba compuesto por una encargada nocturna y una diurna quien era la que soportaba la mayor parte de la organización diaria y tres cuidadoras diurnas de los niños. El equipo profesional lo integraba un médico psicoterapeuta, una asistente social y una terapeuta ocupacional.

Intervenciones

En lo que hace al cuidado de lo ambiental, se implementaron reuniones grupales con las usuarias con temáticas relativas a la convivencia, reuniones con el personal para destrabar el circuito crítica-resentimiento y para ir consolidando y discutiendo modalidades de intervención, dándole a todas (las intervenciones) y en todo momento un estatuto de verdadera importancia.

Se realizaban además, entrevistas individuales con el psicoterapeuta donde reconstruir algo de cada historia, pensar algo del pasado y del presente con el horizonte de abrir algún interrogante que habilitara algún espacio de tratamiento.

La asistente social realizaba su tarea de sostén para la organización cotidiana del hogar, considerar las autorizaciones para pasar el fin de semana fuera del hogar, previa visita para un informe socio-ambiental, cuyo resultado garantizará mínimamente un lugar donde dormir, comer y en compañía de quién, para la madre y el o los niños.

Desde Terapia Ocupacional

- 1) Se propuso un plan de oferta de talleres tres veces por semana donde fuera posible un espacio para el descubrimiento de intereses y capacidades creativas.

La propuesta de realización de actividades (modelados en cerámica, pintura en papel, adornos navideños) fue aceptada por las jóvenes que presentaban más dificultades para organizarse fuera del hogar, sin embargo la disponibilidad del espacio y horario de concurrencia dio la ocasión para hablar, leer o sugerir lectura acerca del cuidado de los niños, la violencia entre madre niño, la situación de la madre soltera, sobre cuidados en los casos de HIV + y la posibilidad de reconocimiento de algunas falencias que dificultaban la inserción social.

Con algunas jóvenes pensamos y organizamos algún cumpleaños (compra de ropa y menú con los medios disponibles). Algunas de ellas “pasaban” por el taller y llevaban algo para leer.

Nos encontramos con jóvenes que se manejaban como analfabetas funcionales, con dificultades para interpretar las indicaciones de una receta médica, el preparado (agregado de agua) de un antibiótico, interpretar la hora en un reloj con manecillas, buscar un teléfono en la guía, manejarse con un contestador telefónico o buscar los medios de transporte para llegar a una entrevista de trabajo o a una escuela.

- 2) Se planteó un área de capacitación semanal e individual para las cuidadoras de los niños, leímos material acerca del cuidado de los niños, de la importancia de las actividades de rutina (la alimentación, la higiene, la vestimenta y el horario de reposo) así como de la relación entre la cuidadora y la madre y el lugar del niño como persona singular.

Rescatamos la importancia de las actividades de rutina con los niños, de la comunicación y la mirada durante la realización de las mismas. Desde este espacio se intentó modificar la forma en que se alimentaba a los niños, procurando que cada uno contara con sus propios utensilios, pero esto resultó de tal manera resistido por el personal y las madres que fue preciso participar "in situ" de un almuerzo semanal. Las situaciones de rechazo y boicot fueron francamente mayúsculas, los niños ensuciaban todo, comían menos y estarían mal alimentados, las quejas arreciaban porque además (yo) era la más nueva del equipo y casi una intrusa.

Soportar estos embates reconociendo el espacio de alimentación como un espacio social, con normas, base de coexistencia con otros fue posible gracias al apoyo y coherencia de los colegas que le otorgaron el estatuto de "taller de alimentación" y lo sostuvieron como tal en cada reunión grupal y en las entrevistas individuales.

Se hizo posible instalar los almuerzos como un espacio de autonomía. Esto habilitó posteriormente espacios grupales para la merienda y el pasaje de la mamadera a la taza y al pan con dulce.

- 3) En el espacio de juego de los niños se incluyeron paulatinamente juegos verbales y la posibilidad de acceder a mirar y leer cuentos cortos. Esta actividad resultó de gran interés para los niños quienes solicitaban activamente tener los libros a su alcance. Habilitamos así juegos donde era precisa la palabra de un adulto y también la propia. Los niños requirieron estos juegos a sus madres quienes venían a preguntar qué era lo que pedían cuando decían "Susana" o les juntaban las manos para jugar, haciendo referencia a los juegos que realizábamos cotidianamente.

Conclusiones

La responsabilidad y las distintas vicisitudes de un "hogar" de funcionamiento de 24 hs. fue sin duda una tarea ardua, ya que la afirmación de Winnicott acerca de que el comienzo del sentimiento de esperanza promueve inmediatamente la conducta de exasperar a alguien, fue apareciendo a cada caso.

Reconocemos que ningún dispositivo puede mejorar la desilusión de aquel hogar que no se tuvo y que sin embargo la estabilidad y la coherencia del personal y del equipo pueden hacer una oferta nada despreciable para la creación de un espacio constructivo y de enriquecimiento mutuo.

Casi al final de esta experiencia pudimos comprobar que:

1. En los niños:

- Había disminuido notablemente la consulta clínica de urgencia en el "hogar".
- Los niños tomaban menor cantidad de medicación clínica (antibióticos, antidiarreicos, etc.).
- Habían adquirido hábitos sociales en algunas actividades de rutina.
- Contaron con el reconocimiento de las madres en esta área (higiene y alimentación).
- Se incluyeron nuevos espacios de juego.

2. En las jóvenes:

- Los episodios de violencia física disminuyeron notablemente, registramos dos de ellos en los últimos 7 meses.
- Desanudamos el sistema de premios y castigos habilitando la palabra para discutir situaciones entre asistentes y asistidos.
- El 80% logró realizar actividades remuneradas fuera del hogar.
- Hubo mejor aprovechamiento de los recursos comunitarios: hospitales, guarderías.

3. En el personal:

- Lograron dejar informes escritos del turno noche que aparecía como una isla en el funcionamiento cotidiano.
- Se mostraron interesados por el espacio de capacitación.
- Concurrieron más o menos asiduamente a las reuniones semanales.

4. En el equipo profesional:

- Rescatamos una vez más el valor de la tarea conjunta como sostén de las asistidas y de nosotros mismos, logrando turnarnos para la exasperación y la desesperanza.
- La tarea con las jóvenes y los niños, desde lo expuesto, resultó muy satisfactoria.

Para finalizar tengo la hipótesis que los profesionales que trabajamos con poblaciones denominadas “marginales” necesitamos continuamente de situaciones de marginalidad en el desempeño, de las que no siempre salimos victoriosos, por el contrario.

Desde aquí que la formación continua e interdisciplinaria aparecería como un requisito indispensable para el sostén del indudable aporte de estos dispositivos denominados ambientales sin perder de vista el trabajo sobre la singularidad de cada uno de los usuarios.

Bibliografía:

- Declaración de Cartagena de Indias sobre políticas para las personas con discapacidad en el área Iberoamericana. 1992.
- Winnicott, R. Deprivación y marginalidad- Editorial Paidós. Bs. As. 1990.
- El proceso de maduración del niño. Ed. Laia .España 1979.
- Freud, S. El malestar en la cultura. Parágrafo III. Obras completas.
- Lorenz Arnais, R. Hacia una epistemología de las Ciencias Humanas. Universidad de Belgrano. 1987.
- Porthé, M. Dispositivos institucionales, maternidad sin riesgo. (Sin editar).
- Programa de Actualización en efectos de la disolución del lazo social. Minoridad en riesgo y Adicción. UBA. Abril 1995- Junio 1996.



Terapia Ocupacional. Atención en consulta externa. Desarticulación social y familia⁷

Elisabeth Gómez Mengelberg

Como terapeuta ocupacional que atiendo pacientes en consulta externa siguen siendo interrogantes en mí, cómo trabajar con la desarticulación social y la falta de motivación para hacer un proyecto que presentan las personas que padecen psicosis. Decía entonces en mi última comunicación escrita, que es el desarrollo de la realidad social cotidiana, en las actividades de la cotidianidad, las que cada persona puede organizar para sí y que permiten que cada sujeto se desenvuelva con satisfacción y cierta armonía con los otros, donde se hallan alteradas.

La cruda dificultad de acceder a este lugar social que lo define como sujeto, se traduce en el impedimento de armar un proyecto social.

La creación de un nuevo lazo social, actualmente en el trabajo con el psicótico mismo y con su familia.

Del trabajo con el psicótico

En el inicio este paciente es derivado a terapia ocupacional por indicación de su médico o psicólogo tratante, la propuesta de tratamiento surge de este colega y no del sujeto en cuestión.

Los pacientes no demandan ir a terapia ocupacional y este colega o escuchó algo parecido a una demanda, o se topó con los límites de su práctica clínica. Queda entonces de mi lado generar, ofertar algún espacio donde pueda ser formulada alguna demanda. Primero será darle un lugar, trabajar apoyada en esa relación terapeuta- paciente que me precede, encuentros anteriormente acontecidos que derivaron en una indicación de tratamiento en terapia ocupacional.

Afortunadamente, hay pacientes que esbozan una solicitud, requieren de un límite, poner fin al “no tengo ganas de nada, en mi casa no hago nada, no trabajo”, hay otros que refieren “ No me pasa nada, Yo estoy bien” pero dan indicios en su relato

⁷ Publicado en: Terapia Ocupacional .Avances. Serie Compilaciones 1- COLTOA.Grupo Editor.1997. ISBN 987-96632-0-9 Bs.As. Pag.73-78

que su cotidianeidad pone en jaque su relación con los otros. Trato de incomodar, de molestar, de conmovellos y no dejarlos inmersos, como están en una cuestión autoerótica, acunados por la apatía y el desinterés.

Un paciente me dirá “ por fin me derivan a una especialista”, entonces la diferencia es ciertamente que tengo conocimiento de las actividades y ocupaciones del hombre, de los materiales y las herramientas, pero no de todas, y no sé lo que usted le sucede con esto. Me mantengo atenta e interrogante. Las intervenciones, así como la elección y ejecución de las actividades, de un proyecto, deben estar desocupadas de capricho o arbitrariedad.

El orden simbólico que conllevan (normas en la que todos estamos inmersos) ponen freno a esa posesión, a ese usufructo relacionado con las situaciones de arbitrariedad e irracionalidad que corresponden al sujeto y su historia. Cuando hablo de la utilización de actividades con materiales, digo que estos son límites entre la relación del sujeto y el material, el T.O. estará allí como testigo aproximando cierta relación posible. Al decir del límite invoco a acatarlo, transgredirlo, pasarlo por alto, trastocarlo, etcétera, acontecimientos singulares que se suceden. En cuanto las actividades sin utilización de materiales, cómo pueden ser las de la vida diaria, es su organización la que se conforma en una plantilla para su posterior desarrollo, en las que se deberá mover el sujeto.

El paciente relevará en la actividad lo que le es pertinente a lo que le acontece, y en este su recorrido singular por diferentes actividades de la ocupación humana, conjuntamente con la manera de realizarlas, investigaremos la articulación en relación a su interés y posibilidades.

El armar un proyecto de su interés por el cual se exprese y construya su subjetividad, le dará lugar social. Esto se dice tan simple, pero los que conocimos las aristas de la psicosis sabemos de los caminos tortuosos y repetitivos que con frecuencia toman los individuos que batallan por inscribirse socialmente.

Del trabajo con la familia

El tratar con las familias se me impuso desde la realidad, ya que comenzaron acompañando al familiar en cuestión y el intercambio formal del inicio fue transformándose, advierto que se sienten citados y algunos intentan pasar al consultorio junto con el paciente.

Organizo y ordeno entonces éstas entrevistas, familiares con pacientes o sin ellos según cada caso, cuando es probadamente necesario. Hube de acotar a familiares ansiosos invasivos y acercar a otros distantes y cortantes. Mantuve entrevistas con madres, padres, hermanos, hermana, tías, incluyendo una vecina. Frecuentemente a través del ensayo y error la familia ha logrado una organización que sostenga a este familiar con padecimientos psíquicos importantes, a veces precario, ineficiente, rudimentario, en ocasiones de una lógica extravagante. En principio recabo esta información y la historia psicosocial del paciente en el seno de la familia. Es a partir de las dificultades que me presentan y las que detecto, entre la familia y el paciente que intervengo.

Mi posición es la de hacer posible el desanudamiento de las situaciones familiares, en relación a lo que podamos identificar como problema en las situaciones de convivencia cotidiana. Las intervenciones aspiran identificar los espacios psíquicos de cada uno, ajustar los límites de las exigencias de la familia, discriminación entre el “ no quiere y él no puede”, delimitación de sus atribuciones, una clara verbalización de las consignas, el sostén del desarrollo de la autonomía del paciente. A la ansiedad que esto genera, ofrezco un espacio para hablar de sus dificultades, hacer viable una vida en común, basada en el respeto de todos privilegiando el poder hablar como vehículo de negociación y de las necesidades de cada uno.

El punto que acordamos es el mejoramiento de la calidad de vida del paciente y de la cotidianeidad familiar.

Bibliografía

- Apollon, W y otros. Traiter la psychose. Woeud-Grific, Quebec. Canadá. 1989.
- Capozzo, Gómez Mengelberg- Emisión radial, Hablemos de Salud. Frecuencia especial 93. 1.
- Gómez Mengelberg, E. Terapia Ocupacional, Atención en consulta externa- XII Congreso de Psiquiatría de A.P.S.A. 1996.
- Guañabens, P y otros. Clínica de la psicosis- Chubut 1995.
- Hales, R E. Yodofsky, S.C, Talbot. J- Tratado de Psiquiatría. Ed The American Psychiatric. Press. 1996.
- Paganizzi, L- mesa redonda interdisciplina XIV jornadas anuales del centro de estudios en psicoterapias. 1991.
- Pankow, G- estructura familiar y psicosis. Paidós. 1979.



RELATOR INVITADO/EXPOSITOR

La aplicabilidad de la actividad terapéutica en el Hospital de Día⁸

María Faidella y Gladys Martínez

Introducción

Una de las principales dificultades que debe afrontar el enfermo mental es que durante las internaciones prolongadas, la red social a la cual pertenecía se va cerrando, despojándolo de sus referentes, sus vínculos y sus roles, sumando a su patología alteraciones a nivel de sus relaciones interpersonales, familiares, ocupacionales y con el medio ambiente.

Durante tales periodos observábamos que a pesar de superar la fase aguda de la enfermedad (crisis) el paciente no alcanzaba su Reinserción Socio-Comunitaria, no encontrando **su lugar** fuera del hospital. Sobrevenia entonces pérdida de continencia y en consecuencia marginación, estableciéndose así un círculo vicioso ya que esta situación realimentaba el hospitalismo, en el cual el eje de la cultura pasa por los valores y costumbres del hospital que el paciente se niega a abandonar.

Por otro lado, la búsqueda bibliográfica nos fue confirmando este planteo. El material teórico fue dando cuenta que **el trato humano** con los enfermos mentales fue adquiriendo mayor importancia con el transcurrir de los siglos, aunque hasta hace poco tiempo las expectativas de que tales pacientes una vez hospitalizados pudieran reintegrarse a su medio social eran nulas o casi nulas.

Frente a este Modelo Asistencial-Custodial, han aparecido diferentes modalidades de abordaje que presentan gran plasticidad: hospitales de día y de noche, hostales, casas de medio camino, departamentos terapéuticos, etc., creando una red extra-hospitalaria para avanzar en el proceso de: **REINSERCIÓN SOCIAL-PROYECTO DE VIDA.**

Por lo expresado, este trabajo remarca la necesidad de crear ámbitos de tratamiento en contacto permanente con la comunidad, en los que tanto el paciente como el equipo técnico sean parte y no testigos y donde cada teoría pueda ser considerada válida si quien es partícipe logra un mejoramiento de su **CALIDAD DE VIDA**, en una experiencia más amplia, que trasciende lo fenoménico, lo psíquico, lo instituido y la convierte en promotora de cambio.

Siguiendo los conceptos de Cohen y Natella: *"No hablamos de cura, sino de seres humanos con derechos y necesidades"*⁹ En la medida en que logren satisfacer esas necesidades y garantizar esos derechos, encontrarán un sentido a su vida, podrán comprometerse con la existencia cotidiana, desarrollando un gran máximo de autonomía y hallando una respuesta más humana a su sufrimiento. *"La posibilidad de que estas personas se sientan protagonistas de sus propios cambios y actores principales en la recuperación de sus pares"*¹⁰, les facilitara hallar la alternativa de una vida más digna.

Este trabajo se llevó a cabo en el servicio de Hospital de día, perteneciente al hospital subzonal especializado NEUROPSIQUIATRICO de Necochea. La actividad de este servicio cumple con un ajuste a un programa terapéutico organizado de lunes a viernes (8 a 16 hs.).

Funciona en un ambiente físico propio, dentro del cual se favorecen el encuentro entre todos sus miembros: **PACIENTES Y EQUIPO TECNICO** (Psiquiatra, psicólogo, terapeutas ocupacionales, trabajador social, enfermero).

Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados con psicosis esquizofrénica (superada su fase aguda) que ingresaron en dicho servicio durante el primer año a partir de la implementación del Modelo comunitario (1 de Junio de 1992) realizándose una primera evaluación de cada paciente a su ingreso y una segunda evaluación al cumplimentar un año de permanencia o a su egreso.

La ideología que sustenta nuestro abordaje parte de la concepción de que todo intento fracasaría si antes no se logra un cambio en la percepción de la enfermedad mental tanto en el paciente como en la comunidad.

Esta premisa nos lleva a pensar que el abordaje comunitario, al redefinir al paciente mental desde una nueva dimensión centrada en sus posibilidades, es el que ofrece alternativas válidas tendientes a la concreción de un **PROYECTO VITAL.**

Es por lo antedicho que consideramos al Hospital de día como un camino o puente de tránsito cuya finalidad es proveer mediaciones transicionales que apunten al gradual contacto del paciente con el mundo externo.

8 Hospital Subzonal Especializado Neuropsiquiátrico de Necochea.

9 H Cohen, G. Natella. La Salud Mental en la Prov. de Río Negro. VERTEX. Rev. Arg. De Psiquiatría. Vol. II. Bs. As., 1991. Pág. 44.

10 H. Cohen, G. Natella Op. Cit. Pág. 47.

La propuesta de este Hospital de día es configurar un espacio que permita ensayar y equivocarse tantas veces como se requiera, o sea crear un lugar transitorio de aprendizaje entre el paciente y el entorno para rehacer y descubrir caminos en una experiencia de vida que simultáneamente le facilite los medios para alcanzar una adaptación activa al mismo a través del establecimiento de vínculos con sus pares en un sentido pluridimensional.

Un aspecto importante a tener en cuenta es la conciencia de responsabilidad que el paciente asume frente a su propio tratamiento, lo que se va estableciendo conjuntamente con el refuerzo de las capacidades yoicas, la mayor confianza en sí mismo y la tendencia a evitar que se cronifique en su rol de enfermo en detrimento de su identidad personal.

El Hospital de día es una estructura programada (aunque flexible) y no una sumatoria de actividades. La dupla **actividad específica-clima comunitario**, la organización y el tiempo libre son una permanente dinámica en la que se conocen las normas y el punto de partida y a partir de ahí se plantea el proceso creador.

Nuestro fundamento para la implementación de actividad terapéutica desde el Modelo Comunitario es favorecer la Autonomía Personal y la Articulación Socio-Comunitaria de los pacientes diagnosticados con Psicosis Esquizofrénica.

La **Actividad Terapéutica** (según nuestra propuesta) favorece en cada paciente:

1. El desarrollo de sus potencialidades a través de la realización de Actividades Comunitarias.
2. Su capacidad de Automantenimiento mediante su participación en Actividades de la Vida Cotidiana.
3. La integración en su medio posibilitando la resolución de situaciones de variada intensidad en forma independiente.
4. Su participación en los ámbitos familiar, social y laboral.

La implementación de la actividad terapéutica

Toda persona es un proceso en transformación, es una constelación de potencialidades en permanente cambio y no una entidad estática ni un conjunto definido de rasgos o características.

Por tal motivo en terapia ocupacional tendemos a crear un espacio en donde el transcurso de la experiencia le permita al paciente ir descubriéndose, en un clima de libertad, comprometiéndose, o sea siendo participe de ese proceso dinámico y fluyente que es la vida, para ello, nuestro medio terapéutico y objeto de intervención es la implementación de diferentes Actividades Terapéuticas.

Consideramos que todas las actividades son terapéuticas en la medida que, instrumentadas a tal fin, permitan generar el **encuentro** entre lo que ellas proponen, la necesidad de los pacientes y el vínculo con el Terapeuta Ocupacional, constituyendo de esta manera un espacio grupal de crecimiento y creación de situaciones nuevas (promoviendo cambios).

El encuadre propuesto desde T.O. esta dado por un espacio particular y un tiempo establecido dentro de los cuales se produce el encuentro con los pacientes. Por consiguiente, los elementos básicos constitutivos del encuadre son: TIEMPO, ESPACIO Y ROL TECNICO. Es dentro del mismo donde tiene lugar el **vínculo terapéutico**, el cual dependerá tanto de las condiciones del paciente (situación vital por la cual atraviesa), como de las intervenciones del Terapeuta Ocupacional.

Consideramos que el vínculo terapéutico no es solo **estar** junto al otro (personas, cosas y objetos) compartiendo espacio y tiempo, sino que implica además **reconocer** al otro (a partir de la diferenciación), con sus particularidades (limitaciones y potencialidades), incluidos en un proceso que tiende a la búsqueda de situaciones nuevas, a partir de la creación y re-creación de las mismas.

Debemos partir de la consigna de que todo vínculo es dialéctico, es decir que todos los componentes hacen necesariamente un aporte a esa relación común, esto nos permite afirmar que el vínculo es personal y bidireccional.

Siguiendo algunos conceptos vertidos por Paolini¹¹ los vínculos más primitivos o fundantes son los que se establecen mediante las relaciones objetales (durante el primer año de vida), siendo la familia quien da la impronta vincular, constituyendo el "modelo natural de la situación de interacción grupal" (Pichón Rivière).

De la calidad e intensidad de tales vínculos dependerá "...el anclaje del sujeto a los mecanismos básicos de cada una de estas posiciones del desarrollo, anclaje que estaría pautando un sistema de decodificación rudimentario para las posteriores experiencias vinculares. A este sistema es al que hemos dado en llamar Núcleos Básicos de Personalidad- N. Confusional, N Esquizoide y N Melancólico... Núcleos que constituyen una primera discriminación en forma tosca de interpretar o leer la

11 E. Paolini. Consideraciones sobre lo normal y lo patológico en la concepción dialéctica vincular. Art. Inédito

realidad y que están pautando desde donde uno se adapta activa o pasivamente a la realidad", es decir desde donde el sujeto aprende¹².

La situación de **enfermedad psicótica** se plantea cuando un vínculo actual reactualiza vínculos más primitivos, dados como psicotizantes para el sujeto, inmovilizando y paralizando el proceso de aprendizaje de la realidad. Esto conlleva a establecer un círculo vicioso o cerrado: **adaptación pasiva a la realidad**, o imposibilidad de poder seguir transformando el entorno circundante y por consiguiente, la propia vida. Son particularmente los núcleos de carácter psicóticos los que determinan mayor bloqueo de las capacidades instrumentales.

Tomando como punto de partida esta concepción acerca del vínculo terapéutico, nuestro abordaje desde Terapia Ocupacional tiende a permitir la superación por parte del paciente del punto de estancamiento en sucesivas etapas integrativas: **adaptación activa a la realidad**. La misma se obtendrá a través de la estimulación de la capacidad de establecer vínculos creativos con la realidad, a partir de una retroalimentación que da como resultante el CAMBIO, en donde el paciente se transforma, modifica el medio y a sí mismo.

En el encuentro con el material, el paciente va descubriendo a la vez sus potencialidades (latentes) y las posibilidades de realización en juegos (opciones).

Es aquí donde se nos hace necesario distinguir dos aspectos a través de los cuales las personas establecemos la comunicación con el mundo:

- a) Relación con otras personas.
- b) Descubrimiento de las cosas o los objetos.

Sobre esta distinción se basa la importancia que atribuimos desde la Terapia Ocupacional al vínculo TO- Paciente-Actividad (A través del cual se sostiene nuestro abordaje terapéutico).

Las funciones de la actividad es la de ser mediadora de la intervencionalización del paciente con el mundo de las cosas y con los otros hombres. Es decir, que a través de ella el paciente se sitúa en la realidad objetiva, tomando conciencia de sus acciones y reordenando su visión parcializada del mundo.

Adherimos a la idea de que en la actividad cada persona crea su propio ordenamiento de lo real, existiendo una estructura común en el resto de lo real (lo que permite que en las diferentes interrelaciones pueda también existir una estructura común).

Consideramos que la actividad es generadora de símbolos (entendidos como relación no convencional entre forma y contenido, signifiante y significado) ya que el hombre crea a partir de ella el ordenamiento de la realidad, de acuerdo a su propia estructura. Además posibilita el acceso a signos (entendidos estos como la relación convencional entre forma y contenido) porque la estructura común en las diferentes interrelaciones hace factible su comunicación.

Según R. Paz "...el psicótico rompe el sentido común pero se agota en la reconstrucción delirante de un universo precario que...a él, en tanto psicótico lo determina en la circularidad de sus estereotipos y aislamiento"¹³.

A partir de esta ruptura, el Terapeuta Ocupacional implementará las actividades a fin de situarse en las brechas entre lo real y lo simbólico y entre lo convencional (lo nombrable) y lo no convencional (lo innombrable) para, desde allí, acompañar al paciente en el proceso de simbolización. Esto permitirá al paciente romper con estereotipos de conducta, dando sentido y contenido al hacer (tanto para el paciente como para el Terapeuta Ocupacional), ya que cuando la actividad pierde tales características termina significando al paciente en vez de que sea este quien signifique la actividad.

Frente al material concreto que aparece como un universo potencial de significados y a la relación con la actividad, el paciente descubrirá que el resultado de esta es lo que hace que el objeto se modifique o permanezca igual. Será el medio para intentar resolver de otra manera una misma dificultad (siendo a través de la destrucción, reparación y reconstrucción que podrá ir plasmando el proyecto original).

Es necesario detenerse a considerar que dentro de la relación paciente-material concreto, la forma y el contenido se encuentran vinculados dialécticamente, ya que lo que se llama **forma**, es una agrupación y disposición específica, un estado relativo de equilibrio de la materia, es la expresión de la tendencia conservadora fundamental, de la estabilización temporal de las condiciones materiales. Pero el **contenido** cambia sin cesar, ya sea imperceptible o violentamente, entra en conflicto con la forma, la hace estallar y crea formas nuevas en las que el contenido modificado se estabiliza otra vez, por un momento.

12 E. Paolini. Op. Cit. Pag. 6. Pag. 10.

13 R. Paz. Psicopatología. Sus fundamentos dinámicos. Edit. Nva. VISION. Bs. As. 1984. Pag. 52

De esta manera se deja de lado el prejuicio de plantear de antemano el interrogante de si una Actividad es terapéutica o no, lo fundamental es la actividad creadora de situaciones nuevas que le permitan al paciente un progresivo reposicionamiento, al mismo tiempo que va superando sus resistencias al cambio.

Desde nuestra postura, la Actividad Terapéutica consiste en dar a luz algo y permanecer vinculado con lo que se produce. El paciente siente ser el sujeto de su actividad. El producto de la misma no es algo diferente, que se encuentra por encima o que se opone a él. A pesar de ser percibido como algo diferenciado, el resultado de su actividad no le es ajeno.

Las actividades plantean una estructura, un conjunto de señales que pueden ser significadas como mensajes en relación a la historia y circunstancias personales de cada paciente.

La Actividad Terapéutica, a través de sus diferentes pasos, organiza el **hacer**. Desde este punto de partida, orienta al paciente hacia la **individuación**. Con este concepto nos referimos a la disposición a una mayor toma de conciencia de sí mismo. Con sus aspectos positivos y negativos, lo que se traduce en la adecuación de la propia imagen, el reconocimiento de la individualidad y responsabilidad personal, con y en el contexto de la aceptación de pautas y procesos que existen más allá de su control o comprensión.

Es en dicha actividad en donde se produce la apertura del círculo de los procesos psíquicos internos, saliendo al encuentro del mundo objetivo material, que irrumpe imperiosamente es ese círculo.

Según los conceptos expresados por Fidler: *“La realización de actividades provee un microcosmos de situaciones vitales que pueden observarse y explorarse mientras ocurren, en vez de retrospectivamente”*¹⁴.

Lo presente une a las personas del grupo: estar juntos para **hacer**. El grupo de Terapia Ocupacional, por ser un conjunto de individuos que se encuentran si haberse elegido, una estructura diferente a la familia, amigos, colegas y como una estructura humana peculiar, refleja la estructura del mundo humano para cada individuo, dentro del cual deberá articular su hacer y su ser. Este **mundo** también debe existir en nuestro marco terapéutico, aunque sea en forma simbólica, para que cada uno logre captar la verdadera realidad en la que se encuentra y desde ella avanzar hacia la capacidad de expresarse tal como se halla en todo momento y a recibir-escuchar la expresión del otro tal como este se encuentra en ese momento.

Partiendo de la noción de grupo como el encuentro real sobre una base humana, podemos afirmar que cada persona como participante grupal *“...puede verse a través de los ojos de los demás en el “espejo social” del grupo”*¹⁵.

Retomando conceptos de Paolini,¹⁶ la resultante grupal (emergente) aparece con dos líneas causales: la tarea manifiesta o explícita y la tarea latente o implícita.

El emergente aparece aquí como la denuncia del clima grupal, compartido, creado y sentido por todos. Dentro de este clima, la actividad actúa como disparador y a la vez se constituirá en el campo propicio para sacar **a flote** (emergente) a la luz lo actuante bajo la **línea de flotación** (lo que está en la oscuridad).

La denuncia puede aparecer a través de la reflexión grupal sobre la actividad o a través de la intervención-señalamientos-del Terapeuta Ocupacional desde o sobre la misma.

Para nosotros el grupo no es el espacio dentro del cual cada persona puede cubrir sus necesidades individuales, sino que es el lugar a partir del cual dicha persona puede ir construyendo activamente la situación que posibilite cubrir tales necesidades.

Por consiguiente, el trabajo terapéutico grupal, ayuda a des-estereotipar roles, situaciones y percepciones, configurando la tarea de aprender juntos y brindando el modelo vincular de ese aprender conjunto, donde se aprende-enseña funcionalmente en el equipo formado con el terapeuta y no a partir de roles estereotipados. Es fundamental el diálogo y la interacción en el aquí-ahora (entre ellos y con el terapeuta).

La instrumentación de Actividades Terapéuticas en el Hospital de día le brinda al paciente la oportunidad de experimentar nuevas percepciones y ensayar modalidades alternativas de relación que lo conducen al reconocimiento de potencialidades e intereses para construir su **PROYECTO DE VIDA**.

Esto permite que ante una situación nueva, sea capaz de aceptar los hechos tal cual son, o que se rebele contra ellos, intentando una modificación. Esta capacidad de abrirse a la experiencia favorece una actitud más realista, tolerando la ambigüedad y soportando pruebas contradictorias sin verse obligado a poner fin a la situación. Aunque esto lo atemorice, podrá reconocer en el mismo la facilidad de elegir y evaluar las situaciones en forma creativa.

14 Fidler y Fidler (citado por B. Francisco. Terapia Ocupacional: Actividad humana como recurso terapéutico. Apunte de circulación interna).

15 S. Jennings y cols. Terapia Creativa. Edit. KAPELUZ. Bs. As. 1979. Pag. 105.

16 Cfr. E. Paolini. Op. Cit. Pag. 6.

El móvil de la creatividad es la tendencia del hombre a realizarse, a llegar a ser sus potencialidades (impulso a expandirse, crecer, desarrollarse y madurar).

La creatividad imprime el sello de la persona en el **hacer**, pero este no es el individuo ni sus materiales, acontecimientos, personas o circunstancias de su vida, sino que sintetiza la relación allí establecida.

La tensión y la contradicción dialéctica son inherentes al proceso creador. Este no solo debe surgir de una experiencia de la realidad, sino que se va construyendo, es decir que adquiere forma mediante la objetividad.

Tomando los conceptos vertidos por Grimson en su libro "La cura y la locura", para nosotras la finalidad de la actividad es proponer al paciente un cuestionamiento de su identidad psicótica y ofrecerle oportunidades para el desarrollo de nuevas capacidades y nuevos vínculos. La actividad es así concebida como un lenguaje a través del cual los pacientes se van expresando.

Por este motivo este trabajo ha sido realizado a la luz de la siguiente idea.

LA IMPLEMENTACION DEL MODELO COMUNITARIO EN EL
HOSPITAL DE DIA CONTRIBUYE AL MEJORAMIENTO DE
LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES
DIAGNOSTICADOS CON PSICOSIS ESQUIZOFRENICA,
PROPICIANDO SU REINSERCIÓN SOCIO-COMUNITARIA

Definiendo:

- **Mejoramiento de la Calidad de Vida** como las condiciones que favorecen el tránsito por el camino entre el reconocimiento de las necesidades y el desarrollo de las potencialidades para vivir de acuerdo a un **Proyecto Vital**, a partir de una mayor autonomía.
- **Reinserción Socio-Comunitaria** como la parte del proceso dialéctico en el cual el paciente va modulando su integración tanto en el plano social de la interacción como en el plano personal, y la comunidad se va comprometiendo generando espacios para tal fin.

Mejoramiento de la calidad de vida

SUB-VARIABLE	CATEGORIA DE LA VARIABLE		INDICADOR	VALOR
AUTO MANTENIMIENTO	Hábitos personales	Alimentación	A. Adecuado	2
			B. Medianamente adecuado	1
			C. Inadecuado	0
		Vestido	A. Adecuado	2
			B. Medianamente	1
			C. Inadecuado	0
		Higiene	A. Adecuado	2
			B. Medianamente	1
			C. Inadecuado	0
		Manejo de la medicación	A. Independiente	2
			B. Semidependiente	1
			C. Dependiente	0

SUB-VARIABLE	CATEGORIA DE LA VARIABLE		INDICADOR	VALOR	
AUTONOMÍA EN EL HOGAR	Iniciativa en tareas del hogar	Relativas a la alimentación	A. La mayoría de las veces B. Algunas veces C. Solo por Indicación	2 1 0	
		Relativas a limpieza y mantenimiento	A. La mayoría de las veces B. Algunas veces C. Solo por indicación	2 1 0	
	Manejo de situaciones de riesgo en el hogar	Accidentes caseros	A. Tiende a resolverlos B. Tiende a paralizarse	2 0	
		Precauciones en el hogar	A. Generalmente es precavido B. A veces es precavido C. Nunca es precavido	2 1 0	
	AUTONOMÍA EN LA COMUNIDAD	Reconocimiento y uso del dinero	Manejo del dinero	A. Lo reconoce y lo administra B. Lo reconoce y no lo administra C. No lo reconoce	2 1 0
			Realización de compras	A. Frecuente B. Solo a veces C. Ninguno	2 1 0
Ubicación en el Medio Geográfico		Utilización de transporte publico	A. Todos B. Solo algunos C. Ninguno	2 1 0	
		Sentido de orientación	A. En toda la ciudad B. Solo en lugares conocidos	2 1	
Ubicación en el Medio Geográfico		Concurrencia a lugares públicos	A. Frecuente B. Solo a veces C. Solo por indicación	2 1 0	

Reinserción socio-comunitaria

SUB-VARIABLE	CATEGORIA DE VARIABLE	INDICADOR	VALOR
ARTICULACIÓN FAMILIAR	Participación en actividades familiares	A. Activa B. Pasiva C. No participa	2 1 0
	Intervención en decisiones familiares	A. Activa B. Pasiva C. No participa	2 1 0
	Comportamiento en el ámbito familiar	A. Adecuado B. Medianamente adecuado C. Inadecuado	2 1 0
ARTICULACIÓN SOCIO-COMUNITARIA	Participación en actividades dentro de la Comunidad Inmediata	A. Frecuente B. Solo a veces C. Solo por indicación	2 1 0
	Reconocimiento de normas de convivencia	A. Las reconoce y las cumple C. Las reconoce y no las cumple.	2 0
	Relaciones Interpersonales	A. Adecuadas B. Medianamente adecuadas C. Inadecuadas	2 1 0
	Interés por las sucesos comunitarios	A. De la Comunidad en general B. Solo de su Comunidad inmediata C. Es Indiferente	2 1 0
	Utilización del tiempo libre	A. Programa actividades B. Programa solo por indicación C. No le interesa programar act.	2 1 0
ARTICULACIÓN LABORAL	Formación pre-laboral	A. Le interesa capacitarse B. No le interesa	2 0
	Intereses laborales	A. Concorre a entrevistas laborales por iniciativa propia B. Concorre a entrevistas laborales solo por indicación C. No le interesa	2 1 0
	Habilidades y Hábitos Laborales	A. Adecuados B. Medianamente adecuados C. Inadecuados	2 1 0

Nuestro abordaje desde Terapia Ocupacional

En Terapia Ocupacional, las actividades siempre son realizadas en forma grupal, aun cuando cada paciente cree su propio proyecto. Privilegiamos esta forma de abordaje basándonos en que el **hacer juntos** propicia un clima en el que la tensión este al mínimo, permitiendo al paciente expresarse en forma espontánea, favoreciendo la comunicación, el intercambio de opiniones, de materiales y de afectos.

El propósito de reestructurar la fragmentación grupal a través del **hacer-con-el-otro**, estableciendo vínculos comunicacionales que se traducirán en una disminución de la fragmentación personal.

Dentro de este marco, las actividades que proponemos se constituyen como estructuras cuya significación particular va a estar asignada por cada paciente.

Las actividades utilizadas en nuestro Hospital de Día, en algunos momentos surgen espontáneamente y en otros son propuestas por alguno de los miembros (pacientes o TO) tomando siempre como referencia el impacto que representan para el grupo en general.

Es un riesgo, una aventura. Lo importante es que los pacientes tengan la oportunidad de llevar a cabo un proceso que resulte terapéutico dentro del transcurso de su **hacer** modificando su estado de inmovilidad que les impedía hacer algo para permitirse aceptar el riesgo.

Con la Actividades Terapéuticas (programadas o espontáneas) se ofrece un espacio que favorece experiencias culturales y de juego creador, donde el paciente ira gradualmente encontrando **su** lugar para expresarse libremente.

Intentamos crear así una **zona intermedia** (al decir de Winicott) en la cual el paciente pondrá de manifiesto a través de sus vivencia, sus intentos y fracasos en la integración del Yo y de esta manera irá comprendiendo como llega al **hacer** desde el poder **ser el mismo**.

Esto implica cambios en su grado de autonomía y responsabilidad, desde su situación con la posibilidad tanto de manifestar su angustia como de compartir, con su potencial cultural, su afectividad, su grado de socialización y su adaptación a la realidad.

Es la Implementación de la actividad Terapéutica la que plantea el QUÉ hacer, CÓMO y PARA QUÉ, abriendo axial nuevos espacios para la experiencia a partir del interjuego ACTIVIDAD-PACIENTE-TO.

Cuando utilizamos el concepto de actividad, incluimos la participación de materiales, herramientas, equipo y cierta técnica, que permiten la concreción de un determinado proyecto.

El material, elemento concreto de la actividad, se presenta como diferente al sujeto. Para Sauri "...cualquier modificación operada a nivel del creador o de la materia alude a esa totalidad relacional que es el encuentro entre ambos partícipes, contexto donde este proceso adquiere real significación"¹⁷.

Lo más significativo en Terapia Ocupacional es la posibilidad no solo de modificar los aspectos conflictuales que pueden revelarse en la relación del paciente con el objeto externo, sino también los cambios de la naturaleza del objeto interno que se producen en consecuencia.

A través de la modificación del material, el paciente puede ir confrontando su realidad interna con la externa, a partir de comprobar la distancia entre lo que pensaba hacer y lo que realmente ha plasmado, entre **su** tiempo y el del material, y el ajuste entre el material, las herramientas y la técnica a utilizar.

Esta forma de implementar las actividades de manera que permitan al paciente explorar y elaborar las dificultades que se ponen de manifiesto en su relación mundo interno-mundo externo, y de esta manera ir generando cambios, adquiere validez cuando además se las puede confrontar con la situación en la realidad exterior.

No es nuestro propósito el mencionar una lista de posibles actividades, sino resaltar la importancia de su Implementación desde Terapia Ocupacional para favorecer la Calidad de Vida y la Reinserción Socio-Comunitaria de los pacientes.

Rol de Terapeuta Ocupacional

Apoyándonos en el contenido de la siguiente cita de W. Grimsom, comenzaremos a delimitar el rol que desempeñaríamos dentro de esta modalidad terapéutica:

"La búsqueda tiene un carácter exploratorio, una audacia, una puesta a prueba de los límites, un rechazo a convenciones, muchas veces mal fundadas. Todo nuevo conocimiento se desarrolla refutando creencias que

17 Sauri. Creación, expresión plástica y sicopatología. Edit. Jonson y Jonson. Bs. As. 1975 Pág. 20.

se le contraponen. También todo conocimiento nuevo corre el riesgo de ser abortado por la complacencia del saber específicamente en el proceso de generación del símbolo establecido. Es en el posible etiquetamiento de tal búsqueda que el terapeuta debe ser especialmente cuidadoso. Porque puede estar jugando el papel de abortero creyendo hacer otra cosa. Necesitamos de modo permanente revalorar experiencias, cuidar los términos, evitar ser agentes de la limitación del pensamiento ajeno. Muchas veces parecemos olvidar nuestra función social que tiene que ver con el conocimiento más profundo del proceso del pensar humano. Algunas veces parecemos entonces policías de la imaginación¹⁸.

Partimos de la consigna de que el T.O. acompaña al paciente en este proceso terapéutico y que si, en relación a la actividad, es colocado en el lugar del todo saber, deberá generar un espacio de creación en el que el paciente intervenga sobre el material a partir de su propia individualidad, en una relación necesidad-satisfacción que deberá ser resuelta.

Esta postura favorece el posicionamiento del paciente entre lo conocido-controlable y lo nuevo-imprevisible. Gradualmente el paciente va tomando conciencia de que también él puede atreverse a crecer y a crear, afrontando el riesgo que significa el **hacer**.

Este criterio se fundamenta en los siguientes conceptos de David Brandon sobre el desempeño del rol terapéutico:

“Muchas veces exigimos a los pacientes que adecuen a las ideas que de ellos tenemos y no que transiten sus propios deseos de desarrollo personal; esto más que intervenir es interferir. Los profesionales convierten a sus pacientes en personas dependientes, los transforman en consumidores pasivos, en los que Juan Illich llama “iatrogénesis”. Esto significa que los organizadores asistenciales y los profesionales tienen un mecanismo por el cual posponen y obstaculizan el desarrollo de aquellos a quienes les está dirigido al auxilio, socavando sus procesos de autoayuda¹⁹”.

En cuanto a la situación grupal, consideramos que el aporte de cada miembro es significativo, pero nosotros, desde nuestro rol de Terapeutas Ocupacionales, por intermedio **de la intervención desde y sobre la actividad**, tendemos a alentar la participación, facilitar la interacción y **re-encuadrar** la situación mediante señalamientos en los momentos en que esto sea necesario.

La actividad grupal posibilita que el tema central gire sobre la problemática de la convivencia, su relación con la cotidianeidad y su reflejo en el grupo de T.O. Se interviene a partir de señalamientos sobre aspectos convivenciales que emergen en el transcurso de la Actividad, efectuando cierto paralelismo entre estas y la vida desarrollada en la Comunidad.

Además, estimulamos que los proyectos y su ejecución estén situados lo más cercano posible a la forma de vida de los pacientes, sobre sus reales necesidades sin perder contacto con su medio socio-cultural.

Aunque damos gran importancia a la **expresión creativa espontánea**, no dejamos de tener en cuenta que un bajo nivel de confianza inhibe dicha espontaneidad (indiferencia, sumisión o cautela).

Por esto, nuestra relación con los pacientes se orienta a proporcionar en cada actividad el apoyo y estímulo necesarios para lograr una mayor confianza, respetando a cada su tiempo para vencer las resistencias iniciales.

Para concluir, queremos resaltar que para nosotras como Terapeutas Ocupacionales, es imprescindible discriminar entre lo que observamos, escuchamos y hacemos, y lo que hace el paciente, encontrando el sentido que esto tiene para ambos. Para nosotras, como un aporte para nuestro crecimiento profesional y para el paciente como un espacio de experiencia hacia un proyecto de vida.

Trabajo de campo

A continuación, haremos referencia a los resultados obtenidos en las evaluaciones (mencionadas al comienzo) y su correlación con la implementación de la Actividades Terapéuticas en el Hospital de Día (desde el Modelo Comunitario).

Los datos fueron recogidos y volcados a una matriz de datos, teniendo en cuenta los valores indicados para cada categoría.

Posteriormente fueron tabulados por subvariables, lo que permitió obtener una visión del comportamiento individual y comparado de cada variable de análisis. Para obtener una visión global se tabularon también subvariables complejas, incluyendo en ellas las mediciones correspondientes a cada categoría (siendo estas las que serán expuestas como transparencias).

Para completar nuestro trabajo mostraremos los resultados totales referidos a las dos variables evaluadas: Calidad de Vida y Reinserción Socio-Comunitario (expuestas como transparencias).

18 W. Grimson. La cura y la locura. Edit. BUSQUEDA. Bs. As. 1988. Pág.192.

19 D: Brandon. T.O. El camino del hacer. Pág. 14.

Subvariables complejas

Tabla N° 10: Resultado de la Implementación del Modelo Comunitario en Hospital de DIA según AUTOMANTENIMIENTO de pacientes diagnosticados con Psicosis Esquizofrénica. Período 1992-1994.

AUTOMANTENIMIENTO	A	B	C	TOTAL
Primera evaluación	23	21	36	80
Segunda evaluación	50	30	0	80

A: Adecuado B: Medianamente Adecuado C: Inadecuado

(X: 38.134; P 0,00001)

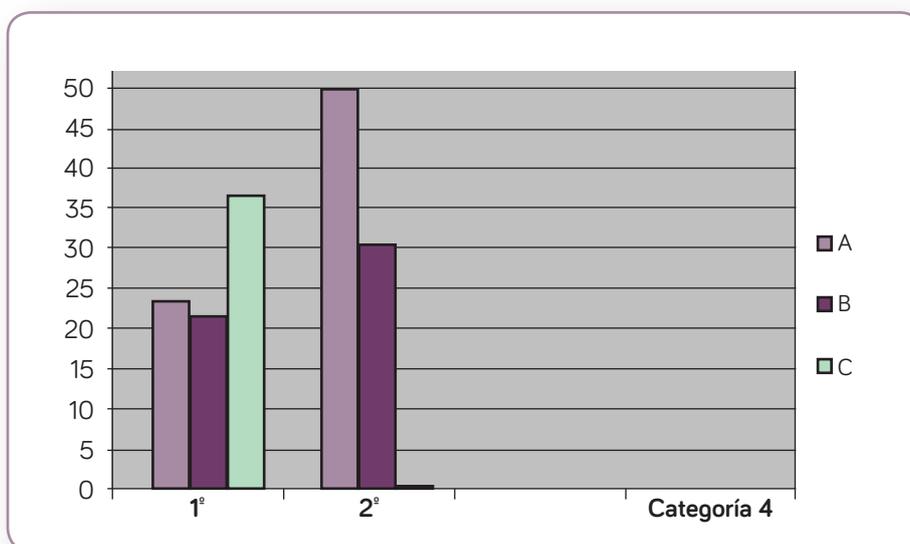


Gráfico N° 26: Resultado del Modelo Comunitario en el Hospital de Día según AUTOMANTENIMIENTO de pacientes diagnosticados con Psicosis Esquizofrénica. Período 1992-94.

Este gráfico nos permite establecer la correlación existente entre la implementación del Modelo Comunitario y la capacidad de Automantenimiento de los pacientes diagnosticados con Psicosis Esquizofrénica.

Se observa la desaparición de la última categoría (C: INADECUADO) al realizar la segunda evaluación, incrementándose notablemente la primera (A: ADECUADO).

Tabla N° 11: Resultado de la implementación del Modelo Comunitario en Hospital de Día según AUTONOMÍA EN EL HOGAR de pacientes diagnosticados con Psicosis Esquizofrénica. Período 1992-94.

AUTONOMIA EN EL HOGAR	A	B	C	TOTAL
Primera Evaluación	12	19	49	80
Segunda Evaluación	35	36	9	80

A: Adecuado B: Medianamente Adecuado C: Inadecuado

(X²: 37.836 ; P< 0.00001)

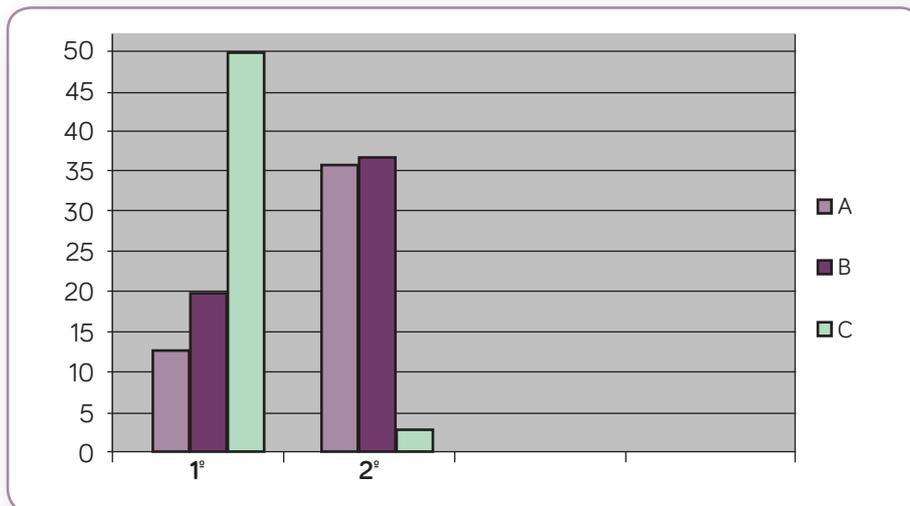


Gráfico N° 27: Resultado de la implementación del Modelo Comunitario en el Hospital de Día según AUTONOMÍA EN EL HOGAR de pacientes con diagnosticados con Psicosis Esquizofrénica .Período 1992-94.

Estos resultados muestran la incidencia favorable de la implementación del Modelo Comunitario en el desempeño de los pacientes diagnosticados con Psicosis Esquizofrénica en las Actividades del hogar.

Se observa que los valores obtenidos en la última categoría (C: INADECUADO) experimentan una marcada disminución mientras que los valores de las dos restantes (B: MEDIANAMENTE ADECUADO Y A: ADECUADO) aumentan, alcanzando valores similares en la segunda evaluación.

Tabla N° 12: Resultado de la implementación del Modelo Comunitario en el Hospital de Día según AUTONOMÍA EN LA COMUNIDAD de pacientes diagnosticados con Psicosis Esquizofrénica. Período 1992-94.

AUTONOMIA EN LA COMUNIDAD	A	B	C	TOTAL
Primera Evaluación	15	45	40	80
Segunda Evaluación	50	47	3	80

A: Adecuado B: Medianamente Adecuado C: Inadecuado

(χ^2 : 49.295 ; $P < 0.00001$)

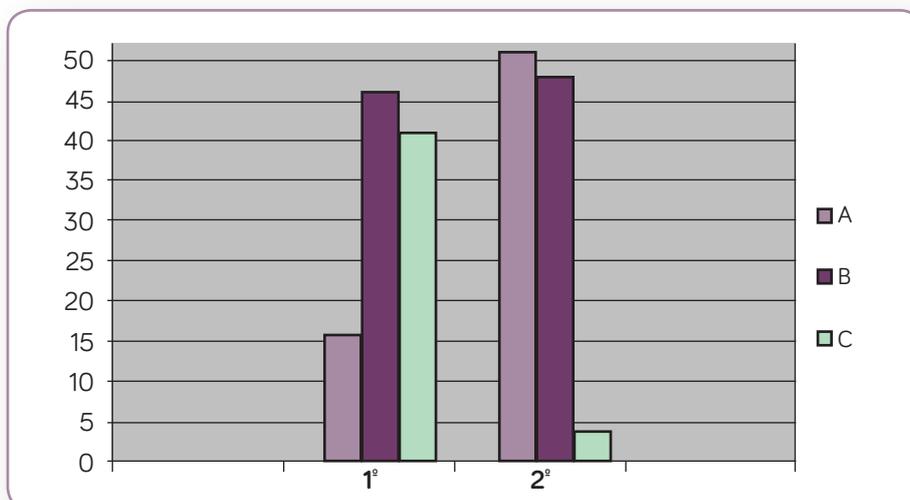


Gráfico N° 28: Resultado de la implementación del Modelo Comunitario del Hospital de Día según AUTONOMÍA EN LA COMUNIDAD de pacientes diagnosticados con Psicosis Esquizofrénica. Período 1992-94.

La casi desaparición de la última categoría (C: INADECUADO) en la segunda evaluación y el notable crecimiento de la primera (A: ADECUADO), denota la importante incidencia de la Implementación del Modelo Comunitario sobre la Articulación de los pacientes diagnosticados con Psicosis Esquizofrénica dentro de su comunidad.

Cabe destacar que se ha conservado relativamente estable la categoría intermedia (B: MEDIANAMENTE ADECUADO) lo que indica un desplazamiento de los valores correspondientes a los niveles inadecuado y medianamente adecuado de la primera medición a valores más altos en la segunda evaluación.

Tabla N° 13: Resultado de la implementación del Modelo Comunitario en Hospital de Día según ARTICULACIÓN FAMILIAR de pacientes diagnosticados con Psicosis Esquizofrénica. Período 1992-94.

ARTICULACION FAMILIAR	A	B	C	TOTAL
Primera Evaluación	2	29	20	51
Segunda Evaluación	22	26	3	51

A: Adecuado- B: Medianamente adecuado- C: Inadecuado

(X²: 28.848; P< 0.00001)

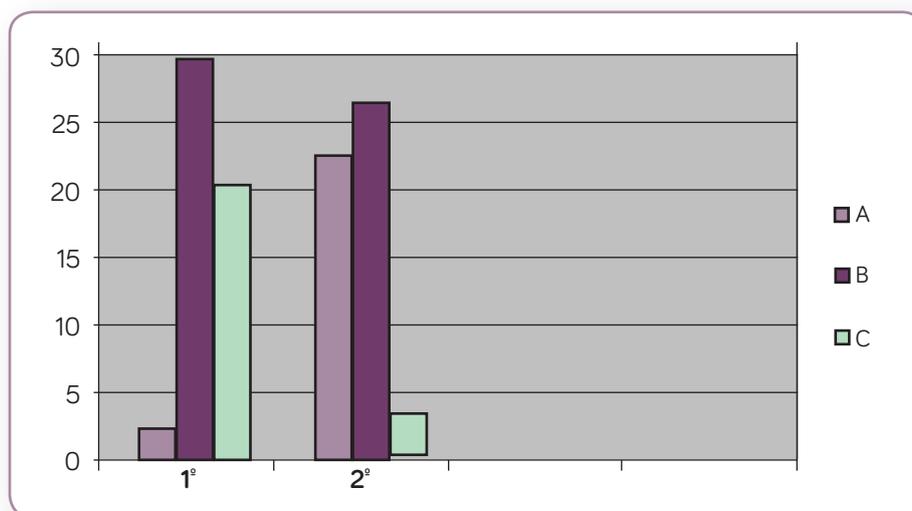


Gráfico N° 29: Resultado de la implementación del Modelo Comunitario en Hospital de Día según ARTICULACIÓN FAMILIAR de pacientes diagnosticados con Psicosis Esquizofrénica. Período 1992-94

En la toma correspondiente a ARTICULACIÓN FAMILIAR corresponde destacar que no han sido tenidos en cuenta aquellos pacientes que no poseen grupo familiar (conocido).

Los resultados obtenidos muestran similitud con los resultados de los gráficos ya efectuados, aumentando la primer categoría (A: ADECUADO) en forma notoria y disminuyendo la última (C: INADECUADO) en la segunda evaluación.

Tabla N°14: Resultado de la implementación del Modelo Comunitario en Hospital de Día según ARTICULACIÓN SOCIO-COMUNITARIA de pacientes diagnosticados con Psicosis Esquizofrénica. Período 5-94.

ARTICULACION SOCIO COMUNITARIA	A	B	C	TOTAL
Primera Evaluación	14	40	46	100
Segunda Evaluación	55	35	10	100

A: Adecuado- B: Medianamente adecuado- C: Inadecuado

(X²: 47,516; P< 0.00001)

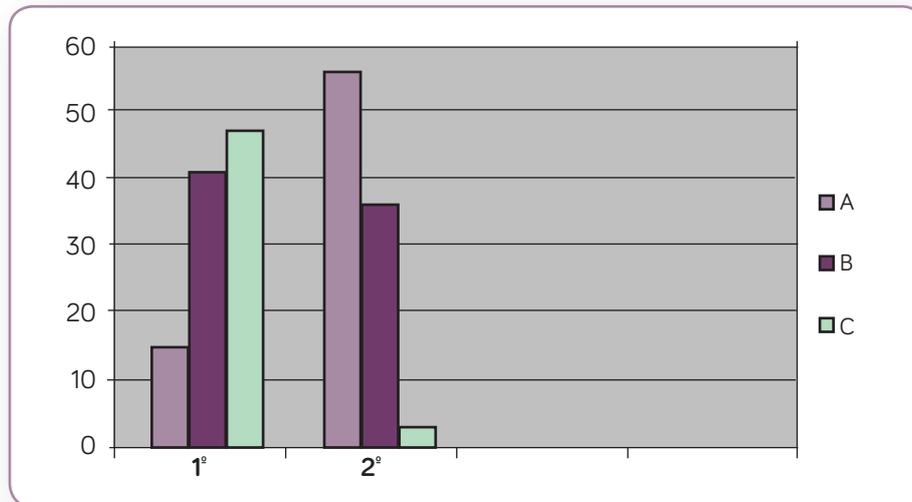


Gráfico N° 30: Resultado de la implementación del Modelo Comunitario en el Hospital de Día según ARTICULACIÓN SOCIO-COMUNITARIA de pacientes diagnosticados con Psicosis Esquizofrénica. Período 1992-94.

En este gráfico es importante el notable aumento de la categoría A (ADECUADO), en contraposición a la disminución de la última (C: INADECUADO); luego de implementado el Modelo Comunitario en la segunda evaluación, (notándose una leve disminución en la categoría intermedia - B MEDIANAMENTE ADECUADO- lo que refuerza el desplazamiento de los valores hacia la categoría superior).

Tabla N° 15: Resultado de la implementación del Modelo Comunitario en el Hospital de Día según ARTICULACIÓN LABORAL, de pacientes diagnosticados con Psicosis Esquizofrenia. Período 1992-94.

ARTICULACION LABORAL	A	B	C	TOTAL
Primera Evaluación	7	25	28	60
Segunda Evaluación	22	26	12	60

A: Adecuado- B: Medianamente adecuado- C: Inadecuado

(X²: 28.848; P< 0.00001)

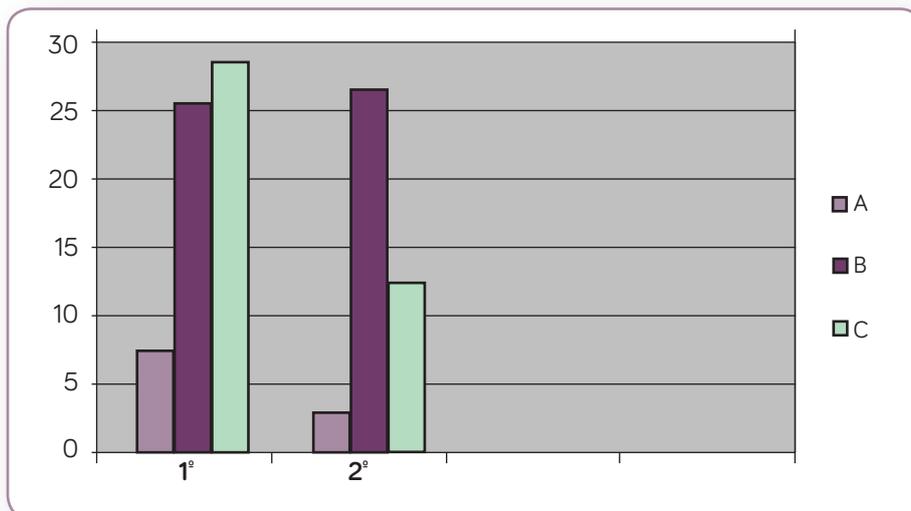


Gráfico N° 31: Resultado de la implementación Modelo Comunitario en Hospital de Día según ARTICULACIÓN LABORAL de pacientes diagnosticados con Psicosis Esquizofrénica. Período 1992-94.

En este gráfico se observa que el nivel intermedio (B: MEDIANAMENTE ADECUADO) se mantiene estable, mientras que la categoría A (ADECUADO) experimenta un aumento proporcional a la disminución de la categoría C (INADECUADO).

Variables:

Tabla N°16: Resultado de la implementación del Modelo Comunitario en Hospital de Día según la CALIDAD DE VIDA de pacientes con Psicosis Esquizofrénica. Períodos 1992-94.

CALIDAD DE VIDA	A	B	C	TOTAL
Primera Evaluación	50	85	125	260
Segunda Evaluación	135	115	12	260

A: Adecuado- B: Medianamente adecuado- C: Inadecuado

(X²: 123,213; P< 0,00001)

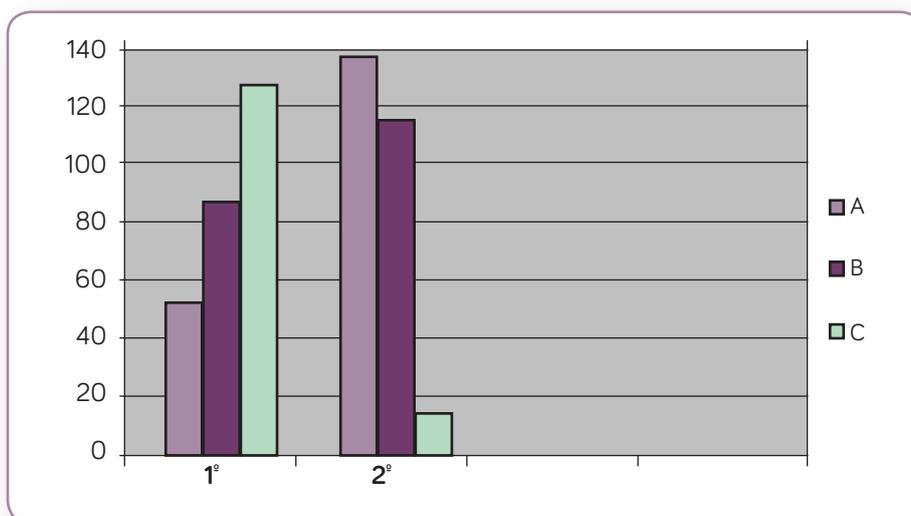


Gráfico N° 32: Resultado de la implementación del Modelo Comunitario en Hospital de Día según CALIDAD DE VIDA de pacientes diagnosticados con Psicosis Esquizofrénica. Período 1992-94.

Tabla N°17: Resultado de la implementación del Modelo Comunitario en Hospital de Día según la REINSERCIÓN SOCIO-COMUNITARIA de pacientes diagnosticados con Psicosis Esquizofrénica. Período 1992-94.

REINSERCIÓN SOCIO-COMUNITARIA	A	B	C	TOTAL
Primera Evaluación	23	94	94	211
Segunda Evaluación	99	87	25	211

A: Adecuado- B: Medianamente adecuado- C: Inadecuado

(χ^2 : 87,042; $P < 0.00001$)

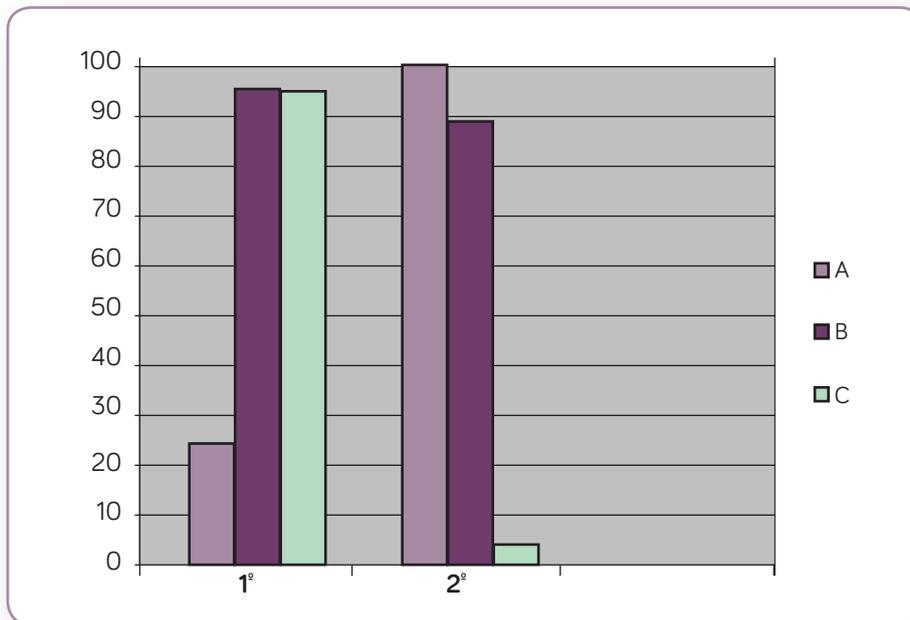


Gráfico N°33: Resultado de la implementación del Modelo Comunitario en Hospital de Día según la INSERCIÓN SOCIO-COMUNITARIA de pacientes diagnosticados con Psicosis Esquizofrénica. Período 1992-94.

PANEL

Quando el trabajo es salud: la dimensión institucional de la Terapia Ocupacional²⁰

Alfredo Grande

Uno de los recursos con los cuales intento superar el problema de “¿por dónde empiezo?”, especialmente desde que me di cuenta que nunca hay que hacerlo “desde el principio”, es realizar una micro intervención institucional sobre las denominaciones de la Jornada, Congreso o Mesa en la cual participo. El análisis de la implicación bien entendida, como la caridad, debe comenzar por casa.

²⁰ Publicado en: Terapia Ocupacional. Avances. Serie Compilaciones 1- COLTOA. Grupo Editor. 1997. ISBN 987-96632-0-9 Bs.As. Pag.11-21

Entendida como los lugares desde los cuales ejercemos cierto poder, que no es lo mismo que cierta fuerza, y cierto saber, que no es lo mismo que ciertos conocimientos. Los discursos científicos hegemónicos detentan saber y poder. Los discursos científicos no hegemónicos producen fuerza y conocimientos. Esta diferencia es importante para cortar el nudo gordiano que nos obliga a elegir entre la ultraespecialización tecnologicada, y los artesanatos precolombinos. Mapeos cerebrales y cestas de mimbre. Siempre está el recurso de las “honestas medianías”, como las denominará Freud. La búsqueda obsesiva del justo medio, el punto de equilibrio perfecto. De un lado de la mesa dos violadores, del otro lado dos violados. De un lado de la mesa dos torturadores, del otro lado dos torturados. De un lado de la mesa dos yuppies, del otro lado dos desocupados. Y mezclados en una tribuna los que están a favor y en contra, para que hablen por turno, uno a favor y otro en contra. Los equilibristas de la democracia intentan de esta forma convencernos que las verdades no son frías ni calientes, siempre son tibias. Un poco de agua congelada y un poco de agua hirviendo en cada pierna, como hacían los torturadores del Proceso, especialmente a maestros indefensos, y el resultado es un comfortable baño tibio. Yo no puedo vomitar a los tibios, porque no tengo las prerrogativas de la divinidad.

Tampoco me gusta comerme a los chicos crudos, como alguna vez nuestras honestas medianías decían que sucedía en Rusia comunista. Pero con la única excepción de los cigarrillos, especialmente porque no fumo, las propuestas Light las dejo para mi venturoso futuro en un geriátrico cooperativo. En este presente de las posmodernidad que ya está claro que una forma de pos-humanidad, donde llegamos al 2000 unidos para poder ser mejor dominados, esta propuesta para hablar de la praxis en el ámbito público y privado es verdaderamente conmovedora. Me ha conmovido primero porque es la primera vez que seis mujeres juntas me invitan a algo, sea lo que sea. Pero además son seis terapistas ocupacionales, con lo cual me queda claro que vengo a ejercer un supuesto saber y poder en un lugar donde la fuerza y el conocimiento están, como siempre del lado de la praxis. Como sigo creyendo que la tierra es del que la trabaja, justamente porque no me quedé en el 45, pienso que un profesional que se institucionaliza desde los ejes de que toda forma de ocupación tiene una dimensión terapéutica, ya está mucho más avanzado en relación a los que hemos creído que todo se paga y se habla con palabras. Si entendemos la praxis como práctica transformadora, la terapia ocupacional se ubica por decisión propia del lado de las fuerzas instituyentes, productivas, creativas. Estar ocupado en un quehacer, rescatar la dimensión terapéutica de todo trabajo no explotado, en estos momentos de la piadosamente llamada flexibilidad laboral, no es moco de pavo, como un refrán enseña. Pero si estos son peligrosos cuando estornudan, imagínense a los pavos cuando hablan. Yo recuerdo, con la vergüenza de haber sido y a lo mejor el dolor de ya no ser, haber estudiado que los médicos eran los líderes naturales de los equipos de salud. Recuerdo la frase de Groucho Marx: “jamás podría ser miembro de un club que me aceptara como socio”.

Esos equipos de salud no pueden tener más que liderazgos culturales, y la cultura médica hegemónica siempre ha sido fuertemente reduccionista, a pesar de las mejores intenciones de todos los inter y transdisciplinarios de la historia. Lo que intento decir, aunque desde ya no por el principio, que la terapia ocupacional en su dimensión terapéutica se constituye como analizador de la institución de la psiquiatría en general y de la organización manicomial en particular. Dicho lo cual quiero dejar explícito que las afirmaciones que sigan tienen escenas de política explícita que pueden resultar ofensivas para personas sensibles. En ese caso, asumo toda la responsabilidad dejando claro que las seis que me invitaron no tenían ni idea de lo que yo diría, y por lo tanto puede ser una invitación culposa pero no dolosa.

La terapia ocupacional, a la cual desde ahora denominaré “analizador T.O.”, pone en la superficie que no hay hegemonías de una disciplina, y que si las hay tiene que ver con un problema del saber y de poder, no de fuerza ni de conocimientos. Que no hay una profesión que sea “auxiliar” de otra, mucho menos modelo, adversario u objeto, siguiendo la clásica descripción que Freud hace en “Psicología de las masas y análisis del Yo”. El paradigma de esta hegemonía fue la famosa ley 17.132 cuando establecía que los psicólogos eran auxiliares del psiquiatra. Por supuesto, como una cosa es estar loco y otra cosa es comer vidrio, años después los psicólogos (algunos de ellos, claro está) pretendieron que los psicólogos sociales fueran auxiliares de la psicología. Desde un fundamento epistémico que podría ser aceptable. Pero en su dimensión política, a mi entender repetía la ley del gallinero profesional. El analizador T.O. también pone en la superficie la cuestión de que la dirección de la cura, en caso de que algo de esto exista, no es predominantemente discursiva.

Como diría Antonio Porchia en “Voces”, “convénceme sin razones porque las razones no me convencen más”.

El analizador T.O. permite transversalizar el mandato de ganar el pan con el sudor de la mente. Cuando el sujeto recupera el poder de su acto, cuando se apropia al menos de parte de todo aquello que la cultura represora le quitó, en ese momento el sujeto se hace inmortal. Porque todo lo que hace, lo que construye, lo que fabrica, puede permanecer más allá de su propia finitud. Más allá de los resultados del mapeo cerebral, o las determinaciones de los metabolitos en sangre, la cesta de mimbre, el cuadro pintado, las páginas escritas, como la tierra, permanecerán. El analizador T.O. pone en la superficie que lo importante no es estar loco, sino que hace con la locura. ¿O acaso no queda ya claro en este final de milenio que las mayores locuras de la historia se realizaron por sujeto que no estaban dentro de las paredes de ningún manicomio? No es necesario fundamentarlo en ningún *tractus filosoficus*. “No están todos los que son ni son todos los que están”. El Frente de Artistas del Borda, o la radio La Colifata, o los logros de la Peña Carlos Gardel, ¿no muestran acaso que la locura no es innecesariamente antiproduktiva? Que a lo mejor, son muchos los hombres y mujeres que siguen mirando al sudeste. Y que esa mirada, para que no sea una mirada

perdida, debe recuperar la potencia del acto. "Pensarlo, verlo, tocarlo". En ese momento el hombre se recupera a sí mismo en tanto productor de cultura. Es un momento apenas, pero puede ser un momento muy largo. Quizá sea esa la única dimensión de la cura: la aproximación a la cultura producida, que es el extremo opuesto del consumismo. Que no es lo mismo que el consumo.

El analizador T.O. nos muestra que por lo menos es importante el desarrollo de los fenómenos productivos como el control de los fenómenos restitutivos. Al decir que es más importante, seguramente van a pensar que es un acto demagógico, para quedar bien con las terapistas ocupacionales. Bueno, sea. Es más importante. Porque de la misma forma que en una celda de aislamiento, paradigma de la no-productividad, el sujeto alucina y delira para acompañarse, también creo que la vulnerabilidad, la exclusión social y la desafiliación, tal como lo propone Roberto Castell, son maquinarias que fabrican locura social e individual. La desocupación no es un problema laboral solamente. Es también un problema de salud mental y es posible que el DSM IV, o DSMVIII, incorpore la categoría de *working disorder* para describir síntomas de las personas desocupación aguda o crónica. Y dentro del manicomio también hay desocupados. Quizás demasiados que generan sus propios síntomas, que alguna vez se llamaron hospitalismo o plus alienación.

El analizador T.O. muestra que si no hace nada no es porque está loco sino está cada vez más loco porque no hace nada. Que hay todo un mundo más allá de los psicofármacos y de las interpretaciones transferenciales. Que ese mundo para ser humano debe ser producido y apropiado a la medida del hombre. Ni la Psiquiatría ni el Psicoanálisis pueden dar cuenta de todos los por qué de las locuras y de todos los cómo de las curas. Tampoco vale el recurso de tener disciplinas como gomas de auxilio para cuando las profesiones hegemónicas se pinchan. O mejor dicho: sirven para mantener situaciones de poder y saber, pero no de fuerza y conocimiento. Y la praxis, es decir, la práctica transformadora solamente necesita de la segunda, pero nunca de lo primero. Pero la transformación no es solamente de los pacientes, sino fundamentalmente de los profesionales, y en su extremo límite de toda la organización. Por eso propongo pensar a la terapia ocupacional como el "analizador T.O.", dispositivo que puede develar la dimensión institucional de las prácticas en salud mental. Debo recordar que el rescate de esta dimensión fue la utopía fundadora del Primer Encuentro "El Espacio Institucional". Y creo que sigue vigente. Otro recuerdo, y espero no estar empezando a sufrir de reminiscencias. A la vejez, histeria, no parece muy aconsejable. Pero me vino la reminiscencia de una tentativa que hicieron un grupo de profesionales, también de una disciplina considerada auxiliar, para que realizara un análisis institucional del servicio que los nuclea. Diré el pecado, en este caso no capital pero sí institucional, pero no el pecador. Aunque sí el lugar donde se peca, que no es otro que este mismo Hospital.

Después de dos reuniones, la Jefaza sentenció que no podía concretarse porque el Director del Hospital no lo autorizaba, en tanto yo era ajeno al mismo. Traté de explicar que no hay mejor cuña que la de distinto palo. Inútil. Una cosa es la ignorancia y otra la resistencia. Podría haber validado mi condición de "no ajeno" diciendo que después de todo, o antes de algo, yo era egresado del Curso Superior de Médicos Psiquiatras de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Pero para qué discutir si la Jefaza tenía, como todo discurso represor, en cierto sentido razón. Yo soy ajeno a toda política mediocre y cobarde. Y aunque ante la injusticia me pongo verde como el increíble Hulk, no logro aumentar de tamaño. Pienso que el analizador T.O. muestra qué es lo ajeno y qué es lo propio del campo de la salud mental. Y que la inteligencia y la valentía son imprescindibles para cualquier práctica transformadora. Ahora, si queremos dejar todo como está, que nunca pase nada, que de eso y de todo no se hable, que tenemos los gobiernos que nos merecemos, que siempre que llovió paró, que si nos flexibilizamos no nos romperemos, que la culpa de que haya drogadictos la tiene Escohotado, para pensar todo eso con algunos Jefazos es suficiente.

Creo que estamos como cuando vinimos de España, aunque ya muchos quieren volver para allá. Aunque en este momento al menos la Madre Patria se lo tomó en serio y decidió juzgar a sus hijos genocidas. Al fin era cierto que madre hay una sola. Y esto nos lleva al principio del fin. Que es por donde en realidad yo quería empezar. Debo confesar que uno de los pocos lugares donde asocio libremente es cuando escribo. Mi principio era señalar que la polaridad "público-privado" es real, pero aparente. Es decir encubridora. Cuando se dice "lo público" en realidad se está refiriendo a "lo estatal". Y esta dimensión va más allá del "analizador T.O.". Después de todo, es un analizador y no un oráculo. Pero decir "lo público" es evidencia que lo inconsciente es el Estado. La propuesta de René Lourau (El Estado y el inconsciente. Editorial Cairos. 1979) tiene plena verificación, aún cuando se pretende que el Estado se achica, se privatiza, se moderniza, se transforma. Para que nadie se piense que se disuelve, todos tenemos que dejar de bailar después de las 3 de la mañana y no podemos desayunar en un bar antes de las 8. La realidad es que no podemos pensar una forma de organización social sin Estado. Lo podemos adjetivar pero no lo podemos desustancializar. Por momentos parece más *res extensa* que *res cogitans*. Esto es especialmente importante en momentos en que la gestión estatal pasa a manos y pies privados y por lo tanto pierde su esencia de cosa pública, es decir republicana. Por las dudas que mi dicción sea deficiente, debo aclarar que una dije cosa pública y no pública. Ésta última es habitualmente privada, aunque no siempre, como se empeña en mostrar un animador de televisión ex interventor de ATC. El atravesamiento entre lo público (en realidad lo estatal) y lo privado es patente y patético desde que todos supimos (**¿será cierto que el pueblo quiere saber de qué se trata o a lo mejor es preferible no saber de lo en realidad se trata?**) que una fundación serrana subsidiaba a un ministro de economía de la Nación, que a pesar de su adjetivación de argentina, carecía de plata para retribuir esfuerzos. Nunca es triste la verdad, lo que no tiene es remedio. La praxis transformadora tiene su obstáculo mayor en su condición de estatal. Es decir, de instituido no productivo. Por lo tanto, de lo que me parece se trata de

instituir una nueva polaridad: estatal-público. Sabemos que hay Terrorismos de Estado y Razones de Estado. Hay secretos de Estado, que son como los de alcoba pero más peligrosos. Hay indultos de Estado. Pero acá es justamente donde lo estatal se hace menos público. Son las noches de niebla, bastones largos y lápices de la historia. El poder estatal es como el vampiro: ataca de noche. Por eso se disfraza de público aunque todos sabemos que sus entradas nunca son libres y gratuitas. Si podemos pensar que cuando decimos "público" en realidad es "estatal" y nada más abierto al público que el Estado, entonces tendremos que recrear otras formas para que alguna vez nos enteremos de lo que pasa.

Mi propuesta es una forma de lo privado donde lo público encuentra su lugar real pero no en forma encubridora, sino descubridora. Me refiero a los dispositivos autogestionarios, donde no existe la propiedad privada de explotar el trabajo, pero existe la propiedad privada del trabajo creativo. De una multiplicidad de ocupaciones terapéuticas, donde el "analizador T.O." encuentra plena vigencia. Esto quizá no es demasiado público pero es real. Soy fundador de algunas organizaciones incluso familiares, y entre ellas la cooperativa de trabajo ATICO. Un 1° de mayo de 1986. Diez años de una aventura pasional, colectiva, privada, no estatal y autogestionaria. ¿Sería esto el verdadero principio? Utilizar las VI Jornadas (*entre paréntesis, porque en el fondo soy una madre judía: ¿a las otras, por qué no me invitaron?*) para hacer mercadeo de mi cooperativa.

Como negarlo es afirmarlo, y no se puede hablar del CUIT en casa del autónomo, puedo decir que sí: confieso que he vivido. He vivido suponiendo que la institución de la cooperación, la solidaridad, la alianza de trabajo, el respeto no sólo por las diferencias sino también por las semejanzas, el sudor de la mente como único recurso para ganarse el pan, la convicción de cobrar por lo que trabajo pero no trabajar por lo que cobro, la sensación de que tengo muchos hermanos y que con un poco de esfuerzo también los puedo contar, todas esas suposiciones me han permitido ocuparme terapéuticamente para no preocuparme insalubrementemente. Y ahora, llegado al final del principio, descubro que en una dimensión organizacional, la cooperativa no es más que una terapia ocupacional. Tampoco hegemónica, pero desde ya tampoco auxiliar de los fracasos del Estado y de las empresas capitalistas. No somos iguales, por suerte especialmente para ustedes. Somos apenas parecidos, lo suficiente para me hayan invitado y yo haya aceptado. Quizá todos debamos apropiarnos de la profecía zapatista: el problema no es tomar el Estado, el problema es que el Estado deje de tomarnos a nosotros.

Siempre los finales tienen algo delirante. A lo mejor el subcomandante Marcos es el terapeuta ocupacional de los indígenas más explotados de la tierra. A lo mejor esa terapia ocupacional es la única garantía que alguna vez se cierren las venas abierta de América Latina. En ese caso, puedo asegurarles que las VI Jornadas algo tendrán que ver con eso.

Buenos Aires, Argentina. Octubre de 1996.



PROGRAMA

HOSPITAL MUNICIPAL JOSE TIBURCIO BORDA

SEXTAS JORNADAS DE TERAPIA OCUPACIONAL EN SALUD

10, 11 Y 12 DE OCTUBRE DE 1996

AUSPICIADAS POR

DEPARTAMENTO DE DOCENCIA E INVESTIGACION DEL HOSP. JOSE TIBURCIO BORDA
DEPARTAMENTO DE DOCENCIA E INVESTIGACION DEL HOSP. INFANTO JUVENIL CAROLINA TOBAR GARCIA
ASOCIACION MEDICA DEL HOSP. JOSE TIBURCIO BORDA
ASOCIACION ARGENTINA DE TERAPISTAS OCUPACIONALES
ESCUELA NACIONAL DE TERAPIA OCUPACIONAL
UNIVERSIDAD DE QUILMES

COMISION ORGANIZADORA

SERVICIO N° 48 DE TERAPIA OCUPACIONAL DEL HOSP. JOSE TIBURCIO BORDA
SERVICIO DE TERAPIA OCUPACIONAL DEL HOSP. INFANTO JUVENIL CAROLINA TOBAR GARCIA

EJES TEMATICOS

PRAXIS EN EL AMBITO PUBLICO Y PRIVADO
INTEGRALIDAD Y/O ESPECIALIDAD EN TERAPIA OCUPACIONAL
CLINICA EN TERAPIA OCUPACIONAL

RELATORES INVITADOS

T.O. CRISTINA ALLEGRI - T.O. SILVIA DESTUET - LIC. CARLOS CASINELLI - DR. PABLO BONAZZOLA - DR. ALFREDO GRANDE

COMITE CIENTIFICO

T.O. ADRIANA CELLA - T.O. SILVIA DESTUET - T.O. ELIZABETH GOMEZ MENGELBERG
T.O. CELINA TAMARIT - DR. JUAN CARLOS STAGNARO

SEDE HOSPITAL MUNICIPAL JOSE TIBURCIO BORDA

RAMON CARRILLO 375 - CAPITAL
AULA MAGNA DE LA CATEDRA DE SALUD MENTAL
DE 8:30 A 13 HS.

INFORMES E INSCRIPCION:

SERVICIO N° 48 DE TERAPIA OCUPACIONAL DEL HOSP. JOSE TIBURCIO BORDA
DE LUNES A VIERNES DE 12 A 16 HS.

ARANCEL:

PROFESIONALES: \$20 / ESTUDIANTES: \$10

JUEVES 10 DE OCTUBRE

COORDINADORAS:

T.O. MARCELA CAPOZZO
T.O. ELIZABETH GOMEZ MENGELBERG

8:00 HS. **INSCRIPCIÓN**

9:00 HS. **APERTURA**

JEFA DEL SERVICIO Nº48 DE TERAPIA OCUPACIONAL
DEL HOSP. JOSE TIBURCIO BORDA
T.O. SARA DANERI

9:30 HS. **TRABAJOS LIBRES**

"PREVENCIÓN PRIMARIA Y CALIDAD DE VIDA EN LA
FUNCIÓN DEL TERAPISTA OCUPACIONAL"
LIC. T.O. LILIANA SRILLIER
T.O. MONICA SCHWARTZ

"UN APORTÉ DESDE EL PSICOANÁLISIS A LA
PROBLEMÁTICA PSICOSOCIAL"
DR. MARTIN PORTHE

10:00 HS. **RECESO**

10:30 HS. **PANEL**

"PRAXIS EN EL ÁMBITO PÚBLICO Y PRIVADO"
CATEDRA DE SALUD PÚBLICA - FAC. DE MEDICINA U.B.A.
DR. MAZZAFFERO
CATEDRA DE SALUD PÚBLICA - SALUD MENTAL
FAC. DE PSICOLOGÍA U.B.A. LIC. ALICIA STOKNER
DR. ALFREDO GRANDE
LIC. CARLOS CASNELLU

12:00 HS. **RECESO**

12:15 HS. **TRABAJOS LIBRES**

"DE LA ÉTICA Y LA PRÁCTICA"
T.O. SILVIA NARVAEZ
"MEGASOPICIO"
T.O. MARCELA GIMENEZ
"TERAPIA OCUPACIONAL EN EL HOSPITAL ROBALLOS"
T.O. SILVANA SUPPO
T.O. NATALIA YUNOVSKY

VIERNES 11 DE OCTUBRE

COORDINADORAS:

T.O. ADRIANA SLAIFSTEIN
T.O. BARBARA GOLDESTEN

9:00 HS. **TRABAJOS LIBRES**

"DIFERENTES PERSPECTIVAS DEL FENÓMENO DE LA
DROGADPENDENCIA"
DR. RICARDO ITOVICH

"TALLER DE MEMORIA Y MULTISTIMULACION"

T.O. LETIZIA ILARIUCCI
T.O. GLADYS MARTINEZ
MORA VERA (ESTUDIANTE DE T.O.)
"LA PRÁCTICA DE LA PREVISIÓN, UN INTENTO DE SALIDA"
T.O. SUSANA LIMOS

10:00 HS. **RECESO**

10:30 HS. **PANEL**

"INTEGRIDAD Y/O ESPECIALIDAD EN TERAPIA
OCUPACIONAL"
DR. PABLO BONAZZOLA
T.O. CRISTINA ALLEGRI
T.O. SILVIA DESTUET

11:45 HS. **RECESO**

12:00 HS. **TRABAJOS LIBRES**

"TERAPIA OCUPACIONAL EN EL TRATAMIENTO DEL
PACIENTE ONCOLÓGICO"
T.O. ALEJANDRA CORBA
"TERAPIA OCUPACIONAL EN PROGRAMAS SOCIALES"
T.O. LILIANA PAGANIZZI

SABADO 12 DE OCTUBRE

COORDINADORAS:

T.O. DANIELA TESTA
T.O. MARCELA GIMENEZ

9:00 HS. **RELATOR INVITADO**

"LA APLICABILIDAD DE LA ACTIVIDAD TERAPÉUTICA
EN EL HOSPITAL DE DÍA"
LIC. T.O. MARIA FADELA
LIC. T.O. GLADYS MARTINEZ

9:45 HS. **PANEL**

"CLÍNICA EN TERAPIA OCUPACIONAL"
CATEDRA DE SALUD MENTAL Y TERAPIA OCUPACIONAL
UNIV. NACIONAL DE MAR DEL PLATA
TITULAR: T.O. GRACIELA CALDERONE
ADJUNTA: T.O. PAULA MANTERO
J.T.P. MARIANA SORIA
VIDEO "DEBIBANDO MUROS"
T.O. PAULA MANTERO
T.O. LAURA TEJON

10:45 HS. **RECESO**

11:00 HS. **TRABAJOS LIBRES**

"TERAPIA OCUPACIONAL, ATENCIÓN EN CONSULTA
EXTERNA, DESARTICULACIÓN SOCIAL Y FAMILIA"
T.O. ELIZABETH GOMEZ MENGELBERG
"...CUANDO ESTÁ TU ALMA SOLA LLORA"
T.O. PAULA GUARESCH

11:45 HS. **INFORME COMITÉ CIENTÍFICO**

12:15 HS. **CIERRE**

COMITÉ CIENTÍFICO

T.O. ADRIANA CELLA
T.O. SILVIA DESTUET
T.O. ELIZABETH GOMEZ MENGELBERG
T.O. CELINA TAMARIT
DR. JUAN CARLOS STAGNARO

COMISIÓN ORGANIZADORA

T.O. MARISA ALUPPI
T.O. MARCELA CAPOZZO
T.O. SARA DANERI
T.O. MARIA DOERMER
T.O. FABIANA FENOGLIO
T.O. MARCELA GIMENEZ
T.O. BARBARA GOLDESTEN
T.O. ELIZABETH GOMEZ MENGELBERG
T.O. MARCELA GUZMAN
T.O. MIRTA MANGHI
T.O. SILVIA NARVAEZ
T.O. LILIANA RISLER
T.O. MONICA SAGRERA
T.O. ADRIANA SLAIFSTEIN
T.O. SANDRA SPAMPINATO
T.O. DANIELA TESTA
T.O. ALEJANDRA VARELA
T.O. ALEJANDRA CASTRO ARES
T.O. CARLOS PALMA

AUSPICIADAS POR

DEPARTAMENTO DE DOCENCIA E INVESTIGACION
DEL HOSP. JOSE TIBURCIO BORDA
DEPARTAMENTO DE DOCENCIA E INVESTIGACION
DEL HOSP. INFANTO JUVENIL CAROLINA TOBAR GARCIA
ASOCIACION MEDICA DEL HOSP. JOSE TIBURCIO BORDA
ASOCIACION ARGENTINA DE TERAPISTAS OCUPACIONALES
ESCUELA NACIONAL DE TERAPIA OCUPACIONAL
UNIVERSIDAD DE QUILMES

6^{TA} JORNADAS

DE TERAPIA OCUPACIONAL
EN SALUD

10, 11 Y 12 DE OCTUBRE DE 1996

SERVICIO Nº 48
TERAPIA OCUPACIONAL
HOSPITAL DR. JOSE TIBURCIO BORDA

SERVICIO DE TERAPIA OCUPACIONAL
HOSPITAL INFANTO JUVENIL
DRA. CAROLINA TOBAR GARCIA

JORNADA 7

**Séptimas Jornadas de Terapia Ocupacional
1, 2 y 3 de octubre de 1997**

PRÓLOGO

Liliana Paganizzi

La convocatoria para Prologar *aquellas / estas 7mas Jornadas* de 1997 me ha llevado un tiempo de trabajo que no me es ajeno, me resulta más fácil leer que escribir y finalmente, si me entusiasma el tema- como ahora- me sobra material y me falta espacio.

Comentaré entonces apenas el panel central que lleva el nombre de las Jornadas y un trabajo libre que podría resumir el panorama disciplinar de los '90.

La decisión de la Comisión Organizadora de convocar con el tema: Derechos Humanos – Derecho al Trabajo – Derecho a la Salud *con un eje en los derechos humanos y otro en el sostén de los principios básicos de la APS: solidaridad, justicia social y participación popular*¹ resultaba lo más indicado para la época, revisando los acontecimientos del año 97 valoro aún más la iniciativa y me alegro de haber estado... porque era necesario... lo supiéramos o no.

Transitábamos la segunda presidencia de Carlos Saúl Menem, re elección que había conseguido a partir del denominado Pacto de Olivos con el ex presidente Raúl Alfonsín y el apoyo de los votantes, por supuesto. Durante el gobierno de Alfonsín se había juzgado y condenado a la Junta Militar y otros, todos acusados de distintas aberraciones contra los Derechos Humanos, en el gobierno de Carlos Menem se concretaban indultos a varios de los condenados y al año siguiente (1998) se derogaría, entre otras, la Ley de Obediencia Debida.

El año 1997 había arrancado con la terrible noticia del asesinato del fotógrafo José Luis Cabezas y la consigna “No se olviden de Cabezas” era un lema de organismos periodísticos, de derechos humanos y del público en general.

Atento a las recomendaciones de organismos internacionales para la región se ajustaba la economía con privatizaciones de empresas públicas, organismos reguladores del estado, radios, canales de televisión y ferrocarriles; se descentralizaban escuelas y hospitales, que ahora financiarían las provincias y/o municipios. El Hospital Borda también pasaría de su dependencia Nacional al Municipio. Aparecían nuevas formas de reclamo como los “cortes de ruta”, en ese año (1997) hubo 104 (cortes de ruta) en todo el país y se instaló el término “piquetero”.

El Panel Central integrado por psicólogas expresaba aquella realidad política

1. Elina Aguiar formaba parte de la comisión de Salud Mental de la Asamblea Permanente por los Derechos Humanos (APDH) y presentaba el Taller de Capacitación para la búsqueda de trabajo de jóvenes. Expresaba su consternación por la implementación de aquella orientación en un momento de creciente desempleo y me parece recordar que consideraban la posibilidad de suspender la actividad.
2. Alicia Stolkiner² era Titular de Salud Pública y Salud Mental de la UBA, era y es actualmente un referente de los temas de la salud pública y la salud Comunitaria del Sub Sector Público. Su ponencia Derechos Humanos - Derecho al Trabajo – Derecho a la Salud fue excelente y se puede leer con total y lamentable vigencia hoy día, fue publicada por C.O.L.T.O.A. en 1998.^{3 4}

1 Dossier. VII Jornadas de Terapia Ocupacional. Hospital José T. Borda .Materia Prima Año 2. Nro 1998. 11-24.

2 Stolkiner, A. Prólogo. En RISaM. Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental. (Paraná) A experiencia de (trans) formar con otros. Prosa Editores. Entre Ríos. 2017 .p 16.

3 Stolkiner. Derechos Humanos. En Terapia Ocupacional. Reflexiones, Serie Compilaciones 2. Grupo Editor C.O.L.T.O.A. 1998.

4 El año pasado (2018) cuando estaba supervisando en Entre Ríos los/las Terapistas Ocupacionales de RISaM (Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental) me regalaron una publicación. En el Prólogo, Stolkiner señala “...en el capítulo 3...aparece la voz de una profesión más nueva, la terapia ocupacional”. Curiosa expresión sobre una disciplina que integró la RISAM desde 1986 según han dado cuenta varias colegas, entre otras. T.O s del plantel del servicio 48. También estuvimos juntas, cuando se abrió y en 1993 cuando se cerró. Lenta la construcción de la interdisciplinariedad.

Sobre los trabajos libres

“El derecho a tener derechos. Pobreza y discapacidad” presentado por Milagros Demiryi representa en mi opinión una brillante exposición de la época, fue publicado en *Materia Prima* en 1998⁵ y hasta el momento me parece que es el primer trabajo de la disciplina publicado sobre Derechos Humanos. En los varios recorridos que he hecho a lo largo de los años, no he encontrado otros.

Según se desprende del trabajo, unos pocos meses antes de esta presentación se había resuelto positivamente el caso de la tenencia de tres niños cuyos padres eran personas con discapacidad intelectual. Milagros, como integrante del Movimiento Ecueménico por los Derechos Humanos, había realizado los informes pertinentes utilizando herramientas de Evaluación del Modelo de la Ocupación Humana (MOH), también había hecho el relevamiento de las redes en el barrio.

Efectivamente durante los años 90, simultáneamente a las políticas señaladas, habían arribado al país con gran fuerza el concepto de Modelos Teóricos y el MOH fue difundido y abrazado por muchas colegas como la teoría que la Terapia Ocupacional precisaba.

Tal era la presencia, que en el último Congreso Argentino (IV Congreso Argentino y III Simposio Latinoamericano, Santa Fe, 1995), un MODULO se denominaba APLICACIÓN DEL MODELO DE OCUPACIÓN HUMANA. La T.O Carmen Gloria de Las Heras, difusora oficial del MOH en Latinoamérica, era una de las invitadas, dictó un curso al respecto al que concurrimos más de 200 personas. Me tuve que retirar cuando me pareció escuchar que el MOH consideraba que la causa de la Esquizofrenia era biológica, pero hoy día no estoy muy segura de que fuera así.

En años 90 también habían llegado al país publicaciones y noticias de las Estrategias de Rehabilitación Psicosocial como respuesta a los movimientos de Desmanicomialización de las prácticas en Salud Mental. La que suscribe había viajado a Trieste y a la vuelta (1996) me reuní con Elizabeth Gómez Mengelberg y Sara Daneri, ellas organizaron la charla “El sistema de salud mental triestino. A veinte años de Basaglia” y vimos con algunas personas del hospital Borda el video “Operina” que mostraba el funcionamiento de micro emprendimientos y cooperativas. En 1998 se iniciarían los emprendimientos en el servicio 48.⁶

A pocos días de aquellas Séptimas Jornadas, varias Terapistas partimos hacia el V Congreso Brasileiro de Terapia Ocupacional y Simposio Latino-Americano de Terapia Ocupacional en Belo Horizonte (Minas Gerais, Brasil)⁷. *Conforme a la corriente regional, Gary Kielhofner era el invitado especial e inauguró el Congreso, por razones que ignoro se retiró ni bien finalizó su ponencia. Varias T.O s de la Región también estábamos invitadas, compartí la habitación con Anne Spencer, una de las Vice presidentas de la WFOT, era una americana amorosa que adoraba Latinoamérica y no hablaba una palabra en español. Participó alegremente en todas las ponencias y fue de paseo con nosotras.* Según Reis, T.; Barros, D. y Uchidomari (2010)⁸ en ese Congreso se presentó el primer trabajo de la que luego se denominaría Terapia Ocupacional Social. Lo presentó Sandra Galheigo y trataba sobre la culpabilización y discriminación de la población adolescente. Conocí a Sandra 10 años después, durante el X Congreso Brasileiro de TO, en Goiânia (Goiás, Brasil, 2007) en el Simposio de Terapia Ocupacional Social, allí me encontré con la publicación *Terapia Ocupacional sin fronteras* y desde entonces es mi hogar conceptual.

En esto andábamos por el 1997.

Agradezco la invitación, tiene su lógica, estuvimos juntas en cada encuentro.

5 Demiryi, M. El derecho a tener derechos. Pobreza y discapacidad. *Materia Prima* Año 2. Nro. 7. 1998. 25-27.

6 Narváez, S; Spampinato, S; Testa, D. De Incertidumbres y Posibilidades. En *Terapia Ocupacional. Trabajo y Comunidad*, Serie Compilaciones 3. Grupo Editor C.O.L.T.O.A. 1999

7 Asociación Argentina de Terapista Ocupacionales (2018) Índice de producción nacional de Terapia Ocupacional. Buenos Aires, AATO.

8 REIS, T.A. M.; BARROS, D. D.; UCHIDOMARI, I.Y. A terapia ocupacional social nos congressos brasileiros (1997-2007): desafios e debates de um campo emergente. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 21, n. 2, p. 111-120, maio/ago. 2010.

TRABAJOS LIBRES

El derecho a tener derecho. Pobreza y discapacidad⁹

Milagros Demiryi

Introducción

Sustentar un modelo de concepción integral de los derechos humanos, es reafirmar el carácter indivisible e interdependiente de los derechos fundamentales y su necesidad de ser reconocidos y protegidos. Según A. Magendzo: "se plantea la necesidad de dar cabida a un paradigma de racionalidad distinta a la racionalidad instrumental, que permita develar las contradicciones que subyacen a esta. Desde este punto de vista, aproximarse a los derechos humanos implica abandonar los modelos de pensamiento dicotómico para favorecer un conocimiento integrador en el cual tengan cabida lo subjetivo y lo objetivo, el orden y el desorden, lo particular y lo universal, lo individual y lo social, lo racional y lo irracional".

La Asamblea Constituyente que en 1994 reformara la Constitución Nacional, incorporó en esta, algunos principios, declaraciones y normas de los derechos Humanos, otorgándole jerarquía constitucional. Este hecho constituye un paso de enorme trascendencia para las vigencias y las libertades fundamentales de la personas, a partir de lo cual, los jueces ya no podrán desconocer el derecho internacional en la administración de justicia, ni fundamentar la invalidez jurídica de textos tales como la Declaración Universal de los derechos Humanos, la Convención Americana de los Derechos y Deberes del Hombre y la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, entre otros.

Sin embargo la sola aprobación formal, no garantiza el ejercicio de estos derechos. Se plantea la necesidad de su vigencia en la vida cotidiana.

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

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

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

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

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

Presentación del caso

En Santa Fe, en el mes de Agosto de 1996, una pareja muy humilde, acude al Movimiento Ecuménico por los Derechos Humanos, solicitando asesoramiento jurídico. Denuncian que por disposición del juez de Menores, habían sido despojados de la tenencia de tres de sus hijos (de 11, 3 y 1 año y medio de edad) relatan la historia familiar que sintéticamente es la siguiente.

La pareja había tenido hasta ese momento doce hijos y uno en camino, porque la mujer se encontraba embarazada.

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

Desarrollo del caso

El Movimiento Ecuménico por los Derechos Humanos (MEDH), decide actuar en la causa después de haber constatado la posibilidad de una decisión judicial injusta. Al momento de presentarse su asesor legal, la causa ya estaba para fallo.

⁹ Publicado en: Materia Prima Primera Revista Independiente de Terapia Ocupacional en la Argentina ISBN 0328-7890 Año 2 N° 7 Marzo-Mayo 1998 Pág. 25-27

Previendo, dadas las circunstancias, un fallo desfavorable y, a fin de evitar la separación de padres e hijos, se propuso al juzgado como solución intermedia, que se le diera la tenencia de los niños a una familia del barrio. El juez rechaza esta propuesta y dicta la resolución disponiendo privar a los padres de la patria potestad sobre los dos niños más pequeños, quedando estos "Bajo la protección del patronato estatal" y quitarles la tenencia sobre el mayor, que debía quedar "bajo el sistema de Institutos Proteccionales".

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

La defensa apela inmediatamente este fallo ante el superior. El expediente pasa a la sala penal tercera de la Cámara de Apelaciones, en virtud de la ley 11.452 (Art 141) que ya había entrado en vigencia.

Durante este lapso, la coordinadora Regional del Movimiento Ecuménico por los Derechos Humanos, en su condición de terapeuta ocupacional, realiza una evaluación de las capacidades funcionales de la pareja, para determinar si están en condiciones de desempeñar los roles parentales.

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

Fundado en el art.116 de la ley 11.452, solicita a la Sala disponga como medidas de mejor proveer, las siguientes:

Informativa; Inspección Ocular; Documental y Testimonial.

La Documental, para que se depongan la Terapeuta Ocupacional y un miembro de la vecinal, respecto al trato que recibían los niños y su desarrollo en el hogar.

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

Constituida nuevamente, deponen los testigos propuestos por la defensa.

Es de hacer notar aquí, el particular interés que despertó en los Jueces de la Cámara, el informe efectuado por Terapia Ocupacional. La audiencia fue extensa, las preguntas realizadas por los jueces fueron minuciosas. Algunas de fundamento, otras de modalidad. Fue una oportunidad para hacer docencia en un ámbito donde se desconoce lo que hace la terapia ocupacional. Se explicaron las incumbencias profesionales, el modelo teórico, los métodos y técnicas aplicados en el caso, a modo de un acercamiento conceptual que contribuyera a comprender el razonamiento clínico expresado en el informe. La fluidez de la audiencia estuvo dada por el poder dar cuenta del trabajo realizado, conceptualizando desde hechos concretos y ejemplificando a partir de elementos teóricos.

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

El fallo, entre sus fundamentos, invoca la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño y en los considerandos, menciona en particular, el contenido del informe de la Terapeuta Ocupacional y las apreciaciones de su testimonio. Días después, los niños son restituidos a sus padres.

Estrategia de intervención

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

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

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

En esta reunión surgen dos propuestas:

- Presentar una propuesta transitoria al Juzgado. Consistía en que una familia del barrio asumiría la crianza de los niños. Esta familia estaba dispuesta a que los padres estuvieran en contacto con los niños.
- Realizar una evaluación de Terapia Ocupacional sobre las capacidades funcionales de la pareja.

El objetivo de la primera propuesta perseguía evitar la institucionalización de los niños con la consiguiente desintegración familiar, sostenida desde la movilización de recursos de la comunidad, dado que eran los vecinos del barrio quienes estaban dispuestos a acompañar y apoyar a esta familia.

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

Metodología de Terapia Ocupacional

Se tomó el Modelo de la Ocupación Humana como marco teórico de referencia. Para realizar la evaluación, se seleccionaron del Modelo, los siguientes instrumentos:

- Entrevista histórica del funcionamiento ocupacional (O: P: H: I).
- Chequeo de Roles (R. CH).

La confiabilidad y validez de tales protocolos fueron considerados elementos de peso previendo que este trabajo podría adquirir el carácter de peritaje de parte.

El proceso de evaluación se realizó en el lapso de dos meses. Los resultados indicaron que, de acuerdo a la escala de puntaje, la pareja poseía un nivel de función correspondiente al de Competencia. Su Desempeño Ocupacional no evidenciaba ser interferido por el retraso mental, encontrándose más comprometidas, las habilidades de procesamiento, de la madre (RM moderado) que las del padre (RM leve). Apareciendo el ambiente social, en particular las instituciones con las que se relacionaban con sus hijos, como el factor de mayor interferencia. La forma de vida de la pareja, resultaba congruente con la cultura predominante en su ambiente y coherente con su historia y origen.

Conclusiones

Para quienes participamos de esta experiencia, ella ha resultado una cantera de aprendizajes.

Los derechos humanos como basamento ético de una praxis de transformación, se convirtieron en el paradigma articulador.

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

El protagonismo activo de los directos afectados, el aporte de la comunidad barrial con sus saberes de vida, el compromiso de servicio de entidades de derechos humanos, motorizaron esta modalidad interdisciplinaria. Abogacía diseñando una estrategia de defensa innovadora, Terapia Ocupacional interviniendo en el ámbito de la justicia.

Hemos comprobado una vez más que los derechos se construyen cotidiana y colectivamente.

Asumimos ese desafío porque no estamos dispuestos a perder nuestros sueños, ilusiones y utopías.

Nuestro aporte a la justicia, lo ha sido también, a la salud y al bienestar de esta familia, quienes descubrieron que tienen derecho a tener derechos.

Participaron de esta experiencia: Asociación Vecinal Barrio Santa Rosa de Lima, Grupo Santa fe para la defensa de los Derechos del Niño y del adolescente, Movimiento Ecuménico por los derechos Humanos. Asesor legal: Francisco Millan y Marcela D Ángelo (TO Minoridad).

Agradecimientos: a la colaboración de Daniela Beltramo (TO) y de Carmen G De la Heras (MS OTR/L), quien desde Chile brindó su desinteresado apoyo y orientación.

Bibliografía

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



¿El abstencionismo implica una disminución de los riesgos?

Ricardo Itovich

Me voy a referir a un tema que resulta polémico, sobre todo en la práctica institucional, respecto al tratamiento de las adicciones: la abstinencia. Este término desde el discurso social y médico, muchas veces resulta emblemático y hasta es utilizado como un factor que introduce cierto espíritu competitivo entre quienes están lanzados en la recuperación y rehabilitación de su toxicomanía.

Se me ocurre, a lo largo de varios años de experiencia en la clínica de las adicciones, hacer referencia a innumerables situaciones, surgidas con pacientes que le otorgan cierto beneficio al solo hecho de concurrir a una institución durante algunas horas al día, con el único objetivo, de permanecer en abstinencia durante ese lapso. Insisto, desde el discurso médico y social esto resulta una burda mentira o en lenguaje más psicologizado, estaría del lado de la defensa, de la resistencia, con el único fin de seguir consumiendo hasta las últimas consecuencias, sin ser molestado. Quiero decir, que desde el sentido común a nadie se le escapa que una persona adicta debe dejar de consumir drogas en forma absoluta para curarse y esta sería la única manera de dejar de poner en riesgo su vida. Si intentáramos pensar esta indicación desde la escucha analítica, o sea, desde lo que nos quiere decir el sujeto en relación al consumo, podríamos llegar a descubrir que la imposición de la abstinencia como método de curación, hasta podría incrementar los riesgos de muerte en el sujeto. Por qué digo esto. No puedo dejar de pensar en el goce y fundamentalmente en el goce del Otro. Es bastante habitual escuchar en un sujeto consumidor de drogas que al referirse a sus relaciones parentales hable de la insoportabilidad de ellas, del Otro intrusivo, invasor, que no lo deja vivir en paz, que lo controla. Y del lado de los familiares, alusiones a cierto sexto sentido que les permite saber todo de su hijo, de sus pensamientos más íntimos. El drogarse para liberarse del Otro, pasa a ser una alternativa, produce un efecto de descompresión, aliviador y en un principio quien lo experimenta no registra la repetición en la que queda inmerso.

La droga es el nuevo Otro que se apodera de él hasta que no puede sacársela de encima. O sea, tan intrusivo e invasor como aquel del cual pretende liberarse. De cualquier manera, hasta tanto un sujeto pueda sintomatizar esta encrucijada, la necesidad de drogarse para sacarse de encima al Otro, sigue vigente. Desde la perspectiva de qué lugar ocupamos en la transferencia, deberíamos pensar si es prudente indicar a la manera de una imposición la abstinencia total, ya que una vez puesta en práctica la misma, se incrementaría la tensión insoportable con el Otro y la vuelta al consumo, en lugar de un acting, puede transformarse en un pasaje al acto.

Estimo que deberíamos pensar que hay un sesgo de verdad en lo que están diciendo. No comparto la idea de avalar estos comentarios que de algún modo son reivindicativos de la ingesta de drogas, simplemente digo que deberíamos escuchar más allá y de acuerdo a ello trazar una estrategia de tratamiento, que tal vez en un principio persiga como único fin la disminución de los riesgos, posibilitada por una reducción en el consumo por el solo hecho de concurrir a una institución diariamente y por la generación de un lazo con otro, que no es reconocido del lado del intrusivo. No dejo de advertir que en algunos casos, la merma en los riesgos no se corrige por la disminución de la cantidad de droga ingerida, ya que por tratarse de una persona que se inyecta drogas, que es portadora del virus del HIV, o que el efecto desinhibidor del tóxico lo pone en riesgo de desencadenar actos de violencia, el mismo deja de ser un factor cuantitativo y pasa a ser cualitativo, por lo tanto, la indicación de la abstinencia bajo la forma de ser recluido (internado) para sus cuidados intensivos, parece ser una última alternativa. En relación a la indicación de la abstinencia y del cumplimiento de normas muy estrictas, que suele ser la modalidad de trabajo estandarizada de muchas instituciones, que ubican al adicto como entidad nosológica y tratan al consumidor de drogas sin

discriminar la estructura clínica en el sujeto, he constatado, que un sistema en el cual se trata de imponer el sometimiento a la autoridad, fundamentándolo en que los adictos necesitan límites y muy claros, se llegan a producir descompensaciones psicóticas muy difíciles de manejar a posteriori. De ahí la importancia de hacer un diagnóstico diferencial lo más tempranamente posible y tal vez en función de ello, se trata de tratamientos grupales en instituciones, aplicar criterios correctos de agrupabilidad, aún dentro de una población que tiene como rasgo común el consumo de drogas.

A modo de conclusión diría que en la estrategia de los tratamientos en drogodependencia estaría la disminución de los riesgos, objetivo, en relación al cual deberíamos pensar si la abstinencia absoluta es un medio válido para llegar al mismo, o tal vez sea una táctica equivocada y contraproducente, por lo que pueda desencadenar.

Bibliografía

FREUD, Sigmund. MÁS ALLA DEL PRINCIPIO DE PLACER.

FREUD, Sigmund. PULSIONES Y SUS DESTINOS.

LACAN, Jaques. SEMINARIO DE LOS CUATRO CONCEPTOS.

PHARMAKON-PUBLICACION INSTITUTO DEL CAMPO FREUDIANO.



Marginación y Marginación

Rodolfo M. Cergneux

Resumen

Este trabajo surge a partir de las ideas de Freud, Foucault y Lacan en relación al poder. Intenta crear una pregunta en torno a la marginación que producen las instituciones en general y los neuropsiquiátricos en particular y la marginación que genera el sistema fuera de los muros del Hospital.

Convivencia de marginados y ya no sociedad versus marginalidad. Para ello pienso en la Pulsión de Muerte de Freud y en la Sociedad de la Mercancía y el Espectáculo que plantea Lacan. Estas cuestiones abren una pregunta a partir de una afirmación. La afirmación es "Hay que desmanicomializar pues la libertad no sólo es un derecho de todo enfermo mental sino que esta institución no cumple con la finalidad para la cual fue creada": La pregunta es "¿Qué hacer luego que este sujeto es rehabilitado desde la marginación a la misma escena del afuera marginante?".

Intento dar una posible respuesta.

Marginación y marginación

Freud, setenta años atrás escribía que la "cultura humana muestra por un lado, el dominio de la naturaleza a través del saber y poder-hacer que los hombres ha adquirido para gobernarla, y por otro las normas necesarias para regular los vínculos entre sí. Vínculos incluidos por la satisfacción pulsional que los bienes existentes hacen posibles". Además "el ser humano puede relacionarse como un bien el mismo si explota su fuerza de trabajo o si se lo toma como objeto sexual". Decía también que "el hombre es enemigo de la cultura" y que estas normas, instituciones y mandamientos cumplen la función de protegerla. No sólo persiguen el fin de establecer cierta distribución de bienes sino el de conservarlos y en verdad deben "preservar de las emociones hostiles de los hombres todo cuanto sirve al dominio de la naturaleza y a la producción de bienes". Y agregaba, "se recibe la impresión que la cultura es algo impuesto a una mayoría recalcitrante por una minoría que ha sabido apropiarse de los medios de poder y de compulsión".

Foucault, veinticuatro años atrás decía en una conferencia: "La riqueza de los siglos 16 y 17 se componía esencialmente de fortunas o tierras, especie monetaria, eventualmente letras de cambio que los individuos podían negociar. En el siglo 18, aparece una nueva forma de riqueza que se invierte en un nuevo tipo de materialidad que no es ya monetaria: mercancías, stocks, máquinas, oficinas, materias primas, mercancías en tránsito y en expedición. El nacimiento del capitalismo... se traducirá en este nuevo modo de invertir las fortunas. Ahora bien, estas fortunas... están directamente expuestas a la depredación... la policía de Londres nació de la necesidad de proteger los docks, almacenes y depósitos... el gran problema de esta época

es el de instaurar mecanismos de control que permitan la protección de esta nueva forma material de fortuna... los nuevos sistemas de control social establecidos por el poder, la clase industrial y propietaria, se tomaron de los controles de origen popular o semipopulares y se organizaron en una versión autoritaria y estatal. A mi modo de ver este es el origen de la sociedad disciplinaria”.

Cercano a estos años, Lacan decía tomando a Hegel, que el Amo antiguo era un sujeto reconocido como tal por otros que, al reconocerlo como tal, se reconocían ellos como esclavos. Pero, está a la vista que en la sociedad moderna cada uno vale por lo que tiene para vender. “Cada uno busca un espacio donde dispondría de un pedazo de saber o de saber-hacer para vender. Evidentemente cuanto más raro es un saber o saber-hacer, más vale.

Es así como se crean una infinitud de objetos que sirven para sostener una ilusión, fundamentalmente una ilusión de felicidad. Sólo basta ver las publicidades de “Sprayette”. Para encontrar en esos productos la solución de nuestros problemas.

Producir siempre más, siempre mejor, se alimenta de la impotencia para satisfacer, y esto relanza el ciclo infernal y sin límites de la producción de objetos. Ya en el año 1970 este autor nos decía: cuando no se sabe más a qué santo se quiere, se compra no importa qué, particularmente un auto...” Hoy vemos que un auto cero kilómetro en un año ya es viejo, otro debe reemplazarlo. Podríamos decir así: antes el hombre era explotado por el Amo, hoy lo es por los productos. Explotado por estos productos que suponen la mediación de “el saber” y “el saber-hacer”. Se es esclavo de la mercancía.

Podemos sintetizar estas ideas diciendo que las relaciones de los hombre están determinadas por el poder (saber) económico, y que ésta es la superestructura que domina las relaciones de los hombres.

Pero, paralelamente, debemos tener en cuenta lo que Freud nos dice en el “Malestar en la cultura”. Allí refiere que a los idealismos como el del comunismo de la eliminación de la burguesía, o el del catolicismo con su “amarás al prójimo como a tí mismo”, y todo tipo de ideal que impere en una cultura determinada, le subyace una pulsión, la pulsión de destrucción, inherente a cada uno de nosotros. Pulsión que se visualiza en lo social de la forma en que por ejemplo, es más grave el acto de robar que el de matar pues el primero atenta contra las reglas del libre mercado y en cambio matar sólo atenta contra las leyes naturales. En lo individual lo distinguimos en el ascenso de las patologías narcisistas. Freud enunciaba, “La agresión no ha sido creada por la institución de la propiedad, reinó desde épocas primordiales... siempre es posible ligar una multitud de seres humanos en el amor, con tal que otros queden fuera para manifestarles la agresión. Valga como ejemplo el fenómeno de la hostilidad entre comunidades vecinas o de un mismo país”, lo que él llamó “el narcisismo de las pequeñas diferencias”. “La inclinación agresiva es una disposición pulsional autónoma y la cultura encuentra en ella su obstáculo más poderoso”.

Estas ideas las tomo para pensar el momento en que vivimos. Sociedad de la imagen, del espectáculo, del *safe man* (hombre a salvo), de la mercancía y del cuidado de las mismas y no de los derechos de quienes las producen. Creo que estamos frente a una sociedad que no puede distinguir como diferentes dos momentos como lo son el de crear y el de destruir, sino que hoy se crea para destruir. No estamos situados como nos dicen, en crecimiento, estamos en excrecencia. En la sociedad de la proliferación, de lo que sigue creciendo sin poder ser medido por sus propios fines. Lo excrecente, es lo que se desarrolla de una manera incontrolable, sin respeto a su propia definición, es aquello cuyos efectos se multiplican con la desaparición de las causas”.

Tomemos un ejemplo donde la creación-destrucción se materializa. Todos nosotros soñamos, fantaseamos con un primogénito, pero además nos gustaría que ese primogénito sea lo más parecido posible a nosotros. Esto sucede en los sueños o las fantasías concientes o no. Ahora decimos sucede pues la clonación hace posible materializar estos sueños. Los clones al igual que los objetos de consumo, son la eternidad de lo Mismo. Sueño celular de escisiparidad, la forma más pura de parentesco, ya que permite finalmente prescindir del otro y pasar de lo mismo a lo mismo. Así tanto el padre como la madre han desaparecido, no en favor de una libertad aleatoria del sujeto, sino en favor de una matriz denominada código. Ni padre ni madre, matriz de código genético, que es la “que pare” ahora al infinito. Tampoco hay sujeto, la reduplicación termina con su división. Pura materialización del sueño narcisista, rompe los espejos en donde reencontrarse. “Uno jamás es el espejo, ideal o mortal del otro, uno y otro sólo pueden sumarse y no conocen la muerte”. Ya no hay el Dos, sólo hay UNO, se consagra con la clonación la reiteración de lo MISMO. Es 1+1+1... etc.

“Ni hijo ni gemelo, ni reflejo narcisista, el clon es la materialización del doble por vía genética, o sea la abolición de cualquier alteridad y de cualquier imaginario”. Como sigue diciendo Baudrillard, “nosotros ya no practicamos el incesto, pero lo hemos generalizado en todas sus derivaciones. La diferencia es que nuestro incesto ya no es sexual ni familiar, sería más bien escisiparo y protozoario. Así es como hemos burlado la prohibición: con la subdivisión de lo MISMO con lo MISMO, con su cópula sin pasar por el Otro. Sigue siendo el incesto pero sin la tragedia del incesto”.

Acaso, ¿no es una pulsión de muerte lo que llevaría a los seres sexuados hacia una reproducción anterior a la sexuación y los empujaría al mismo tiempo, a la negación de cualquier alteridad, cualquier alteración de lo mismo, para tender únicamente a la perpetuación de una identidad?

Resumiendo las ideas expuestas por estos autores, podemos decir que:

- 1) Freud nos habla por un lado, del poder que se obtiene por el saber y poder-hacer de una minoría sobre una mayoría, y por otro lado, que la pulsión de destrucción es una disposición autónoma no creada por la institución de la propiedad.
- 2) Foucault da cuenta del nacimiento de la sociedad disciplinaria, control social a partir del cuidado de las mercancías.
- 3) Lacan nos dice que el amo moderno es la mercancía y que es ella la que produce al hombre. Estos productos explotan al hombre y suponen un saber hacer por parte de él. Cada uno vale por lo que sabe o tiene.
- 4) Baudrillard ejemplifica con la clonación la pulsión de muerte.

Estas ideas son los pilares conceptuales para desarrollar el título de este trabajo y poder dar cuenta del por qué creo que no hay una línea divisoria clara entre la marginación del adentro y la del exterior de los hospitales psiquiátricos.

Sin olvidar estos conceptos voy a tomar un tema del que se habla mucho últimamente como es la desmanicomialización. Para ello parto de un texto de Emiliano Galende que propone la misma. Como se sabe, la consigna de abolir las instituciones psiquiátricas se ha extendido. Pero no debemos olvidar la alienación y marginación que produce esta sociedad de la mercancía. A diferencia de épocas anteriores, la marginación está dentro del sistema, es aceptada, se convive con ella. Como dice el autor “se trata de la armonía que adquiere en la actual modernidad la convivencia de la marginalidad más inhumana, con las formas más frívolas o superficiales de la sociedad de consumo. Cultura de la imagen, sociedad del simulacro. La masificación, la pérdida de individualidad social ya no es un problema del asilo y de los internados, ahora lo es de toda la cultura”. Así el muro del manicomio, frente a estas transformaciones de la individualidad burguesa ha perdido sentido. Es difícil sostener la necesidad del aislamiento.

En este aspecto el autor dice: “Debemos preguntarnos por el sentido de las propuestas de abolición de manicomio y los caminos a seguir tras su logro, ya que el destino de los internados en estas instituciones sigue estando ligado a aquel de todas las individualidades degradadas de la sociedad. Si pensamos en aquellos pacientes que, tras la segregación y custodia institucional han perdido toda relación social con el exterior de los mismos, sin familia, o con familia sin posibilidad de continuidad, sin amigos, sin posibilidades reales de empleo, sin vivienda, el desamparo en que se encuentran hace que el asilo sea su único rasgo de identidad y hogar natural”. Externarlos es lanzarlos a la marginación del afuera, con la diferencia que sin aquellas condiciones lo esperable es la muerte o una supervivencia cercana a ella.

El autor nos plantea una alternativa en la que “deben articularse tres niveles:

- 1) Construir una trama solidaria y continente para recibir y aportar a la recuperación de la ciudadanía de las personas externadas.
- 2) Exigir la puesta en marcha de políticas sociales y de salud que garanticen, a través del estado la cobertura de las necesidades de todo el proceso de reinserción social.
- 3) Mantener lo específico de una asistencia en salud mental que asegure una recuperación en el grado de posibilidad que abra la externación y a fin de paliar el sufrimiento mental, tanto como impedir nuevas modalidades de internación”.

En lo personal, me resulta utópico pensar esta alternativa en la que se espera una respuesta del Estado en políticas sociales y de salud concretas que reflejen el compromiso social, solidario con las necesidades de estas personas. ¿Por qué utópica? Porque me es imposible pensar un Estado preocupado por el que no produce. Pues esta sociedad mercantil trabaja para llenar el vacío de la noción de felicidad creando “imágenes identificatorias de felicidad”, como dice Benasayag. Estas imágenes son, la propiedad privada, viajes, familia, distracciones, estética... espejismos universales a los que se acceden sólo con dinero. Cuando la mercancía humana no trabaja para producir ese dinero que le permitiría el privilegio de “pertenecer” a este ideal de libertad y felicidad, porque llega el tiempo de “disfrutar” la jubilación o un accidente la volvió inepta para trabajar (minusvalía), o se volvió loco, la mercancía humana desvalorizada se transforma en mercancía “inclasificable”. Así es como el jubilado, el ama de casa, el minusválido, el loco, no tienen derechos, los perdieron al dejar de producir y al no consumir. Pero entre estas mercancías sólo al loco se lo encierra. Entre todas es la que más derechos pierde. Queda claro que no hay argumentos para sostener el encierro, ni siquiera el de la peligrosidad, pues la experiencia de Basaglia en Italia lo demuestra en sus estadísticas. Ya no es necesario esconder a la mirada lo que afea el paisaje urbano como lo fue en 1656 cuando se crea el hospital general. Ni siquiera la función de curar, para la que se pensó, se cumple. La institución de hoy reproduce exacerbadamente lo que hay fuera de ella, los mecanismos de expulsión /segregación siguen vigentes, ha cambiado en todo caso la actitud, ahora se convive con indiferencia con aquello que antes se encerraba.

De todo esto sólo surge una contradicción, al menos en mí: no seguir castigando con el encierro a los alienados ni reinsertar a éstos a la gran masa de alienados del afuera. Ni manicomios ni desmanicomialización.

¿Qué hacer? La respuesta que puedo dar está, en primer lugar del lado de las negaciones. No esperar, no engañarse. No esperar de estos estados modernos con sus discursos políticos de “compañeros de ruta” y de defensores humanitarios de las víctimas, una respuesta en los hechos para combatir lo que ellos mismos sostienen como modelo, el de las reglas del libre mercado que

genera cada vez más marginados. No esperar ni engañarse cuando nos piden que pensemos, que nos comprometamos desde nuestro trabajo con la urgencia de la situación. Porque esta urgencia es una trampa. Cuando nosotros no demostramos interés por los problemas del mundo no nos exigen nada, pero desde el momento en que nos comprometemos se apresuran a decirnos que ya no hay tiempo de pensar, que es momento de actuar, que hay urgencia. Debemos poder pensar, hacer un análisis completo de la situación actual, pensar en la creación de nuevos lazos sociales, trabajar en la elaboración de una salida alternativa. La lucha alternativa no nace de una obligación, ni de una necesidad determinada, sino de una decisión.

Por ende la primer tarea es la de llevar a cuestras las preguntas.

Del lado de los hechos, se me ocurre el ir transformando gradualmente cada pabellón de los psiquiátricos en pabellones de asistencia social, para que cada sujeto recupere sus derechos al ser reconocidos por los otros por las carencias que le impiden ser parte del sistema productivo y no por la etiqueta de la locura. A la vez trabajar en lo que posibilite alternativas de trabajo. Y en esto, para no caer en las imágenes identificatorias de felicidad que propone la sociedad de la mercancía y el espectáculo hay que volver a la autogestión y el cooperativismo. No sólo en el hospital, también en los barrios, en los colegios, en las fábricas, en las universidades, etc. "Todos son lugares donde deben teorizarse las nuevas praxis, en pos de una revuelta que tenga los colores de la autonomía".

Esta lucha siempre será dialéctica, nunca se detendrá ante cada logro. El mejor ejemplo lo dan las mujeres militantes, el derecho al voto, la píldora, el aborto, la igualdad de salarios y otras reivindicaciones de contenidos precisos nunca detuvieron ni volvieron caduco el espíritu dinámico de la lucha. En síntesis: no correr ante la urgencia ni detenerse ante cada logro.

Bibliografía:

"El porvenir de una ilusión". S. Freud.

"El malestar en la cultura" S. Freud.

"La verdad y las formas jurídicas" M. Foucault.

"Qué psicoanálisis" C. Soler.

"Políticas en salud mental" Varios autores.

"La transparencia del mal" J. Baudrillard.

"Crítica de la felicidad" M. Benasay.



Repetir o transformar. Terapia Ocupacional y problemática adictiva

Gladys Martínez

Contextualización

Los cambios sociopolíticos producidos en los últimos tiempos han ejercido una poderosa influencia en la salud mental de la población originando nuevas categorías de sufrimiento psíquico que preocupan por su gravedad y rápida difusión. Así el uso indebido de drogas es uno de los padecimientos que, a medida que se extiende, amenaza con adquirir mayores dimensiones en el siglo naciente ya que está directamente asociado, amparado y sostenido por factores de poder tales como el narcotráfico, la industria del medicamento, la corrupción institucionalizada, etc.

Nuestro país (acertadamente definido por Mario Testa como capitalista, subdesarrollado y dependiente), atraviesa una profunda crisis que, trascendiendo lo económico, afecta a todos los sectores de la vida (crisis sanitaria, educativa, ideológica, jurídica, demográfica, etc.). Vivimos tiempos de incertidumbre y cambios vertiginosos dentro de los cuales nuestra comunidad se esfuerza por subsistir ante la profundización de las desigualdades, el consumismo, la pobreza, la violencia, la alienación, la marginación y el choque entre culturas.

En estas circunstancias la droga opera como una actividad más, ligada en algunos casos a esta supervivencia y en otros como forma de enfrentarse a los conflictos y contradicciones de la vida cotidiana.

En general los enfoques terapéuticos que al respecto se han intentado han estado definidos en términos sanitarios, reduciendo la vida de las personas a un aparato psíquico o a una nueva psicopatología. La mayoría de sus prácticas han derivado en actitudes de control de comportamiento, de estructuración de nuevas formas de dependencia y hasta sometimiento en

algunos casos. Se ha pretendido entender la problemática desde una perspectiva lineal o unidireccional desconociendo o negando la complejidad de los múltiples procesos que atraviesan, condicionan y determinan la vida de las personas. Este esquema lineal y reduccionista ha producido altos costos (tanto en dinero como en tiempo) sin producir consecuentemente los resultados favorables esperados y conduciendo a la creencia de que nos encontramos ante un problema irreversible.

Continuar sosteniendo este paradigma (aunque a veces no seamos conscientes de ello) nos convertirá en herramientas útiles a un sistema que de esta manera no sólo niega su influencia patogénica sino que además refuerza su poder social.

Por estas consideraciones, este trabajo ha sido realizado a partir de la convicción de que la salud Mental es un proceso histórico social culturalmente determinado, cuyo objeto de estudio y aplicaciones "...corresponde al entrecruzamiento de disciplinas y prácticas diversas vinculadas a todos los campos de la actividad humana y sus intenciones...por lo cual la Salud Mental excede tal y operativamente el sector salud aunque tenga fuerte inserción en él". (Dr. Vicente Galli).

Considero que sólo a la luz de comprender y compartir estos conceptos nos podremos plantear alternativas de abordaje que apunten a promover una transformación de la Calidad de Vida de las personas que padecen los sufrimientos ocasionados por el consumo de drogas.

Capitalismo y adicciones

La magnitud de los intereses económicos movilizados por el narcotráfico y la incentivación activa y permanente al consumo revelan claramente la íntima alianza establecida entre el capitalismo y las adicciones.

Los adictos constituyen para el sistema capitalista la figura del consumidor universal (consumir en todas las clases sociales) e ideal (consumir durante todo el tiempo).

Las nuevas formas sociales que definen los tiempos actuales implican, entre muchas otras características, un mayor crecimiento del individualismo (rasgos narcisistas, aislamiento, egoísmo, indiferencia, desinterés por lo colectivo) cambios profundos en las relaciones de trabajo y formación de nuevas identidades sociales, acompañadas por la emergencia de formas insólitas de corrupción y de la instalación de un discurso de "Naturalización" de las disfunciones sociales.

El fenómeno de la globalización destruye mitos tales como el del trabajo como herramienta de progreso, de la educación de los hijos como perspectiva de superación y de la planificación del futuro como garantía de bienestar, mitos que sostenían el valor de la construcción de un proyecto vital.

De similar manera la familia, como forma institucional, expresa con bastante transparencia dos facetas importantes de la crisis. Por un lado la transformación (variando las atribuciones con respeto al sexo de sus miembros, la distribución de poder y de las funciones) y por otro su debilitamiento y desarticulación (fragmentándose la estructura existente pero sin constituirse una nueva, además los miembros más lábiles o dependientes no pueden ser contenidos por estas familias, de igual modo que la sociedad no las contiene a ellas).

Todo esto se articula con un sentimiento social de pérdida de referencia local, de despersonalización de los responsables, de pérdida de control, de desaparición de identidad laboral, etc.

La felicidad es posible pero episódica, parcial, ligada a los contrastes, lo que conduce a vivir "el presente", a consumir en forma continua y masiva, incrementando el aislamiento, el sentimiento de vacío y soledad y debilitando el deseo y la acción.

De lo expuesto resulta comprensible que el drogadependiente no es ya el distinto que creía ser, el rebelde de los años 60 cuyo discurso cuestionaba al sistema, al otro social. El adicto hoy debe ser comprendido como la muestra que emerge de un entorno social cuyos modos de interacción reproducen el estilo de existencia dependiente que define a nuestra sociedad.

La droga adquiere para él un valor de intercambio regulado por pautas internas a su grupo de referencia y se sitúa ante una red social adquiriendo un valor ético determinado y determinante de su valor de uso.

Si estamos de acuerdo en reconocer que el síntoma surge como una manifestación de la red o sistema que el individuo en quien se evidencia contribuye a constituir, también tendremos entonces que aceptar que el estado expresado a través de ese síntoma es parte de un estado más amplio, específicamente de la red como una totalidad.

Reproducir el paradigma o instrumentar la transformación

En el desarrollo hasta aquí realizado he intentado mostrar en qué medida la crisis del capitalismo lleva implícita la crisis de los valores, de las ideas y de las perspectivas. Esto repercute también en forma notable en las prácticas cotidianas de Terapia Ocupacional en el campo de las adicciones e impone la urgente necesidad de redefinir nuestro marco teórico y sus correspondientes categorías analíticas en función del acontecer histórico que estamos transitando.

A mi criterio, esta definición conlleva a clarificar nuestro posicionamiento como trabajadores de la salud y convertir nuestro quehacer en este campo en una práctica comprometida con una realidad que aunque se presente como incierta, contradictoria y caótica, reclama la participación de todos los actores sociales a fin de promover una verdadera transformación.

De otro modo quedaríamos atrapados en el pensamiento hegemónico según el cual los procesos se producen “natural e inevitablemente” y los cambios son sólo modificaciones tendientes a restablecer y preservar la homeostasis del sistema. Desde esta visión nuestra intervención carecería de sentido y significación. Nos tranquilizaría pensar que, dado que la responsabilidad de las decisiones en ese campo no se encuentra en nuestras manos sino que dependen de otras organizaciones difícilmente identificables e infinitamente poderosas cualquier esfuerzo particular no tendría más incidencia que la de un grano de arena en plena playa.

La problemática adictiva nos enfrenta permanentemente al mecanismo de repetición que perpetúan el síntoma (en la persona, en la familia, en la sociedad). En forma análoga, también nosotros corremos el riesgo de continuar reproduciendo abordajes descontextualizados, lineales y centrados en el síntoma, a pesar de que a veces ostenten el nombre de “comunitarios”.

La construcción de nuestra práctica profesional resultará de esta decisión ya que el alternativo se define sólo por las bases éticas, ideológicas y conceptuales sobre las cuales se asienta.

Toda crisis por un lado destruye, disgrega, pero por otro abre nuevos espacios, descubre caminos para la transformación. El caos actual puede conducirnos a la parálisis o a la generación de nuevas propuestas de invención de la Salud y de reproducción social. En esta orientación creo que la Terapia Ocupacional constituye un importante aporte dentro de los equipos de abordaje de la problemática adictiva, sobre todo porque nuestro medio terapéutico y objeto de intervención, la actividad humana, implica un enfoque integral que incluye tanto al síntoma como a la imprevisible cantidad de alternativas que surgen a partir de la exploración de las potencialidades y de la estimulación de la creatividad de las personas afectadas directamente por esta problemática.

Desde mi punto de vista lo esencial es tender a configurar un espacio de experiencia interactivo, que desde lo cotidiano y lo concreto permita la emergencia de sentimientos, dudas y ansiedades “no dichas”, facilitando a cada una de las personas involucradas el análisis crítico de su situación, de su compulsión a repetir el “Hacer” para evitar el “decir”, de la forma en que percibe la influencia del entorno (familia-Sociedad) sobre sus acciones, etc.

Toda experiencia posee un foco dominante y a la vez un horizonte indefinido. En ella existe siempre un brillo de apariencia y una ocultación, un claroscuro, con un movimiento permanente de redistribución, implica una referencia a lo precedente, pero su rasgo saliente es la prospección hacia adelante a lo desconocido, su conexión con el porvenir. El compromiso de cada uno con esta experiencia le posibilitará ir integrando esta noción de futuro que de este modo comenzará a adquirir significado y valor, a la vez que promoverá una transformación en la relación significado-acción.

El impacto de la experiencia va a estar determinado por la historia y situación particulares de cada persona y será solamente a partir de ellas que se establecerá su interconexión con el resto de las instancias vitales (sociales, Jurídicos-penales, Laborales, del tiempo libre, etc.)

Por este proceso terapéutico no puede ser pensado sin su necesaria articulación con el resto de las organizaciones que tienen relación con la problemática, involucrando tanto a la familia y otros vinculantes significativos, como al resto de trabajadores de salud, justicia, educación, etc., en interacción conjunta y sostenida.

Este posicionamiento implica ocuparse de hacer que se transformen globalmente la vida concreta y cotidiana que alimenta ese sufrimiento. Una existencia más rica en recursos, en posibilidades y experiencias es también una existencia en cambio, en transformación. Ciertamente, el sufrimiento psíquico quizás no se anula, pero se comienzan a remover los motivos, cambian los modos y la medida en que éste entra en juego en la vida de una persona.

El terapeuta ocupacional como con-constructor de salud

La idea que he pretendido transmitir con esta presentación, se fundamenta en mi percepción de que se está gestando un nuevo movimiento en torno a la salud mental y en la convicción de que los terapeutas ocupacionales no podemos quedar al margen de estas transformaciones. Dentro de este campo la problemática de las adicciones es un componente clave debido a su estrecha y profunda relación con las estructuras histórico-sociales, jurídicas político y económica administrativa.

Por tal motivo mi propósito es convocar a reflexionar acerca de la importancia de la capacitación, el compromiso y la participación activa de los terapeutas ocupacionales en el abordaje multidisciplinario de la problemática adictiva.

No es una tarea sencilla, implica en principio una redefinición de nuestro marco teórico interpretativo, para luego abocarnos a generar y viabilizar propuestas y programas transformadores que nos comprometan a la acción, en movimiento múltiple, centrados en la dimensión micro política en la que nos vemos cotidianamente inmersos, pero con la perspectiva de incidir en las propuestas macro políticas que le devuelven el sentido a las prácticas sociales.

Cada actividad requiere la convergencia en tiempo y espacio de las acciones de los individuos involucrados. La reproducción social tiene lugar a través de la intersección de dichas acciones conjuntas con los proyectos institucionales que se producen en emplazamientos específicos. El distanciamiento espacio-temporal de la interacción social involucra la expansión de las relaciones sociales más allá de los locales, pero estas tendencias no significan que el lugar haya perdido coherencia o significado. El lugar no es el resultado en un mapa de un proceso social abstracto más allá del lugar. Se refiere al proceso de estructuración social.

Estoy convencida de que si en este intento logramos salir de nuestro servicio de TO para compartir experiencias, intercambiar opiniones y comenzar a generar lenguajes comunes con otros trabajadores implicados localmente, cotidianamente en la misma búsqueda, entonces es posible empezar a creer en la transformación.

Bibliografía

- Agnew, J. "Documento 6. Una alternativa acerca del lugar y la política" 1987 (Apunte de circulación interna).
- Beristaín, R. Praxis y Acción. Enfoques contemporáneos de la Actividad Humana" Alianza Editorial. Madrid 1979.
- Cohen/De Santo/Fiasché /Galende/Saidon/Stolkiner/Testa." Políticas en Salud Mental" Lugar Editorial. Bs As 1994.
- Faidelia Martínez, G "La aplicabilidad de la actividad terapéutica en el hospital de día "Mar del Plata, 1996 (Tesis para la obtención de la licenciatura en TO).
- Ferro, R "La propuesta, la organización y los nombres. Sobre la estructuración politizante "1994 (apunte de circulación interna).
- Malvárez, S "Algunas reflexiones en torno de los paradigmas de investigación en salud". Córdoba 1995 (Apuntes de circulación interna).
- Valleur, N "Toxicomanía, acción, sexualidad y riesgo" Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría 1993 vol. IV.



Sin fines de lucro¹⁰

Rosaura Rimoldi, Verónica Silva, Marcela Moyano y Paula Orentraij

Introducción

"Atención Psicosocial en Espacios compartidos" o servicio 74, es un servicio que realiza actividades recreativas en un marco de resocialización y rehabilitación de pacientes psicóticos crónicos del Hospital José T. Borda.

Responde orgánicamente al Departamento de Rehabilitación, ya que muy convenientemente fue incluido en la estructura institucional.

No cuenta con internación sino que, al abrir las puertas los internos del hospital concurren por propia motivación, sin admisión previa, derivación o preselección y altamente motivados para la realización de la tarea. La convocatoria es extensiva a todos los sectores del hospital. (Pacientes, enfermeros, auxiliares) como así también a los familiares, u otras visitas que reciban los mismos.

Desarrollo

Necesitamos construir una sociedad en la que los lugares de cuidado psiquiátrico estén al servicio de la reparación, de la rehabilitación, porque de lo contrario se convierten en basurales sociales.

Nuestra modalidad de trabajo grupal y nuestras experiencias, nos permiten dar fe de que en este momento se vuelve necesaria la implementación de esta técnica, como la mejor manera de multiplicar la asistencia y además como revelador de la naturaleza de los problemas.

La creación de este servicio como un espacio alternativo y diferente, surgió de analizar la situación presente en términos, de sus distintas manifestaciones, integrar tales aspectos en una visión panorámica coherente, proponer un modelo alternativo y establecer el camino a transitar para hacerlo posible.

¹⁰ Servicio de Atención Psicosocial en Espacios Compartidos Hospital Borda.

La base de nuestro trabajo tiene como finalidad un modelo que permite la mayor movilización terapéutica, incorporando modalidades de tratamiento que evitan prolongar más allá de lo estrictamente necesario el tiempo de internación y comenzar a encarar una tarea que arrase con el hospitalismo.

Entonces podremos utilizar al máximo este sistema social con el fin de modificar el comportamiento de los pacientes, a través de actividades programadas de tal manera que los mismos sean capaces de organizar su vida, sus relaciones personales y sus relaciones familiares de un modo más constructivo.

La problematización de la realidad, en la que está inserto, es lo que puede ofrecerle la posibilidad de salir del camino irreversible de la enfermedad, participando directamente en el proceso de transformación del que obviamente es uno de los protagonistas.

Solo en esta dialéctica, mantenida al descubierto, podremos permitirnos mirar y seguir al hombre sin temor de encontrarnos de nuevo, aprisionados en una nueva ideología, que defina como natural e imposible de modificar lo que es un simple producto histórico social.

Nuestro servicio está organizado estructuralmente como **unidad terapéutica**, o tal vez las sumas de ellas, es decir varias unidades terapéuticas móviles que accionan en diferentes días y espacios, dentro y fuera del hospital.

Nuestras actividades que denominamos tareas, funcionan en el servicio N° 74 de lunes a sábados en diferentes horarios de mañana y de noche, además realizamos eventos sociales como ser almuerzos, cenas y paseos a distintos lugares de la ciudad. En las mismas participan colaboradores, personas de distintos ámbitos de la sociedad, psicólogos, sociólogos, trabajadores sociales, abogados, actores y estudiantes de distintas disciplinas, que trabajan en forma AD-HONOREM.

Desde 1995 hasta el presente venimos concretando este proyecto, para ello con anterioridad se hizo una planificación, una mediatización de la acción.

Del comienzo y de la iniciación-acción: Todo comienzo implica un cambio y a su vez nos modifica. Por lo general se tiende a mantener lo ya instituido que da, en cierta medida, una sensación de seguridad, más no siempre da gratificación.

Esta última se alcanza cuando empezamos algo distinto y lo logramos, alcanzamos el objetivo propuesto y este nos sirve de base para comenzar otro proyecto. En la medida que vamos pasando etapas en ese desarrollo, vamos logrando la gratificación, un enriquecimiento personal, individual y del equipo, por eso trabajamos en grupo, algo tan poco desarrollado en nuestro país.

Pero cuando hablamos de un proyecto que no sólo nos beneficia a nosotros como individuos y como grupo, que apunta a un cambio a nivel estructura social, el tema es de incumbencia del público en general.

Por ello hemos decidido organizarnos bajo la forma de Asociación Civil sin fines de lucro, ante la necesidad y al no tener otro reconocimiento por parte de la institución, un marco legal que nos permita ampliar nuestra acción en el campo social, con un accionar más responsable, pero también más independiente y con la idea de conseguir fondos para solventar los gastos de materiales de nuestra tareas y de las salidas a la comunidad, si es posible.

Nace así ABC LO CURA, que tiene por fundamentos fomentar la salud mental a través de la solidaridad social, promover la rehabilitación y resocialización de toda persona afectada por alguna problemática mental y/ o social y/o de su grupo familiar, promover su reintegración a la vida comunitaria e intensificar la investigación de problemáticas psicosociales que posibiliten el avance y el control de los objetivos antes mencionados.

“ENTENDEMOS QUE NUESTRA TAREA TIENE UNA CONTINUIDAD, QUE NUESTRO HOY ESTA BASADO EN UN AYER, Y CON ESTE PRESENTE, PODEMOS HABLAR DEL MAÑANA”

Conclusiones

El eje principal de nuestro trabajo es la tarea, como entrenamiento constante para realizar salidas a la comunidad en pro del objetivo de la rehabilitación.

El paciente elige concurrir a estos espacios, ese es un derecho incuestionable. Tenemos desde hace tiempo una gran convocatoria, por ello nuestro derecho, como así también nuestra obligación, es llevar a cabo cada vez, más actividades con mayor autonomía y dentro de un marco legal.

Bibliografía

“De las actividades psicosociales en espacios compartidos” Lic. José Valenzuela.

“El Borda Hoy” Lic. José Valenzuela.

“Del dispositivo grupal en la psicosis” Lic. Sonia Barros y otros.

“El 74 y su práctica recreadora” Lic. Marcela Moyano y otros.



Terapia y artes expresivas en la Rehabilitación¹¹

Ana Ortiz y Mariana Sciotti

Entre muchas definiciones del hombre, quizás sea adecuado en un taller de expresión, partir de la idea de que el mismo es un ser que simboliza.

Nuestra cultura prioriza la palabra, pero no es ella la única que puede dar cuenta de nuestra interioridad. Hay veces en que el sentimiento es tan hondo, tan antiguo, que lo verbal no basta. Es preciso recurrir a las artes expresivas: aquellas que nos permiten mostrar lo que nos tortura o nos traspasa con un movimiento, un ritmo, una línea o un color.

No es preciso ser artista para explorar el mundo interno y expresarlo. El producto, si bien importa, no es lo fundamental. Es el proceso lo vital, pues el arte no es imitación sino descubrimiento. El mismo parte del caos, allí donde coexisten el riesgo de destrucción con las semillas de nuevos mundos.

No hay nada más aterrador que un monstruo innominado, ilimitado. La expresión le da un rostro, un nombre, un lugar en el espacio. Lo domestica en el límite de la materia.

Quizás esta idea se vea mejor plasmada en un poema escrito por uno de los participantes de nuestro taller:

“Vine hasta aquí
a reencontrar la magia
que me permita atravesar estas fronteras
cárcel adentro
fe prisionera
que atenazaran mi sed,
mi amor,
mis ansias.
Intento recordar si alguna vez fui otro,
donde me perdí
siguiendo cual quimera.
Descubro ahora,
una grieta nueva en mi pecho
una ventana.
De allí huyen los pájaros”
M. F.

El arte, además de ser un fin en sí mismo, se nos revela como un medio de abordaje a realidades más profundas. Pone de manifiesto cómo, a partir del entorno que lo circunda y el mundo de sus fantasías, el hombre recrea lo creado y lo apropia, otorgándole un sentido singular. El sujeto reconstruye así su mitología personal. Podemos citar como ejemplo a Navratil, quien plantea en su libro “Arte y Esquizofrenia”, que la actividad del dibujo espontáneo en aquellos que sufren de psicosis resulta de los esfuerzos por dar sentido a la idea y alcanzar el dominio intelectual de la existencia; es un proyecto de un nuevo mito, capaz de volver a dar cohesión interior a la persona, arrebatada de la seguridad por la psicosis”.

¹¹ Nota: Se acompaña la presentación del presente trabajo, con muestra de producción plástica en la cual marcaremos procesos expresivos y psicológicos de distintos participantes de nuestro taller.

Trabajamos articulando dos disciplinas en forma complementaria: las Artes Expresivas y la Psicología, como arte de curar. Desde esta última, sabemos que en el enfermar, cuestiones inconcientes vividas como traumáticas, huellas un pasado que dejo marca y sigue vivo, bloquean, en mayor o menor grado, la creatividad. La persona se relaciona en forma ineficaz con su medio y consigo mismo. Disminuye y “entorpece” su capacidad de amar y trabajar.

Ante esto se hacen necesarias estrategias terapéuticas que permitan la elaboración de estas situaciones y la conexión con lo lúdico. Dar lugar a aquello que, en términos winnicotianos sería la producción del “gesto espontáneo”, entendido este como sinónimo de “salud”. Es en este contexto en donde el humor, el divertirse cobran un valor esencial.

Así como el niño reorganiza, resignifica la realidad jugando, modelando, pintando, es posible hacerlo en cualquier etapa de la vida.

En el desconcierto, la tristeza; cuando uno se siente quebrantado o desposeído de sí mismo, y también en la alegría, en aquello en lo cual uno se realiza,... todos necesitamos narrarnos.

Ahí en donde la palabra encubre, el cuerpo muestra; cuando la palabra esquiva el cuerpo dice. Buscamos ampliar, entonces, el registro de sensaciones. Promover la conexión de ese hombre con sus posibilidades y carencias para así, al adueñarse de lo propio, generar desde esa, su identidad, un proyecto personal.

La piel se nos muestra así, no sólo como una membrana que recubre el cuerpo, sino como una trama sensible a todo aquello que la rodea y a su vez, al mundo interno de ese sujeto que la posee. Encargada ella de expresar las emociones de ese ser que siente.

“Quisiera rescatar
despacio de un lugar
donde domina el sueño
al duende que respira...”

Reza la canción,... y de eso se trata:

Desperdezar zonas dormidas; descontracturar emociones, impulsos, pasiones; desplegar ese mundo de relaciones imaginarias y dar la posibilidad de nuevo sentido; volverse activo, como sujeto-creador en aquellas cosas en las que, en tanto pasivos, se padece; flexibilizar y descubrir recursos internos; que el “paciente” se “impaciente”; que las diferentes patologías solo condicionen, no determinen conductas rígidas y permanentes; reencontrarse con sentimientos de asombro, sorpresa, alegría, bronca, tristeza...

Si es cierto que “lo que el árbol tiene de florido, vive de lo que tiene sepultado”. Al decir de Bernardez en su “Soneto”, estimulemos la búsqueda de esas raíces que albergan en si la posibilidad, poca o mucha, de crear lazo con los otros, y en los otros con la VIDA...

Quizás por esto Sábato diga que escribe “para no morir de tristeza”, haciendo alusión a su depresión; o Van Gogh plantee en sus cartas: “mi única preocupación es para que podré valer, a quien podría ayudar, como me las arreglaría para ser útil de algún modo...” y encuentre un canal de expresión en la pintura, cuando dice: “... siento el impulso de crear hasta el punto de sacrificar a él mi espíritu y agotar mis fuerzas materiales...” “me gustaría pintar de tal forma, que todo aquel que tenga ojos en la cara pueda ver claro lo que en el cuadro haya...”

Abrir canales:

El arte promueve, alienta esta apertura...

En esto creemos y desde aquí creamos.



Y al Sur, con una puerta¹²

Daniela Testa

Allá por el fondo del hospital,¹³ en un pabellón igual a muchos otros, reside, está establecido, desde 1994, el servicio de Hospital de Noche.

Lentamente, ese pabellón rectangular y despojado, fue cambiando su aspecto, se fue volviendo más parecido a una casa.

Con menos recursos que ingenio, se delimitaron tres zonas funcionales: una donde se ubican la cocina-comedor, el recibidor y el estar. La otra para los dormitorios, baños y lavadero. La tercera es un pequeño cuarto que guarda la documentación, papelerías y medicación, que oficia tanto de escritorio, consultorio o lugar de espera. Es en la zona de estar donde se desarrollan las actividades terapéuticas grupales, comunitarias y los eventos sociales.

Casa con vista al jardín, que linda al este con la Casa de Medio Camino, al oeste con el Vivero y Guardería; por el norte y por arriba con servicios de internación de "crónicos". Y por el sur, con una puerta, que da a la calle Brandsen.

Puerta que puede parecer pequeña, (ante un ojo desatento), recortándose en el extenso muro que rodea las catorce hectáreas del predio hospitalario. Sin embargo, radica, reside en ella, quizá el quid de aquello de que se trata. Simboliza una propuesta de circulación posible. Intenta un corte al circuito.

El diccionario de la Real Academia Española define:

Circulación: acción de circular: provienen del latín, circularis, círculo. Andar o moverse en torno o en derredor a algo. Salir una cosa por una vía determinada, y volver al punto de partida por otra distinta.

Circuito: espacio de terreno comprendido dentro de un perímetro cualquiera, contorno, bojeo.

Las normas de la institución regulan la circulación de los que alberga (basadas en el aparato ideológico, jurídico y administrativo, y en los usos y costumbres).

A los dispositivos ambulatorios, (Hospital de Día, Orientación Vocacional, Atención en Crisis y Consultorios Externos), se puede entrar y salir por la misma puerta.

A los dispositivos de internación, (ver cuadro I) – organizados en cinco departamentos con seis servicios de internación cada uno, es posible salir (ver cuadro II):

- Directamente desde Internación, (actualmente hay alrededor de 1300 internados).
- Pasando por el Servicio de Pre-alta/ Casa de Medio Camino (capacidad para 30 y 10 personas respectivamente).
- Por Hospital de Noche (15 cupos).
- Por fuga (porcentaje ínfimo).

Considerando estas cifras, se entiende que la mayoría sale directamente desde internación; y a muchos le sucede que allí quedan. Generalmente son los que no tienen familia, los sin techo, los sin recursos para obtener y/o mantener un empleo. La situación de segregación que padecen hace que la institución sea, quizá, su único rasgo de identidad, su "lugar" natural.

Nos dice E. Galende, invitándonos a reflexionar sobre los modos en que las personas institucionalizadas podrían insertarse en la sociedad: "Para muchos de ellos, la sola externación puede no llegar a ser más que un nuevo desamparo, más cruel que el vivido en el hospicio".

Diversos autores, como Cohen, Pellegrini, de nuestras provincias; Basaglia, Rotelli, de Italia, desde sus distintas perspectivas coinciden en señalar que el tema de la desinstitucionalización requiere de políticas de salud y de una ley, que respalden acciones que transformen las relaciones de poder y de disciplinamiento social.

Invitan a cuestionar los marcos conceptuales y al compromiso de la participación en este proceso. Se trata de la rearticulación social, que va más allá de la externación de los que están internados.

Cuestiones que me acompañan en mi labor cotidiana, desde el "más acá" de la externación, mientras circulo por pasillos y parques hacia la puerta que da al sur.

¹² Publicado en: Terapia Ocupacional Reflexiones. Serie Compilaciones 2- COLTOA. Grupo Editor.1998. ISBN987-96632-1-7. Bs.As. Pag.37-50.

¹³ Se refiere Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial José Tiburcio Borda, del sistema de salud de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

1. Decisiones: (“alguien gana, alguien pierde, Ave María”) Rubén Blades, músico.

Conocí a A., en un servicio de internación, donde fui para realizar entrevistas de pre-admisión a Hospital de Noche, tal como lo habían solicitado sus terapeutas.

A. tiene veintiocho años. No tiene familia continente ni vivienda. Es extranjero. No está en condiciones de obtener y/o sostener un empleo en el mercado competitivo. Sufrió su primera crisis a los quince años. Tuvo dos internaciones en Open Door y dos en el Borda, las que suman cinco años.

Refiere con motivo de su última internación, no haber soportado más vivir en la calle, luego de dos meses de vagar por las plazas.

Parece estar interesado en un pase de servicio, en una mudanza.

Una norma que regula el funcionamiento del servicio donde estaba y una orden judicial, establecían que no podía permanecer allí durante más tiempo.

A. está en el borde, tambaleando entre dos desamparos: “es la calle o un servicio para “crónicos”¹⁴, dice la terapeuta derivante.

Luego de realizadas las entrevistas, el equipo consideró que no era el momento oportuno para la inclusión en el dispositivo, debido a las características del mismo y a la abulia y cierta disgregación que A. a veces presentaba. Le propongo, sostenida en el equipo, que concurra a Terapia Ocupacional durante un tiempo acotado - que acordaríamos mutuamente- para trabajar en relación a su proyecto de “pase”. A. acepta.

2. Del circuito a circular:

Hospital de Noche le recordaba a Open Door, donde un hostel lo cobijó durante 3 años, cuando no tuvo donde estar.

La organización de su día transcurría desde su cama a los talleres intra-hospitalarios de arte. Algún fin de semana concurría a plazas, para ofrecer a la venta algo que allí producía.

A. puede organizar sus actividades según el “ciclo del desgano”, como él dice refiriéndose a su dificultad de concretar proyectos. Esto no le permitió adaptarse al sistema escolar, ni sostener trabajos en relación de dependencia, pero sí desarrollar sus intereses artísticos, que mejor pueden transcurrir desordenadamente.

Con algunos materiales que “le presta” Terapia Ocupacional (óleos y pinceles), A. empieza luego de un tiempo a concurrir a un Taller de Plástica de un Centro Cultural del barrio.

Así empezó a salir del circuito a circular por otro espacio con otros, donde su ritmo y sus obras son “bien vistas”.

A. tiene miedos, “de no poder”, “que no me aguante el cuerpo para trabajar”, “qué puedo hacer, entonces”, dice. Con ellos se incluye luego de tres meses, en Hospital de Noche. No sólo cómo conseguir casa y comida le preocupan ahora.

Actualmente A. intenta reorganizar sus diseños a fines de comercializarlos. Antes los tiraba o regalaba. Ahora está pensando en precios, carpetas y enmarcados.

De acompañar y sostener el desarrollo de los proyectos se trata mi tarea en este caso, apuntando hacia el logro de una organización cotidiana que le permita coexistir con cierta armonía y satisfacción para sí, en el medio social.

Actividades que faciliten la rearticulación social. A las cuestiones que giran en torno a los clásico interrogantes de la Terapia ocupacional: ¿Qué hace?, ¿cómo y para qué lo hace?, mi práctica cotidiana suma ¿dónde lo hace?

3. Despedida:

Cuando los pacientes llegan a Hospital de Noche, dispositivo inter-valo en el medio de los extremos (adentro-afuera), se les hace entrega de la llave de la puerta, que debe ser devuelta al despedirse.

Acerca de la despedida de A., quizá se los pueda contar en otra ocasión.

Hasta el momento, del total de pacientes que pasaron por Hospital de Noche, el 65% obtuvieron el alta institucional y el 35% reingresaron al hospital (ver cuadro IV).

14 Se refiere Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial José Tiburcio Borda, del sistema de salud de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

Nos dice M., ex paciente, refiriéndose a ese momento de partir:

Y me hizo falta ese empujón final, que me daba miedo, que me preocupaba, pensando todavía que hasta allí no había hecho nada para ese momento y me sentía como un pez viejo que hubiese vivido fuera del agua y tuviese miedo de vivir allí. Y hubo que fijarme una fecha, y hubo que pedirme que entregara la llave. Y me sentí mal, rabioso en mi interior, abandonado, y esta vez sí puede darme cuenta que entregando la llave, recuperaba otra llave, la mía.

Y es entonces cuando esa puerta que menciono al iniciar este trabajo, deja de parecer pequeña en el extenso muro.

Cuadro I: Ingresos y reingresos en Servicios de Internación. Enero- Mayo 1997.

	Ingresos primera vez	Reingresos	Subtotal
Enero	63	58	121
Febrero	43	42	84
Marzo	41	62	103
Abril	63	69	132
Mayo	67	57	126
Total	277	287	564

Fuente: Departamento de Estadísticas del Hospital J.T Borda.

	Proporción Ingresos primera vez	Proporción reingresos
Enero	52%	48%
Febrero	51%	49%
Marzo	40%	60%
Abril	48%	52%
Mayo	54%	46%
Total	49%	51%

Fuente: Departamento de Estadísticas del Hospital J.T Borda.

Cuadro II: Egresos Totales. Período enero- mayo 1997.

	Alta Médica	Alta Judicial	Abandono	Subtotal
Enero	21	11	51	83
Febrero	20	11	26	57
Marzo	31	10	56	97
Abril	27	25	44	96
Mayo	38	20	35	93
Total	137	77	212	426

Fuente: Departamento de Estadísticas del Hospital J.T Borda.

	Proporción por alta médica	Proporción por Alta Judicial	Proporción por abandono
Enero	25,3%	13%	61,4%
Febrero	35%	19,3%	45,6%
Marzo	32%	10,3%	58%
Abril	28%	26%	46%
Mayo	40%	21,5%	37,6%
Total	32,15%	18%	49,8%

Fuente: Departamento de Estadísticas del Hospital J.T Borda.

Borda. Cuadro III: Capacidad de atención de Pacientes

Servicios	Cupos
Internación Pre-alta	1300
Casa de Medio Camino	30
Hospital de Noche	10
	15

Fuente: estadísticas internas del Servicio de Hospital de Noche. Elaboración propia.

Cuadro IV: Egresos por altas y reingresos de Hospital de Noche. Periodo 1994-1997.

	Alta Institucional	Reingresos	Total
Egresos	17	8	25
Porcentaje	68%	32%	100%

Fuente: estadísticas internas del Servicio de Hospital de Noche. Elaboración propia.

Bibliografía

Apollon y otros. Tratar la Psicosis. Ed. Polemos, 1997.

Galende, E. "Modernidad, individuación y manicomios", en Políticas de Salud Mental. Comp. Saidón- Troianovsky, Ed. Lugar, 1994.

Gómez Mengelberg, E. "T-O en Consulta Externa. Desarticulación Social y Familia". Exposición en 6° Jornadas de T.O en Salud. Hospital JT Borda, 1996.

Llimós, S. "La práctica de la previsión. Un intento de salida". Exposición en 6° Jornadas de T.O en Salud. Hospital JT Borda, 1996.

Paganizzi, L. "Una empresa posible". Exposición en Jornadas Rehabilitación en Salud Mental frente al S. XXI, 1997.

Quartino, M.T. Programa de Hospital de Noche, mimeo, 1994.



La sensibilidad en lesiones cerebrales

Fabiola Bosch

Introducción

Este trabajo nació durante mi práctica clínica en el campo físico, en el Hospital Británico de Buenos Aires.

Surge con la necesidad de identificar el factor ausente, que dificultaba la integración del miembro superior derecho, a la línea media del cuerpo, y a las actividades, de una paciente con diagnóstico hemiparesia como secuela de Accidente Cerebro Vascular (ACV).

Esta paciente, de 66 años de edad, dos años de evolución y el mismo tiempo de tratamiento, tenía buenos valores musculares y de amplitud articular, realizaba satisfactoriamente tomas y pinzas exceptuando punta de dedos o con uñas para tomar una aguja. Su coordinación estaba alterada, y presentaba un temblor similar al temblor atáxico y afasia de expresión.

Cuando la paciente ingresaba al servicio se la observaba caminar con el miembro parésico "colgando", su mano y brazo lastimados como señales de ausencia de actividad protectora; durante las actividades era necesario supervisarla de manera continua, para que utilizar a su brazo, lo llevará a la línea media del cuerpo y lo integrará a su campo visual.

Con estos datos, se comienza a pensar en la "necesidad de sentir para incorporar", y que sucedía con la sensibilidad en esta paciente con secuela de A.C.V. Si los centros sensitivos corticales estaban afectados, qué pasaba con la identificación del estímulo, si existían posibilidades de recuperación y si un tratamiento enfocando la sensibilidad, de alguna manera mejoraría la situación de la paciente, o si solo sí perdería tiempo, ya que ésta padecía una lesión central que llevaba dos años de evolución y ya no era una joven.

Importancia de la sensibilidad en la rehabilitación

Dada la estrecha relación que existe entre los impulsos sensitivos de entrada, y las respuestas motoras de salidas, todo paciente que haya sufrido traumatismo o enfermedad que afecte el sistema nervioso central o periférico debe ser evaluado no sólo en su aspecto motor y funciones superiores (en caso de lesiones cerebrales), sino su aspecto sensitivo.

Comenzaremos por mencionar cual es la relación que la sensibilidad tiene con lo motor:

- La sensibilidad complementa lo motor ya que a través de ella, el sistema nervioso central recibe información desde la periferia.
- Un déficit en la sensibilidad profunda, es siempre seguido de una discapacidad sensitiva motora, asociándose a disturbios del esquema corporal, (es decir la forma por la cual una persona percibe la posición y relación entre las diferentes partes de su cuerpo en el espacio).
- Para iniciar posturas facilitadoras de movimientos es necesario buenas nociones motoras y propioceptivas y un esquema corporal intacto.
- El paciente con una severa pérdida sensorial no puede iniciar el movimiento, la manipulación se convierte en torpe, incoordinada y a veces atáxica.
- Una mano sin sensibilidad no se usa automáticamente, ya que los movimientos coordinados y orientados son guiados por la sensibilidad superficial y profunda más específicamente la táctil y la kinestésica.
- La sensibilidad interviene en las reacciones protectoras y reflejos.
- También cabe mencionar que los centros sensitivos corticales tienen la misma disposición que los centros corticales motores, de los que están separados por la Cisura de Rolando.
- El centro sensitivo de la cara, ocupa la parte inferior de la parietal ascendente. El centro del miembro superior, ocupa la parte media, y el centro de los miembros inferiores, ocupa la parte inferior del lóbulo paracentral.
- Los impulsos táctiles, de presión y propiocepción, llegan a los centros receptivos de la corteza parietal, donde producen sensaciones definidas: táctiles, de posición y de movimiento.
- Para que se realice la interpretación, y reconocimiento de los datos sensitivos que llegan a la corteza es necesaria la participación de otras áreas del cerebro, que también pueden estar lesionadas.

Evaluación, objetivos y tratamiento

La paciente de la cual hablaba en el comienzo, fue evaluada con las pruebas uno y dos del Picking Up Test con cuadro de ayuda visual, discriminación de dos puntos estático, dos puntos con movimiento y vibración ósea con diapason.

A continuación nombraré algunos puntos a tener en cuenta al momento de evaluar al paciente con lesión central:

- Vínculo terapéutico.
- Atención del paciente.
- Comprensión.
- Familiarización del paciente con los objetos.
- Expresión.
- Agnosias.
- Afasias.
- Evaluación de ambas extremidades.
- Tiempo suficiente.
- Ambiente tranquilo.
- Fatiga del paciente y del evaluador.
- Respuestas compensadas.
- Tono muscular normal.
- Postura cómoda.
- Miembro a evaluar, apoyado sobre una superficie lo suficientemente blanda, que no provoque dolor y que en lo posible la temperatura se acerque a la corporal.
- Evaluar la objetividad de las respuestas.

Con las evaluaciones realizadas a esta paciente y a otros se llega a pensar en la conveniencia de evaluar primero tacto y dolor en la sensibilidad superficial, ya que a veces no hay discriminación de temperatura, o si el tacto está alterado, percibe la temperatura pero no sabe qué tipo de estímulo percibió.

En sensibilidad profunda se sugiere evaluar con presión profunda sobre la masa muscular, ya que a veces el individuo evaluado no puede realizar estatoestesia o kinestesia.

Si la sensibilidad superficial se encuentra intacta, entonces evaluar estereognosia, formas y demás modalidades de percepción que requieren mayor aptitud.

Cuando se evalúa superficial o profunda se sugiere evaluar conjuntamente somatognosia, es decir la ubicación del estímulo.

Con la evaluación realizada a la paciente se comprueba la ausencia de sensibilidad, profunda y superficial, y se atribuye a ese factor la dificultad de integración del miembro superior derecho a las actividades.

Los objetivos que se intentaron alcanzar fueron los siguientes:

- Integrar el miembro superior derecho a las actividades.
- Estimular la sensibilidad.
- Facilitar la coordinación.
- Mantener la fuerza muscular y la amplitud articular del miembro superior derecho.
- Compensar con la vista para evitar lesiones en el miembro afectado.
- Usar espontáneamente el miembro afectado.
- Lograr movimientos coordinados de ambas manos.

El tratamiento se realizó durante un período de 3 meses (se interrumpe por la finalización de la práctica clínica) con sesiones de 45 o 50 minutos en una frecuencia de tres veces por semana.

Se utilizaron actividades recreativas y artesanales que no hubiera realizado anteriormente, ya que llevaba dos años de tratamiento en la misma institución.

Algunos elementos que se utilizaron en el tratamiento:

- Solitario de varillas cubiertas con distintos materiales.
- Cilindros de 12 cm. de diámetro, cubiertos con distintas texturas.
- Tubo de telas de diferentes texturas y pelotas de distintos perímetros para pasar por el tubo.
- Tejo de distintas texturas.
- Hilo sisal.
- Cerámica.

Después de 3 meses de tratamiento se realiza una re- evaluación, la cual es conveniente realizar una vez por mes para actualizar los objetivos y el tratamiento.

La paciente percibe estímulos superficiales, sin poder discriminarlos, y en sensibilidad profunda el estímulo debe tener una intensidad superior a lo normal para ser percibido.

Se evaluó coordinación colocando varillas de encastre dentro de orificios e insertando bolitas de un centímetro de diámetro con un orificio de 2 mm en un alambre de un milímetro de espesor, y se obtuvieron buenos resultados.

También se observa a la paciente espontáneamente, extender el miembro superior derecho y dar la mano en forma de saludo, elevar espontáneamente el miembro durante las actividades bilaterales, ubicar su brazo sobre la mesa cuando no lo usa, y por propia iniciativa, cuando se retira lleva su cartera y abrigo colgando de su miembro superior derecho.

Pronóstico de tratamiento

Cuando nos encontramos con pacientes adultos o gerontes, con lesión cerebral, en algún momento nos preguntamos si vale la pena invertir la energía del paciente y la propia en objetivos que no tenemos noción del tiempo que nos llevará alcanzarlos o si el paciente tiene la posibilidad de alcanzarlos.

A veces es necesario enfrentarse con aquello que en este mismo siglo, decían Cajal y sus discípulos: “en el cerebro adulto, las vías nerviosas son fijas e inmutables, todo puede morir, nada puede regenerarse”.

Pero gracias a la ciencia y a aquellos hombres que no se dejan llevar por este pesimismo casi proverbial, existe la teoría de la plasticidad del sistema nervioso central y experimentos que prueban la regeneración, reparación y reorganización de este.

Citaré brevemente algunos mecanismos de recuperación de las funciones:

- Regeneración.
- Brote: las neuronas intactas producen ramas axonales, ocupando los sitios sinápticos de las neuronas muertas.
- Redundancia: conexiones neurales latentes, capaces de promover una función particular.
- Funcionamiento vicario: tejidos neurales normalmente involucrados en la ejecución de una tarea específica, altera sus propiedades para ayudar en aquella función.

John Whyte opina que... “es razonable suponer que diferentes mecanismos de recuperación tengan diferentes marcos de operación en el tiempo. Por ende, la resolución de factores temporales y la presencia de factores redundantes pueden ser pertinentes a los primeros días posteriores a la lesión. Se esperarían que los cambios en la función sináptica operaran en un marco de tiempo intermedio, y la regeneración o el funcionamiento vicario en marcos de tiempo más prolongados”...

Para tener un pronóstico aproximado de las posibilidades del paciente y del tratamiento es útil tener en cuenta los siguientes puntos:

- Tiempo de evolución de la lesión.
- Tratamiento anterior realizado.
- Ausencia de tratamiento anterior.
- Momento del comienzo del tratamiento, se recomienda comenzar 24 horas después del A.C.V.
- Edad del paciente, siendo los niños y los adultos jóvenes los que tienen mejores posibilidades.
- El ambiente.

Conclusión

Si tenemos en cuenta la íntima relación que existe entre la sensibilidad y el movimiento en cualquiera de sus formas, desde un gesto con la mano, como saludar, hasta una acción más compleja como escribir, nos daremos cuenta de la importancia que tiene, evaluar la sensibilidad aunque no se crea afectada.

Es muy común encontrar objetivos relacionados con la sensibilidad en los tratamientos seleccionados periféricos o medulares pero, no es tan frecuente cuando la lesión es a nivel central.

Por otra parte resulta muy costoso realizar un tratamiento prolongado, entonces los objetivos suelen ser los más necesarios para el paciente y los menos costosos en tiempo. La rehabilitación de la sensibilidad o mejorar la función sensitiva que ha sido alterada por una lesión central, requiere mayor tiempo que la rehabilitación de ésta a nivel periférico, a veces lleva años de tratamiento, y muchas veces no se llega a ver los resultados.

Pero creo muy importante no olvidar que tal vez algunas neuronas del tejido cerebral sano, pueden brotar, o existir alguna conexión latente, que pueda de alguna manera restablecer la función, y entonces si existe una “demanda” quizás se obtenga una “oferta”.

Si en todas o la mayoría de las actividades seleccionadas para el tratamiento, se utilizan elementos que estimulen la sensibilidad probablemente algo despierte de esa parte dormida del cerebro, si se usan actividades bilaterales simétricas, el cerebro estará recibiendo correcta información, sobre la sensibilidad y la noción movimiento a través del miembro sano y el área no afectada esto podría estimular el reaprendizaje y ejercer una “demanda”.

Por último me gustaría recordar un principio de Kabat qué dice:

“todos los seres humanos tienen potenciales que no se han desarrollado por completo”.

Bibliografía

- Catherine Anne Trombly: “Terapia Ocupacional para enfermos incapacitados físicamente” Editorial, Prensa Médica Mexicana. S. A. de C.V.
- Héctor Gotta. M. L. Morete de Pordol: “Breviario Semiológico el Sistema Nervioso”. Editorial Eudeba.
- J. Cambier, M. Masson, H. Dehen: “Manual de Neurología”. Editorial Masson.
- Bobath: “Terapia Ocupacional en el tratamiento del adulto hemipléjico”.
- H, Frick, H. Leonhard, D. Starck: “Manual de anatomía humana”. Editorial Omega.
- Robert F Schmidt: “Fundamentos de neurofisiología”. Editorial Alianza Universal.
- S. Brailowsky, D. G. Stein, B. Will: “El cerebro averiado (Capítulo 4). Editorial Fondo de Cultura Económica.
- Rosenthal: “Rehabilitación del adulto y del niño con traumatismo craneoencefálico (Capítulo 6). Editorial David.
- F. J. Kotke, C. A. Amate: “Adelantos clínicos en medicina física y rehabilitación (Capítulo 4). Editorial O.P.S.



Reflexiones sobre un trabajo multidisciplinario de estimulación cognitiva grupal

Graciela Banek, Laura Barloco, Daniel Mauromatiz y Valeria Ton

Resumen

Nuestro trabajo se desarrolla en el marco de un instituto de rehabilitación, con internación. Para el grupo seleccionamos pacientes que presentan déficit, de leve a moderado, en los procesos básicos del aprendizaje (atención, memoria, sensopercepción, motivación) y en las funciones cerebrales superiores (gnosias, praxias y lenguaje). La experiencia realizada se construye desde dos objetivos unificados: Terapéutico – preventivo: optimizar el rendimiento de los procesos básicos del aprendizaje y acotar los efectos indeseables de la institucionalización; Evaluativo-exploratorio: ampliar los criterios de evaluación tradicionales desde el enriquecimiento que supone la mirada interdisciplinaria al proceso grupal y mantener una conducta expectante a la expresión de sintomatología que pudo no ser detectada y que se manifiesta espontáneamente en la dinámica

grupales. Teniendo en cuenta la labilidad psico-cognitiva, afectiva que padece el paciente institucionalizado, implementamos tareas tendientes a favorecer la comunicación y la motivación. Las actividades son planteadas desde un encuadre diferente al habitual (espacio-material) promoviendo al paciente a participar incrementando la atención, la resistencia a la fatiga y la eficacia a los procesos mnésicos, mediante la estimulación de los canales de recepción de la información. El déficit cognitivo opera como uno de los obstáculos más insalvables en la rehabilitación impidiendo una mayor eficacia de las técnicas planteadas. Por esta razón consideramos importante la implementación de esta modalidad terapéutica intentando una mejoría que sabemos evaluable cualitativamente y no cuantitativamente, en lo que se refiere a resultados.

Introducción

Este trabajo se desarrolla en el marco de un instituto de rehabilitación con internación. Para el grupo seleccionamos pacientes que independientemente del motivo de internación, presentan déficits de leve a moderado, de distinta etiología en los procesos básicos del aprendizaje: atención, memoria, sensopercepción y motivación, con su consecuente alteración en las funciones cerebrales superiores, gnosias, praxias y lenguaje.

Los pacientes que recurren a la rehabilitación se encuentran en inferioridad funcional como consecuencia de una discapacidad psico-física.

La rehabilitación no sólo actúa en el plano físico del paciente, intentando lograr un restablecimiento al mejor nivel posible, sino que también debe actuar, cuando la situación lo requiera, en el plano psico-cognitivo. Esto último está íntimamente relacionado con los procesos de aprendizaje.

La discapacidad imprime un cambio inmediato en el potencial de conducta del paciente, alterando sus necesidades y propósitos.

Un aprendizaje eficaz consiste tanto en adquirir la capacidad o habilidad, como en poder realizarla con éxito.

En la puesta en práctica de nuestras especialidades, recurrentemente nos enfrentamos al déficit cognitivo que presentan algunos pacientes, transformándose esta situación en un obstáculo a menudo insalvable, que incide negativamente en la evolución, dificultando el aprovechamiento de las técnicas implementadas por cada profesional.

La aptitud de los procesos básicos del aprendizaje (atención, memoria, motivación, sensopercepción) es condición necesaria para la reeducación.

Las alteraciones en este nivel con su consecuente correlato en las funciones cerebrales superiores (gnosias, praxias y lenguaje) dificultan el aprendizaje y la adaptación al nuevo estado de limitación funcional.

Por esta razón es que vimos la necesidad de implementar una modalidad de abordaje que contemplara estas particularidades.

Esta problemática fue tratada reiteradamente en las reuniones de equipo semanales y llegamos al acuerdo de inaugurar una modalidad de tratamiento con las siguientes características:

- Coordinada en equipo multidisciplinario.
- Agrupando los pacientes.

Multidisciplinariamente por 3 razones:

Los procesos subyacentes de las funciones cerebrales superiores: procesos básicos del aprendizaje, psicoafectividad y equilibrio aerodinámico son un requerimiento común para la puesta en práctica de las distintas disciplinas involucradas en la Rehabilitación. Entendemos que sumar recursos terapéuticos es una estrategia para optimizar el rendimiento.

La situación ineludible y altamente beneficiosa del tratamiento individual por muchos profesionales, a veces contribuye colateralmente a reforzar aún más la fragmentación del cuerpo que por patología de base padecen la mayoría de los pacientes tratados.

Trabajar en grupo, en equipo, lo entendemos como una puesta en acto simbólica que promueve a la elaboración psíquica de la unidad corporal del sujeto.

Por el enriquecimiento que supone la mirada multidisciplinaria tanto para fines terapéuticos como evaluativos-exploratorios.

Agrupando los pacientes:

Entendemos que en el plano terapéutico-preventivo, sumar al abordaje individual tradicional una actividad grupal, amplía y potencia los logros terapéuticos, por ser la situación intercomunicacional propiciadora de requerimientos distintos de la modalidad individual, tanto cognitivos como socioafectivos.

Los pacientes institucionalizados generalmente mantienen una relación comunicacional verticalizada, con el profesional que lo asiste. Nuestra propuesta de trabajo para los casos que referimos fue buscar un espacio de estimulación diferente al que el

paciente utiliza para realizar su rehabilitación (gimnasio, consultorios, sala de TO) intentando horizontalizar la intercomunicación de los pacientes con los profesionales y entre ellos mismos.

Esta modalidad terapéutica se sostiene en dos objetivos unificados:

- Terapéutico-preventivo.
- Evaluativo-exploratorio.

Apelando a la neuroplasticidad, mejorar las posibilidades funcionales de los procesos básicos de aprendizaje que el paciente requiere en las distintas áreas de su rehabilitación y acotar los efectos de la institucionalización.

Ampliar los criterios de evaluación tradicionales desde el enriquecimiento que supone la mirada interdisciplinaria al proceso grupal, a la vez que mantener una conducta expectante a la expresión de sintomatología que pudo no ser detectada y que manifiesta espontáneamente en la dinámica grupal.

Material método-dinámica de la actividad

El grupo está compuesto por pacientes cuyas edades oscilan entre 60 y 80 años aproximadamente. La cantidad de miembros es variable y está sujeto al ritmo de ingresos y altas (promedio 8 participantes).

El criterio de inclusión es la característica común de déficit cognitivo de leve a moderado, valorado con el test mini mental y con la evaluación que cada profesional realiza desde su área. Los resultados son analizados en equipo determinando la grupalidad.

La frecuencia de trabajo es semanal.

La duración de la sesión es de 1 hora. Los 15 minutos iniciales están dedicados a la preparación del encuadre y a la explicación de las consignas. La actividad propiamente dicha se desarrolla en 45 minutos, tiempo promedio de atención sostenida que se logra.

Como parte del encuadre elegimos un espacio físico de trabajo distinto al usado por las demás terapéuticas intentando romper con la rutina del ambiente institucional que evoca el sentimiento de enfermedad. Así se favorece la motivación en las actividades propuestas.

Los ejercicios plantean grados de dificultad crecientes que se implementan acordes al nivel del grupo y al progreso del rendimiento.

Los materiales utilizados se adecúan al objetivo de trabajo y proveen al paciente de un apoyo sensorperceptivo.

Ejemplo: objetos de la vida diaria, láminas, pizarras, letras, balones, cartas, texturas, formas y tamaños, material de lectura, cassettes, videos, juegos reglados, etc.

Cabe destacar, que al solo efecto de la exposición es que realizamos la siguiente división, entendiendo que un proceso no puede ser aislado de otro.

Para las actividades propuestas planteamos ejercicios que involucran siempre como supuestos básicos el análisis, síntesis, juicios, generalización, categorización, abstracción, y trabajamos con el modelo de procesamiento de información común a todos los sistemas cognitivos que contempla tres etapas:

- Proceso de entrada de la información.
- Procesos para el reconocimiento y almacenamiento de la información.
- Procesos de salidas que dan origen a un pensamiento, conducta o acción.

En cada etapa trabajamos con ejercicios que estimulan los procesos básicos del aprendizaje y funciones cerebrales superiores:

- Motivación: con actividades lúdicas que integran intereses y valores tanto conocidos como placenteros para el paciente.
- Sensorpercepción: con actividades para la discriminación visual, táctil, auditiva, olfatoria, gustativa y sus combinaciones, esquema corporal, percepción espacial.
- Atención: mediante actividades con requerimientos en atención espacial, en la acción y en la conducta.
- Memoria: mediante actividades con requerimiento de memoria sensorial o inmediata, memoria a corto plazo o de trabajo y memoria a largo plazo en sus vertientes episódicas, semánticas y procesales.
- Gnosias: mediante actividades con reconocimientos para reconocimiento y nominación de gnosias visuales, auditivas, táctiles, somatognosias, esterognosias.

- Praxias: mediante actividades con requerimiento de ejecución de praxias ideatorias, ideomotoras, constructivas bi y tridimensionales y también actividades con requerimientos gnósico-praxicos aislados y combinados.
- Lenguaje: desde el código lingüístico, actividades con requerimientos en decodificación semántica, codificación semántica, gramatical y fonológica, y con actividades que involucren el código alfabético, matemático y gestual.

Conclusiones

Desde que comenzamos a implementar regularmente la modalidad de abordaje antes expuesta, generalmente observamos en los pacientes un cambio favorable en las esferas psico-socio-afectivo-cognitivas, que se traduce en un mejor rendimiento en sus capacidades funcionales como:

- La comunicación.
- En la eficacia y fluidez en el desempeño cotidiano ante sus pares profesionales, asistentes y familiares.
- En la fluidez de los procesos intelectuales.
- En la adaptación al medio institucional.
- En la capacidad de la tolerancia a las frustraciones, elaboración de duelos relacionados con la enfermedad y en la toma de conciencia de la enfermedad.

Queremos transmitir que no existe excepción en la dificultad de lograr acuerdo para escribir un trabajo como resultado de una labor interdisciplinaria.

De todos modos la riqueza que deja como experiencia nos alienta a seguir intentándolo.



Terapia Ocupacional en el Servicio Penitenciario Federal

Gladys Rearte

Introducción

Este trabajo fue en cierta forma incentivado por dos terapeutas ocupacionales del servicio 48 del Hospital Borda, ya que en una visita realizada a la Unidad 20 me estimularon a concretar la idea de difundir la tarea de Terapia Ocupacional dentro de una institución penal, como un espacio diferente en el área laboral y terapéutico.

Sería bueno aclarar, el Servicio Penitenciario Federal a nivel nacional cuenta con dos terapeutas ocupacionales.

Mi ingreso a la institución fue en diciembre de 1991 y mi primer destino, la Unidad 27 (Servicio Psiquiátrico Central de Mujeres). En el mes de enero de 1996, a pedido del director de la Unidad 21 (Hospital Muñiz) comencé a concurrir una vez por semana a dicho establecimiento, en julio del mismo año me destinaron a la Unidad 20 (Servicio Psiquiátrico de Varones) con la directiva de seguir asistiendo a la población penal de la Unidad 27 una vez por semana. Desde enero de este año se suspendió mi asistencia a la Unidad 20 a pedido mío.

Cabe destacar que tanto en la Unidad 27, como la Unidad 21, se creó el espacio de Terapia Ocupacional ya que no existía dicho espacio terapéutico hasta el momento de mi inclusión.

La intención este trabajo es difundir la posibilidad de este nuevo ámbito laboral así como también describir y compartir mi experiencia en el mismo.

Características de la población

La descripción de la población penal de la Unidad 20 se podría dividir en dos partes:

1. Las características psicopatológicas de la población.
2. Las características legales.

Las enunciaré someramente ya que ahondar en ellas sería temática para desarrollar en otro trabajo.

1- Características psicopatológicas

Las patologías que prevalecen son: Trastorno Disocial de la Personalidad (CIE 10: F 60. 2), Trastornos Mentales y del Comportamiento debido al consumo de sustancias psicotrópicas (CIE 10: F 10-F 19) y Esquizofrenia, Trastorno Esquizotípico y Trastorno de ideas delirantes (CIE 10: F 20-F 29).

Al prevalecer este tipo de población se requiere del profesional una supervisión de mayor intensidad y un entrenamiento específico en el manejo de lo inducido.

2- Características legales

Las características legales de los internos pacientes alojados en la unidad 20 son las siguientes:

A- Procesados: que presentan indicios enfermedades mentales.

B- Condenados: aquellos que durante la detención, ya sea en el Servicio Penitenciario Federal o en el Provincial, presenten indicios de alteraciones mentales pasajeras o crónicas.

C- Inimputables: Por el artículo 34 del Código Penal, el que no haya podido en el momento del hecho, ya sea por insuficiencia de sus facultades, por alteraciones morbosas de las mismas por su estado de inconsciencia, error o ignorancia de hecho no imputable, comprender la criminalidad del acto o dirigir sus acciones.

D- Internos drogadictos: Artículo 14, 18 Ley 23. 737 si a criterio del Juez la persona depende física o psíquicamente de estupefacientes, con su consentimiento se le aplicará un tratamiento curativo para su desintoxicación.

Cabe destacar que por dichas características los internos pacientes de la Unidad 20 no se le aplican muchos reglamentos o leyes obligatorios en cárceles comunes, ya que es una unidad especial, por ejemplo: no se aplica la progresividad del régimen penitenciario (salidas transitorias, salidas por trabajo/ estudio, etcétera), los internos pacientes no pueden tener visitas íntimas, entre otras.

Lugar de realización

La Unidad 20 cuenta con una población aproximada de 100 alojados, de los cuales el 35% concurre a los talleres.

En el Servicio Psiquiátrico Central de Varones (U 20) Terapia Ocupacional funciona en una sala de grupos, con mobiliario adecuado, ubicada en el mismo sector que los consultorios y la enfermería.

Es de destacar que el trabajo se realiza a puertas abiertas por razones de seguridad, pero por su ubicación los ruidos externos no interfieren con la actividad, aunque deben ser tenidos en cuenta.

También se cuenta con una sala de cerámica con los materiales (moldes, mobiliario, cerámica, esmaltes, etcétera) para la realización de dicha actividad.

Objetivos de Terapia Ocupacional

En el espacio de Terapia Ocupacional en principio se intenta el abordaje de los trastornos mentales en su expresión preverbal, gráfico manual a través de diversas técnicas de movilización con elementos estructurados e inestructurados (cerámica, dibujo, pintura, juegos, etcétera).

Lo esencial es la posibilidad expresiva y terapéutica estando subordinada a ésta la productividad y calidad.

Se trabaja estimulando y en algunos casos mejorando la integración grupal a través de la creación de un clima distendido, pero con normas claras (por ejemplo: no pelear, no salir del lugar solo, etc.), así intentando propiciar una mejor convivencia por medio del trabajo grupal, compartiendo materiales, herramientas, como también fomentando la introyección de límites, normas y respeto a las jerarquías.

Se intenta trabajar la posibilidad de descubrir las capacidades y/o habilidades de los internos pacientes, brindando un espacio de contención grupal frente a la frustración o a la intolerancia intentando en algunos casos un fortalecimiento yoico.

Se estimula la higiene y el arreglo personal, y por sobre todas las cosas se trabaja privilegiando el pensamiento y la expresión verbal a la acción propulsada irracionalmente por lo instintivo.

Metodología de ingreso

Dentro de la Unidad 20 los internos pacientes pueden ser incluidos en este espacio a pedido de:

- 1- El propio interno paciente, a través de una audiencia al servicio de Terapia Ocupacional.
- 2- El profesional psiquiatra o psicólogo a cargo del tratamiento.
- 3- A pedido del personal penitenciario de División Seguridad Interna, quien tiene permanente contacto con los alojados.

Una vez solicitado, el interno paciente es evaluado tomando en cuenta las necesidades del mismo, las características psicopatológicas y las condiciones de riesgo. Resultante de esto se lo integra a determinado grupo o se le proporciona un espacio individual tratando de que este sea transitorio.

Metodología de trabajo

Se trabaja con grupos de 5 a 6 integrantes (cantidad pautada con las autoridades del penal, por razones de seguridad). Los internos pacientes pueden realizar tareas individuales o grupales dependiendo esto de los objetivos que se quieran alcanzar. La elección de la actividad es realizada porque el interno paciente, en caso de no poder, se le sugerirá alguna tarea. El tiempo de trabajo es de aproximadamente una hora para cada grupo.

Se da un espacio para trabajar el momento de pre-tarea (relaciones interpersonales, roles) y luego pasar a la tarea propiamente dicha, ya que la población penal se muestra y manifiesta como grupo primario en donde prevalece el mundo afectivo y su vínculos son muy intensos.

La ejecución de la tarea propiamente dicha puede ser independiente o asistida, siendo siempre supervisada. Se fomenta la elección de un destinatario para lo realizado, fortaleciendo de esta forma los vínculos afectivos (familiares, amistades) y el poder pensar en el otro.

También se estimula la filantropía, por ejemplo: para el día del niño se hicieron tareas con placas de radiografías, se trabajó sobre el lugar para destinarlas, surgiendo varias alternativas y como decisión final por votación surgió que fueran donadas al Hospital Infanto Juvenil, ya que algunos de ellos fueron atendidos en dicha institución.

Se trabaja asimismo con las tareas propias de su grupo de pertenencia (características de las cárceles), valorándolas e intentando mejorarlas con otros elementos ellos no cuentan en los pabellones.

Nuevas estrategias

Se ha seleccionado conjuntamente con el jefe de seguridad interna un grupo de internos pacientes, que habiendo cumplimentado exitosamente los objetivos anteriores, son autorizados en un horario previamente pautado a trabajar solos, bajo vigilancia, discreta o indirecta, a realizar tareas de terapia ocupacional pautadas. Este espacio es jerarquizado como parte de la estimulación hacia la salud y propicia la autogestión permitiendo un espacio productivo- creativo. Se realizan actividades con cerámica y plástica.

De la evaluación de 6 meses de experiencia surge en principio un resultado positivo, se ha estimulado el querer trabajar en un alto porcentaje de la población general, han logrado conservar una buena conducta y hacerse cargo de responsabilidades.

Encuesta realizada a los internos pacientes focalizada en el espacio de Terapia Ocupacional

A raíz de este trabajo, surgió mi necesidad de buscar alguna forma en donde "ellos" estuvieran presentes, no sólo a través de lo que yo pueda describir, sino desde ellos mismos. Se trabajó grupalmente dicha necesidad, apareciendo varias propuestas como por ejemplo " vamos todos a las jornadas", que llevara trabajos para mostrarlos, etcétera.

Les comenté sobre la posibilidad de que contestarán preguntas, en forma anónima, donde ellos expresarán lo que sienten y vivencian en el espacio de Terapia Ocupacional a lo que accedieron sin resistencia.

Se realizó la siguiente encuesta:

- 1- ¿Qué es terapia ocupacional?
- 2- ¿Le encuentra alguna utilidad?
- 3- ¿En qué área lo incluiría?
 - a- Esparcimiento.

- b- Trabajo.
- c- Terapéutico.
- d- Otros.

4- ¿Por qué asiste a terapia ocupacional?

5- ¿Qué cambiaría?

6- Haga propuestas para mejorar la sesión de Terapia Ocupacional.

Las mismas fueron hechas en forma anónima y bajo estricto secreto profesional, por lo que sólo se copian algunas tomadas al azar.

1- Un lugar donde ocupar la mente en algo distinto.

- Un espacio de distinción comúnmente social.
- Un lugar donde ocupar la mente en algo positivo.
- Una terapia alternativa más, dónde podemos hacer trabajos prácticos y además hacerle un regalo a nuestras familias.

2- Para descargar los nervios y entretenerse en algo más didáctico.

- Para expresarnos libremente.
- Despeja mi mente, me divierte y me sirve de mucho, ya que nunca imaginé qué podía hacer tantas cosas con mis manos.
- En mi caso, si, haciendo un trabajo manual no pienso en la droga.

3- Prevalció trabajo, terapia y otros.

4- Para salir de los nervios de diarios y dedicarme algo entretenido.

- Porque es uno de los métodos de matar el ocio.
- Me distraigo y comparto momentos con mis compañeros.
- Es un lugar donde uno se despeja y aprende.

5- Nada, la única verdad es la realidad.

- Poder asistir todos los días.
- Mi actitud.
- No cambiaría nada, sólo pediría más tiempo.

6- Que nos dejen más tiempo.

- Más espacio, más material, y que le pidan a la terapeuta informes de la evolución.
- Nada.
- Hacer un trabajo en común.

Conclusiones de la encuesta

En general surge de las respuestas que el espacio de terapia ocupacional es valorado ya que les permite expresarse, compartir con los otros y sacar de ellos sus mejores partes, haciendo un corte con la rutina y conductas carcelarias.

Aparecen también demandas de disponer de mayor cantidad de tiempo, esto estaría en franca relación de la valoración del espacio de terapia ocupacional, así como también con las características demandantes de los internos pacientes.

En lo personal opino que se desprende de sus comentarios que algunos de los objetivos pautados en terapia ocupacional han sido alcanzados.

Conclusiones del trabajo

Luego de 5 años de trabajo dentro del Servicio Penitenciario Federal, y siendo este mi primer trabajo escrito, creo que fue necesario un tiempo de adaptación a un ámbito distinto de trabajo, donde prevalecen las medidas de seguridad, donde Terapia Ocupacional en muchas ocasiones no existe, para llegar a este momento en donde pienso y siento qué es importante informar sobre mi experiencia, dejando las puertas abiertas a otros terapeutas de poder crear un espacio vital que permita redescubrir las mejores partes de las personas, haciéndolas prevalecer e intentando preparar a los internos pacientes para su reinserción social.

Bibliografía

M.S Olmsted. El pequeño grupo.

P. Watzlawick. Teoría de la comunicación.

S. Freud. Obras completas. Lecciones introductorias al psicoanálisis. Parte III. Teoría General de las neurosis. Capítulo XXVII: La transferencia.

Código Penal de la República Argentina.

Código Procesal Penal de la República Argentina.

Código Civil de la República Argentina.

Reglamento para procesados de la República Argentina.

Ley Orgánica del Servicio Penitenciario Federal.

Organización Mundial de la Salud. CIE 10 Trastornos Mentales y del Comportamiento.



Conclusión de tratamiento en Terapia Ocupacional

Silvina Paola Hunt

Introducción

Pensar en la finalización de un tratamiento en Terapia Ocupacional sugiere tener en cuenta el proceso que este implica al igual que las modificaciones en el entorno familiar y social del mismo.

Ahora bien, al reflexionar sobre este tema, no sólo en un caso en particular sino en relación a la cantidad de niños y adolescentes que concurren a Terapia Ocupacional, nos encontramos con diferentes posibilidades de cierres de tratamiento: aquellos que pueden programarse, trabajándose una despedida y logrando derivación y otros en los que los cierres vienen marcados por interrupciones sorpresivas debido a distintas razones.

Como manera de esclarecerlos decidimos contar un caso cuyo proceso derivó en una finalización de tratamiento con su posterior derivación.

Conclusión o interrupción

Una vez más nos encontramos aquí frente a esta pregunta. Concluir significa consecuencia de un razonamiento, llegar a una conclusión, terminar.

F. de 16 años de edad terminó su tratamiento en Terapia Ocupacional: he aquí su recorrido.

De los primeros encuentros y datos prescriptos en la derivación del paciente obtengo datos significativos en relación a su situación actual. Su derivación se realiza en noviembre de 1994 por el servicio de Hospital de Día encontrándose F. internado.

De la evaluación realizada en este momento surge:

- Gran dificultad para relacionarse con el otro (tanto pares como con terapeutas), manifestando predominantemente conductas agresivas y despectivas hacia el otro.

- No respeta reglas compartidas manteniendo una actitud de superioridad con respecto a sus compañeros.
- Transgrede límites armando a su vez complicidades en contra de terceros.

Factores tales como presión institucional, la gran demanda en derivaciones y las dificultades concretas que F. ofrecía nos hicieron pensar en la posibilidad de trabajar en forma grupal, considerando al grupo como un medio artificialmente creado sobre la base de encuentros pautados en el que varias personas interaccionan, se comunican y comparten normas y actividades o proyectos en común.

El grupo que presento está conformado por F., otros pacientes de internación y dos terapeutas ocupacionales.

En repetidas sesiones F. entra abruptamente a Terapia Ocupacional, abre un armario y toma la lotería determinando que se jugara a ese juego por su propia decisión, mientras reparte las fichas se le pregunta si no ha percibido la presencia de las personas restantes, F. refiere que no le importan las opiniones estúpidas de los demás insultando a sus pares y descalificando el rol del Terapeuta.

Un grupo en Terapia Ocupacional se forma a partir de la producción de hechos fundantes que determinan que se inicie un proceso, las fases significativas de dicho proceso pueden permitirnos trabajar con cierto grado de producción y crear ciertas estrategias terapéuticas para lograr nuestros objetivos. Es también el grupo quien define sus propios roles.

La paulatina estructuración de un individuo se realiza mediante la incorporación internalización de una serie de normas que no le pertenecen sino que le son impuestas desde el afuera (madre, médico).

Durante un largo período F. continúa tratando de imponer la actividad a desarrollar dentro de la sesión, su elección se remite siempre a juegos competitivos disfrutando con mucho placer los triunfos o amenazando con destruir a los demás en el caso de que perdiese, mantiene una conducta descalificadora y discriminativa, hacia el otro, quebrantando los límites a través de insultos y heteroagresiones o sobrepasándose verbal y físicamente a sus Terapeutas Ocupacionales.

F. necesita ganar, diferenciarse del resto de los pacientes con quien comparte su sesión, ellos siendo otro par y estando en este mismo lugar lo remiten al rol de enfermo que F. ocupa dentro de su contexto familiar, a pesar de que también su madre recibe tratamiento en un hospital Neuropsiquiátrico.

F. refiere: "quiero ser 10 veces normal, quiero ser 10 veces popular"

"yo quiero ser el único ganador y destruir a todos ustedes"

El Doctor en T.O. Gary Kielhofner hace referencia los roles que expresan expectativas de pasividad o desempeño negativo. En estos roles (enfermo o invalido) se suspenden las expectativas normales, una persona no es considerada capaz de hacerse valiosa a través de la participación en la sociedad. El status del rol es de desamparado o sin valor.

En marzo de 1995 se da el alta de su internación continuando con el régimen de Hospital de Día.

En esta nueva etapa comienzan a producirse interferencias que afectan a la continuidad y/o seguimiento de F. en sus diferentes espacios, es la presencia de la madre quien obstaculiza el tratamiento de su hijo seleccionando a cuáles de ellos deberá asistir.

Su llegada a Terapia Ocupacional acompañado de la madre:

- Julia con F. del brazo golpea la puerta y dice:

"tomá, te lo dejo, esta re loco no se puede hacer nada con este chico, lo voy a matar se anda tirando a todas encima, no aprende nada, le voy a romper esa cabeza".

En su sesión individual propongo a F. hacer un organigrama de sus actividades en el Hospital de Día pensando en la posibilidad de manejarse con este organizador sin la necesidad de depender de su madre.

F. acepta y comenzamos a realizarlo. En sesiones posteriores acercándose con el mismo a los espacios adecuados, haciendo recorridos en forma independiente dentro del Hospital.

Hasta ese momento sus pertenencias sólo se remitían a listas de pacientes que el mismo formulaba, pidiéndome en cada sesión que le averiguara más datos de estas personas a las que él consideraba por diferentes motivos que debían ser castigadas.

Nuevos pedidos aparecen en las sesiones de F. ya no refiriéndose a datos personales de terceros sino a libros sobre Mitología Griega, ambos pensamos en donde buscar información sobre los temas de su interés, surgiendo posibilidades como bibliotecas, librerías o pedir prestado a personas cercanas a él.

Por voces de pasillo una de mis compañeras escucha que F. se había acercado a la biblioteca del Hospital a pedir libros sobre Mitología Griega, cuando lo veo pregunto si ha conseguido algo, sorprendido responde que fue a una biblioteca a buscar este

material pero que sólo había libros científicos y nada de lo que necesitaba podían ofrecerle, comienza a ampliar su recorrido, esta vez, en función de su propio interés.

F. no puede controlarse, agrede a los pacientes en el pasillo, se tira sobre cualquier mujer que encuentra en el camino respondiendo a sus ganas de aprender a besar en la boca.

Así llega a Terapia Ocupacional grita, intenta pegarme, tocarme, diversos aspectos dan significado a los comportamientos de F., su adolescencia, la falta de normas sociales internalizadas y su enfermedad hacen referencia a la gran dificultad de poder sostenerlo.

Si bien la mayor parte de la sesión consiste en poder encuadrar a F. dentro de la misma son los últimos instantes en los que logra mantenerse al fin tranquilo, esta secuencia conocida y aceptada me permite acompañarlo hasta el momento en que pueda pensar en construir un proyecto en relación a sí mismo.

De los reiterados encuentros con su terapeuta se plantea la posibilidad que F. adquiera la independencia en el viaje a fin de que pueda concurrir solo, apostando de esta manera a un recorrido fuera del Hospital. La información sobre este objetivo genera en él grandes expectativas pudiendo proyectar deseos como "Podré viajar solo a Núñez, yo quiero conocer otros barrios porteños, lo único que conozco es Mataderos y Flores."

He aquí una nueva etapa, F. informado ya acerca de la finalización del tratamiento pide reiteradamente que comencemos a trabajar sobre su independencia en el viaje, para lo cual se requiere previamente el reconocimiento del dinero y trayecto de los colectivos, usar un teléfono en caso de emergencia y trabajar su ubicación temporario espacial en el recorrido precisado.

Informo a F. que paralelamente al trabajo que estamos haciendo comenzará a tener nuevamente una sesión grupal considerando de fundamental importancia la relación con otro, a fin de poder compartir actividades que impliquen su pertenencia a la sociedad y la cultura.

Rechazo y acercamiento, competencia y alianzas se evidencia en este nuevo espacio grupal, surgiendo de los miembros la necesidad de esclarecer las normas que regirán al encuadre, quedando asentadas en un papel a la vista. Nuevamente un papel escrito funciona como organizador de normas aun no internalizadas.

Ver a F. tranquilo, sentado en el pasillo hablando con un paciente o saludando a alguien sin necesariamente tirársele encima y hasta en varias oportunidades escucharlo ofreciéndose como ayuda en el caso de que lo necesiten refleja cambios de posición en relación al otro, es este el momento que me entrevisto con su madre comunicándole la última etapa de tratamiento.

Se hace necesario aclarar que F. teniendo el pase gratuito para los transportes públicos no lo podía llevar consigo por la negativa de su madre.

Durante la entrevista se dirige a F. argumentando la imposibilidad de cedérselo sosteniendo con total certeza que lo perdería. Julia refiere: "si perdés el pase hasta el cementerio te va a quedar chico". Esta es la respuesta de su madre frente a la indicación de que es él quién debe llevarlo.

Cuando comunico con cierta anticipación la fecha de inicio para viajar con F. juntos al hospital su madre vuelve a interponerse en ese camino descalificando tanto a su hijo como a la terapeuta ocupacional.

"Para que hacer esta pavada, él es un discapacitado y nunca va a poder, cómo no sabe y no puede aprender nada y yo estoy dispuesta acompañarlo siempre".

Poder transitar ya un camino más amplio en el que algunos obstáculos lograban verificarse no interrumpieron la ilusión de F., sus pedidos reiteraban constantemente una oportunidad.

Es aquí donde se pone en escena una nueva apuesta.

Durante 2 meses viajamos juntos al hospital, al comienzo la observación se centra en la orientación temporario espacial, resultando satisfactoria y adecuada para realizar este trayecto, F. reconoce lugares y puntos de referencia para guiarse.

Tomando distancia le propongo jugar a que soy una extranjera que lo va a acompañar al Tobar y que es él quién va guiarme en el viaje y explicarme cómo llegar.

Transcurriendo por esta etapa surge un acontecimiento que paraliza y detiene el recorrido de F.

A causa de una tormenta habían caído árboles, cambiando circunstancialmente el recorrido de los colectivos, F. se muestra perturbado, apareciendo signos de dificultad en la relación y comunicación con el otro, concretamente frente a esta situación no puede pedir ayuda.

F. comienza a evidenciar ideas delirantes que le impiden comunicarse con un otro, agravándose día a día esta situación cae.

F. se expresa diciendo: “Renuncio Silvina, ahora no puedo, tal vez más adelante”.

Cómo plantee anteriormente, mis objetivos previos al tratamiento consistían en acompañar a F. en este recorrido afín de que lograra poner en práctica su aprendizaje en hábitos de independencia, que le permitirían una nueva vinculación con el afuera.

Si bien el tratamiento no concluye de esta manera, la desesperanza y desilusión no anularán la construcción de dicho proceso, el cual lo obliga a renunciar a un camino pero además poder instarse en un otro posible.

Remitiéndome a un nuevo pedido de F. donde refiere “Si si necesitas algo prométeme que me vas a llamar para que te ayude” y teniendo en cuenta su posibilidades de pertenecer a diferentes espacios de socialización derivó a F. al programa “Cuidar Cuidando”, pensando en el afuera, en el compartir una actividad como dice F. con personas normales y fundamentalmente pertenecer a un nuevo espacio en dónde la intervención de sus padres está más recortada.

Conclusión

El proceso de tratamiento en terapia ocupacional intenta descubrir algo en relación del Hacer-Ser, hacer propio, de uno mismo, constitutivo de la identidad ocupacional a partir de la relación con las cosas y las personas.

Al comienzo, los límites y normas establecidos en el encuadre marcan el inicio de una posibilidad de diferenciación entre F. y un otro. Permitiendo a su vez rescatar, valorar y sostener las iniciativas o inquietudes que surgieron en F. en relación a su propio hacer.

Más allá de los éxitos o fracasos en este hacer, el tratamiento da cuenta del movimiento de posición en su forma de presentarse frente a un otro, lo cual le permite ocupar un rol diferente al que hasta el momento se lo había identificado.

El escuchar, articular palabras con ideas, ideas con proyectos, tendió el puente que le permitió transitar y transformar, un quizás imposible en un tal vez realizable.



Entre la querrela y la demanda

María Rita Martínez Antón

Algunas cuestiones preliminares

“Querrela y demanda” son dos términos ampliamente utilizados a nivel judicial. También son términos usados en nuestra práctica hospitalaria. Querrela, según el diccionario de la lengua española, es “queja” (en una primera acepción la aclaración de qué usada); discordia, disputa en el ámbito forense, acusación frente a un juez contra una persona”. “Demanda es petición búsqueda; empresa; en el ámbito forense, acción que se deduce en juicio”. Judicialmente, una querrela debe llevarse adelante a través de una demanda, que se decidirá en el proceso de un juicio, si se pretende efectivizar alguna resolución sobre ella.

Considero la práctica de la terapia ocupacional como la práctica de una praxis, es decir, la defino por la intervención que busca que un hacer sea crítico para llegar a ser propio. La actividad crítica implica la anticipación del hacer, la realización en sí misma, la puesta en circulación del propio producto y la historización, la narración del propio hacer.

La praxis es una rebelión contra el destino es la decisión de imprimir una marca y hacerse cargo de las consecuencias, esto es, asumirse como autor, como “la causa de” un resultado determinado (incluyendo efectos que uno no busco intencionalmente, pero produjo como consecuencia de su hacer).

El que sigue es un relato de una intervención en una terapia ocupacional para delimitarla, tomo un concepto de Paul Ricoeur.¹⁵ El propone que “la acción humana es una obra abierta, cuyo significado está «en suspenso». Por el hecho de «abrir» nuevas referencias y recibir una nueva pertinencia de ellas los hechos humanos están esperando igualmente nuevas interpretaciones que decidan su significación. De este modo, todos los acontecimientos y significativos se encuentran abiertos a este tipo

15 Paul Ricoeur propone este concepto para la interpretación de las obras a través de la historia y con un sentido social. Me permito su aplicación a una situación individual y contemporánea porque considero que, el marco de intervención que planteo, con la historización subjetiva del propio hacer como elemento, no traiciono la esencia del concepto. De todas formas, siguiendo al propio Ricoeur, su texto es también una obra abierta a nuevas referencias y pertinencias.

de interpretación práctica de la *praxis* actual¹⁶. Una obra está expuesta a la crítica en el sentido de “juicio de acuerdo a las reglas del arte” y a la reelaboración por parte del hacer de otros.

La intervención que realice con respecto a María Delia estuvo centrada en estas acciones:

- sostener las condiciones de las actividades que acordábamos (esto es, la anticipación la realización, la circulación, la historización);
- juzgar, desde la lógica de las actividades que ella realizaba, sus producciones;
- nombrar cada tarea que realizábamos (tanto ella como yo);

Pienso esta intervención como una interpretación práctica, que buscó un reordenamiento del hacer de María Delia que permitiera que una disputa se convirtiera en demanda.

El tratamiento

María Delia llegó al hospital desde el Chaco. Vino sola a este hospital en el que había estado internada hace 4 años. No vino a internarse: vino a pedir un papel que dijera si era o no una “enferma mental”, como certificación para presentar en el juzgado que había dado la custodia de su hijo menor a su madre. Pidiendo ese papel “para recuperar a mi hijo” llegó a la sala.

Comencé la terapia ocupacional con María Delia a partir de la derivación de su psiquiatra, el Dr. Feroso, y su terapeuta individual el licenciado Rehin. María Delia tiene 24 años y 3 hijos, de entre 1 y 8 años. No tiene familiares en Buenos Aires.

María Delia no concurrió a la primera sesión que habíamos acordado. Me buscó el día siguiente, diciéndome que se había quedado esperando a su terapeuta individual porque tenía que hablar con él. Mantuve el horario de la siguiente sesión, ya acordada previamente. “No puedo esperar, me tiene que dar tela y agujas para hacerle un short a mis hijos, así ven que hice algo, mientras estuve acá”. “Tiene que darme algo para hacer porque si no me pongo a noviar con los muchachos y eso no puede ser”.

María Delia tuvo que esperar. Sus acciones no marcaban prioridades, estaban todas al mismo nivel, podía perder una sesión, coser para sus hijos o noviar. Yo le proponía hacer implicaba un tiempo y un espacio determinados.

Concurrió puntualmente a la próxima sesión. María Delia se nombraba como una madre que quería recuperar a sus hijos. Ya no me pedía “algo para hacer” aquí en el hospital. Pedía que le consiguiéramos un trabajo en la Municipalidad de Resistencia. “Necesito un trabajo y una casa para poder estar con mis hijos”. No hacía una historia de sus actividades previas. Desordenadamente, planteó que no tenía a nadie que la ayudara en el Chaco y, por eso, había venido acá. Contó que había intentado formar “una asociación de ayuda a madres adolescentes”. En esta entrevista comencé a definir mi intervención: yo no podía darle ni trabajo ni casa, sí ayudarla a organizarse en lo que ella decía que quería hacer –recuperar a sus hijos. Ella conocía el Chaco, yo no, por lo tanto, para ayudarla en esto, necesitaba que ella me contara los medios que había allá, en especial, con qué personas podía contar.

Así fueron apareciendo distintos nombres (de amigos, familiares) y, junto con cada uno de ellos, las razones por las que en principio, decían que no podían ayudarla: en general que no habían querido hacer lo que ella les pedía/exigía –por lo cual ella se había enojado y/o peleado con ellos– o que no sabían lo que le pasaba, porque ella no se los había contado.

Cada sesión terminaba con mi definición de las tareas que nos quedaban para hacer a cada una. Sostenía, además, dos indicaciones: una, que María Delia participará en las sesiones grupales, en los talleres, y las asambleas porque, más allá de lo que le sucedía, con respecto a sus hijos, la vida continuaba en otros aspectos de los que ella no podía desentenderse; la otra que escribiera los datos que íbamos reuniendo, mientras yo los escribía a mí vez. La cuestión de la escritura me parecía especialmente importante porque qué, en lo que María Delia iba relatando acerca de sus visitas al juzgado que intervenía en relación con sus hijos, aparecían comentarios del tipo de “¿cómo me van a pedir un papel? (las partidas de nacimiento de los hijos) para ver que soy la madre”. Frente a esto, elegí sostener las características de estas actividades: los juzgados en nuestro país se manejan fundamentalmente por escritos y si ella quería reclamar que le dieran sus hijos, debía hacerlo frente al juzgado y atenerse a las reglas de éste. Yo, mientras tanto, tenía que escribir los datos que ella me daba porque debía registrarlos en la historia clínica y por que lo necesitaba para recordarlos.

María Delia continuó, según sus palabras, acordándose de lo que tenía que hacer cuando me veía, hasta que le informé que con la licenciada Mosto habíamos confirmado un número de teléfono que ella me había dado, de su compadre, y le pregunté qué quería hacer, además de comunicarle que nosotros íbamos a llamarlo. “Yo no quiero hablar con él, él me dejó sola”. “Me

16 Ricoeur, Paul -Hermeneútica y acción: de la herramienta del texto a la hermeneútica de la acción- Buenos Aires, Editorial Docencia, 1988 hacer lo que ella les pedía/ exigía. Por lo cual ella se había enojado y peleado con ellos, o que no sabían lo que le pasaba porque ella no se los había contado.

había sacado a mis hijos... ¿sabe lo qué es eso?”. Por primera vez vi a María Delia llorando. Sabe lo que es que le saquen a los hijos yo sufro. Estaba sola, nadie me quería escuchar. ¿Qué me van a escuchar? No hay justicia. ¿Qué, van a hacer como con mi papá, que lo citaron 4 años después, cuando ya estaba muerto? Yo no voy a hablar (con su compadre) pero ustedes llámenlo”. Pregunté si lo que estaba haciendo era pedirnos que pidiéramos ayuda por ella. “Sí”.

Unos días después María Delia, comenzó a pedir hablar ella misma con su compadre. “*Quiero saber si vio a mis hijos*”. Comenzó a decir que “yo por afuera parece que estoy bien, pero estoy mal por dentro”, “me sacaron a mis hijos y me pararon el tiempo. Estoy encadenada”. Agregaba que “tengo amigas más grandes, que me pueden aconsejar” y, con respecto a tareas que estábamos haciendo, “es como dice usted *algunas cosas hace falta escribirlas*”. Había un hacer propio, que continuaba más allá de las sesiones, en el que rescataba recursos y no estaba sola contra el mundo.

Simultáneamente, frente a las dificultades que fue encontrando (las limitaciones acerca de cómo hacer las cosas), María Delia comenzó a definir su hacer en la línea de la querrela por las injusticias que habrían sufrido su padre y ella misma. Empezó a hablar más de otro proyecto: “si no consigo la justicia en la Argentina voy a ir al Paraguay, voy a dejar a mis hijos acá y me voy a ir con mi tía (hermana de su padre), y desde allá voy a denunciar que en Argentina no hay justicia”. Según sus palabras, “me encapriche, quiero el alta, vine a buscar un papel y para eso no se necesitan tantos días”. “Ya sé lo que voy a hacer pero no quiero hablar de eso”. Marque que, “encaprichada” parecía una nena, no una madre que reclamaba sus hijos. Su respuesta fue “*Es que nunca dejé de ser una criatura*”.

María Delia regreso al Chaco, con un informe firmado por los que conformamos el equipo tratante dirigido al hospital al que sugiriendo crear instancias para regular la relación de María Delia con su madre (tratamiento psicoterapéutico, intervención de trabajo social y regulación con un asesor letrado).

La praxis de una madre y el reclamo de una criatura

María Delia llegó nombrándose como una madre, por eso mi decisión fue acompañarla en la posibilidad de una praxis como tal. Algo había ocurrido en el cuidado de sus hijos para que interviniera un juzgado y ella no podía defender su posibilidad de mantener la custodia de ellos. No contar con más datos de la situación, si bien me molestó en muchos momentos no trabó el recorrido. Al fin de cuentas me propuse acompañar a María Delia en esa actividad, con los medios que hubiera, como ocurre con cualquier hacer: partimos de lo que tenemos a mano.

Acompañarla en una praxis como madre se concretaba, siguiendo una lógica de su situación, que ella misma traía: una madre a la que le sacan a sus hijos se desespera por recuperarlos. Mi actividad era entonces, ayudarla a pensar qué hacer para estar con ellos y, sobre todo, cómo hacerlo.

Para empezar a definir las dificultades que tenía María Delia en una praxis como madre, bastó considerar tal. Ahí empezó a aparecer su otro “papel”: el de una hija reclamando justicia para su padre que no la había obtenido y para sí misma, a quién “mamá a los 12 años me echó a la calle y ahí la justicia no hizo nada”.

Aposté a que María Delia pudiera *demandar* por sus hijos, no por la demanda judicial en sí, sino porque implicaba una posibilidad de praxis que le abría circulación desde su papel de madre. María Delia empezó a definir su querrela como hija. Tal vez algún día la convirtiera en una demanda, pero de eso no necesariamente voy a enterarme.



Entre objetos y escenas: hacia un encuentro posible

Claudia Battistoni, Silvia Fernández, Silvina Hunt, Soledad Calveyra y Alejandra Castro Ares

Si tenemos en cuenta una puesta en escena del psiquismo temprano, de las distintas maneras en que se observó un déficit en el desarrollo y de las consecuencias que esto acarrea, se presentan aquí grandes problemas a resolver. La carencia de recursos yojicos como fenómeno trascendental impide el aprendizaje por la experiencia emocional, y por lo tanto el desarrollo de estas personalidades, presentando así serias dificultades en el área perceptivo- motora, socio- emocional, cognitiva, ocupacional, y de las actividades de la vida cotidiana.

Para un tratamiento posible con las patologías más severas que recibimos dentro del hospital, Terapia Ocupacional ofrece un espacio de juego, por lo cual proveemos un “ambiente facilitador”. Dentro del mismo englobamos las condiciones que creemos necesarias para la aparición de una escena lúdica: en primer lugar, un sentimiento de bienestar y seguridad que va

a permitirle al niño relacionarse en el entorno con confianza; una organización o selección de los estímulos y materiales que creemos pueden interesarle, ofreciendo la posibilidad de que explore y encuentre otros de su interés; y posibilitar la continuidad de lo que el niño despliega con los objetos o sin ellos.

En este proceso ubicamos a los materiales y objetos como mediatizadores. En principio, nuestra propuesta tiene que ver con la exploración tanto del material como del espacio, algunos niños recorren y se conectan con lo que les llama la atención, lo que conocen o no, lo que les gusta, mostrándonos así cuáles son sus dificultades y necesidades.

Observamos también otros niños que parecen buscar determinados tipos de estímulos o sensaciones corporales, giran, se balancean, se meten entre objetos que los contengan, se desparraman entre los materiales como si perdieran los límites de su propio cuerpo o simplemente permanecen aislados.

La posibilidad de ofrecer objetos como medio de acercamiento nos permite esperar algún tipo de respuesta: un sonido, una sonrisa, una aproximación o un pedido.

Nuestra mirada pone en escena el protagonismo que adquiere el niño en el desplegar de estas acciones, otorgando significaciones a cada una de ellas.

Tratamos de ir comprometiéndolo cada vez más en el juego, e ir incorporando nuevos elementos que le llamen la atención y le permitan una mayor conexión con el entorno.

A continuación presentaremos un caso clínico:

Paola tiene 11 años, comienza a concurrir a terapia ocupacional en mayo del 95, con una frecuencia de dos veces por semana. En las primeras sesiones no se conecta con ningún material ofrecido; no puede expresarse a través de palabras y casi ni emite sonidos, salvo cuando se angustia y llora o cuando manifiesta una respiración forzada y ruidosa a la vez que intenta bajar todas las cajas con juguetes que se encuentran en los estantes o vaciar todo mueble que encuentre en el salón; realiza muchos gestos y tiene una mirada de susto y esquiva.

Paola comienza a concurrir con una botella de plástico y /o bolsas de polietileno, en algunas ocasiones sucias, que va recolectando en su trayecto al hospital. Estos objetos impiden cualquier tipo de interacción con nosotras ya que Paola se concentra en sostenerlos de una forma muy particular: los apoya sobre el pulpejo de los dedos sin que entren en contacto con la palma de su mano, de manera que hagan equilibrio y los observa colocándolos en diferentes direcciones. Manifiesta angustia cuando intentamos intercambiárselos por otros objetos a manera el juego o si se lo sacamos directamente.

Esto nos llevó a pensar en la posibilidad de que estos elementos funcionaran como "objetos autistas", haciendo referencia a F. Tustin, como si formaran parte de su propio cuerpo y que al quitárselos generan mucha angustia.

A lo largo de las sesiones Paola comienza a repetir situaciones para ella conocidas donde sabe que nuestra respuesta es "NO", Como por ejemplo romper dibujos y trabajos de otros chicos, o tomar botellas que contienen elementos nocivos. Generalmente busca provocar una situación incómoda para el otro. Como por ejemplo, simular sonarse la nariz frente a una de las terapistas ocupacionales a la cual le resulta especialmente desagradable o tirarse del cabello a manera de autoagresión sosteniendo una mirada desafiante hacia el otro.

Con el transcurrir del tiempo Paola comienza a reconocer el lugar de terapia ocupacional y a nosotras. Podemos observar que ya no es traída por un acompañante sino que en el pasillo nos mira y nos da las manos para ingresar al salón.

Uno de los elementos a partir del cual Paola puede conectarse con nosotros es la hamaca. Disfruta de la sensación que le produce este tipo de movimiento. A partir de esta actividad trabajamos los distintos espacios que se demarcan: adelante, atrás. Trabajamos con los tiempos y los ritmos que se establecen al hamacarse. Tratamos de introducir algunas palabras y de darle algún sentido lúdico, por ejemplo la tomamos de un pie, de una mano, de diferentes partes del cuerpo, "atrapándola"; frente a esto se ríe, busca con la mirada y a través de un gesto pide que lo repitamos.

En algunas ocasiones trae una botella con la cual permanece toda la sesión pero puede por ejemplo hamacarse, sosteniendo en una de las manos la botella. En otras ocasiones, cuando está conectada con la propuesta y le interesa puede dejarla por sí misma.

Más tarde se le comienza a ofrecer un espacio físico más tranquilo, con pocos elementos y algunos materiales simples (bolsas de arena, cepillos, porras) que ofrecen diferentes estímulos propioceptivos y táctiles. Propusimos estos materiales porque observamos que a Paola le llamaron la atención. Con las bolsas de arena iniciamos un juego de taparle las manos, hacer "Torres de manos" o "sándwiches". Al mismo tiempo que las mismas brindan contención, límite o peso, (a través del vínculo que P. comienza establecer con nosotras). Este tipo de vínculo era buscado por Paola ofreciendo sus manos y manteniendo el contacto con la mirada.

Con los cepillos trabajamos con cuidado, primero ofreciendo el estímulo para que los conozca pasándolos por las palmas de las manos, por la parte interna de sus brazos o simplemente espalda y estando muy atentas a que Paola no se sintiera invadida por éstos. Inmediatamente acepto estos estímulos y podía pedir más colocando su palmas frente a nosotras.

Observamos que Paola busca estimulaciones fuertes ya que prefiere los cepillos duros. En algunas ocasiones en que Paola viene muy desorganizada y ansiosa podemos acercarnos y lograr tranquilizarla a través de un cepillado fuerte. Pensamos que esto contribuye a que pueda ordenar y delimitar su cuerpo y también hace de punta para luego implementar otras situaciones.

En otro momento introdujimos las porras, y por casualidad el ventilador estaba funcionando, por lo que las hebras de las mismas se movían y flotaban en el aire. Paola se quedaba absorta observando este tenue movimiento. Así comenzamos a soplarlas frente a ella. Paola nos respondía también soplando. Una vez cada una íbamos soplandolas para que éstas se movieran. Esto permitió establecer un diálogo, un código en común para comunicarnos, y establecer un ida y vuelta más placentero para ambas.

Pensando en los materiales suaves y volátiles incorporamos plumas de distintos colores, a las cuales Paola lleva cerca de su boca, emitiendo un sonido: ...ch.... nosotras respondemos...ch.... Ahora nuestro código compartido también es sonoro. Paola lo propone espontáneamente durante varias sesiones, esperando nuestra respuesta. En ese momento estamos, intentando oír a Paola. Creemos que la manera de poder hacerlo es replanteándonos los interrogantes que ella nos propone.

En reiteradas oportunidades se observó en estos pacientes un acercamiento diferente, no en relación a un objeto sino en búsqueda de nuevos estímulos o sensaciones. A partir de estos puntos de contacto, tratamos de introducirnos utilizando elementos de la técnica de integración sensorial, creada en Estados Unidos por una doctora en terapia ocupacional llamada Jean Ayres. Su interés se centró en la relación de cómo el proceso sensorial y los trastornos de planeamiento motor interfieren con las funciones y aprendizajes de la vida diaria. La tendencia en la mayoría de los niños es buscar actividades que provean experiencias sensoriales mayormente beneficiosas para ellos de acuerdo a su etapa evolutiva. Es precisamente la repetición de estas actividades y exploraciones las que habilitan al niño en el proceso de organizar información sensorial en una forma eficiente y madura.

Diversos autores describen en el autismo déficits en el procesamiento sensorial, percepciones distorsionadas con insensibilidad o hipersensibilidad a los estímulos. Jean Ayres Comparte esta postura y describe específicamente signos de inseguridad gravitacional y defensa táctil.

Si bien tenemos en cuenta y trabajamos estos aspectos intentamos un abordaje más integrador, propio de la especificidad de nuestra disciplina. Así tenemos en cuenta aspectos psíquicos pero también biológicos característicos de estas patologías y podemos realizar una doble lectura en nuestra práctica.

Por un lado la integración sensorial se centra principalmente entre sentidos básicos: táctil, vestibular y propioceptivo. La interrelación entre sentidos es compleja, pero básicamente nos permite experimentar, interpretar y responder a diferentes estímulos del medio ambiente de manera de procesar una situación en forma correcta y poder emitir una respuesta propia.

1) El sistema táctil incluye la percepción del dolor, la temperatura, la presión y el tacto suave o ligero pero también tenemos en cuenta qué está formado por la piel, que citando a Didier Anzieu presenta tres funciones: la primera, es la de la bolsa que contiene lo bueno que recibe de la función maternante; la segunda, que actúa como límite con el afuera, como barrera que protege y defiende de agresiones; y finalmente, la tercera función, que tiene que ver con el intercambio con los otros.

Esto lo tenemos en cuenta en el momento en que ofrecemos los estímulos, siendo cuidadosos y estando atentos a la respuesta del niño para poder ampliarlos.

2) El sistema vestibular comprende las estructuras dentro del oído interno (llamadas canales semicirculares) que coordinan automáticamente los movimientos de ojos, cabeza y cuerpo, rige también la coordinación de ambos lados del cuerpo y el mantenimiento de la cabeza en posición erecta en contra de la gravedad.

Pero también citando a la Dra. Haag, en su "Aporte a la observación de lactantes..." habla de la sinestesia laberíntica que comprende la resistencia a la fuerza de gravedad y al peso, y que está en relación al tono muscular junto con el sistema propioceptivo. En esta concepción la sensación de los niños normales al nacer a causa de la gravedad, es de CAIDA, de LICUARSE. Los niños autistas viven en esta sensación continuamente porque no han podido construir el primer sentimiento de envoltura, la primera piel.

Es por eso que intentamos que los chicos puedan ampliar estas sensaciones dentro de un marco continente, utilizamos por ejemplo una silla giratoria, para que de esta manera, podamos establecer canales de interacción, en principio con nosotras para luego ampliarlo hacia los pares. Así una silla giratoria pasa a ser posteriormente un auto para varios, intentando realizar un juego compartido.

3) El sistema propioceptivo se compone de receptores en músculos y tendones que le dan a una persona información y un conocimiento subconsciente sobre la posición del cuerpo en el espacio. Estos son estímulos que, observamos, buscan mucho los chicos. Recordando anécdotas de Temple Grandin, ella cuenta que buscaba estímulos táctiles fuertes con presión (propioceptivos), para poder organizarse cuando sentía una sobrecarga de estímulos auditivos a los cuales ella era

hipersensible. Por otro lado Esther Bick plantea que el mal funcionamiento de la “primera piel” (o “yo piel” para Anzieu) conduce al bebé sobre el cual no se ha ejercido una función materna continente, a la formación de una “segunda piel” muscular, que reemplaza la dependencia al objeto continente por una pseudo dependencia. Persisten así estados de no integración y el niño busca un objeto- luz, voz, olor que mantenga una atención unificante sobre las partes de su cuerpo.

Otro de los objetivos que consideramos importantes y que promovemos y estimulamos es el juego entre varios niños, es por ello que tratamos de agruparlos. Terapia ocupacional ofrece entonces una oportunidad de encuentro con pares. En un principio comparten el espacio y/o los materiales; allí observamos si tienen intereses en común, si aparece algún tipo de interacción y cuáles son las conductas en relación a otros. En base a esto se pueden formar posteriormente grupos estables que contarán con códigos propios, y en los cuales se promoverá la participación, el juego y el sentimiento de pertenencia al grupo.

En relación a esto contamos una experiencia grupal

Cecilia se muestra como una niña capaz de desenvolverse y ocupar el espacio del salón recorriendo con rapidez cada parte del mismo. Este desplazamiento se acompaña de una catarata de palabras, muchas de ellas difíciles de entender. Expresiva desde lo gestual invita a jugar aunque después le resulta dificultoso mantenerse y desarrollar el juego ya que todo estímulo visual o que promuevan movimientos le llaman la atención.

Erika aparece muy temerosa del entorno, de cualquier tipo de acercamiento de otro o de los objetos. Lleva siempre en brazos a un muñeco, al que cuida y reta todo el tiempo. Le asusta cualquier propuesta que se relacione con sensaciones o movimientos. Permanentemente necesita estar cerca de la terapeuta ocupacional que le provee seguridad y resguardo.

La propuesta de agruparlas surgió a partir del interés concreto de una de ellas de participar de sesiones con otros niños. Consideramos además que ambas podían llegar a armar algo juntas con el tiempo.

Primera escena:

Erika entra llorando, con su muñeco en brazos, de la mano de la terapeuta ocupacional. Cecilia irrumpe en el salón, sentándose enseguida en la hamaca para saltar luego al pelotero. Erika se queda detrás de la terapeuta ocupacional, cerca de la puerta, observando que hace Cecilia. Las dos están atentas a los estímulos propuestos por el salón, Cecilia ávida en la búsqueda de los mismos y Erika tratando de evitarlos y resguardarse. El punto de encuentro está marcado por la mirada entre ellas y el registro de lo que hacen. Por ejemplo: Cecilia pregunta “¿habla?” cuando Erika se expresa a través de gestos directivos. Erika dice “mirá” cuando Cecilia se tira al pelotero de espaldas.

Cada una se asombra por lo que hace o deja de hacer la otra, se encuentran en polos opuestos y esto es lo que observamos que les permite mostrar un interés mutuo. Cada una traía desde lo particular una modalidad distinta de relacionarse con los objetos, que en ese primer momento no podían ser compartidos.

Segunda escena:

Erika no quiere separarse de la madre, Cecilia la toma de la mano y juntas entran al salón. Cecilia recorre el salón saca instrumentos musicales, los hace sonar. Erika chista, parece enojarse. De a poco Cecilia se va callando y le presta atención. Erika le aprieta la mano y los dedos fuerte a Cecilia, toma la pandereta, toca fuerte pero poco, como si chistara con ella. Cecilia sigue buscando instrumentos, que Erika se encarga de sacarle.

Los objetos comienzan a funcionar como lazo, al final del cual cada una se encuentra con la otra. Aún es dificultosa la comunicación y la interacción, apareciendo una gran carga de agresión entre ellas. Este fue el primer acercamiento donde a través de los objetos se enmarca un juego propuesto y sostenido por las terapeutas ocupacionales. La orquesta toca ante el público, ellas están en la escena con el objeto y nosotras sostenemos esta escena que se va desarrollando.

Tercera escena:

Cecilia propone un juego en el pelotero: “no te escapes, no me atrapes”. Una de las terapeutas ocupacionales no la deja salir y ella se deja caer de espaldas al pelotero. Erika desde afuera acompaña la acción, impidiendo que Cecilia salga.

La propuesta después, es entrar al pelotero para atraparla. Erika, acompañada por la otra terapeuta ocupacional, puede meterse. Cecilia ya no se desparrama ni patalea, le deja un espacio. Como cierre, perseguidora y perseguida pueden compartir un mismo objeto: se hamacan juntas en la hamaca paraguaya con un balanceo rítmico que Cecilia pudo describir como “un momento de descanso”.

Cecilia pudo disminuir su movimiento permanente, centrar su atención en una sola propuesta, sostener la escena en que se desplegaba el juego y disfrutar tanto del mismo como de los objetos compartidos.

Erika pudo hacer a un lado su temor a este tipo de propuestas, y animarse a hacer cosas que antes no había querido. Actualmente, si bien Cecilia es quién sigue proponiendo los juegos, Erika participa y puede ir marcando nuevas escenas en la situación que se despliega. Nosotras nos fuimos corriendo de este lugar para dar espacio a que se desarrolle el intercambio entre ellas.

Bibliografía

Anzieu, Didier: "El yo- piel".

Ayres, Jean: "Sensory Integration and Learning Disabilities"

Haag, Genevieve: "De la Génesis de la imagen corporal normal: aportes de la observación de lactantes y el tratamiento psicoanalítico de niños autistas"

Paganizzi, Liliana: "Del hecho al dicho"



Máscara. Sonido. Movimiento¹⁷

Patricia Reyno, Marcela Báez, María Laura Basso

Introducción

"La locura debe dejar de ser la mejor forma de pretender estar entre los demás y un modo de tener (o no tener) un mundo propio, para poder confrontarse como forma de vida con otras posibilidades"

RICARDO GRIMSON

"La cura y la locura"

Para que esto sea posible nos ofrecemos como ambiente facilitador desde Hospital de Día del Hospital Italiano, a personas adultas con patologías psiquiátricas severas, quienes aceptando incluirse en el dispositivo, harán uso de estos espacios. Algunas de las propuestas son: Terapia Ocupacional, Musicoterapia, Expresión Corporal, que integramos en esta experiencia. En ella participamos tres terapeutas y quince pacientes.

La Mascarada tuvo lugar en la reunión de fin de año (diciembre de 1996), donde también estaban presentes el resto del equipo y otros pacientes que recién se incluían en el tratamiento.

Se encienden las luces poco a poco, todavía el telón no se ha levantado.

Las máscaras están en el centro del escenario: tumbadoras, bongoes, cencerros, telas, pelotas, claves, cintas, xilofón, campanas, también esperan junto a sus participantes. Todavía ningún rincón de este teatro está a la vista y por supuesto nosotros estamos esperando el gran momento, momento en que lo invisible aparezca, de escuchar lo inaudible, de movimiento, momento de desear, momento de recordar. . .

. . . Y lo invisible aparece con el papel maché.

- "¡Qué olor! . . . no se une, es muy líquido."
- "Es muy espeso."
- "¿Sabes Patricia? Me acuerdo de la guerra de las migas de pan".

Pedazos de papel maché se transforman en esas migas recordadas y el juego dio comienzo.

Marta me tira a mí, yo a ella. El cuerpo también se mueve, recibo otra. Me paro, se paran, todos jugamos. Hay alguien que solo mira. Me acerco, le ofrezco el material y me ofrezco, lo acepta. "A este juego no se juega de sentado, "le digo: y el que miraba encuentra el juego para ser jugado.

¹⁷ Publicado en: Terapia Ocupacional .Avances. Serie Compilaciones 1- COLTOA.Grupo Editor.1997. ISBN 987-96632-0-9 Bs.As. Pag.53-63.

Deseaba que surja lo latente, algo en mí ya se estaba dibujando. No era suficiente que todo esto quedara como propio, necesitaba más despliegue más alcance. Las máscaras pedían la música y el movimiento. El deseo individual se hace compartido.

El lugar protagónico es ocupado por las máscaras y son ellas las que nos van a dar la posibilidad de desenmascarar también nuestro proyecto. Deseamos los encuentros, fundamentalmente el inicio de esta tarea.

Recurrimos al diccionario para definir: MÁSCARA: pretexto, disfraz, velo y PRETEXTO: razón o causa aparente que se alega para hacer o excusarse de hacer algo.

Según Mario Buchbinder y Elina Matoso: "La máscara oculta y revela, ocultando revela. Pero no siempre el aspecto desenmascarante aparece clara y fluidamente en la escena."

Este es el camino que empezamos a recorrer. . .

Van apareciendo obstáculos en la construcción de las máscaras.

"Esta máscara no se pega, no se une", me comentan. Solo las escucho y espero. . .

Paula y Silvina se quejan por todo esto, les trae problemas, es confuso, no les importa todavía cual es el personaje, no les gusta, lo que ven no es lo que esperaban. Sensaciones desagradables empezaron a surgir.

Paula y Silvina me siguen buscando. Esperan que yo les dé la solución. Me acerco, no hacía falta que me dijeran más nada, les comento que puede pasar, que a veces no se pegue o que no se una y pensamos juntas como continuar. Ellas deciden suspender e iniciar otra. Un nuevo camino puede estar cerca.

La Terapia Ocupacional de la mano de las máscaras se acerca a la Musicoterapia y a la Expresión Corporal, y en este primer encuentro propongo el trabajo en grupo.

Esta tarea podría ser una oportunidad importante para nosotras y los pacientes. Discutimos cuanto de juego podría tener, cuanto de creatividad, cuanto de interacción e intercambio. Temas y términos que habitualmente pensamos en este Hospital de Día, con sus múltiples escenarios para el desarrollo de las transferencias, como se ha elaborado en trabajos anteriores.

¿Qué sucedería ahora con esta propuesta?

¿Cómo serían desarrolladas las transferencias?

Nos disponíamos a jugar como lo hacemos a diario, con reglas claras y concretas, para nosotras y el resto de los participantes; debíamos establecer las condiciones para jugar este juego.

Como escribe José Valeros: ". . . el analista "establece" las "condiciones necesarias" para el juego. "Establece" implica que es un aporte del analista, y no una iniciativa del paciente..."

En la confección de las máscaras en Terapia Ocupacional se está trabajando desde hace dos meses, con una frecuencia semanal; paralelamente se incluiría Musicoterapia durante un mes, al cabo del cual se sumaría Expresión Corporal. A partir de ese momento la tarea sería compartida hasta su culminación un mes después. Los espacios y materiales a utilizar serían los destinados habitualmente para estas actividades en el Hospital de Día.

Esta propuesta fue dada a conocer a los pacientes quienes luego se apropiaron de la misma.

El aspecto desenmascarante de las máscaras comienza a formar parte del juego, un pirata irrumpe en la escena y nos acerca al abuelo siciliano, solo hablaba en dialecto, chistoso y severo al decir de Silvina, sunita, que para entenderse con él se las arreglaba mitad y mitad.

Como digno pirata el aro no podía faltar. "Voy a casa a buscar la caja donde hay objetos brillantes de mi abuelo, reviso minuciosamente y algo de esto puede servir; un gemelo."

El recuerdo le llena los ojos de lágrimas, hay algo que está más allá de las palabras: el recuerdo, el afecto, el vínculo. Finalmente este gemelo llega a la máscara, esa sesión comienza y el comentario es: "Se perdió el gemelo, estamos poniendo otra cosa como aro".

- "Cuándo y dónde se perdió Silvina.

Nuevamente los obstáculos aparecen, como en momentos anteriores otra vez a sostener la tarea.

- "Si ese gemelo llegó, en algún lugar debe estar, si la oreja del pirata fue destinada para ese aro habría que encontrarlo."

Ella quiere ir a buscarlo y lo encuentra.

Destacamos con esta escena la importancia de acompañar y sostener un recorrido histórico posible, facilitando así el reencuentro con un pasado que se une al presente, con posibilidad de un futuro.

Empezamos a sumergirnos en el mundo sonoro. Sonajas, bongoes, tumbadoras, xilofón, chinchines, nuestros instrumentos comienzan a adquirir de a poco un papel tan importante como los protagonistas.

Nos reunimos como siempre. Les sugiero que cada uno se acerque al instrumento que quiera, investigándolo y descubriendo todas las posibilidades sonoras que tenga, ya que podría ser nuestro punto de partida, en este juego desconocido sonido – máscara.

Lo que al principio parecía no tener forma, empieza a tener sentido. Como dice Carlos Fregtman: “El juego musical espontáneo puede colaborar en la vivencia de lo estético, de lo maravilloso, de la recreación de la vida. Como si fuera un rompecabezas, todo depende de cómo se coloquen las piezas – sonidos – y del sentido que se busque en ellas”.

Leandro y Pedro sonorizan a un personaje grandioso, poderoso, con mucha fuerza y vitalidad. La elección del instrumento no está alejada de las cualidades de ese hombre verde y musculoso. El increíble Hulk y las tumbadoras ya no se separan. Su ritmo es fuerte, marcado e importante.

Nuevamente aparece el desenmascaramiento a través de la máscara, de la elección del personaje y la Musicoterapia hizo escuchar lo inaudible.

Según Carlo Fregtman: “El instrumento musical funciona como receptáculo proyectivo.”

Pedro que es alto, corpulento, fuerte, siempre intenta que se valoren estas cualidades. A través de esta actividad pudo desplegarlas y recibir el reconocimiento que habitualmente reclama.

A lo lejos se escucha suavemente una melodía, parece que es de origen griego, la tararea y se acompaña Julia con la pandero. . . algo encuentra en el pasado.

Nos cuenta que en su época de integrante de un coro cantaba esta canción iba acompañada por sus hijos, hasta ellos la aprendieron y actualmente vuelven a cantarla juntos. Su emoción se transluce en el sonido de su voz, en el tono y en la intención al interpretarla.

Los sonidos desprovistos de emoción están vacíos y sin valor. Adquieren vida cuando se tienen en cuenta sus significado, la relación de uno mismo con el afecto.

Volviendo a Fregtman: “El ámbito musicoterapéutico es el lugar de reencuentro con la gran simpleza. Es volver a transitar antiguos caminos, hacia el comienzo. . .”

Por fin Terapia Ocupacional, Musicoterapia y Expresión corporal se encuentran en el mismo tiempo y lugar.

Las máscaras ya pueden presentarse, ya tienen sonido, no era desconocido para todos el motivo de esta reunión. Es el tiempo de los ensayos.

Y ahora, ¿qué modo de moverse tendrá cada personaje?

Entran las máscaras, las miramos de lejos, algunos con sorpresa, otros extrañados. El clima expectante.

Es tiempo de torsión, de estirarse, de desplegarse, tiempo de empezar. Se acercan a las máscaras, las toman, las prueban, las intercambian. Telas suaves y delicadas recorren rostros, brazos, torsos y piernas; pelotas que pasan de mano en mano.

Cada personaje demanda música y movimiento. Parejas, tríos, cuartetos ya ocupan un lugar en el espacio.

Los sonidos ya trabajados se hacen presentes. Y así, bellas melodías se entonan. Primero, segundo, prepárense para tocar.

Hay un arlequín que no sale a escena.

- “Prefiero que lo haga otro, yo estoy muy gordo, no podría moverme con un arlequín.”
- “¿Y cómo se mueve un arlequín?”
- “Con piruetas, saltos, algo primitivo, con sonidos guturales, telas en movimiento.”
- “Bueno, entonces trate de hacer lo que Usted pueda de ese arlequín que imagina.”

Alberto se coloca la máscara, sale al centro del salón al son de las tumbadoras, y comienza a moverse, balanceando su cuerpo. Y para que las telas se pongan en movimiento se le ofrece una, él la toma y la incluye.

La sorpresa irrumpe en nosotros.

Máscara y movimiento hicieron posible que Alberto transformara su rol habitual de esconderse tras las palabras y de inmovilidad, en algo móvil, plástico y armonioso.

Hay una geisha que para mostrarse pide modelos. Compañeros y Musicoterapeuta le ofrecen un modelo posible.

- “En principio me quedo con la que hizo María Laura (Musicoterapeuta), pero no voy a mostrarlo hoy. Total hay tiempo”

Al siguiente encuentro Elisa está decidida a mostrarnos su personaje, pero no sabe bien qué hacer.

- “Recuerde la manera que Usted tiene de trabajar en Expresión Corporal y tal vez eso le sirva para crear su geisha” Se toma unos minutos y nos muestra “su” geisha.

Es importante destacar que con esta intervención lo que se intenta es que Elisa recurra a sus posibilidades y no a modelos externos. Como dice André Bara: “La expresión corporal solo conservara su sentido y sus valores en la medida en que se eviten la “orientaciones” (de todo orden). Debemos recordar que no se trata de imponer un modelo y que la finalidad de nuestro trabajo de líderes consiste en permitir que el otro encuentre su modelo, y en ayudarlo a convertirlo en una realidad viva”.

El escenario ya está dispuesto, el público a la espera, el telón se levanta y los personajes han cobrado vida.

Es LA MASCARADA una nueva forma de estar entre los demás.

Conclusiones

Ocho años nos ayudaron en nuestra formación y trabajo. Este Hospital de Día lo compartimos hace tiempo. Nos conocemos y coincidimos en la teoría y la práctica. Todo esto y nuestra confianza nos garantizó la posibilidad de desenmascarar un antiguo proyecto.

Al terminar de escribir esta experiencia comprobamos que en el mismo desarrollo del trabajo compartido fuimos encontrando respuestas a algunas de las preguntas que nos hacíamos.

Queremos destacar ahora lo valioso de la integración de tres actividades, cuyos recursos expresivos diferentes son un medio para decir, para murmurar, para mostrar o para gritar algo que tal vez nunca hubiese sido dicho; para favorecer nuevas experiencias creadoras, contando con un rol terapéutico activo, facilitador, una presencia que sostiene la tarea sin retroceder antes las dificultades que plantea la enfermedad.

Nosotras pensamos que estas actividades al igual que las máscaras también revelan y desenmascaran posibilidades que los pacientes desconocen de ellos mismos y aspectos de su historia con los cuales han podido reencontrarse.

Queremos agradecer a todo el equipo terapéutico de Hospital de Día y en particular al coordinador que con su modalidad nos permitió que trabajáramos de esta manera.

Destacamos un lugar especial para el agradecimiento a nuestros pacientes, con quienes transitamos esta experiencia y al momento de la evaluación de la muestra uno de los comentarios es:

“Fue como salir de lo común, de lo de siempre, se sentía como que no estaba en un tratamiento, entre amigos, haciendo algo recreativo, artístico. Fue algo muy vivido, fuera de la rutina, fuera de las terapias, fue algo vivido con intensidad.

Todo el proceso del armado, que llevó tiempo, que hubo un producto, fue algo muy lindo”.

Leandro (Paciente de Hospital de Día)

Bibliografía:

Bara André: “La expresión por el cuerpo”. Ed. Búsqueda.

Butchbinder Mario- Matoso Elina: “La máscara de las máscaras”. Editorial Eudeba.

Equipo de Hospital de Día del Hospital Italiano: “Los múltiples escenarios de Hospital de Día para el desarrollo de la transferencia”.

Fretgman Carlos: “El tao de la música”. Editorial Estaciones- “Cuerpo, música y terapia”. Editorial Búsqueda.

Matoso, Elina: “Cuerpo y grupo”. Kine N°4, oct.nov. 1992.

Valeros José: “La coerción: Problemas de técnica en el psicoanálisis de niños”. Revista Psicoanálisis APDEBA. Vol. VII N° 3. 1985.



Ni más acá ni más allá de nuestros límites

María Susana Llimós

Nuestro saber al igual que otros tiene pretensiones a la verdad y al sentido. No obstante este saber parece oscilar de una a otra polaridad.

Una, donde pareciera posible planificar, medir, evaluar, corroborar resultados.

Otra, de fronteras menos nítidas, donde el tiempo parece no ser una variable, donde caben múltiples estrategias, donde los efectos son pocos mensurables en lo inmediato.

¿Será que ambas formas de concebir la Terapia Ocupacional se inscriben en opuestos campos de la ciencia?

¿Será por esto que algunas producciones que intentan conceptualizar la práctica tienen pertenencia a las ciencias duras y otras a las ciencias blandas?

¿Por qué esa escisión irreconciliable?

Quisiera reflexionar sobre nuestra practica institucional o privada, a riesgo de crear enemistades diría que en muchos casos estuvo colmada de un "Hacer" y vaciada de palabras. Con esto estoy señalando carencias y no desintereses.

En el mundo actual, y más específicamente en el científico la condición esencial es pertenecer. El saber adquiere valor sólo si es reconocido, hay saberes institucionalizados autorizados, legitimados y otros soterrados como diría Foucault.

En este punto se vuelve necesario establecer dos distinciones. Una de ellas refiere a nuestro origen y nos vincula estrechamente a la ciencia médica, ya que la Europa de la post-guerra instaura con mayúscula la nueva problemática.

¿Qué hacer con los mutilados? o, más precisamente, ¿qué hacer con la multitud de discapacitados que ya no podrían reintegrarse al sistema productivo?

Así, en respuesta a estos interrogantes se inicia el camino de la Rehabilitación, con el desafío de encontrar una forma posible de devolver lo perdido.

Este lugar de retiro de la medicina y de avance en rehabilitación debíamos de pagarlo con logros, restablecimiento de funciones, records de independencia en las AVD, suplencia de sentidos disminuidos por la incrementación de otros, etc., etc.

El riesgo fue entonces que al acentuar los logros nos olvidamos del sujeto.

Tal vez a consecuencia de este origen quedamos ubicados en el ámbito de la medicina y con ello a la aplicación de un modelo, a la delimitación de un objeto, a la utilización de métodos y técnicas resultantes de tal concepción.

La otra distinción, remite a la carencia de bases teórico-epistemológicas, esenciales herramientas para el ejercicio profesional.

Otros colegas refirieron a este periodo como la "orfandad que padecemos" muchos de nosotros conocemos bien al alcance de la palabra carencia u orfandad que en mi opinión nos re-envió consciente o inconscientemente a la búsqueda de padres adoptivos. Este movimiento centrífugo devino en adhesiones a múltiples marcos teóricos según el campo a que remitimos nuestra práctica.

Es así que a partir de estos enunciados teóricos fuimos vinculando el hacer a conceptos. Se trata diría yo de una especial eficacia para efectuar adaptaciones o de una particular "Habilidad Artesanal" desafiante tarea que se vio acompañada de una reflexión continua y consciente para no caer en la tentación de extrapolar conceptos a mansalva.

Tal vez sea necesario admitir este pasado para poder crecer.

Un pasado que por un lado nos anuda a la ciencia médica con las consecuencias ya mencionadas, y por el otro, tanta diversidad nos sustrae consistencia como cuerpo disciplinario.

Deberíamos sin dramatismo reconocer que nuestras diferentes formaciones sirvieron en todo caso para nombrarnos desde algún lugar, porque algún lugar es mejor que ningún lugar.

Hoy que nuestra trayectoria da cabales muestras de deudas saldadas, podemos o mejor debemos dar cuenta de esa desarticulación y pensar desde acá una concepción integradora de la Terapia Ocupacional. En la cual una posición no sea excluyente de otras, donde las diferencias remitan a tal o cual orientación, sin enajenar su esencialidad.

En este sentido deberíamos aliarnos al término "Límite" ya que este no sólo ancla la ubicuidad del Terapeuta Ocupacional "hacedor de todo", sino que al delimitar recorta el campo de los posibles.

“Límite” entendido como condición de posibilidad, es decir aquello que hace que la Terapia Ocupacional sea lo que es y no otra cosa, aquello que nos nombra, que nos diferencia.

Si la actividad humana es nuestro ámbito más específico de estudio e intervención, será acá donde se harán visibles las diferencias. Diferencias que en última instancia hacen a como es concebido el otro.

En un caso conforme a las convicciones que fundamentan el accionar del Terapeuta Ocupacional se operara desde una dimensión de saber sobre el objeto –paciente, quien asumirá una posición pasiva respecto del Terapeuta Ocupacional ;dejando toda la responsabilidad de su lado. Es decir, desde esta posición se dispondrá de los medios (métodos y técnicas) para conocer, categorizar y concluir que se debe hacer con ese objeto en cuestión.

En tanto que en la segunda postura, el saber estará alojado en la coexistencia entre sujeto y objeto, y como consecuencia de esta concepción se reconoce una disponibilidad de recursos, que por el solo hecho de poseerlos le implican activamente en su padecer.

Esta última posición y a la cual adhiero al concebir al otro como sujeto le otorga un lugar de co-autor, y será por lo tanto una relación dinámica que se irá construyendo en una dialéctica de escucha, intervención y efecto.

Nada de esto es posible sin cierta renuncia al narcisismo más íntimo.



De imposibilidades e impotencias

María Rita Martínez Antón

La definición de los alcances de cualquier campo disciplinario requiere del reconocimiento de sus límites. Los conceptos propios de un campo definen imposibilidades (aquellas cuestiones a las que no puede dar respuesta) e impotencias (aquellas cuestiones a las que no puede dar respuesta todavía). ¿Cuáles son los límites de la terapia ocupacional? ¿Cuál es el problema que sostiene la práctica del campo? Más allá de los conceptos que el campo está construyendo, este artículo intenta pensar cuales obtienen las prácticas de la terapia ocupacional argentina.

“... el hombre y su pensamiento afrontan el dilema de optar entre la finitud y la infinitud.

La primera opción supone el conformismo de afirmarse en lo establecido, de recostarse en la seguridad de lo obtenido. La segunda, el transgredir toda seguridad para lanzarse por el camino de lo desconocido, abandonar los dioses de la comodidad y la tranquilidad, dudar de las esencias que fundamentan las jerarquías de lo establecido. En dicha elección, el hombre se compromete racional y pulsionalmente.

(...) Pero una elección no es nunca radical o absoluta. Tanto la afinación de lo conocido, como la opción opuesta son solo decisiones tendenciales portadoras de la duda sobre si se tomó la decisión correcta para desarrollar el conocimiento. La existencia de esta duda es lo que mantiene al pensamiento en el campo del conocimiento, su desaparición frente a la convicción de la certeza es la que excluye al pensamiento de la posibilidad de conocer”.

Hugo Calello – Susana Newhaus¹⁸

Conocer los alcances de un campo disciplinario implica reconocer los límites del campo. Uno no puede saber acerca de lo que puede si no quiere saber acerca de lo que le es imposible. En palabras de Liliana Negro, una compañera de trabajo, “cada campo conceptual tiene el límite del alcance de sus conceptos. Ese límite es externo y representa una imposibilidad (...) Para la investigación médica, la cura del SIDA es una de sus preguntas. El dar respuesta a esta pregunta pone a trabajar a la investigación médica, pone a trabajar una impotencia. Para la investigación médica, responder con una regulación legal que ordene la condición de inserción social del enfermo de SIDA, es una imposibilidad. Es una imposibilidad (y no una impotencia) porque la respuesta requerida para este problema no se corresponde con el universo de sus preguntas. Este problema le hace de límite, le hace límite. Es externa a su práctica”.¹⁹

18 Calello, H. y Neuhaus, S. – Las vicisitudes del método en la sociedad delirante – pág. 11, Oficina de Publicaciones del Ciclo Básico común, Universidad de Buenos Aires, 1995.

19 Negro, L. _ Equipo de trabajo: una construcción – en Negro, L, Martínez Antón, R. y Rehin, J. (comp.)- 1996 – Sala, ficha, 1997.

¿Cuál es el límite de la terapia ocupacional? ¿Cuáles son sus conceptos propios? ¿Cuáles son las preguntas de nuestro campo?

A quien le parezca ocioso plantearse estas cuestiones, lo invito a escuchar los interrogantes de los actuales estudiantes de la carrera y las dificultades que encuentran para aprehender nuestra práctica. Las preguntas que los estudiantes se toman el trabajo de formular han interrogado mi propia práctica, tanto docente como clínica, y me han llevado a replantear en este artículo algunos de los conceptos del campo.

¿Cuál es el problema que define la práctica del campo?

La terapia ocupacional empieza a comienzos de este siglo en instituciones de internación y largo plazo, en lo que podemos llamar *lugares de exclusión*: hospicios psiquiátricos, hospitales de tuberculosos. Lugares de internación para individuos marcados por lo considerado peligroso para los demás. Solución: internación que excluye del intercambio social, que excluye de la categoría de humano.

¿Qué hace que el internado/excluido? Nada. Hace nada. La actividad, la habilidad son humanas. El internado/excluido comienza a caer fuera de la humanidad.

¿Qué es lo que plantean los iniciadores del campo? En un punto, que la enfermedad de por sí no destruye la humanidad. Que lo que puede destruir la condición humana es la incapacidad, la falta de habilidad para permanecer en el intercambio social.

Esto define la investigación de muchos de los autores del campo en las primeras décadas del siglo acerca de la actividad. Los intentos de conceptualizarla no surgen desde preguntas sobre la actividad en forma aislada, esta aparece en relación a la cuestión de la salud y el bienestar. Las preguntas son sobre la relación entre estas cuestiones.

Cuando a mediados de siglo se afianza el concepto médico- biológico de la enfermedad como el que organiza toda práctica de atención del malestar, la terapia ocupacional se dedica a buscar de qué manera las actividades pueden influir en el estado biomédico del paciente. El interés del campo se desplaza: ya no es *la actividad*, un concepto que intenta dar alguna cuenta de un malestar, sino *las actividades*, entes separados de los individuos que las realizan, y que interesan al campo como instrumentos, herramientas de intervención sobre la causa de la anomalía: "*una desviación en el estado biomédico del individuo*".²⁰

En este período, la terapia ocupacional se define como "la rehabilitación de enfermedades invalidantes a través del uso de actividades de distintos tipos". Para esto, estudia, por un lado, las funciones del organismo afectadas por una enfermedad y, por otro, funciones del organismo requeridas para realizar una tarea determinada. Esto le permite usar algunas tareas para influir en el estado de algunas funciones y predecir en qué tareas alguien con determinada limitación funcional encontrará mayores dificultades. Pero lo que se pierde en esta perspectiva es la pregunta acerca de cuál es el malestar con el que se trata.

No hay preguntas sobre el malestar. Se trabaja sobre una desviación de la norma. El punto del problema a tratar se considera resuelto de antemano: a tal enfermedad, tal incapacidad. Incapacidad medida en términos de desviación con respecto a un estado ideal de *capacidad funcional*. Incapacidad que define a quien la porta. Y, para disimular el impacto de la definición, lo llamamos *dis`capacitado*.

Por eso, el problema en este período no es *qué* se trata sino *cómo* se trata. En la actualidad queda bastante claro que este posicionamiento ha generado una dispersión y un desdibujamiento impresionantes del campo.

En nuestro país, desde hace algunos años comenzó a cuestionarse una práctica de la terapia ocupacional que considera que con tal tarea se modifica tal efecto de la patología y que, con esto, eliminaría el malestar. Pero no encontramos hasta el momento los conceptos que definen nuestras preguntas.

Venimos rondando el de *actividad*, pero por lo visto hasta ahora, no responde suficientemente por lo que hacemos. ¿En qué sentido digo esto? Continúo considerando a la conceptualización de la actividad como fundamental para el campo. Esto implica que la ubico como un concepto central a las preguntas de la terapia ocupacional; pero también considero que estamos precipitando respuestas antes de formularnos las preguntas.

Sin embargo, nuestra práctica no sólo permanece, se amplía: se crean nuevas carreras en distintos centros de estudios, se abre una residencia, aparecen nuevos ámbitos de trabajo... ¿qué concepto está sosteniendo nuestra práctica, si el de actividad no está suficientemente formulado como para transmitirlo?

Propongo que el concepto que atraviesa las distintas épocas de la profesión es el de la *falta de capacidad*. El problema que sigue planteándose el campo es el de las incapacidades para mantener una vida humana.

Incapacidades: impotencias e imposibilidades, que no se definen por la existencia de una patología, de una desventaja social, de una privación cultural. Se definen por el malestar que ese "no poder" o ese "no poder todavía" provocan en un sujeto. Y que la práctica del campo, en cualquiera de sus ámbitos de trabajo, puede elegir limitar a una conducta o corregir o sostenerlo como una impotencia trabajar.

20 OMS. Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías.

PANEL

Derechos humanos, derecho al trabajo, derecho a la salud²¹

Alicia Stolkiner

La construcción de la categoría de los derechos humanos es, sin duda, uno de los constructos más avanzados de la modernidad. En una primera etapa, a partir de la revolución Francesa, se enuncian (y son una verdadera novedad histórica) los derechos individuales. En ellos se garantiza la igualdad jurídica de los individuos (aunque ya en esa época algunos sujetos quedan o quedaron fuera, por ejemplo los locos). La función del Estado en relación a estos derechos individuales, en algunos casos se enuncia negativamente. Por ejemplo, su función en la defensa del derecho a la vida debía ser crear los mecanismos jurídico-sociales para evitar que una persona se vea privada de ella. No así garantizar las condiciones para que se desenvuelva. Esta enunciación negativa hace que estos derechos vehiculen acciones dirigidas a evitar que suceda algo que los viole. Son además, derechos concebidos como individuos particulares.

Hay una segunda etapa, la de los derechos sociales, que se instaura dolorosamente a partir de la experiencia del horror. A partir del horror de la crisis del 30, a partir del horror de la segunda guerra mundial. El surgimiento de los Estados Sociales inaugura la enunciación de derechos dirigidos al conjunto de los ciudadanos y de efectivización positiva. Esto quiere decir, se pasa a considerar una responsabilidad de la sociedad el ejecutar acciones dirigidas a garantizarlos activamente. No es ajena tampoco a esta creación la existencia de un mundo bipolar, en el que el capitalismo debe garantizar mantener los límites del conflicto social dentro de lo gobernable, dada la presencia del comunismo como posibilidad. Es así que aparecen enunciados como derechos a la salud, la educación, la vivienda. Aparecen los sistemas provisionales solidarios, como aseguramiento colectivo del retiro y la vejez. Algunas de estas enunciaciones, especialmente las referidas a los derechos del trabajador, se logran a través de luchas y enfrentamientos significativos.

Hay una tercera etapa en la que se avanza sobre categorías más abstractas. Tomemos el caso de la Declaración Universal de los Derechos del Niño. En ella aparece el derecho a la identidad, por ejemplo. Ya no se trata sólo de que una persona no pueda ser matada, ni torturada, ni privada de su libertad, ya no se trata tampoco de que se le deban garantizar a los ciudadanos cosas tan tangibles como la atención sanitaria o la vivienda. Se trata de una cuestión tan "abstracta" y directamente ligada a la subjetividad, cual es la identidad. Pero además, toda la declaración es un avance en términos de configurar a los niños como sujetos de derecho. Ellos, que tradicionalmente eran objeto del mismo. Hay también una significativa evolución desde aquel ejercicio original de la patria potestad que daba al padre derecho sobre la vida del hijo.

Para ver el avance que esto significa, citaré sólo un ejemplo: en 1918, un autor planteaba: "el Estado tiene el derecho de secuestrar a los menores cuya conducta sea manifiestamente antisocial... No hay en ello restricción de libertad civil, el menor no la tiene, y sólo se trata de sustituir la patria potestad por la tutela del Estado" (Landarrandart, L. 1991).

Ahora bien, ustedes podrán decir que todos estos derechos, desde los individuales, pasando por los sociales y llegando a los más novedosos (por ejemplo los "difusos") son masiva y sistemáticamente violados. Y esto es así, es desgraciadamente así.

Pero lo que esto marca, es el nivel de antagonismo entre esta construcción conceptual, entre una sociedad que ha llegado a enunciarlos, y los hechos. El antagonismo existe y es máximo. Nadie consideraba que se violara un derecho cuando se torturaba en los juicios de la Santísima Inquisición, la tortura era considerada una práctica legítima. Nadie consideraba que hubiera ninguna violación de normas cuando se sometía a los niños a jornadas de trabajo agotadoras en la naciente revolución industrial.

Podríamos decir que en el campo de lo conceptual, en el campo de las representaciones (por lo menos en occidente) hemos llegado a un punto altísimo de construcción representacional de lo que son las categorías de derechos y, simultáneamente, nunca ha sido tan masiva su violación. Si hay algo que atraviesa lo social occidental es la tensión, que algunos autores llaman antagonismo radical, entre este campo de representaciones de construcción reciente y la necesidad, desde la lógica de la ganancia de reconstruirlo. Esto refleja, de alguna manera, la paradoja de una sociedad que ha logrado una inédita capacidad de producción de riqueza y de bienes sociales y culturales, que acumula de manera cada vez más concentrada y excluyente. De un momento en que la producción es definitivamente social y la apropiación es cada vez de mayor concentración particular (Negri, T., 1992).

21 Publicado en: Terapia Ocupacional Reflexiones. Serie Compilaciones 2- COLTOA. Grupo Editor.1998. ISBN987-96632-1-7. Bs.As. Pag.13-25.

Quiero señalar que esta construcción conceptual de los derechos, no es una herramienta poco poderosa. Esa es la barrera que impide que, por ejemplo, los "sin tierra" de Brasil sean directamente masacrados. Es cierto que los agraden, y que sufren asesinatos, pero no pueden masacrarlos masivamente, porque hoy, eso sería inadmisibile. Entonces, se constituyen como actores.

Sin embargo, existe en nuestros días una fuerte tendencia a reconstruir la concepción de igualdad de derechos (fundamentalmente los sociales) como forma de legitimar la sociedad dual. Se trata de un intento de semiotización ideológica que intenta producir la convicción (casi religiosa) de la desigualdad entre los hombres, introduciéndola en todas las dimensiones objetivas de la organización social, desde el salario, hasta la familia, desde las oportunidades de trabajo hasta la escuela y la investigación, así como también en las dimensiones internacionales (emigración e inmigración, fordismo periférico, etc.) (Negri, T., 1992).

Este proceso implica varios movimientos:

- El primero consiste en borrar la categoría de responsabilidad social sobre los destinos particulares, o sea revertir a la pura provisión individual la posibilidad de la sobrevivencia (recordemos que en su momento de mayor auge, Margaret Thatcher dijo "lo social no existe").
- El segundo es viejo, pero vuelve con particular ímpetu: la culpabilización de la víctima. Ya no se trata exclusivamente del explícito "por algo será", puede instrumentar conceptualizaciones más sutiles. Favorecer una idea también vieja, la sobrevivencia del "más apto" como un valor necesario.
- El tercero, que opera como convalidación de todo lo anterior, es la suposición de inevitabilidad de los que ocurre. Dicho de otra manera, la frase "es cierto que estas medidas producen daño y sufrimiento, pero es lo único viable", lo que una exitosa autora francesa popularizó como "pensamiento único"(Forrester, 1996). El deslizamiento de esa megaciencia que es la economía consiste en la transformar la realidad: los recursos siempre son limitados, en un enunciado paralizante: los recursos son escasos. Sin poner en cuestión el ¿para qué son escasos?, ¿para quién son escasos?. Cuando se acumulan fortunas equivalentes a la deuda de algunos países, cabe preguntarse si la escasez tiene la dimensión que se le asigna.

Voy a poner un ejemplo en el caso de la salud. El gasto mundial en salud alcanzó en 1990 el 8% del producto Bruto Mundial, esto significó 1,7 billones de dólares.

Ahora bien, el 90 % de este gasto se distribuyó entre los países de ingresos altos en lo que obviamente, no vive el 90% de la humanidad. Para profundizar lo inquietante de este dato, debo señalar que el 41% del gasto total mundial en salud lo tuvo un solo país: Estados Unidos (Banco Mundial, 1993). Aun así, este país no tiene una distribución equitativa de los recursos en su población: 30 millones de personas, aproximadamente, no cuentan con coberturas.

Entonces, ¿se trata de escasez de recursos?, o se trata de encubrir que esta área de prestación de servicios se abre como un importante espacio de acumulación de ganancias y capitales. El mercado de la salud, el mercado del aseguramiento en salud.

La subordinación de las prestaciones de salud a la lógica mercantil, implica mucho más que un reordenamiento administrativo-financiero. Requiere de una transformación cultural de la sociedad. De una modificación ética y valorativa. Lo que está en juego es otra valoración de la vida y otra valoración de la muerte. Lo que está en juego, también, es un achicamiento de los márgenes de responsabilidad de la sociedad en su conjunto y un incremento de la responsabilidad individual, posiblemente solitaria, sobre el cuidado y la recuperación de la salud.

A los fines de poder evaluar y cuantificar la eficacia de las acciones en salud, y por lo tanto fundamentar en ella mis decisiones, el documento Invertir en Salud del Banco Mundial, que es el rector de las transformaciones en nuestros países, plantea un estadígrafo: AVAD, año de vida ajustado según discapacidad. Medida que "combina los años de vida saludables perdidos a causa de la mortalidad prematura y los perdidos a causa de la discapacidad". Entre estos últimos se incluyen: "...desde la parálisis relacionada con la poliomielitis hasta la ceguera y los sufrimientos que causan las psicosis graves". Quisiera detenerme un minuto en este curioso instrumento que homologa la discapacidad a la muerte, en la medida que las vidas son ponderadas exclusivamente en una lógica económica. La discapacidad entonces, no sólo es improductiva sino que significa un gasto. Por supuesto que nadie se opondrá al enunciado de que deseable evitar las discapacidades evitables, pero al producir esta aparentemente inocente fórmula matemática, se ha abierto una puerta que coloca a los discapacitados en su conjunto en el lugar de los desechos.

El objetivo de esta ponderación es priorizar aquellas medidas que logran mayores años de vida ajustados según discapacidad y que cuestan menos. O sea una medida de salud que sale 25 dólares por años de vida ajustados por discapacidad y una medida que sale 100 dólares por año de vida ajustados según discapacidad, hay que optar por la medida de salud que sale más barata.

Aún más, el hecho que sea barata y eficaz no significa que deba ser sostenida desde lo social, el documento señala: "el que una intervención en particular sea eficaz en función de los costos no quiere decir que se deban gastar fondos públicos en ella. Las unidades familiares pueden obtener servicios de salud con su propio dinero y, cuando están bien informadas, pueden hacerlo mejor que si el gobierno lo hace por ellos" (Banco Mundial 1993).

Al amparo de esta ponderación comienzan a producirse significativos desplazamientos: para los países de ingresos bajos el documento aconseja excluir de los servicios clínicos esenciales (y por ende de cualquier tipo de accesibilidad garantizada para todos por parte del Estado) a prestaciones como las cirugías cardíacas, el tratamiento de cánceres de letalidad, las quimioterapias de HIV y los cuidados intensivos neonatales. Con respecto a éstos dice: "...tienen niveles tan bajos de eficacia en función de los costos que los gobiernos tendrán que considerar la posibilidad de su exclusión" (Banco Mundial, 1993). Suena aparentemente justificado, dado que se trata de países muy pobres, con graves carencias en salud. Pero se abre una puerta que después crecerá: la legitimación de que el acceso a determinados cuidados posibles, a fin de recuperar la salud o salvar la vida, dependerá exclusivamente de la posibilidad de cada sujeto (unidad familiar) de solventárselo en el mercado.

Es conocida la distorsión del sistema de salud chileno: las aseguradoras no renuevan la cobertura cuando el usuario adquiere una enfermedad que requiere tratamientos costosos, debe entonces pasar a atenderse en prestaciones del Estado (que indirectamente, entonces, financia la ganancia del sector privado) y estas comienzan a desbordarse, de ahí que se hable de restringir las prestaciones.

En un encuentro internacional reciente, el representante de Chile, partió de la siguiente pregunta: ¿es posible la responsabilidad total social con respecto a la salud? Inmediatamente afirmó: "debemos responder que no".

Este "debemos responder que no", está marcando algo así como una ruptura del pacto básico entre el ciudadano, la sociedad y las promesas de la medicina científica. Este supuesto es que forma parte de sus derechos tener acceso a todas aquellas prestaciones que puedan salvarle la vida, aún en caso de enfermedades graves. Si bien nunca hubo en la práctica esta igualdad de accesibilidad a todos los niveles de prestaciones en salud, era un principio fundado que ésta debía ser la meta. Hoy las tendencias predominantes son a romper con este principio fundado que ésta debía ser la meta. Hoy las tendencias predominantes son romper con este principio, a afirmar que la sociedad en su conjunto sólo puede, y debe, garantizar a lo sumo cuidados básicos.

Como vemos, la igualdad del derecho a la salud e inclusive a la vida, está cuestionado bajo el principio de la inexorable escasez de recursos.

La legitimación de la desigualdad tiene formas aparentemente científicas y sutiles, o instrumenta recursos científicos. Hace pocos años hubo un juicio, que afortunadamente perdieron, de las aseguradoras en salud norteamericanas que solicitaban autorización para conocer el mapa genético de una persona a fin de fijarle la prima de seguro (según los riesgos posibles). Los estudios genéticos pretendían ser instrumentados para eliminar riesgos a las ganancias de las empresas.

Pongamos el ejemplo de los estudios de resiliencia. Estos están dirigidos a investigar por qué sobrevive y eventualmente sale adelante algún sujeto en condiciones muy adversas. Por citar un ejemplo, se estudian esos pocos niños que no se desnutren en una población absolutamente pauperizada, tratando de averiguar cuál es la estrategia desarrollada por ese grupo familiar para garantizar la nutrición en las condiciones más desfavorables.

Más allá de su valor, pueden ser utilizados para terminar afirmando que los que se desnutren lo hacen porque no tienen estrategias adecuadas, desplazando el eje de sobrevivencia de los sujetos. Una forma más de culpabilización de la víctima.

Pasemos ahora al derecho al trabajo. Agregaría algo, al derecho al trabajo en condiciones humanas y el derecho al no-trabajo, al tiempo libre, a los otros aspectos de la vida. Por qué digo esto: el discurso encubridor trata de "naturalizar" algunas cosas: la inevitabilidad de la subordinación de la vida al trabajo y la responsabilidad del desempleado con respecto a situación.

Como si fuera una verdad empírica se afirma que la causa del desempleo es la tecnificación. Sin embargo uno podría plantear la cuestión en otros términos: se trata del margen de ganancia abrumador que se concentra a partir del descenso del valor del trabajo, cuando, en el valor del salario entra en competencia a nivel mundial.

Es muy riesgoso pensar la dinámica del desempleo sin pensar simultáneamente la dinámica de empleo, porque separamos dos elementos absolutamente interrelacionados. Si además de pensar cuál es el PEA (la población económicamente activa) de este país no existe. Lo que tenemos son sobre-empleados, subempleados y desempleados. Esto quiere decir, gente que trabaja muchas más horas de que debiera trabajar con más de un empleo, gente que busca más empleo del que tienen y personas que buscan empleo. La raíz de esto, el secreto, es el bajo valor del salario. Cada persona que tiene dos cargos o que trabaja jornada doble, ocupa dos empleos. Puede decir con toda justicia que si no hace esto no puede vivir.

No parece reflejarse en nuestro caso la afirmación del Banco Mundial: "la situación de los trabajadores ha mejorado apreciablemente en muchos países, sobre todo en aquellos que han seguido estas tendencias mundiales y que han participado activamente en los mercados internacionales y evitado la intervención excesiva del Estado" (Banco Mundial, 1995). Llamativamente, la medida que el texto toma a continuación para fundamentar esta mejora de la situación de los trabajadores es que, en los últimos 30 años, la productividad del trabajador medio mundial ha aumentado en un 100%. No fundamenta cuál es la relación entre aumento de la productividad (que también se ha dado en nuestro país) y mejora en las condiciones de

los trabajadores (que no necesariamente se da aunque la productividad aumente), pero devela la raíz del análisis: el margen de ganancia no puede ser cuestionado.

Cuando los europeos proponen disminuir la jornada de trabajo, para aumentar la oferta de empleo (“trabajemos menos para que más tengan trabajo” es la consigna de los españoles) cuestionan parcialmente esta lógica. De alguna manera logran ponerle una objeción. Permiten pensar una sociedad donde haya trabajo, descanso, recreación, vínculos personales, sexualidad, etc.

¿Es posible la subordinación absoluta de la vida al trabajo?

Pensemos en la flexibilización laboral. Si prospera el modelo propuesto, la tendencia es a que se contrate un total global de horas de trabajo que la empresa puede disponer de manera bastante libre. La duración de la jornada diario, el turno en que se trabaja, el día de la semana, el período del año en se toman los descansos, son flexibles. Tienen sólo algunos límites reglamentarios (por ejemplo no se puede trabajar más de 15 días seguidos sin descanso). Todo el tiempo vital queda subordinado a las necesidades productivas de la empresa. El discurso legitimador afirma que esto es necesario para disminuir el desempleo, que es inevitable. Los hechos no lo confirman.

¿Cómo se compatibiliza esto con la vida en familia? ¿Cómo se compatibiliza con el estudio, con la recreación, con cualquier actividad que tenga que ver con el deseo del sujeto?

El desempleo, a su vez, es paradójicamente una vida totalmente subordinada al trabajo, justamente por su ausencia. Y la precarización del trabajo, su inestabilidad, construye una dimensión del tiempo fragmentaria, sin posibilidad de fantasía de futuro.

Otras opciones pueden y deben ser posibles. Seamos capaces de construir la “posibilidad” como categoría, como categoría del pensar y del hacer, en la temporalidad determinada en la que estamos inmersos (Negra, 1992).

El derecho al trabajo es, hoy, insoluble del derecho a la vida. El derecho a la salud incluye el derecho de todo sujeto a contar con las posibilidades de salvar su vida que el monumental esfuerzo de producción científica y tecnológica ha sido capaz de crear.

Todas nuestras prácticas deben incorporar esta dimensión de los derechos. Todas ellas deben contribuir, como micro episodios sociales, a construir otro discurso. A ampliar márgenes de la solidaridad social.

Bibliografía

Banco Mundial (1993): Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993- Invertir en Salud, Washington D.C.

Banco Mundial (1995): Informe sobre el Desarrollo Mundial 1995- El mundo del trabajo en una economía integrada, Washington D.C.

Forrester, V. (1997): El Horror Económico, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires.

Landarrandart, L. (1991): “Prehistoria e historia del control socio-penal de la infancia “en el libro Ser Niños en América Latina- De las necesidades a los derechos. Comp. García Méndez E. y Biancho, ----M. del C. UNICRI/Ed. Galerna, Buenos Aires.

Negri, T. (1992): Fin de Siglo, Edic. Paidós /I.C.E.- U.A.B. Barcelona.



Derechos humanos y salud mental²²

Sara Slipchinsky y Silvia Dimant

Abordar el tema de los Derechos Humanos supone el entrecruzamiento de muchos discursos: es el Derecho, la Sociología, la Filosofía, la Economía, la Psicología, la Historia, el Psicoanálisis, la Antropología, la Ética.

En tanto la complejidad que implica, necesita de un aporte de múltiples disciplinas que contribuyan a profundizar el análisis de una problemática que día a día se torna acuciante en la medida en que la violación no tiene fronteras sociopolíticas, raciales, religiosas, económicas, etarias, temporales, etc.

22 Publicado en: Materia Prima .Primera Revista Independiente de Terapia Ocupacional en la Argentina-ISSN 0328-7890-Año 2 N°6. Dic 97/Feb 98. Pág. 12-14.

Frente a la vastedad del campo que se trata, no nos resultó sencillo producir un recorte desde nuestro lugar de psicoanalistas, que permitiera una vía posible; a la vez solidaria de una experiencia que venimos realizando desde 1995 hasta la fecha con el equipo de terapistas ocupacionales del Hospital Borda, que llamamos Intervención Institucional.

Si hay un terreno donde la violación de los Derechos Humanos se ha hecho una práctica consuetudinaria, es en el campo de las enfermedades mentales. Para ejemplificarlo basta leer algunos fragmentos de artículos de la Declaración de Humanos y de la Salud Mental, de 1948.

Dice el artículo 4° en algunos párrafos “los derechos humanos fundamentales de los seres humanos designados o diagnosticados, tratados o definidos como mental o emocionalmente enfermos o perturbados, serán idénticos a los del resto de los ciudadanos. Comprenden el derecho un tratamiento no obligatorio, digno, humano y cualificado, con acceso equitativo a la tecnología médica, psicológica y social indicada, la ausencia de discriminación en el acceso equitativo a la terapia o su limitación injusta a causa de convicciones políticas, socio-económicas, culturales, éticas, raciales, religiosas, de sexo, edad u orientación sexual; el derecho a la protección de los abusos físicos y psicosociales, el derecho a la protección contra el abandono profesional y no profesional, el derecho de cada persona a una información adecuada sobre su estado clínico”.

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

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

Cualquier relación con la realidad es sólo casualidad.

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

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

Surge la sospecha de que hay algo indomable en la estructura misma del hombre, como Freud enunció en su trabajo sobre el Malestar en la Cultura, y lo planteó en términos de instinto de destrucción, que lucha y se opone a Eros, descendiente y principal subrogada de la pulsión de muerte; constituye el mayor obstáculo con el que tropieza la cultura. De allí que la relación del sujeto con la sociedad es conflictiva e irreductible a toda adaptación o equilibrio.

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

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

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

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

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

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

En este conjunto de valores se emiten desde la enunciación social como mensajes.

Desde el psicoanálisis los ubicamos en la dimensión del ideal que se instala como subrogado paterno, y en su intento de realización a recuperar el narcisismo perdido, a riesgo de transformarse en un imperativo superyoico. Lo ético que se desprende de este sistema cualquiera un carácter universal al servicio del "bien". El valor a alcanzar, se instaura en los hechos, con la contundencia conflictiva de un deber.

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

Citamos ahora a Foucault (1975) "...El nuevo dispositivo del poder, cuya evocación ya no es, como fue el caso desde el origen de los Estados, afirmar en la violencia humana de los suplicios, su eminente superioridad, su poder soberano y desmesurado, sino, al contrario administrar y penetrar suavemente en la sociedad, controlarla de forma continua, medida, homogénea, regular, hasta en sus rincones más íntimos".

De este modo actúa el poder anónimo de la ciencia, la ciencia y la técnica, crean condiciones de existencia a la que los hombres nos vamos adaptando y así se perpetúa la tradición del poder. Advirtió Freud que si bien la ciencia pone a disposición poderes inauditos, sigue en pie ese más allá del Principio de Placer, ese reducto de la pulsión de muerte que hace obstáculo a nuestras razones éticas, científicas y políticas.

Con esto pretendemos despejar, que no es justificable en nombre de la ciencia y la objetividad científica ciertas aberraciones que se cometieron y se cometen aún para el tratamiento de las psicosis. Aberraciones que rozan la problemática de los Derechos Humanos.

Vemos que por estructura, hay algo que queda por fuera y retorna, y tiene su encarnadura en ciertos funcionamientos institucionales de los cuales los profesionales que la integramos no estamos exentos, como sujetos y como objetos.

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

Reconocer las cargas que pesan sobre el profesional conduce a pensar el tema de los derechos humanos en relación al mismo.

El Terapeuta Ocupacional: ¿Víctima o victimario? ¿Objeto o sujeto de la acción?, ¿Activo o pasivo?, ¿Violador o violado? (en el término amplio de la palabra).

Carga, en el cuerpo o cuerpo con el paciente, y carga en relación a la Institución.

Institución que genera modalidades de organización, cuyos efectos, que se verifican en las prácticas profesional-enfermo mental, como en la relación profesional (de las distintas áreas o incumbencias) reproducen los estigmas de la configuración macro-social: corrupción, abuso de poder, violencia, marginación. Carga que lleva a convivir con el horror y las miserias humanas como parte de la vida cotidiana.

En tanto profesionales que desarrollan una labor específica, queda a merced de las demandas institucionales. Demandas que en ocasiones poco tienen que ver con el interés de la asistencia centrada en el paciente, sino más bien con requerimientos burocráticos, cuando no, demandas y autodemandas que convocan a cubrir funciones vacantes o cubrir aspectos básicos de infraestructura, como por ejemplo lograr que se consiga poner en funcionamiento un ascensor. Demandas que llevan a trabajar en condiciones de riesgo cuando no están dadas mínimas condiciones de seguridad física o psicológica, demandas de un poder sin nombre que aplasta y obtura la posibilidad de pensar, actuar o interactuar.

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

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

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

Abrir un espacio a la palabra entre los propios profesionales supone una apuesta a cuestionar su posicionamiento, reconstruyendo los supuestos, lo sobreentendido, rescatando la dimensión subjetiva que permita generar operaciones que le devuelvan su particular relación con la Institución. Se trata de un movimiento singularizante.

Esto implica un supuesto ético, tendiente a permitir la aparición de una insistencia, cuya repetición permita esa caída de las razones, supuestos o sabidas que sostiene el trabajo de la represión.

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

Bibliografía:

Freud, Sigmund. "El malestar en la cultura".

Galende, Emiliano. "Psicoanálisis y Salud Mental".

Winnicott, D. "El odio en la Contratransferencia".

Galleno, Carmen. "La Salud Mental y la Clínica del Sujeto".

"Declaración de los Derechos Humanos y de la Salud Mental".

Dimant, Silvia. "Malestar en la cultura y la clínica hospitalaria".

Puyó, Mario. "La clínica del amo y el deseo".

Lipovetsky, Gilles. "La era del vacío".

Gurman, Isidoro. "¿Por qué ética y técnica?".

Pauluchi, Oscar. "Psicoanálisis y Salud Mental: ¿Una misma ética? Revista Tramas N°1



Programa de Integración socio laboral para adolescentes²³

Andrea Sola y Laura Pezzolli

Introducción

Cuando participé como terapeuta ocupacional en una mesa en las 4° jornadas de Terapia Ocupacional del Hospital Borda, en 1993, con mis compañeras comenzábamos a transitar un camino en el que aún continuamos.

Intentamos dar una respuesta concreta frente a las dificultades que encuentran los adolescentes que se asisten en el Hospital Infante Juvenil Dra. Carolina Tobar García para integrarse socialmente luego del alta.

Este Hospital es el único en el país que asiste a niños y adolescentes cuando deben realizar la transición entre el Hospital y la comunidad, se relaciona con la falta de espacios que posibiliten dicha integración social.

23 Publicado en: Materia Prima .Primera Revista Independiente de Terapia Ocupacional en la Argentina-ISSN 0328-7890-Año 2 N°6. Dic 97/Feb 98. Pág. 15-19.

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

Durante estos años conformamos un equipo interdisciplinario que en la actualidad está integrado por los siguientes profesionales:

- Sección Orientación y Entrenamiento Laboral. Departamento de Rehabilitación:
T.O. Laura Pezzoli, T.O. Ana María Hernández, T.O. Fernanda Inchausti, T.O. Sandra Piazza, T.O. Beatriz Monaji, T.O. Alejandra Babbit, T.O. Débora Carduño.
- Departamento de Servicio Social:
Lic.T.S. Cristina Marchesoni
- Sección de Psiquiatría Social. Departamento de Prevención y Acción Comunitaria:
Lic. Andrea Sola

Contextualización

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

Durante la década del 50, el proceso de la acelerada pauperización e intranquilidad social que padecía América Latina, motivó una creciente preocupación en los centros financieros norteamericanos ya que aquella situación potencialmente explosiva, implicando también una amenaza a su hegemonía continental.

Es así que el gobierno de EEUU, sostenido en el marco general de lo que se conoce como la política del Welfare State (estado benefactor) impulsó múltiples investigaciones entre sus economistas y sociólogos.

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

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

Sin embargo, a comienzos de los 60 las metas espectaculares de cambio y bienestar proclamados por el desarrollismo en América Latina, seguían inalcanzables. La revolución Cubana marcó un cambio en el mapa político continental. Se convocó entonces a una reunión especial de la OEA, destinada a reorientar la política de EEUU respecto de América Latina.

Nació así la ALIANZA PARA EL PROGRESO que se manifestó a través de dos documentos principales que fueron: LA DECLARACIÓN DE LOS PUEBLOS DE AMÉRICA y LA CARTA DE PUNTA DEL ESTE en 1961, que postulaban como algunas de sus metas: la aceleración del desarrollo, la integración económica, el aumento del ingreso per cápita y la construcción de viviendas económicas.

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

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

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

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

Los gobiernos hicieron entonces un plan de acción que propuso como prioritaria la accesibilidad a la salud mediante la expansión y la estructuración de los servicios de salud con EQUIDAD, EFECTIVIDAD Y EFICIENCIA.

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

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

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

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

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

En la mayoría de los países las soluciones que se buscan a los problemas emergentes en salud oscilan entre: proponer mejorar las cuestiones organizativas (como es el caso de Inglaterra, pos liberal con modelo de medicina social) o apostar a un refuerzo de la asignación financiera (como en EEUU, con la implementación del modelo asistencial del MEDICARE Y MEDICAID, aunque luego se desmantele abruptamente como ocurrió con el gobierno de Reagan en la década del 80).

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

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

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

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

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

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

- Centros de Salud Mental.
- Centro de diagnóstico y cura.
- Grupos Apartamento.
- Laboratorios de arte.
- Cooperativas de trabajo.

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

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

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

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

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

Es importante aclarar aquí que nuestro programa surge desde un Sector de Orientación y Entrenamiento Laboral, dentro de un Departamento de Rehabilitación en un Hospital ahora Municipal, pero básicamente Monovalente, en psiquiatría: el Hospital Infante Juvenil Dra. Carolina Tobar García.

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

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

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

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

No se trata de producir y adaptar tecnologías para un funcionamiento óptimo de la sociedad.

Se trata de producir y adaptar tecnologías para un funcionamiento óptimo de la sociedad.

Se trata de posibilitarles a estos adolescentes y a sus familias un espacio, donde puedan encontrar y construir andariveles que los sostengan en su capacidad de enunciar lo que les sucede, permitiéndoles trazar lineamientos que eluciden un proyecto de acción acorde a la situación de malestar y padecimiento en que se encuentran.

Nuestra experiencia

Si bien el tema central del día de hoy es Atención Primaria de la Salud, consideramos que el tema Derechos Humanos configura el contexto adecuado para tratarlo.

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

A lo largo de esta experiencia transitamos diferentes momentos.

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

Y a pesar de todo, desde septiembre de 1993 seguimos en este camino que emprendimos, con el objetivo de lograr que al menos algunos de los adolescentes con los que trabajamos puedan zafar del camino que parece inexorable:

Luego de un tiempo del alta...otra vez una internación, pero esta vez en instituciones para adultos.

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

Lo que nos alienta a seguir intentando –a pesar de las constantes dificultades– son las actitudes de compromiso y de interés por participar de los adolescentes y sus familias. Especialmente las familias, saben de las constantes frustraciones en

el intento de encontrar una alternativa para sus hijos, una vez que egresan de las instituciones de salud mental públicas o privadas, después de los 18 años de edad.

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

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

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

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

Los adolescentes con los que trabajamos son más vulnerables porque a sus desventajas sociales se suma la enfermedad. Las situaciones conflictivas que otros adolescentes pueden resolver por sus propios medios o por los de sus familias, en estos adolescentes tienden a transformarse en una desventaja que se acumula. Carencias y desventajas que en un adolescente pueden parecer temporarias, en la adultez posiblemente se transformen en privaciones y desventajas definitivas. Un adolescente vulnerable es un firme candidato a ser excluido.

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

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

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

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

Cuando comenzamos, planteábamos la implementación de un taller extrahospitalario, un taller protegido de producción. El requisito de obtener un certificado de discapacidad para incluirse en él mismo no hizo desistir de esta instancia como única alternativa, dado que consideramos que los estigmatizaría aún más.

Luego pasamos a considerar tres etapas en el Programa:

- 1) entrenamiento laboral
- 2) derivación (de acuerdo con las capacidades de cada uno) a:
 - a) empleo competitivo
 - b) microemprendimientos (a crear por nosotros)
 - c) taller protegido de producción (a crear por nosotros, dado que no existen en Capital Federal ni en el Conurbano talleres protegidos de producción, específicos para personas con trastornos psiquiátricos).
- 3) seguimiento (hasta comprobar la plena integración laboral).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Bibliografía:

Chiarveti, Silvia. "Aportes y Deudas de las Ciencias Sociales en salud". Mesa redonda en las 3° y 4° Jornadas de APS y 1° Jornada de Medicina Social. 1989-1990.

De Leonardis, O.-Mauri, D.-Rotelli, F. "La Empresa Social". Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 1995.

Troianovski, Pablo. "Punteo para la historización de la asignatura Salud Pública- Salud Mental". Ficha.

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



El contexto de la clínica y su relación con la teoría²⁴

Graciela Warchavsky

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

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

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

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

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

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

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

Simultáneamente, muchas organizaciones insensibles a cambios graduales corren el peligro de convertirse en "sapos hervidos", viven en una ensoñadora ignorancia de los disparadores del cambio y están condenados al fracaso. Un fracaso que es el resultado de no poder sentir la necesidad de cambiar...". (Noel Tichy y David Vrich. *Sloam Management Review*, Fall 1984, Vol.26, N°1).

Esto lo pongo como ejemplo para poder entender que estamos en un mundo que está cambiando, que estamos forzosamente atravesados por términos como globalización, posmodernidad, economía de mercado, eficiencia, producción, consumismo. Victor Giordi, dice en "Neoliberalismo, Subjetividad y Salud: ..." en el discurso oficial puede comprobarse una sutil sustitución del término "ciudadano" por el de "consumidor". Este emerge como el nuevo "sujeto de derecho" pero un derecho que no emana de su ciudadanía ni de habitar una Nación, menos aún de pertenecer a la especie humana, sino de ser un consumidor...".

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

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

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

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

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

Una de ellas, se trata de un cardiólogo, muy exitoso en su profesión, que trabajaba hasta el momento de su internación en una prestigiosa Pre-paga. Hace una "crisis psicótica con ideación delirante de contenido persecutorio", el detonante: le bajan el precio de la prestación y lo obligan a que todos sus pacientes sean seguidos, aún en los momentos en los que se

24 Publicado en: *Materia Prima*. Primera Revista Independiente de Terapia Ocupacional en la Argentina- ISSN 0328-7890-Año 2 N°6. Dic 97/Feb 98. Pág. 19-21.

hallan internados, más allá de las cirugías cardiovasculares que se les realicen, los monitoreos también deben ser hechos por él.

Tiene 55 años y supone que con esto lo están presionando para que renuncie. La principal fuente de ingreso de su familia y el principal sustento es él.

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

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

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

La desocupación y la reconversión del recurso laboral afecta no solamente a Buenos Aires.

Hace poco estuve en Neuquén, luego de haber leído el abstract de la Revista Vertex donde aparecen algunos trabajos escritos por gente de esa ciudad.

Parece una ciudad detenida en el tiempo a partir de la privatización de YPF y la finalización de las obras del Chocón Cerro Colorado. ¿Qué pasa cuando una comunidad históricamente se organiza alrededor de una fuente de trabajo y ésta se privatiza o concluye su obra?, se indemniza a la gente y estos acostumbrados a ser empleados pasan a ser empleadores de sí mismos: cuentapropistas, remiseros, taxistas, quiosqueros, etc. ¿Qué pasa cuando no se prepara a la gente para estos cambios? ¿Qué modificaciones sociales, familiares y laborales se producen?

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

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

“...Ahora, pobre mi esposo, con más de 40 años, y después de ver, vivir, sentir, sufrir y sobrevivir el cambio desde adentro hoy se siente como un superhombre al que se le pide que estudie inglés, tres cursos de computación, pasar 10 o 12 días lejos de la familia, trabajar más de 12 horas diarias o lo que es mejor, dice la empresa trabajar FULL TIME para mantener su puesto. Porque hoy se trata de tener en la empresa sólo gente joven, profesional, que sepa idiomas, computación y que además sea hábil para poder manejar a los “viejos” de más de 40 años, que ya se tragaron toda la tierra, los años en el campo, todo el derecho de piso y lo que puedan imaginar. Y día a día agradecen tener trabajo no importando lo cansados y menospreciados que se sientan.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

“En todas las Organizaciones y en todos los países hay tres tipos de personas:

Las que hacen que las cosas pasen.

Las que miran como pasan las cosas.

Las que no entienden como pasaron”.

Bibliografía

Abstrac de la Revista Argentina Vertex. XIX Congreso Latinoamericano de Psiquiatría APA. XIII Congreso de Argentino de Psiquiatría de APSA. Identidad y Globalización. Abril 1997.

Icwkowicz, Ignacio. Primer curso de Administración de Sistemas y efectores en Salud Mental. Clase: “Salud y Enfermedad Mental. Antecedentes y conceptualización. Desarrollo de la subjetividad a través del tiempo y los cambios sociales”. 1997.

Di Paolo, Esteban. “En vísperas del segundo milenio”. Revista La Nave. Año III N 17, junio 1997.

Sisillac, Enrique. Revista Consultor de Salud. Año VII N°176. “El mercado impone obligaciones al paciente”.

De Cesari y Priglione. Revista Pykke. Asociación de Psicólogos de Mendoza. Junio 1996. Año 6 N°20.



El contexto de la clínica y su relación con la teoría²⁵

María Susana Llimós

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

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

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

25 Publicado en: Materia Prima .Primera Revista Independiente de Terapia Ocupacional en la Argentina-ISSN 0328-7890-Año 2 N°6. Dic 97/Feb 98. Pág. 21-24.

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

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

¿Qué quiere decir operar terapéuticamente?

Implica en primer término, disponer de un bagaje de instrumentos que me permita categorizar las observaciones y en consecuencia direccionar el tratamiento.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

De un modo distinto, las entrevistas apuntan a re-situar el tratamiento o a proponer un nuevo nivel de intervención, es preferible que sean programadas y realizadas en un ámbito de intimidad, es decir crear un clima pertinente a lo que se va a plantear.

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

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

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

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

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

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

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

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

Un hacer sin matices, sin preguntas.

La intervención fue intentar un punto, un corte a ese hacer “catarata”. La idea fue introducir un orden que le implique como sujeto.

En este sentido le ofertamos la administración del taller de cocina, único espacio del Hospital de día que se autofinancia.

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

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

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

Paralelamente en las sesiones de Terapia Ocupacional empieza a plantear los obstáculos que encuentra en su actual ocupación. Dice “no me gusta vender”.

Vemos que esta negación se contradice con el trabajo que realizó la mayor parte de su historia ocupacional. Se intenta despejar esta contradicción, y aparece algo diferente. “No me gusta vender algunos productos”, lo dice en referencia a ciertos artículos femeninos. Se trabaja en el intento de que pueda discernir qué productos podrá promocionar y cuáles no.

Más adelante puede plantear uno de sus principales obstáculos que consiste en cómo dejar de depender económicamente de su madre y al mismo tiempo continuar con su actividad religiosa.

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

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

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

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

Reflexiones

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

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

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

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

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

Situar la diversidad de actividades ocupacionales en el campo de lo científico, es también conocer cuál es la pertenencia de la Terapia Ocupacional en las ciencias empírico- formales, las hermenéuticas sociales dejando estos interrogantes planteados.

Por hora podríamos preguntarnos ¿por qué esa identidad parcializada se localizó en lo ocupacional?

Espero haya muchas razones.

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

Esta carencia, o lo que es peor, el vacío, nos disparó en muchos sentidos, algunos, a la búsqueda de “padres adoptivos”. Muchos de nosotros en Salud Mental adherimos al paradigma más representativo de la época, así la observación de los fenómenos quedó enmarcada en la teoría psicoanalítica.

Este referente nos permitió descubrir la diferencia entre lo que se dice y lo que se hace, entre el compromiso asumido y el olvido posterior, entre aquel que imagina espectaculares proyectos y sólo accede a la pequeña realización, entre la inhibición total y la sorpresa de probar, explorar, que no es más que probarse, explorarse.

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

Casi me atrevería a afirmar que éste conocimiento nos colocó frente a un sujeto.

Supimos que la ética no era que el otro haga de sí lo que yo estimo conveniente.

Descubrimos que su valor es el de generar espacios nuevos dentro y fuera para testimoniar la emergencia del deseo.

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

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

A lo largo de mi exposición creo haber transmitido lo que para mí es una convicción fuerte, lo que determinó: “el lugar de la emergencia del sujeto”.

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

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

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

¿Qué quiero decir con esto?

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

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

Por último, si la posmodernidad se caracteriza por la permeabilidad de las fronteras tradicionales ¿por qué no aprovechar estas rupturas para generar nuevos lugares sociales de inclusión, evitando así gastadas recetas estigmatizantes?

Bibliografía

- Apollon W., Bergeron D., Cantil L. La intervención en la clínica cotidiana. Traiter la Psychose- Traducción T.O. E. Gómez Mengelberg
- Friedson, A. “La construcción profesional de conceptos de enfermedad”.
- G.M. Historia del Hospital de Día- Hospital Alvear.
- Jamenson, Frederic. “Posmodernismo y sociedad de consumo”. La Posmodernidad- Ed. Kairos-Barcelona
- Lacan, J. Introducción a la cuestión de la psicosis. El seminario Las Psicosis 3. Editorial Paidós- 1992.
- Llimós, S. Hospital de día -Admisión a Terapia Ocupacional. 1995.
- Moscovici, Serge. De las representaciones colectivas a las representaciones sociales. Selección. Traducción. E.A. De Lassalle.
- Wright, Pablo. El espacio utópico de la Antropología: una visión desde la cruz del sur - Cuadernos del Instituto de Antropología y Pensamiento Latinoamericano- Bs.As.



PROGRAMA

7^{as} JORNADAS DE TERAPIA OCUPACIONAL

HOSPITAL JOSE TIBURCIO BORDA

1- 2 y 3 de Octubre de 1997

1º de Octubre

Derechos humanos:

Derecho a la salud - Derecho al trabajo.

2º de Octubre

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

3º de Octubre

Atención primaria de la salud.

Trabajos Libres

Paneles con relatores invitados

Comisión Organizadora

Servicio N° 48 de Terapia Ocupacional
del Hospital José Tiburcio Borda.

Comisión Científica

T.O. Marcela Capozzo

T.O. Celina Tamarit

T.O. Silvia Kleiban

T.O. Liliana Paganizzi

T.O. Silvia Destuest

D.R. Norberto Conti

Sede

Hospital José Tiburcio Borda - Ramón Carrillo 375 - Capital
Aula Magna de la Cátedra de Salud Mental de 8:00 hs a 15:00.

Informes e Inscripción

Servicio N° 48 de Terapia Ocupacional del Hospital
José Tiburcio Borda - de Lunes a Viernes de 12:00 hs. a 16:00 hs.

Comité Científico

T.O. Silvia Kleiban
T.O. Celina Tamarit
T.O. Marcela Capozzo
T.O. Silvia Destuest
T.O. Liliana Paganizzi
Dr. Norberto Conti

Comisión Organizadora

T.O. Marisa Alippi
T.O. Marcela Capozzo
T.O. Sara Daneri
T.O. Marta Doermer
T.O. Fabiana Fenoglio
T.O. Marcela Giménez
T.O. Bárbara Goldestein
T.O. Elizabeth Gómez Mengelberg
T.O. Marcela Guzmán
T.O. Mirta Manghi
T.O. Silvia Narváez
T.O. Liliana Risler
T.O. Mónica Sagrera
T.O. Adriana Slaifstein
T.O. Sandra Spampinato
T.O. Daniela Testa
T.O. Alejandra Varela

AUSPICIADAS POR:

**Departamento de Docencia
e Investigación del Hospital
"José Tiburcio Borda"**

**Asociación de Profesionales
del Hospital
"José Tiburcio Borda"**

**Escuela Nacional
de Terapia Ocupacional**

**Asociación Argentina
de Terapeutas Ocupacionales**

**Asociación Entrerriana
de Terapeutas Ocupacionales**

**C.O.L.T.O.A.
Comisión Organizadora Libro
Terapia Ocupacional y Afines**

**MATERIA PRIMA
Primer Revista Independiente
de Terapia Ocupacional
en Argentina**

**GOBIERNO DE LA CIUDAD
DE BUENOS AIRES**

**7^{as} JORNADAS
DE TERAPIA
OCUPACIONAL**
HOSPITAL JOSE TIBURCIO BORDA

**SERVICIO N° 48 DE
TERAPIA OCUPACIONAL
DEL HOSPITAL
"JOSE TIBURCIO BORDA"**

8:00 Hs. INSCRIPCIÓN.

9:00 Hs. APERTURA.

Autoridades de la Secretaría de Salud
del G.C.B.A.
Autoridades del "Hospital José T. Borda".
Jefe del Servicio de Terapia Ocupacional
T.O. Sara Daneri.
Comisión Organizadora.

10:15 Hs. PANEL.

**"DERECHOS HUMANOS: DERECHO AL
TRABAJO - DERECHO A LA SALUD".**
Lic. Elina Aguiar.
Cátedra de Salud Pública - Salud Mental. Fac.
de Psicología U.B.A. Lic. Alicia Stolkiner.
GRUPO. Lic. Silvia Dimant. -
Lic. Sara Stipchinsky

COORDINA: T.O. Marcela Giménez.

11:45 Hs. TRABAJOS LIBRES

"El Derecho a tener Derecho. Pobreza
y Discapacidad."
T.O. Milagros Demiryi.
"El Abstencionismo Implica una Disminución
de los Riesgos."
Dr. Ricardo Itovich.
"Marginación y Marginación."
Lic. Rodolfo Cergneux.
"Repetir o Transformar."
Lic. en T.O. Gladys Martínez.

COORDINA: T.O. Adriana Slaifstein.

8:30 Hs. TRABAJOS LIBRES

"Sin Fines de Lucro"
Lic. Rosaura Rimoldi. - Lic. Verónica Silva. -
Lic. Marcela Moyano. - Paula Orentraij.
"Terapia y Artes Expresivas en la Rehabilitación".
Prof. Ana Ortiz. - Lic. Mariana Sciotti.
"Al Sur... con una puerta".
T.O. Daniela Testa.
"Una Reflexión Actualizada de un Taller
de Psicodrama en el Contexto de la Rehabilitación
en el Hospital Borda."
Lic. Julio Torres.

COORDINA: T.O. Silvia Narváez.

10:00 Hs. PANEL

"ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD".
T.O. Adriana Cella.
T.O. Laura Pezzoli. - Lic. Andrea Sola.
Lic. María Teresa Quartino.

COORDINA: T.O. Marcela Capozzo.

11:30 Hs. PRESENTACION DE LIBROS

"Terapia Ocupacional. Avances". COLTOA.
"Actividad: Lenguaje Particular".
Lic. en T.O. Liliana Paganizzi.

COORDINA: T.O. Marcela Capozzo.

12:15 Hs. RECESO

13:00 Hs. TRABAJOS LIBRES

"La Sensibilidad en Lesiones Cerebrales"
Fabiola Bosch.
"Reflexiones sobre un Trabajo Multidisciplinario
de Estimulación Cognitiva Grupal."
Lic. Graciela Banek. T.O. Laura Barloco. -
Lic. Daniel Maumontiz. - Lic. Valeria Ton.
"Terapia Ocupacional en el Servicio
Penitenciario Federal."
T.O. Gladys Recarte.

8:30 Hs. TRABAJOS LIBRES

"Conclusión de Tratamiento en T.O."
T.O. Silvana Hunt.
"Entre la Querrela y la Demanda".
T.O. Rita Martínez Antón.
"Entre Objetos y Escenas: hacia un
Encuentro Posible".
T.O. Claudia Battisoni. - T.O. Silvia Fernández.
T.O. Silvana Hunt. - T.O. Soledad Calveyra
T.O. Alejandra Castro Arce.

COORDINA: T.O. Marcela Giménez.

9:45 Hs. PANEL

**"EL CONTEXTO DE LA CLÍNICA Y
SU RELACIÓN CON LA TEORÍA".**
T.O. Graciela Warschavsky
T.O. Susana Llimós.
Consejo Editorial Revista Materia Prima.

COORDINA: T.O. Elizabeth Gomez Mengelberg.

11:30 Hs. RECESO

12:00 Hs. TRABAJOS LIBRES

"Máscara-Sonido-Movimiento"
Lic. Marcela Baez. - Mta. María Laura Basso.
T.O. Patricia Reyno.
"Ni más acá, ni más allá de Nuestros Límites."
T.O. Susana Llimós.
"De Imposibilidades e Impotencias."
T.O. Rita Martínez Antón.

COORDINA: T.O. Bárbara Goldestein.

CIERRE

JORNADA 8

**Octavas Jornadas de Terapia Ocupacional
11 y 12 de septiembre de 1998**

PRÓLOGO

Silvia Elena Narváez

Los actores principales de las jornadas son aquellos profesionales que exponen sobre los diferentes temas, ellos permiten ampliar el conocimiento a partir de las diversas miradas necesarias para sentar bases teóricas y prácticas, vinculadas a nuestra profesión y a las diferentes áreas de incumbencia. Junto con el público compuesto por colegas y alumnos generan el clima propicio de estos encuentros.

Las 8vas. Jornadas de Terapia Ocupacional tuvieron lugar en el Hospital José T. Borda los días 11 y 12 de septiembre del año 1998. Estuvieron organizadas por el Servicio 48 de Terapia Ocupacional y dan cuenta del trabajo sostenido y acompañado tanto por el entusiasmo como por la satisfacción que conlleva la instauración de espacios de intercambio: compartiendo ideas, principios y praxis que inducen a reflexiones y debates.

Es de destacar, la importante colaboración del Comité Científico en la lectura y selección de los trabajos. En esta oportunidad estuvo integrado por las Terapistas Ocupacionales Sara Daneri, Susana Llimós, Laura Pezzoli, Graciela Warschavski y la Lic. Andrea Sola.

La 8va Jornada tuvo la impronta de considerar temas diversos e imprescindibles para el contexto y el tiempo real, pero a la vez los observo actuales. Abordaron cuestiones tales como la “Desinstitucionalización” con palabras de la Terapeuta Ocupacional Fátima Correa Oliver, docente en la carrera de Terapia Ocupacional de la Universidad de San Pablo. En el espacio de Conferencia refiere que ese concepto implica la desconstrucción de las instituciones totales, así como también de la cultura manicomial, este proceso estaría acompañado por la creación de servicios de complejas dimensiones pero acordes a la necesidad de cada persona. Compartió el espacio de Conferencia la Dra. Analía Broide pionera en el mismo tema en la provincia de Río Negro, quien transmitió con pasión y emoción su experiencia sobre el proceso de desinstitucionalización y la creación de diferentes dispositivos e intervenciones comunitarias en la localidad de El Bolsón.

Creo que las palabras de Analía Broide marcaron el camino de muchos de los profesionales que allí estuvimos: “luchar permanentemente con prácticas manicomiales, ya que el manicomio no es sólo un edificio. El verdadero está en nuestra manera de concebir el mundo”. Insisto de necesaria reflexión en estos momentos ya que nos encontramos a 10 años de la aprobación de Ley de Salud Mental 26657 debatiendo los mismos temas.

También contamos en esa oportunidad con la Mesa Redonda sobre Ética y Salud con la presencia y el relato de las modalidades de trabajo de los equipos: Integrantes del comité de bioética del Hospital Interdisciplinario José T Borda y del Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato Alvear. El intercambio en esta mesa solventó la importancia de la participación de profesionales de diferentes disciplinas coadyuvando con el fin principal de abordar la reflexión ética sobre de los problemas de la salud y vinculados a situaciones de conflicto y dificultades en la asistencia, con enfoque en la dignidad, la protección en los derechos de los usuarios de salud y su contexto.

En los Trabajos Libres de estas Jornadas encontramos modalidades de intervención en salud mental, tales como las destacadas ponencias de las Terapistas Ocupacionales: Lic. Liliana Paganizzi con el tema “Intervenciones en Rehabilitación Psicosocial” en el que realizó una revisión de dispositivos intermedios alternativos pensados dentro de la estrategia de rehabilitación psicosocial para lograr una participación social activa de personas con padecimiento psíquico. Y las Terapistas Ocupacionales Marcela Capozzo y Elizabeth Gomez Mengelberg quienes nos relataron experiencias sobre “Un Taller Ocupacional”, considerado para que cada participante encuentre diferentes herramientas ante su problemática laboral y acompañar este proceso.

También apreciamos con respecto a la ética en salud mental los trabajos libres sobre “Salud, pobreza y niñez. Un encuadre bioético.”, a cargo de la T.O. Carlota Vega y la Lic. T.O. Alejandra Campisi donde nos conducen a reflexionar sobre el impacto de la pobreza, el derecho a la salud en la niñez y la equidad sanitaria. Asimismo, el trabajo “Terapia Ocupacional en la perspectiva bioética” en el que las autoras T.O. Nora Beecher, las Licenciadas en T.O. Alejandra Campisi y María Rossi presentaron la bioética como estudio sistemático del comportamiento humano con algunos de sus principios guías del contexto ético normativo. Igualmente en los trabajos libres, la Dra. Mónica Francesconi compartió un análisis sobre las “Consideraciones éticas sobre el DSM IV”.

Contamos en esa oportunidad con espacios inherentes a la situación en ámbitos y marcos de importancia para el desarrollo de la profesión, a través de la presentación del “Informe de la Residencia de Terapia Ocupacional” y el “Informe sobre la Ley del Ejercicio Profesional del Terapeuta Ocupacional”.

En estas Jornadas se realizó la presentación de los siguientes libros: “Función social y locura. Una mirada desde el poder” que contiene escritos de diferentes profesionales de la salud mental en el marco de un posgrado realizado en la Universidad Nacional de Mar del Plata y guiados por los profesores Silvina Malvares, Rubén Ferro y Mario Testa. El libro “Terapia Ocupacional Reflexiones”. Serie Compilaciones 2 de C.O.L.T.O.A. con trabajos de variados autores.

Invito entonces a participar, a través de la lectura de estas interesantes Jornadas.

TRABAJOS LIBRES

Intervenciones en Rehabilitación Psicosocial

Liliana Paganizzi

Introducción

Tres mujeres de edades similares, rondan los 60 años, tienen un mismo diagnóstico (Esquizofrenia de tipo Paranoide), tienen su historia psiquiátrica a la que accedo sin que me elijan para ello, luego, me cuentan algunas cosas de su vida porque me eligen o bien se ven casi obligadas a hacerlo, las conozco en dispositivos de salud diferentes y ante la decisión de escribir este trabajo, me acompañan. Acá las iré presentando al hablar algunas cosas acerca de los dispositivos intermedios y al dar cuenta de algunas intervenciones que pretenden ser terapéuticas y que es posible que puedan encuadrarse dentro de las estrategias de Rehabilitación Psicosocial, anécdotas y ejemplos hay muchos y publicados, estas son apenas, recortados momentos de su vida y de la mía. (Es tan árida la presentación de trabajos sin clínica)

Según planteaba Rotelli, junto a Mauri y De Leonardis por 1986, la desinstitucionalización parece abrocharse a la idea de deshospitalización, sin embargo puede decirse resumidamente que la desinstitucionalización implica un proceso gradual de creación de servicios comunitarios o intermedios que permita **transferir o evitar** que el hospital psiquiátrico sea el referente obligado para el tratamiento de las personas con padecimiento psíquico.

Si bien el mismo Rotelli en su visita al Hospital Borda este año (1998) se ocupó de insistir una y otra vez en que no existen modelos para seguir sino para construir de acuerdo a las distintas realidades regionales, creemos conveniente recordar, que en la realidad de Trieste de los años 70, Basaglia se propone la deconstrucción del Hospital Psiquiátrico San Giovanni apostando a algunos ejes tales como 1) la figura del huésped que otorga una categoría legal distinta al paciente internado de largo plazo, 2) la creación incipiente de una cooperativa de trabajo con el concepto de empresa social, 3) la creación de un primer Centro de Salud ubicado en la comunidad y 4) una primera casa de vivienda semiautónoma, todavía dentro del hospital mismo.

Nos proponemos aquí revisar brevemente cual es el estado actual de la oferta de dispositivos intermedios alternativos considerando que la promoción y creación de estos espacios permite que el proceso de institucionalización se constituya en una oferta superadora y no en una nueva forma de exclusión y abandono.

Ruth, tiene 58 años, afiliada a una obra social para Jubilados y Pensionados, llega al hospital de Día para cumplir el tratamiento ambulatorio que le han indicado, llevaba 9 años de internación en una clínica psiquiátrica cuando coincidentemente con un cambio en el tipo de contratación entre la clínica y el ente financiador (la obra Social) es dada de alta. Cuenta con una Jubilación mínima con la que paga la pensión en la que vive y come la primera quincena del mes. Concurre todos los días, medio día. Casi no habla.

La variedad de dispositivos intermedios pueden ser pensados dentro de las políticas de la Rehabilitación Psicosocial que se reconoce como una estrategia posible para aquellas personas cuyo padecimiento deviene de su enfermedad misma, de los tratamientos que recibe y del entorno ambiental que en general lo excluye.

Ruth asiste puntualmente, parece estar dispuesta a estar toda la vida en las actividades de Hospital de Día, la incorporamos en un grupo denominado Pre-alta que funciona paralelamente al hospital de Día. La convocamos con persistencia a que haga uso de los derechos como afiliada de su obra social, que consulte al dermatólogo y al odontólogo, nunca se le había ocurrido.

Decimos que la rehabilitación psicosocial parece una estrategia sumamente interesante para colaborar en el difícil camino de desinstitucionalización de personas con padecimiento psíquico pero que desprendiéndose de la categorización médico-diagnóstica apunta al trabajo conjunto con todas aquellas personas que por diferentes problemáticas (motoras, sensoriales, psíquicas o mentales) se encuentran en una situación desventajosa para lograr una participación social activa.

Conozco a Alba a través de su abogado que ocupado de administrar sus bienes se encuentra al tiempo con una persona descompensada psíquicamente, con la ayuda de un tío, anciano, deciden como pueden, internarla, en un Gerontopsiquiátrico desde hace 5 meses, con el aval del psiquiatra

que la medicaba. Alba es escritora, padece una Esquizofrenia Paranoide desde hace 40 años. Con tratamiento adecuado nunca fue internada. El psiquiatra no me habla ni le hablo, Alba esta medicada como para dormirla, no se rinde "sáqueme licenciada- me dice- esto es un negocio, es para toda la vida". Hace veinte años hubiera pensado en un acompañamiento terapéutico adentro del geriátrico, esta vez haciendo uso callado de nuestra ley profesional que aún nos obliga a brindar atención con prescripción médica, elijo el médico que prescriba y con el amparo del abogado la traslado a los 20 días a una institución a puertas abiertas, y casi al mismo precio. Al mes sale y entra de la institución cuando puede, tiene su dinero y se angustia.

Después de innumerables avatares con Ruth en el grupo de Pre alta hasta llegó a caerse en el subte y al salir indemne de una posibilidad tan trágica promete a la virgen de Lujan que si la ayuda (la Virgen) a cumplir con lo que le pedimos (cuidar de su salud, ir al odontólogo, al dermatólogo) ira hasta Lujan mismo. Logramos así, no sin riesgo que se incluya en un comedor comunitario de su barrio, fiel a su estilo, se instalaba silenciosa a esperar la comida desde media mañana, tal así que hasta que la vimos (durante casi un año) había comenzado a desempeñarse como ayudante de cocina en el comedor y ya no tenía mucho tiempo de venir todos los días al hospital de Día, ni tampoco al grupo de pre-alta. Al odontólogo no fue nunca.

Para una clasificación relativa

Según Desviat (1997) las estrategias de Rehabilitación Psicosocial, implican la reorganización de los dispositivos llamados sanitarios, ligados más estrechamente con el modelo médico, la promoción y creación de dispositivos intermedios, los dispositivos sociales y los comunitarios, los que pueden presentarse según el cuadro 1. (Transparencia)

Cuadro 1. Rehabilitación Psicosocial

Dispositivos Sanitarios	Dispositivos Intermedios	Dispositivos Sociales	Dispositivos Comunitarios
Hospital Psiquiátrico	Centro de Día	Pisos protegidos	Club
Centro de Salud	Piso de transición	Residencia Asistida	Empleo Protegido
Hospital Breve	Unidad de Rehabilitación	Talleres Ocupacionales	Pisos Normalizados
Hospital de Día	Residencia Programada	Centro Agrícola	Fundaciones Ocupacionales

Fuente: Conferencia Dr. M Desviat- Congreso de Rehabilitación para las Américas: de la exclusión a la Inclusión. Méjico 1997

En cada uno de estos dispositivos, así como en cualquier plan de trabajo por mínimo que sea, importara según lo señalado como fuentes de padecimiento aquello que resulta significativo para el paciente, lo que es significativo para los que lo rodean y lo que se halla disponible en la institución o ambiente en el que trabajamos.

De la observación de estos dispositivos podemos interpretar que excepto el primero (sanitario) los demás se sostendrían con programas centrados en la vivienda (programada, asistida o autónoma) y en el empleo (protegido, micro emprendimientos asistidos, etc.)

Acerca de los recursos humanos, físicos y económicos

Decimos que el proceso de desinstitucionalización comienza por la posibilidad de pensar que existen alternativas al hospital psiquiátrico.

Hasta el momento utilizamos el término "hospital Psiquiátrico" de manera genérica, lo ampliaremos ahora a toda oferta profesional y/o institucional privada, pública o intermedia que considere que la custodia, la medicación y las actividades intrainstitucionales son sus estrategias de cura.

Según un relevamiento realizado por el Ministerio de Salud y Acción Social, en 1980 de la totalidad de los establecimientos del país con internación el 39 % eran públicos y el 57% privados, en 1995 el 37% son públicos y el 61% privados, las obras sociales, consideradas como instituciones no publicas sin fines de lucro, cuentan apenas con 1% de instituciones propias, pero sabemos que financian en gran parte el sector privado. Tanta atención profesional como institucional (transparencia Cuadro 2)

Cuadro 2. (Fuentes. Arce, 1997)

Año	Total	Públicos	OOSS	Privados	Mixtas
1980 Sin internación	100	57.5	4.1	38.4	N/C
Con internación	100	39.1	3.7	57.2	N/C
1995 Sin internación	100	44.9	1.3	53.7	0.1
Con internación	100	37.2	1.7	61.0	0.1

Timotea figura en una lista de 65 pacientes que recibo al ingresar como TO a una clínica, participa luego de un grupo de unos 18 pacientes que concurren a un taller que hemos organizado. Lleva tres años internada más nueve que trae del psiquiátrico estatal de mujeres, su internación la financia su obra social. Chaqueña, empleada doméstica, hasta que se descompensó, casi analfabeta pero con un interés notorio por el material de revistas y folletos que ofertamos en el taller. Indagando sobre la vida cotidiana en la institución, en una mesa compartida en el comedor de la clínica. Una tarde me dice "sabe señora lo que yo quisiera más en la vida...es tomar mate", tardamos en tales trámites (conseguir algo de dinero que percibe de su Jubilación, La salida acompañada hasta el bazar del barrio, el termo Taragüi, el repasador) unos dos meses, hasta que armo el equipo de mate, "señorita, quiero llamar a mi hermana, sabe el cuerpo me pide huevo" y una tarde a la hora de la visita, se los comió tranquila.

Estimamos entonces que un gran porcentaje de personas con padecimiento o en situación de minusvalía se encuentran actualmente atendidas en el sector privado, financiado por las obras sociales y en algunos casos por los familiares de los propios pacientes, esto nos marca que sin desestimar la responsabilidad política del sector público, no es sólo allí donde debemos orientar críticas, propuestas y/o programas. De hecho dentro de estos tres subsectores (públicos, privados e intermedio) estamos todos involucrados.

Cuadro 3

En cuanto a la participación de los recursos humanos, pensar en dispositivos intermedios implica redefinir las prácticas profesionales, técnicas y administrativas, así como los recursos financieros y la utilización de los espacios físicos.

Dispositivos Intermedios. Recursos.

Recursos financieros	Sub sector público: renegociar el presupuesto anual y presupuesto por programas (centrado en el empleo y vivienda) Subsector OOSS: rediscutir el PMQ, Atención terciaria y rehabilitación. Resoluciones por vía de excepción. Subsector privado, rediscutir el reconocimiento de dispositivos intermedios.
Recursos humanos	Discutir y redefinir las prácticas profesionales, técnicas y administrativas.
Recursos físicos	Descentralizar las prácticas del hospital o clínica, reconocer la oferta comunitaria.

Amparándonos en Saraceno (1997), la Rehabilitación Psicosocial no se define, nace como un campo de práctica y de conocimiento acerca del padecimiento de las personas con sufrimiento psíquico.

Para finalizar decimos que independientemente del enfoque de Rehabilitación empleado, los mejores resultados provienen de haber logrado un equilibrio entre las necesidades y posibilidades del paciente y las necesidades y recursos de la comunidad (Egri 1992) la cuestión es identificar unas y otras.

Bibliografía

- Arce, H. Tendencias, escenarios y fenómenos emergentes en la configuración del sector salud en la Argentina. Serie financiamiento del desarrollo. Naciones Unidas. Santiago de Chile 1997.
- Levav y otros. Temas de salud mental en la comunidad. La Rehabilitación en Salud Mental con base en la comunidad. Egri. Organización Panamericana de la Salud. Washington 1992.
- Desviat, M. Conferencia Congreso de Rehabilitación para las Américas: de la exclusión a la inclusión. WARP, Capitulo Mejicano. Méjico 1997.
- De Leonardis, Mauri y Rotelli. De institucionalización, another way: the italian Mental Health Promotion. Vol. 1. Nro. 2. Oxford University Press. Inglaterra 1986.



Un Taller Ocupacional¹

Marcela Capozzo y Elisabeth Gómez Mengelberg

Una nota publicada en *Newsweek* planteaba: "El tema de los 90, tanto en lo político como en lo económico, es el trabajo. Y aunque todos caigamos en la tentación de creer que ya pasará, se trata de un cambio estructural muy profundo del tipo que no hemos visto en los últimos 100 años. Sí, de aquí en más todo va a ser diferente no habrá empleo de por vida. Los contratos serán part-time y sin garantizar servicios de seguridad social. El mayor número de empleados estará en el sector servicios, y el número de personas autoempleadas continuará en franco crecimiento".

La desocupación en cifras

"Según el informe del año 1997 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), unos 1000 millones personas en todo el mundo están desempleadas. Conforman aproximadamente el 30.5 de la fuerza laboral total, tanto en los países industrializados como en aquellos en desarrollo".

En nuestro país y de acuerdo con las cifras del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INDEC) de octubre del año pasado en Capital Federal y Gran Buenos Aires, hay aproximadamente 900.000 desocupados y 1.200.000 trabajadores ocupados que buscan otro empleo porque están insatisfechos con el que tienen actualmente. Así las cosas...".

El desafío que se plantea es encontrar nuevas vías para un camino que parece cerrado, cualquiera sea el lugar dónde se esté parado.

Más allá de las cifras...

La desocupación es un proceso no una situación estática, ya que se extiende desde la pérdida del trabajo hasta el momento de un eventual reingreso como fuerza laboral. El estamento de ser un desocupado implica haber sido un trabajador remunerado.

La historia socioeconómica del mundo y en particular de nuestro país construyó la idea de un empleo para toda la vida, ésta se contradice con la situación actual y sus leyes de mercado.

Subyace la idea de que los trabajadores están desocupados porque no sirven o porque son responsables de su situación laboral. Existe una tendencia a autoculpabilizarse por la falta o escasez de trabajo, como si se tratara de una responsabilidad personal, transportándose así el eje de lo social a lo individual como determinante de esta situación. La falta de trabajo es también un hecho económico, social e histórico y los procesos económicos, políticos, históricos y sociales son productores de efectos en la subjetividad.

Uno de los efectos de la desocupación es la paulatina inmovilización de los estratos sociales que tienden a ubicarse en una condición de derrotismo, fatalismo y pasividad.

¹ Publicado en: *Materia Prima*. Primera Revista Independiente de Terapia Ocupacional en la Argentina-ISSN 0328-7890-Año 3 N°10. Dic 98/Feb 99. Pág. 7-10.

Considerar que empleo y trabajo son sinónimos, que hay que trabajar en aquello que siempre se hizo, constituyen algunos de los supuestos generalizados con los que nos enfrentamos al momento de abordar la temática laboral.

Según Jahoda (1982) el trabajo brinda la posibilidad de acceder a cuatro categorías de experiencia.

- 1) Estructuración temporal de la jornada, ritmos y costumbres de la cotidianeidad. El trabajo es el reloj de las familias. El proceso de socialización desde la entrada en la escolaridad implica la participación en un tiempo social organizado.
- 2) La provisión de contactos sociales, regulares fuera del círculo familiar.
- 3) La imposición de objetivos que trascienden al individuo.
- 4) Un status y una identidad social.

La desocupación es una nueva forma masiva de exclusión, ya que el trabajo sigue siendo un valor predominante de la sociedad.

El trabajo organiza la vida de las personas y las familias, la falta del mismo las desorganiza. Encarar la búsqueda de trabajo, como una actividad, implica una organización que produce efectos singulares en la cotidianeidad.

Coincidimos con la T.O. Tania da Cruz Terra en que estas cuestiones que nos atropellan en lo cotidiano forman parte de una tendencia mundial que nos afecta triplemente: en cuantos ciudadanos, trabajadores y terapeutas ocupacionales.

De ahí la extrema necesidad de entender e incorporar de modo crítico las exigencias laborales diversificadas y desconocidas, explorando los nuevos significantes de hacer y no hacer, para que nuestra actuación como terapeutas promueva mejores condiciones de vida para nuestra clientela, presentando investigaciones serias y apuntando a técnicas de tratamiento en sintonía con sus reales necesidades.

La acuciante realidad, la recepción de consultas sobre la problemática laboral (formuladas por pacientes en tratamiento, sus familiares, distintos profesionales), el reconocimiento y la convicción de que abordar esta problemática es de nuestra incumbencia; la búsqueda para acceder al conocimiento de la información sobre el mercado actual, sus posibilidades, y restricciones, herramientas de uso para realizar intervenciones, nos llevó a organizar el taller ocupacional para la comunidad.

Éste fue pensado como un espacio abierto bajo la convocatoria de que el usuario pudiera ubicarse en relación con alguna de las siguientes dificultades:

- En la organización de la búsqueda de trabajo.
- En la organización de los hábitos laborales.
- En el sostenimiento de los hábitos laborales.
- En sus vínculos laborales.

Esta es la propuesta inicial para quienes concurren al Taller

La difusión de este espacio, a través de afiches, se realizó en el área ambulatoria del Hospital Borda (Capital Federal) en Consultorios Externos, el Centro de Intervención en Crisis y en Hospital de Día. En el inicio consideramos conveniente no extender la convocatoria ya que nos propusimos evaluar la experiencia para dimensionar sus alcances, reformularla y ampliarla, a partir de los resultados observados.

Trabajamos con el conocimiento de la realidad del mercado actual, donde hace pie la flexibilización laboral, tomamos a los trabajos informales como una posibilidad cierta e instalada dentro de nuestra cultura y los vertiginosos avances tecnológicos que obligan a la capacitación y actualización constante para mantener su competencia en el mercado.

Dadas las características del alcance de la convocatoria, los usuarios que desde el inicio a la fecha se acercaron para participar se atienden en forma ambulatoria en este hospital.

A modo de introducción se les solicitó que completaran la planilla.

Planilla N°:

SERVICIO N° 48 DE TERAPIA OCUPACIONAL - HOSPITAL BORDA

Sr Usuario:
Por favor, complete los siguientes datos:

Fecha:

Nombre y apellido:

Domicilio:

Localidad: Teléfono:

Fecha de nacimiento: Edad:

¿Con quién convive?

Ha sido atendido anteriormente en este Hospital? Señale la respuesta
SI NO

¿Qué tratamiento realiza y en qué servicio?

N° de Historia Clínica

Señale con una cruz (X)

¿En cuál de estos puntos, ubica Usted su dificultad?

En la organización de la búsqueda de trabajo

En la organización de los hábitos laborales

En el sostenimiento del trabajo

En sus vínculos laborales

¿Qué piensa Usted que le brindará el Taller?

.....

.....

La tarea dentro del taller se inicia a partir de la identificación de las dificultades que realizan los participantes, enfocando las intervenciones sobre la situación particular que allí cada uno presenta y plantea como preocupante.

La necesidad de la información básica acerca de su desarrollo y desempeño ocupacional nos lleva a formular, en el primer encuentro, preguntas tendientes a recabar datos a partir de los cuales clarificar y puntualizar las expectativas de cada uno confrontándolas con la propuesta del taller.

El taller propone constituir un espacio donde favorecer la discriminación entre necesidades e intereses, posibilidades personales y su relación con las opciones del mercado.

También brindar la posibilidad de contrastar su experiencia y modo de encarar la temática laboral con la problemática y realidad de otros en su calidad de pares.

Dentro de este marco general realizamos intervenciones que apuntan básicamente a:

- Brindar "herramientas" para que analicen su búsqueda hacia el encuentro con sus capacidades y habilidades.
- Confrontar sus condiciones físicas con los requerimientos del mismo orden que plantea un trabajo determinado.

- Posibilitar el reconocimiento de las condiciones que constituyen requisitos básicos para la obtención de un trabajo.
- Identificar los hábitos laborales y las posibilidades de cada uno para sostenerlos en el tiempo.
- Posibilitar la reformulación de estrategias para la búsqueda laboral.
- Favorecer el contacto con su grupo comunitario cercano, a fin de relacionarse para una eventual solicitud de trabajo.
- Orientar hacia la utilización de las ofertas y/o dispositivos que se disponen en la comunidad ofreciendo nuestro pequeño "banco de datos".
- Armar una red de sostén para prevenir probables contratiempos en los hábitos y los vínculos laborales en aquellos que los plantean.
- Trabajar anticipadamente con las posibles preguntas de un empleador a un nuevo postulante.

Sostenemos como premisa que la participación de cada usuario se da en la medida en que ellos identifiquen y asignen un sentido en relación con su demanda y a lo que en el taller se ofrece y desarrolla.

Así pues, es para algunos un lugar donde confirmar o corroborar su búsqueda, para otros se les presenta como oportunidad para organizarse en relación con el trabajo, otros encuentran factible revisar en el taller sus intereses, motivación y necesidades frente al trabajo, también están aquellos que se plantean sus propios tiempos y sus condiciones actuales y deciden abordar otras temáticas antes de lanzarse a la búsqueda de trabajo...

Algunas situaciones de los usuarios del taller

María, ex paciente de terapia a corto plazo, de oficio costurera de recta, llega al taller con una búsqueda iniciada, a través de los avisos clasificados y las referencias por trabajos anteriores. Pensando como alternativa el cuidado de personas mayores. Logra confirmar la modalidad hasta ese momento empleada y su decisión de continuar en ese camino. De hecho luego de un tiempo comenzó a trabajar en estas dos actividades.

Ángel, paciente de consultorios externos de profesión contador llega al taller saliendo de una crisis depresiva importante que lo lleva a perder sus trabajos, desvinculándose de su ámbito profesional; logra organizarse para enviar su curriculum respondiendo a avisos clasificados, concurrir a entrevistas de postulantes, y pensar en una reinserción a entidades que nuclean a sus colegas.

Como resultado de esta búsqueda consiguió un trabajo como vendedor de CD en una editorial dedicada a temas económicos.

Juan, paciente de consultorios externos, ex bancario y con edad para jubilarse, llega al taller con la necesidad económica de conseguir un trabajo, sin sentirse en condiciones de buscarlo y sostenerlo.

A partir de ir despejando cuáles serían las actividades redituables que él podría realizar, y rescatar su capacidad organizativa, su experiencia en relaciones públicas, enfatizando que mantenga su relación con su comunidad barrial, logra un trabajo atendiendo una remisería en el turno noche cerca de su casa.

Hugo, paciente de consultorios externos, ex empleado administrativo de ENTEL, llega al taller con una disfonía importante, acerca de la cual refiere padecer una parálisis en las cuerdas vocales desde hace unos años, dificultándole la comunicación con los otros. Al trabajar sobre esta temática en relación con un posible trabajo, Hugo decide operarse para recuperar su voz mejorando ostensiblemente sus condiciones para acceder al mercado competitivo. La operación fue un éxito, y su propuesta es continuar en el taller.

Pepe, paciente de consultorios externos, corredor de insumos para computación, se presenta en el taller ubicando su dificultad en el sostenimiento del trabajo. Al no realizarlo, refiere sentirse un estafador, y teme que lo despidan (reconoce estar bien pago). La propuesta de reflexionar sobre su planteo no se llevó a cabo, ya que no concurrió nuevamente.

Edgardo, paciente de consultorios externos, se presenta como un comerciante que ha cerrado su pizzería hace un mes, con una historia anterior de negocios frustrados y dificultades con sus socios. Llega planteando su necesidad de organizar su búsqueda laboral, para lo cual en principio discrimina cuáles son sus conocimientos, sus capacidades y sus intereses, esto último cobra relevancia ya que lo identifica como causa de su desganado. Intenta y consigue un trabajo de mecánico de colectivos, esta vez acorde a sus intereses y de demasiada exigencia con relación a sus capacidades actuales, por lo cual no logra mantenerlo.

Mario, de 45 años es paciente ambulatorio del hospital de día de la institución, vive con su madre y sus cuatro hermanos. Llega al taller a instancias de su terapeuta, posee una jubilación por invalidez y no le alcanza para vivir. Mario refiere necesitar más dinero, tiene cierta idea de que puede conseguirlo con trabajo, pero no quiere trabajar, no tiene ganas de hacerlo, comenzamos el taller con un interrogante: "¿Cuál es su expectativa al venir aquí?".

Conclusiones

El Taller en cifras

Desde diciembre de 1997 a junio de 1998 han concurrido al Taller 20 consultantes. De estos, un 30% consiguió trabajo, un 30% participó una sola vez y un 70% lo hizo más de una vez.

La mayoría acudió por propia iniciativa respondiendo a la publicidad del afiche y un número reducido lo hizo a sugerencia de su terapeuta.

Desde otra perspectiva

El taller respondió al objetivo primario de otorgar herramientas al usuario para que se ubique en una relación diferente a la ya establecida con su problemática laboral; orientar y acompañar sin guiar ni aconsejar.

En nuestro propósito ampliar la difusión en la comunidad para captar más usuarios ya que evaluamos que los resultados de la propuesta inicial han sido positivos y para algunos ha contribuido a mejorar su calidad de vida.

Bibliografía

- Jahoda, M. citado por G.Kessler en "Algunas implicancias de la experiencia de desocupación para el individuo y su familia"
- Da Cruz Terra, Tania: "Clarificando ideas para ver posibilidades" en Revista Materia Prima, Año 3 N° 8 junio/agosto 1998, pp.6-10, Bs. As.
- Lehr, Úrsula: "La vida cotidiana", Biblioteca de Psicología, Textos Universitarios. Ed. Herder. Barcelona 1994.
- Paganizzi, Liliana: "Actividad lenguaje particular". Ed. Independiente. Bs. As. 1997.
- Selser, Claudia: "Tiempo de revancha" en Revista Viva. Editorial Clarín- junio 1998.
- Delich, Francisco. "El desempleo anticipa un gran cambio social. Entrevista realizada por Halperin en Diario Clarín 1997.
- Dossier "El trabajo en el fin de siglo" Revista La Marea. N° 11, Ed. La Marea, Bs. As. 1998
- Bourdieu, Lebaron y Mauger: "Cuando los desocupados deciden tomar la palabra". Copyright Clarín y Le Monde, 1998. Traducción E. Carnelli.



Salud, pobreza y niñez: encuadre bioético

María Alejandra Campisi y María Carlota Vega

El objetivo del presente trabajo consiste en fundamentar desde el encuadre bioética, la investigación que hemos comenzado a desarrollar en el año 1995, siendo en esta nueva etapa su objetivo, el siguiente. Contribuir al desarrollo de estrategias y atención de la salud que favorezcan el bienestar de los niños de alto riesgo social, desde la perspectiva de la Atención Primaria de la Salud.

Merece esta investigación un análisis bioética, dada la complejidad de la situación estudiada, que incluye no solo al niño, sino a sus familias, el entorno social, el equipo educativo y de la salud. La bioética favorece la comprensión de problemáticas, en las que se generan conflictos, desde una perspectiva que tiene como objetivo fundamental al hombre, a la persona valiosa en sí misma, abierta, libre, responsable y solidaria.

Nuestro esfuerzo, se concentra en estudiar las condiciones de pobreza y las dificultades que antes ponían al niño en riesgo de morir y que ahora afectan su desarrollo físico, mental, emocional y social en los primeros años de vida, influyendo negativamente en su calidad de vida futura y posibilidades de integración social.

De lo expuesto se pueden deducir fácilmente algunos aspectos fundamentales relacionados directamente con la reflexión bioética, derecho a la vida, derecho a la salud y calidad de vida.

¿Por qué es nuestro objetivo fundamental el contribuir al desarrollo de estrategias de promoción y atención de la salud de los niños?

Porque la salud es un derecho del que toda persona goza, el ofrecer la posibilidad de atención de la salud a las personas es justicia sanitaria, entendida a su vez, como justicia distributiva y comparativa, que entra en crisis con la intervención de variables como escasez de recursos, asignación de recursos, búsqueda de equilibrio frente a reclamos y muchas otras (mesobioética). La justicia sanitaria también se comprende desde la macrobioética, como la responsabilidad de todo Estado frente a la salud amenazada de la presente y de las futuras generaciones. En este encuadre la salud incluye tanto a la atención médica terapéutica particular como a la salud pública.

El niño forma parte del contexto socio-cultural en el que le toque vivir, y es original y único dentro de su clase social familia, etc., el niño refleja también los aspectos emocionales de su medio familiar, con quien establece un sistema de relaciones. El niño percibe la realidad de su entorno, realidad que, como es el caso de los niños objeto de estudio, se encuentra teñida con los problemas que la pobreza acarrea. Es de ese entorno que el niño recibe lo que necesita para desarrollarse, las experiencias vividas en él, no suelen favorecer un desarrollo armónico, sino por el contrario, pueden entorpecerlo, dejando en ocasiones profundas huellas.

Resulta fundamental la comprensión de la importancia de la participación y compromiso, no solo del ámbito de la salud y escolar, sino también familiar.

La necesidad de la interdisciplinariedad entre las áreas de salud y educación es un aspecto fundamental, al tratar de comprender esta problemática y hacer propuestas integrales coherentes, sólidas para abordarla. Así el equipo interdisciplinario logra respuestas a través del consenso, de un consenso con autoridad moral, en especial, cuando se trabaja en áreas como la salud y educación, en que se tiene a diario la responsabilidad sobre el bienestar, la dignidad y calidad de vida de las personas.

Salud, pobreza y niñez: encuadre bioético

El objetivo del presente trabajo consiste en fundamentar desde el encuadre bioética, la investigación que hemos comenzado a desarrollar en el año 1995, siendo en esta nueva etapa su objetivo, el siguiente. Contribuir al desarrollo de estrategias y atención de la salud que favorezcan el bienestar de los niños de alto riesgo social, desde la perspectiva de la Atención Primaria de la Salud.

Merece esta investigación un análisis bioético, dada la complejidad de la situación estudiada, que incluye no solo al niño, sino a sus familias, el entorno social, el equipo educativo y de la salud. La bioética favorece la comprensión de problemáticas, en las que se generan conflictos, desde una perspectiva que tiene como objetivo fundamental al hombre, a la persona valiosa en sí misma, abierta, libre, responsable y solidaria.

La persona es considerada digna, lo que implica que debe ser respetada por el solo hecho de serlo. Queda implícita la idea de la importancia del respeto por sus derechos. Y tratando de llevar estos conceptos al plano concreto creo conveniente, en este punto recordar que estos derechos se encuentran claramente enunciados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y en la Convención Americana de Derechos Humanos, que tienen en nuestro país jerarquía constitucional. En un intento de mencionar brevemente los derechos más importantes incluidos en estos documentos puedo mencionar:

LIBERTAD-VIDA: respeto por la vida humana como valor fundamental, desde la concepción hasta la muerte- integralidad personal: física, psíquica y moral- igualdad- seguridad- justicia- trabajo- descanso- salud y bienestar- satisfacción de necesidades- cuidados y asistencia de la maternidad e infancia- educación- participación.

Cuán relacionados se encuentran estos derechos con la salud de las personas. Y especialmente con las personas que constituyen el foco de esta investigación, como lo son los niños y sus grupos familiares, que se encuentran en condiciones de pobreza.

Es así que, como próximo paso, se intentara definir el término salud, desde esta perspectiva amplia de la persona que la Bioética nos ofrece. Se vuelve a afirmar entonces que la vida humana alcanza valor ético cuando es concebida como objeto de la libre realización del hombre y es aquí donde surgen conflictos, ya que así en tendida persona es mucho más que el vivir biológico, persona implica calidad de vida.

Nuestros esfuerzos se concentran en estudiar las condiciones de pobreza y las dificultades que antes ponían al niño en riesgo de morir, y que ahora afectan su desarrollo físico, mental, emocional y social en los primeros años de vida, influyendo negativamente en su calidad de vida futura y posibilidades de integración social.

De lo expuesto se pueden deducir fácilmente algunos aspectos fundamentales relacionados directamente con la reflexión bioética: derecho a la vida, derecho a la salud y calidad de vida.

¿Por qué es nuestro objetivo fundamental el contribuir al desarrollo de estrategias de promoción y atención de la salud de los niños?

Porque la salud es un derecho del que toda persona goza, el ofrecer la posibilidad de atención de la salud a las personas es justicia, justicia sanitaria, entendida a su vez como justicia distributiva y comparativa; que entra en crisis con la intervención de variables como escasez de recursos, asignación de recursos, búsqueda de equilibrio frente a reclamos, y muchas otras (mesobioética). La justicia sanitaria también se comprende desde la macrobioética, como la responsabilidad de todo Estado frente a la salud amenazada de la presente y de las futuras generaciones. En este encuadre la salud incluye tanto a la atención médica, terapéutica particular, como a la salud pública.

Todos debemos gozar de nuestra condición de dignidad. Dignidad consiste en el respeto que toda persona debe poseer por el solo hecho de ser persona, respeto por sus derechos fundamentales. Uno de esos derechos fundamentales es el derecho a la salud, que incluye tanto la prevención como la asistencia y rehabilitación, salud que permite el desarrollo de las capacidades de todo hombre.

El concepto de salud ha evolucionado notablemente desde aquella concepción simple que la consideraba como ausencia de enfermedad, hasta la actual concepción de salud como proceso, proceso en el cual interactúa salud-enfermedad.

El concepto de salud-enfermedad es de carácter multidimensional, por lo tanto sumamente complejo; que adquiere valor especialmente en función de la cultura en que se intenta comprender. Podríamos imaginar que la vida de la persona se lleva a cabo alrededor de un eje positivo-negativo, salud-enfermedad, y aunque cueste un poco más de esfuerzo, imaginemos a cada uno de los sistemas que constituyen a la persona (biológico, físico, psicológico, social, ambiental, cultural), girando alrededor de ese eje. Para lograr mantener el estado de salud deberían encontrarse en equilibrio estos sistemas que constantemente interactúan, y en caso que ese equilibrio se rompa, se debería poder establecerlo. Acción notablemente difícil, especialmente en estos tiempos de crisis.

La salud resulta, entonces, un componente necesario de la vida social, productiva y económica; es un resultado social que se manifiesta por medio de un estilo de vida, propio de cada comunidad. Así lo que puede resultar saludable "Sano" en una comunidad, puede no serlo en otra, cuya cultura, costumbres, etc. sean diferentes.

Se podrían identificar algunos factores fundamentales en la determinación del concepto de salud

- Aspectos biológicos,
- Medio ambiente: intra o extrauterino, aspectos físicos, químicos, socioeconómicos, etc.
- Comportamiento humano individual y social
- Servicios de salud²

Por lo tanto se puede deducir, que la salud se encuentra íntimamente relacionada con la educación, con las condiciones sociales, condiciones económicas, medio ambiente.

Tanto es así que algunos estudios revelan que el 90% de las enfermedades en América Latina se relacionan con las serias dificultades en el saneamiento ambiental, (como la inadecuada provisión de agua, ineficaz o ausente recolección de residuos, etc.), el hacinamiento, deficiencias nutricionales.

Pensemos en la salud de los niños que viven en la pobreza, y en todos los aspectos que pueden influir en ella, tanto perinatales como socio ambientales. Y pensemos si esos niños pueden desarrollarse "normalmente". La asociación entre estos factores y el desarrollo durante la infancia ha sido blanco de discusión y aun continua siéndolo.

Dados los conceptos expuestos anteriormente con respecto al concepto de persona, se puede vislumbrar la estrecha relación existente entre los términos persona - derecho a la salud. Y tan estrechamente relacionados están que la expresión "toda persona tiene derecho a la salud", resulta una proposición tautológica.

El concepto de persona lleva implícito el concepto de dignidad, y a su vez hablar de dignidad implica a ciertos derechos fundamentales de la persona, siendo uno de ellos el derecho a la salud. Pero al mismo tiempo, no se puede dejar de tener en cuenta, que todo derecho se relaciona con la responsabilidad; si alguien tiene derecho a algo, debe existir algún responsable de que ese derecho se cumpla. Sin embargo, aún se debe considerar otro punto importante, dado que tal afirmación no implica garantía de goce permanente de salud. Ya que esta situación se encuentra a su vez subordinada a ciertas situaciones de carácter imprevisto, que hacen que decrezca el grado de responsabilidad del agente responsable. Es decir, ninguna persona, institución, etc. podría responsabilizarse de devolver la salud a un enfermo, pero sí de asegurar tratamiento que favorezca la disminución de los síntomas (tal es el caso de los enfermos de SIDA, o cáncer, en ausencia de tratamiento curativo específico); la situación es diferente cuando la terapéutica o modalidad de acción existe, y lo que no existe es la disponibilidad de recursos, o la dificultad en el acceso a los mismos.

2 Bertomeu, María Julia y Videllia, Graciela. "Asistir o capacitar En defensa de un derecho a la salud. En Perspectivas bioéticas en las Américas. Volumen 1. Buenos Aires. 1996.

Y es dentro de esta última modalidad en que se ubica la problemática objeto de estudio; existen muchas medidas concretas que favorecen el desarrollo armónico de los niños sin embargo no todos los niños que viven en la pobreza y en lo que se ve afectado su desarrollo psicomotor, tienen acceso a los mismos, y lamentablemente una de las causas fundamentales de esta situación es la falta de recursos económicos, que permita poner en marcha programas de atención al niño y su familia.

Tal importancia alcanza este derecho, que en la mayoría de las investigaciones se considera a la salud como indicador de desarrollo.

Creo especialmente, que no deberían dejar de tenerse en cuenta algunas ideas regulativas, como por ejemplo "salud para todos en el año 2000", a pesar de que haya resultado una utopía. Frente a la crisis económica y a los avatares de nuestra sociedad, resulta casi imposible pensar en la optimización sanitaria de todas las personas, sin embargo de esta idea regulativa se pueden deducir y explicitar conductas, reglas, transformándose su incumplimiento en una "violación del derecho a la salud"; y aquí no se puede dejar de considerar la responsabilidad de todo agente de salud que tiene entre sus manos la posibilidad de mejorar las condiciones sanitarias de las personas. Desde este punto de vista todos somos responsables, responsabilidad concreta y cotidiana, pero también responsabilidad frente a la salud de las futuras generaciones. A la ética de la responsabilidad agregamos la ética de la convicción, que brinda sólidos fundamentos para comprender la dignidad del hombre.

Cabe aclarar, que el derecho a la salud, dentro del encuadre expuesto, tiene un valor moral, y su función fundamental es interponer respeto y justicia en la sociedad. El derecho a la salud tiene en nuestro país jerarquía constitucional. Para que este derecho pueda cumplirse se necesitan especialmente de cuatro condiciones fundamentales, y especialmente relacionadas con la calidad de vida: equidad, integración, participación y eficiencia.

Resultan condiciones necesarias para favorecer la promoción de la salud, la equidad, eficiencia, integración y participación. Describiré brevemente cada uno de ellos y su importancia dentro de este tema:

Equidad: Significa igualdad, en salud implica la posibilidad de lograr iguales posibilidades de acceso los servicios de salud, para todas las personas, servicio ya sea preventivo, curativo o de rehabilitación. La equidad encuentra su base en la necesidad de adecuarse a las necesidades de los diversos sectores de la población teniendo en cuenta que esas necesidades se encuentran en constante cambio y son diferentes según cada sector. De manera tal que el servicio de salud deberá identificar las poblaciones en riesgo, brindar recursos y esfuerzos para solucionar los problemas referidos a la salud y al enfermar de las personas. El concepto de equidad se encuentra íntimamente relacionado con la concepción de la ética social o comunitaria, y ligado estrechamente a la responsabilidad solidaria.

Eficiencia: significa hacer el mejor uso posible de los recursos, estrechando relaciones entre el esfuerzo que se realiza o inversión y el resultado que se obtiene, de manera tal que cuanto menor sea el esfuerzo o inversión y mejor sea el resultado obtenido, más eficiencia en el servicio. Esto implica que la mala utilización de los recursos lleva a ineficiencia y baja calidad.

Integración: significa la coordinación armónica y complementaria de las diferentes acciones en salud, sean estas preventivas, curativas o de rehabilitación, implica al mismo la participación de los agentes de salud, las personas implicadas, la comunidad. Aparece aquí un gran desafío como lo es la actividad coordinada de los equipos de salud y los recursos, construyendo una red de servicios.

Participación: es un condimento indispensable en la vida democrática, el hablar de la participación en salud implica la posibilidad de tomar parte, de intervenir, de todos los sectores, sean estos los profesionales en equipo interdisciplinarios, las personas directamente afectadas, la comunidad a través de sus grupos. Intervenir para tomar decisiones, lo que exige dialogo responsable.

Estos cuatro requisitos de la condición de Salud no embarcan en el desafío de la ética, de la responsabilidad solidaria, según la cual la tensión de la salud con equidad, eficiencia, integración y participación, no sólo alcanza justificativos de tipo económico, social, sino también morales; implica responsabilidad moral.

El niño forma parte del contexto socio -económico- cultural en el que le toque vivir, y es original y único dentro de su clase social, familia, etc., el niño refleja también los aspectos emocionales de su medio familiar, con quien establece un sistema de relaciones. El niño percibe la realidad de su entorno, realidad que, como es el caso de los niños objeto de estudio, se encuentra teñida con los problemas que la pobreza acarrea. Es de ese entorno que el niño recibe lo que necesita para desarrollarse; las experiencias vividas en él, no suelen favorecer un desarrollo armónico, sino por el contrario, pueden entorpecerlo, dejando en ocasiones profundas huellas.

Resulta un punto fundamental la comprensión de la importancia de la participación y compromiso, no sólo del ámbito de la salud, y escolar, sino también familiar.

La necesidad de la Interdisciplinariedad entre las aéreas de salud y educación, es un aspecto fundamental, al tratar de comprender esta problemática, y hacer propuestas integrales, coherentes sólidas para abordarla. Así, el equipo interdisciplinario logra respuestas a través del consenso, de un consenso con autoridad moral, en especial cuando se trabaja en aéreas como salud y educación, en que se tiene a diario la responsabilidad sobre el bienestar, la dignidad y calidad de vida de las personas.

Bibliografía

- Apel, K. "Una ética de la responsabilidad en la era de la ciencia". Ed. Almagesto. Buenos Aires. 1985
- Berlinger, G. "Ética de la Salud" Lugh Editorial. Buenos Aires. 1996
- Franco, S. "La salud al final del milenio" Serie Lecturas seleccionadas. Año 2 Vol. 1 Agosto. 1994
- Lolas Stepke, F. y otros "Ciencias sociales y medicina. Perspectivas latinoamericanas" Editorial Universitaria. Chile.1992
- Hoof, P. "Vigencia del filosofar". Editorial Paulinas. Buenos Aires. 1991.
- Lacadena, J. y otros. "La fecundación artificial: ciencia y ética" Editorial Covarrubias 19. Madrid
- Mainetti, J."Bioética y justificación del derecho a la salud". Boletín de la Academia Nacional de Medicina. Junín. 1991
- Nainetti, J. "Bioética sistemática" Editorial Quirón. La Plata - 1991
- Paganini, J. "Los desafíos de los servicios de salud en la década del 90". POS. OMS.
- Vega, M.C.; Campisi, M.A.; Roubicek, M.; Porro, S. y Bosemberg, I.
- "Prevención y detección en el crecimiento y desarrollo del niño" Revista María Prima Año 3. N°8. Junio/agosto 1998.
- "Prevención, detección y modalidad de atención de alteraciones del desarrollo en la primera infancia en poblaciones de alto riesgo social". Informe final de investigación. Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Diciembre, 1996.



Terapia Ocupacional en la perspectiva bioética³

Nora Beecher, Alejandra Campisi y María A. Rossi

¿Puede la Bioética ser el eje a partir del cual reflexionar críticamente sobre la teoría y la práctica de la Terapia Ocupacional?

La salud y en particular la Salud Mental, se presenta como una realidad determinada por múltiples factores que se redefinen constantemente de acuerdo a diversos marcos ideológicos, sean estos de los sistemas políticos vigentes, de los gobernantes de turno, de las propias instituciones o de las profesiones y los profesionales.

Frente a esta situación observamos que de la mano de la filosofía, sale al encuentro la reflexión Bioética, con un sistema de principios, cuya función reguladora apunta a la justificación del derecho a la salud, la valoración de la vida humana y la introducción del sujeto moral.

Entendemos la bioética como "el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y de la atención de la salud, en tanto que dicha conducta es examinada a la luz de principios y valores morales" (Erich). Considerada de este modo, la Bioética nos ofrece un hilo argumental con pautas de reflexión, que permiten ahondar en diversas situaciones dilemáticas para distinguir, por ejemplo entre "lo vigente y lo valido".

Como Terapistas Ocupacionales no escapamos a las transformaciones sociales, ideológicas o científicas, que muchas veces aparecen matizadas con una real sensación de deshumanización del hombre y de injusticia social. Estas transformaciones se vivencian en nuestro accionar dentro de las instituciones a nivel comunitario y en la práctica privada y nos mueven a la búsqueda de respuestas y propuestas alternativas.

Ante esta situación el movimiento Bioética desde una visión interdisciplinaria, abre caminos acercándonos a una ética de la responsabilidad solidaria, que implica "pensar y hacer" considerando responsablemente las consecuencias.

En esta perspectiva, si partimos desde un nivel amplio de reflexión, nos vemos comprometidos como profesionales de la salud, a pensar en la problemática que desde la macrobiótica se plantea en relación, por ejemplo, a los límites éticos de las investigaciones científicas, a las estrategias que tienen que ver con la salud ambiental y poblacional, sustento de la promoción de la salud y la calidad de vida.

³ Publicado con cambios en: Materia Prima .Primera Revista Independiente de Terapia Ocupacional en la Argentina-ISSN 0328-7890- Año 3 N°11. Marzo/Mayo 1999. Pág.15-18.

En un nivel intermedio, meso bioética, pensamos en el encuentro del Terapeuta Ocupacional-paciente, el que plantea dilemas relacionados con la responsabilidad profesional. Existen situaciones que nos plantean diversos problemas éticos-profesionales que van más allá de un nivel de abstracción, ubicándonos en el campo de lo concreto y que nos reclaman actitudes y respuestas “aquí y ahora”, esto nos pone en la demanda de sustento a partir de códigos valorativos que permitan despojarnos de la desprotección, inseguridad y escepticismo.

Intentamos con esta propuesta de reflexión tomar conciencia de la “inmunodeficiencia axiológica” que no puede dejar de reconocerse como la gran patología de fin de siglo.

¿Puede la Bioética ser el eje a partir del cual reflexionar críticamente sobre la teoría y práctica de la Terapia Ocupacional?

En su libro “Pensar la técnica”, Héctor Mandrioni nos dice: “Una civilización que se caracteriza por la cancelación de todo principio y por el alejamiento de todo centro ordenador, es incapaz de pronunciar aquella palabra fundamental que indique un sentido, una orientación y por tanto sea capaz de describir un horizonte en el cual inscribir la herencia que nos deja. Nos toca a nosotros interpretar esa herencia y usarla.

Creemos que estas palabras son un llamado a la reflexión. Los acontecimientos, cambios, crisis que se inscriben en el devenir del tiempo y que tienden a disgregar y a destruir, hoy más que nunca nos piden luchar contra la parálisis que conllevan, que tomemos posturas, que demos respuestas y podamos recrear un diálogo consensuado.

La salud y en particular la Salud mental, se presentan como una realidad determinada por múltiples factores que se redefinen constantemente de acuerdo a diversos marcos ideológicos, sean estos de los sistemas políticos vigentes, de los gobiernos de turno, de las instituciones o de las profesiones y los profesionales. El concepto de salud por lo tanto se nos presenta complejo, incluyendo tanto criterios objetivos como subjetivos, dinámico, pues ya no se puede hablar de un “estado o equilibrio”, sino de unos procesos históricos, propios de cada realidad social y también familiar.

En la inauguración del 8vo Congreso Mundial de Medicina Social, se hace mención a los diferentes niveles, políticos, económico y tecnológico, donde se han gestado cambios vertiginosos, posibilitados y posibilitadores de diferentes factores tales como cambio de valores, hecho que ha producido una crisis de los paradigmas vigentes, un proceso acelerado de naturalización y generalización de la impunidad, violencia social, la inequidad como una desigualdad innecesaria, injusta y evitable, la inseguridad social y el creciente deterioro ambiental.

Frente a esta situación histórica observamos que de la filosofía, sale al encuentro la reflexión Bioética, con un sistema de principios, cuya función reguladora apunta a la justificación del derecho a la salud, la valoración de la vida humana y la introducción del sujeto moral.

Según palabras del Dr. Mainetti “... nos acercamos a fin de siglo XX bajo el imperativo de la reflexión moral. La ética se ha instalado en el discurso popular, político y académico de la sociedad planetaria, denunciando una crisis inédita en la vida de la humanidad”. La Bioética se constituye entonces, en nuestra mayor esperanza al construir un mundo moral común y habitable, porque se afianza como una ética de la condición humana universal.

Es este el punto donde debemos preguntarnos ¿Qué es la Bioética?

Ya es canónica la definición que nos da la Enciclopedia de la Bioética: “estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y la atención de la salud, en tanto que dicha conducta es examinada a la luz de principios y valores morales”.

En un acercamiento analítico, que nos permita una mejor comprensión de esta definición, podemos pensar sobre sus fundamentos y alcances. La bioética como estudio sistemático, se desprende en dependencia formal y sistemática de la filosofía, como ética normativa aplicada, consagrando el enlace entre la ciencia y la ética en la era tecnológica, a través de la aplicación de un sistema de normas y principios a dilemas específicos.

Se ocupa de la conducta de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y atención de la salud; es decir, que respecto de sus contenidos se desprende de la Biomedicina, en concurrencia de distintas disciplinas que hacen que se relacionen con la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y la atención de la salud, dándole el carácter de interdisciplinariedad, como metodología de valoración integradora de perspectivas intelectuales y morales.

El examinar esta conducta humana a la luz de principios y valores morales. Indica su contexto normativo, ético, filosófico, religioso, jurídico, político, abarcando todo el ámbito de la filosofía práctica e involucrando aspectos facticos, conceptuales y normativos en forma de discernimiento moral (contenidos de normas, juicios de valor e instituciones morales)

Como terapeutas ocupacionales no escapamos a las transformaciones sociales, ideológicas o científicas, que muchas veces aparecen matizadas con una real sensación de deshumanización del hombre y de justicia social. Estas transformaciones

se vivencian en nuestro accionar dentro de las instituciones, a nivel comunitario y en la práctica privada y nos mueven a la búsqueda de respuesta y propuestas alternativas.

El pensar Bioético ilumina los fundamentos filosóficos de nuestra profesión proponiendo entre otras cosas, una noción de sujeto-paciente como interlocutor válido, sea en su relación con el terapeuta como con las instituciones y diferentes principios que enriquecen y guían la labor profesional.

Desde esta perspectiva, surgen como fundamentales principios: Justicia, Beneficencia y Autonomía; pudiéndose luego, a partir de ellos, extraer algunas normas o reglas tales como la confidencialidad, la veracidad y el consentimiento informado.

Cabe entonces preguntarse, si nuestra praxis puede apoyarse en ellos.

El principio de justicia es un principio de orden social, en el que se debe considerar la asignación de recursos en términos de políticas de salud, equidad e igualdad social. En el debate contemporáneo se plantea el acceso de todas las personas a los bienes primarios, con énfasis en los derechos a la libertad social, a la salud.

Hacer el bien, y no hacer el mal, constituyen la fórmula de la moralidad individual y social, que hacen al principio de beneficencia. Este no se restringe al deber pasivo de no hacer daño, sino que debiera perfilarse como una obligación moral de asistir con actos, en aquellas circunstancias que no signifiquen riesgos y para acciones sociales o de bien común.

El principio de la Autonomía, deriva en un concepto moral aplicable a la decisión de una persona que derive de sus propios valores y creencias y que se base en un conocimiento y entendimiento adecuado. La autonomía de los sujetos, es un valor y un derecho sustentado bióticamente y es contrario a la manipulación indirecta, a la coerción externa o interna que dirige la toma de decisiones, también se opone al tradicional paternalismo beneficentista del modelo médico tradicional, del que todavía no nos hemos desprendido totalmente, que considera que es el terapeuta el que tiene la última palabra o la decisión final sobre el tratamiento más adecuado.

De estos principios, resulta posible derivar algunas normas acción:

1. La confidencialidad, que es privacidad y fidelidad. La primera es un derecho universal por el cual la identidad e intimidad de cada paciente deben ser protegidas, la segunda implica confianza, condimento indispensable de toda relación interpersonal, punto de partida para establecer un buen vínculo, quizás el pensar en una simple pregunta nos lleve a descubrir la importancia de esta regla, ¿Cuáles serían los resultados del trato con los pacientes si estos no nos tuvieran confianza? Esta regla se deriva tanto del principio de autonomía (respeto por la persona) y del principio de beneficencia (seguridad de la persona), supuestamente esta regla nunca debería ser violada, salvo que se antepongan deberes más fuertes. Toda aquella información personal presentada en conferencias, congresos, etc., aún con el consentimiento informado, deben encontrarse disfrazadas, para asegurar la privacidad de los protagonistas, igualmente cuando se trabaja con niños o personas incapacitadas de ofrecer su consentimiento, se deben proteger sus intereses.
2. Veracidad: es decir la verdad, otro aspecto fundamental de toda relación interpersonal y especialmente terapéutica. Tiene sus bases en los principios de autonomía y beneficencia, y se encuentra en la confianza. Implica entre muchas otras cosas, es decir la verdad acerca del tratamiento o acción a seguir con el paciente, no crear falsas expectativas sobre los resultados del mismo, no extender los tratamientos más allá del tiempo necesario, etc.
3. Consentimiento informado: implica la aceptación libre del paciente del tratamiento, esta no es solamente una regla moral, sino también una forma legal, que se implementa no solo frente a la aplicación de tratamientos sino también en relación a la participación voluntaria en investigaciones. Se basa fundamentalmente en los principios de autonomía y beneficencia. Sus componentes básicos son: información y consentimiento (Que supone libertad) a su vez de estos se desprenden cuatro dimensiones que son: revelación de la información, informar a las personas acerca de los resultados de las evaluaciones, de su estado de salud, de los posibles tratamientos a seguir sus ventajas y desventajas, etc. Comprensión de la información, implica el dar la información de manera clara, precisa, de modo tal que el paciente entienda lo que estamos diciendo.

Consentimiento voluntario y competencia para consentir, aquel paciente que posea capacidad para hacerlo, debe decidir acerca del tratamiento a seguir, o bien decidir acerca de realizar o no tratamiento.

A este nivel de razonamiento podemos someter nuestro hacer terapéutico. Deberíamos siempre, plantearnos las opciones de conductas que se pueden adoptar, el conocer y analizar aquello que sería bueno hacer y argumentar cada una de las opciones, la elegida y las no elegidas.

De la mano de los principios que sustenta la bioética, se encuentra el desafío a la discusión interdisciplinaria, al diálogo en busca del consenso interdisciplinario. Para ello resulta necesario considerar:

- a) La idea de autonomía, que apunta a que cada parte dentro del consenso, representa intereses distintos y cada uno no puede representar sus intereses particulares, sino "expresar sus Intereses".

- b) Los que están en situación de dialogo para lograr un consenso, no deben hacer pasar sus asimetrías, es decir, situaciones de poder diferentes.
- c) En el consenso deben estar presentes las convicciones de cada uno y desde ellas tratar de dialogar. La universalidad de lo consensuado, es decir lo que se decide. ¿Podría ser aceptado sin coacción alguna, por todos aquellos que se verán afectados?

Finalmente, si lo dicho hasta el momento, lo enmarcamos en tres niveles de reflexión, como profesionales de la salud nos vemos comprometidos a pensar en la problemática que desde la macrobiótica se plantea en relación, por ejemplo, a los límites éticos de las investigaciones científicas, a las estrategias que tienen que ver con la salud poblacional y ambiental, sustento de la promoción de la salud y calidad de vida. Dado que nuestras investigaciones científicas involucran directamente al hombre, no podemos deslindar la responsabilidad personal que el investigador tiene con respecto a la accesibilidad ética del estudio. En un nivel intermedio, meso bioética, se plantea la urgencia de participar como sujetos reflexivos en torno al problema de las intervenciones sobre la vida humana desde el nacimiento hasta la muerte. La realidad, en continuo cambio, hace imprescindible que los terapeutas ocupacionales como profesionales del campo de la salud, y que desde su profesión interviene en el modo y en las condiciones de vida de las personas, incluya en su marco referencial, paradigmas axiológicos y principios éticos que le permitan la autorregulación de sus acciones.

Desde un nivel más próximo al hacer cotidiano microbio ética, pensamos en el encuentro de Terapeuta Ocupacional-paciente, el que plantea dilemas relacionados con la responsabilidad profesional de acuerdo con los principios y valores éticos que se sustentan tanto a nivel sujeto paciente, como terapeuta e institucional.

Existen situaciones que nos plantean diversos problemas éticos-profesionales que van más allá de un nivel de abstracción, ubicándonos en el plano de lo concreto y que nos reclaman actitudes y respuestas "aquí y ahora", esto nos pone en la demanda de sustento a partir de códigos valorativos que permitan despojarnos de la desprotección, inseguridad y escepticismo.

Intentamos con esta propuesta de reflexión tomar conciencia de la "inmunodeficiencia axiológicas" que no puede dejar de reconocerse como la gran patología de fin de siglo.

Bibliografía

- APEL k.o Estudios éticos. Ed Alfa Barcelona 1986
- Brussino Silvia, Conferencia sobre Bioética MDPlata 7 y 8 de junio 1996
- Engelhardt H. Tristán. Los fundamentos de la Bioética-Ed Paidós 1995
- Kraut JA Responsabilidad profesional de los psiquiatras ED La Roca 1991
- Mainetti JA Bioética sistemática. Ed Quirón La plata 1991
- Mainetti J A Bioética ilustrada. ED Quirón 1994
- Mandrioni HJ Pensar la técnica. Ed Biblos 1991
- Ricoeur Paul, Educación y Política. Ed Docencia Bs AS 1991
- Vidal Marciano Bioética. Ed Tecnos Madrid 1989.



Un Terapeuta Ocupacional en una Aseguradora de Riesgos de Trabajo

Liliana Sbriller⁴

Resumen: El presente trabajo libre da cuenta de la inscripción de un terapeuta ocupacional en una Aseguradora de Riesgos del Trabajo (ART). Se explicitan las características de la Institución, se fundamentan las funciones y tareas del terapeuta ocupacional como especialista en el proceso de reubicación y recalificación profesional.

⁴ Responsable del Área de Recalificación Profesional (A.R.T.) de Productores de Frutas Argentinas Cooperativa de Seguros Ltda. Coordinadora de la Cátedra Teoría y Técnica de Terapia Ocupacional V (Habilitación y Rehabilitación Profesional I) UBA.

Introducción

Del Hospital Público con fines de lucro no explicitados a la Compañía de Seguros Empresa con fines de lucro explicitados. Del consultorio a la oficina, del taller a la fábrica.

De la Historia Clínica a la Carpeta de Siniestros. Del equipo terapéutico al intercambio con médicos, administradores y capataces.

Del paciente al trabajador. De habilitar a rehabilitar profesionalmente al discapacitado a reubicar o recalificar al empleado. De la pasividad a la actividad..., de la pasividad a la actividad.

De inventar un espacio social a recuperar el perdido. No solo se trata de trabajar para obtener una remuneración sino para desarrollarse, en el derecho a una vida saludable y productiva en armonía con el medio en que vive (12).

Para la Cumbre de la Tierra, celebrada en 1992 en Rio de Janeiro, "este desarrollo se relaciona con la Salud Ocupacional en que implica satisfacer las necesidades materiales por medio del trabajo y otras formas de producción, sin poner en peligro a corto ni a largo plazo la salud humana, el ecosistema, o la salud de la comunidad. El trabajo sano, productivo y motivado es un actor clave en el desarrollo socioeconómico en general y la salud ocupacional es un elemento básico del principio de desarrollo sostenido."

En 1994, el documento preliminar "Global strategy on occupational health for all the way to health at work", que reúne las recomendaciones de la Segunda Reunión de los Centros Colaboradores de la OMS en Higiene y trabajo advirtió que "los entornos comunes de trabajo distan mucho de ser inocuos, del 30 al 50% de todos los trabajadores, están expuestos a riesgos físicos, químicos o biológicos, a una carga de trabajo demasiado pesada para sus fuerzas o a factores ergonómicos que pueden afectar a su salud o su capacidad de trabajo. Otros tantos empleados experimentan el tipo de sobrecarga de tareas que produce stress. Como resultado, se estima que anualmente ocurren 120 millones de accidentes de trabajo y 200.000 defunciones además de 68 a 157 millones de casos nuevos de enfermedades debidas a exposiciones varias. Todo ello se paga en sufrimiento y gastos que pueden y deben evitarse".

¿Qué es un accidente?

Un accidente de trabajo es aquel que ocurre por el ejercicio del trabajo, al servicio de la empresa, provocando lesión corporal o perturbación funcional que cause la muerte o pérdida o reducción permanente o temporaria, de la capacidad para el trabajo (13).

Se caracteriza por ser un episodio de carácter agudo, con fecha y lugar preciso, que ocurre en forma inesperada e involuntaria por una sumatoria de causas y con resultados imprevisibles. Se diferencia de la enfermedad profesional porque esta es de carácter crónico, sin fecha ni lugar preciso de ocurrencia, cuyos efectos son crónicos por causas acumulativas. Ocurre luego de un tiempo prolongado de exposición. La causa es única y las consecuencias específicas y los resultados previsibles. Tanto los accidentes con las enfermedades profesionales pueden detectarse precozmente y prevenirse cuando se realiza un estudio adecuado.

¿Quién se accidenta?

Suele decirse que el 85% de las causas de un accidente son atribuibles al "factor humano". En este rubro debe incluirse (1), no solo al trabajador sino a las relaciones con los otros, la cadena de mando y el factor humano impreso en el diseño y mantenimiento de las maquinarias.

Numerosas investigaciones intentaron demostrar las características constitucionales psicofisiológicas del "sujeto accidentogeno", no obteniéndose resultados positivos, por el contrario (1), dentro de los factores adquiridos pueden contarse la edad (cuanto más jóvenes más predisposición), la falta o deficiente preparación y experiencia en el puesto o la manifestación del inicio de una enfermedad, por ejemplo hipertensión o alcoholismo. Por lo tanto el carácter de predisposición constitucional debe suplantarse por el de disposición, en el sentido de una susceptibilidad adquirida.

Amén de estas consideraciones, las causas de un accidente son complejas. El trabajador no es un sujeto aislado y está sometido a diversos imperativos y presiones durante su jornada que no puede controlar, estos imperativos son de orden económico, técnicos y de organización, y de la situación jurídica del trabajador como subordinado (3).

Estos factores determinaran la Seguridad e Higiene en el trabajo, el diseño del puesto, los contenidos de las tareas, las exigencias de productividad, el sistema jerárquico, las instrucciones que recibirá, la disciplina y tareas que deberá cumplir, así como la duración de la jornada y la remuneración.

Estos componentes se sumaran al estado de salud del trabajador, su edad, sexo, pertenencia cultural, calificación, expectativas personales y las relaciones que establezca con su actividad (3).

Difícilmente un accidente pueda determinarse en forma unicausal o por las características personales del damnificado.

Las consecuencias

El accidente trae aparejado en mayor o menor medida un perjuicio económico: pérdida de días laborables, gastos de asistencia médica y de rehabilitación y trastornos consecuentes para la familia del trabajador.

En algunos casos puede tener como consecuencia una “desventaja profesional” o “minusvalía ocupacional” para el damnificado (de acuerdo a las diferentes clasificaciones).

Aun habiendo recibido los mejores recursos de la rehabilitación, el sujeto puede presentar al alta una disminución en su rendimiento, requerir de adaptaciones para desempeñarse nuevamente o en el peor de los casos la vuelta al puesto pueda perjudicar aún más sus secuelas o pueda convertirse en peligroso para él o para sus compañeros, siendo afectada en diferente medida sus capacidades motoras, psicológicas, cognitivas y su entorno familiar y social.

Un Terapeuta Ocupacional en una Aseguradora de Riesgos del Trabajo

Una (ART) es una entidad privada. Creada por una Ley Nacional, la Ley de Riesgos del Trabajo 24.557/95, reglamentada bajo el Decreto 170/96, que tiene como objetivo indirecto presionar a los empleadores a cumplir con la Ley 19587/79 de Higiene y Seguridad en el Trabajo (decreto 351779), es decir, su intención es la de prevenir, en primera instancia, que los accidentes y enfermedades profesionales ocurran.

En segundo lugar, brindar prestaciones en especies: planes de mejoramiento, atención médica y rehabilitación en casos de fallar la primera barrera.

Las Comisiones Medicas, dependientes de la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (Ministerio del Trabajo) determinan a través de los Índices de Ponderación (Función perdida + tipo de trabajo + edad), el nivel de incapacidad profesional que será indemnizado en forma monetaria, eliminando los juicios laborales y liberando de sus costos a los empleadores.

Se incorpora una nueva figura, la del “recalificador”, quien tiene como objetivo reubicar o cambiar de puesto al siniestrado, es decir, que debe hacerse cargo de la remanida y nunca muy clara reconversión laboral con el objeto de evitar que el damnificado aumente las cifras de la desocupación.

La recalificación profesional debe, por lo tanto, aprovechar la capacidad residual para la realización de nuevas tareas acorde a sus limitaciones, lo cual requiere la evaluación precisa del potencial psicofísico e intelectual del individuo y el entrenamiento adecuado para las nuevas obligaciones.

Es por esta razón, que la ART se compone de tres áreas: 1) Área de Prevención, 2) Área Médica y de Rehabilitación y 3) Área de Recalificación y Casos graves.

La OMS recomienda que las áreas de prevención estén constituidas por equipos interdisciplinarios, con aportes biomédico y ambientales (11). En la práctica, generalmente está integrada por ingenieros en Higiene y Seguridad. Se encarga de evaluar y planificar los planes de mejora que ejecutara el empleador. Se toman en cuenta la exposición de los trabajadores a riesgos físicos, químicos, biológicos y eventualmente ergonómicos.

El responsable médico se encarga de auditar el proceso que va desde las primeras curaciones hasta el alta e intervenir en la presentación del caso ante las Comisiones Medicas. Las prestaciones, en tanto son realizadas por equipos de salud interdisciplinarios que realizan convenio con la ART.

El punto 3, Recalificación y Casos graves, comprende dos aspectos:

- a) El responsable de área, que tiene las siguientes obligaciones:
 - Conocer el mapa de siniestralidad (carpeta de denuncias) de accidentes y enfermedades profesionales de la Aseguradora.
 - Seleccionar y determinar los casos de desventaja profesional que requieran alguna de las etapas de la recalificación.
 - Considerar los diferentes pasos del proceso de recalificación profesional.
 - Informar mensualmente a la Superintendencia de Riesgos del Trabajo, Subgerencia Control de Prestaciones acerca del seguimiento de casos que realiza el área.
 - Auditar el proceso de rehabilitación médica para asesorar al equipo profesional interviniente.
- b) Prestador: Será el encargado de llevar a cabo el proceso de calificación o recalificación profesional que comprende los siguientes aspectos:

PLAN DE ACTIVIDADES

ETAPAS DE LA RECALIFICACION PROFESIONAL.

- EVALUACIÓN.
- ORIENTACIÓN.
- ADAPTACIÓN ADECUACIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO.
- FORMACIÓN PROFESIONAL.
- REUBICACIÓN O REASIGNACIÓN DE TAREAS.
- ENTRENAMIENTO EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.
- ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS CONEXAS.

METODOLOGIA UTILIZADA

- ENTREVISTAS PAUTADAS.
- OBSERVACIÓN Y ESTUDIO DEL PUESTO DE TRABAJO.
- PRUEBAS DE CERTIFICACIÓN DE CONOCIMIENTOS TECNOLÓGICOS Y PRÁCTIVOS.
- ASESORAMIENTO FAMILIAR.
- ENTREVISTAS CON EMPLEADORES Y OTROS INTEGRANTES DE SU LUGAR DE TRABAJO.

La evaluación analiza la capacidad de trabajo, las aptitudes, la actividad ante la invalidez relaciones familiares (4, 10), actividades y costumbres anteriores de la capacidad física del interesado, en relación con los requisitos de las diversas ocupaciones y de la posibilidad de mejorar esta capacidad, nivel de instrucción y experiencia profesional, del mismo modo que si se tratara de personas no invalidas. Se complementa con las pruebas de certificación profesional.

La orientación profesional, (10) es el proceso por el cual se ayuda a un individuo a resolver problemas de elección de ocupación, habida cuenta de sus características y de la forma en que corresponden a las oportunidades de empleo. Está basada en la opción libre y voluntaria del interesado, teniendo en cuenta los datos obtenidos de la evaluación y las oportunidades del mercado del empleo.

La formación profesional está constituida por cursos breves y estructurados, con objetivo específico hacia la capacitación en un puesto determinado. Se utiliza en los casos en que el accidentado debe ser cambiado de puesto o cuando debe recibir instrucciones sobre una manera diferente de realizar la tarea habitual o aprender a usar adaptaciones para el puesto.

Para la adaptación-adequación del medio ambiente de trabajo. Se utilizan los principios de la ergonomía (7), y la adaptación de puestos para inválidos con ayuda de los avances tecnológicos especializados. Se promueve que el puesto sea adecuado para evitar nuevas lesiones y da el accidentado la posibilidad de permanecer en el mismo puesto para el que fue contratado.

En algunos casos, el trabajo sobre las actividades de la vida diaria, dan los toques finales para la reinserción, sobre todo el transporte y traslados internos.

La reinserción es la etapa final, complementada por el seguimiento. La recalificación, ya explicitada anteriormente, puede ser de tipo temporaria o permanente.

¿Qué se requiere para ser Recalificador?

Tener sólidos conocimientos en análisis de puestos de trabajo y en las condiciones y medio ambiente en que se desarrollan, los aspectos médicos, psicológicos, sociales y económicos en juego, experiencia en entrevistas, manejo de los tiempos para recabar y brindar información. Habilidad para negociar, el recalificador no cura ni rehabilita, resuelve problemas. Debe mediar entre el empleador y el empleado y vender un producto llamado "trabajador con capacidad laborativa disminuida".

Ahora bien, ¿por qué debe mediar? Porque a veces el empleador no quiere que vuelva a trabajar porque ya no le resulta útil, no puede volver a realizar la tarea para la que fue contratado y debe decidir si lo relega a una tarea "menos imprescindible" o le resulta más económico despedirlo.

Por el otro lado, el trabajador no siempre quiere volver a trabajar. Existen causas sociales a partir de las cuales el accidentado considera una reivindicación que se lo deba atender y pagarle una indemnización por los daños sufridos y siente la necesidad de cobrar un plus, en licencia o en forma monetaria por el sacrificio que realiza diariamente. En algunos casos intenta magnificar el hecho, con la errónea idea que podría jubilarse... y dedicarse a otra cosa.

Dentro de las causas psicológicas, encontramos la situación traumática que provocó el hecho, llegando a generar en algunas víctimas un Síndrome de Stress Postraumático (D.S.M. IV) (6).

Si se relaciona “el siniestro” con “lo siniestro”, el estudio de Freud de 1919, el autor destacaba la voz alemana “unheimlich” como el antónimo de “heimlich” y de “heimlich” (íntimo, secreto y familiar, hogareño, doméstico), imponiéndose en consecuencia la deducción de que lo siniestro causa espanto precisamente porque no es conocido, familiar. No cabe duda, el impacto contratante, la irrupción de la lesión en el mismo lugar de la familiaridad de ejecutar una tarea durante años. Situación no siempre tenida en cuenta al momento de la reinserción.

De nada sirve la disponibilidad del accidentado a retomar su tarea si el empleador manifiesta que previamente al siniestro, presentaba dificultades de relación con compañeros y jefes: “en este galpón de empaque, a las manzanas podridas las descartamos” (respuesta textual de un Encargado de Galpón, cuando se le informo que su empleada “mañera” requería de una pequeña adaptación en su puesto para retornar tras el alta).

O el acuerdo de ambos, pero con escasez de opciones para la recalificación. O cuando el problema incide en que el cambio de puesto trae aparejado una disminución en su poder adquisitivo o pasar a un estatus inferior. ¿Perder el premio por productividad o perder el trabajo?, ¿el trabajo o la salud?.

“A don I..., que desde hace 30 años maneja un autoelevador le permitimos prolongar unos el trabajo pasivo, porque cuando se operó de la hernia, el compañero que lo suplantó nos hizo perder tres bis de manzanas” (un capataz mendocino).

“Buen día, señora, somos de la aseguradora, estamos buscando a su hijo para ver cómo anda”... Ah!, no sé, yo no para ver al abogado por lo del accidente”. H. DE 23 años, había sido derivado a Recalificación por ser un “caso problema”, según el gerente de la filial Concordia. En ese momento se encontraba en disidencia con el área médica, ya que estos consideraban que su lesión de ligamentos cruzados de rodilla, se debía a un mal movimiento efectuado durante un partido de fútbol, la caída en el trabajo fue simulada posteriormente, el 20% de las denuncias son falsas.

Desde el primero de julio de 1997, al primero de julio de 1998, pasaron por área 67 casos, de los cuales ya se encuentran reubicados 31, el resto se halla aun en rehabilitación, se trasladaron a otras provincias (trabajadores agrícolas temporarios) o se encuentran en proceso de recalificación.

También se dieron casos como el de la Sra. O. que tras informarle que se haría una pequeña adaptación a su puesto para que pudiera retomar tras el alta, se negó a continuar con el proceso de calificación, envió a un abogado del sindicato para obtener el informe del área, se mostró en disidencia con el nivel de incapacidad otorgado por la Comisión Médica, empleador, a quien reclama la recalificación que anteriormente se negó a recibir, con la creencia de que podría obtener mayor indemnización si podía trabajar.

En el caso de J., la evaluación ocupacional más el análisis del accidente se determinó que el mismo era de profesión panadero, tras quedarse sin trabajo ingresa una firma fruticultura para desempeñarse como peón en un vivero. En la época de tala, un hachador se accidenta, el capataz envía a J. sin formación previa a reemplazarlo. Tres días después cae sobre su espalda un álamo, produciéndole un neumotórax y fractura de clavícula. La recalificación se limitó a retornarlo a la tarea para la que fue contratado inicialmente, ya que en su condición están contraindicadas las tareas de esfuerzo. Se comprometió a la empresa en forma escrita y se efectuó el reclamo pertinente por la falta de formación en el puesto que recibió J.

Conclusiones

En diferentes momentos de su historia, la Terapia Ocupacional se aboca a convertir en ciudadano al loco a través del trabajo (14, 15), intento mejorar la habilidad productiva para insertarlo en el mercado competitivo y hasta cuestiono la explotación de la que fue y es objeto el discapacitado.

El trabajo fue utilizado por los terapeutas ocupacionales como un instrumento para investigar, capacitar, entrenar, mejorar el desempeño de la persona en la realización de una tarea con eficiente uso de energía y tiempo.

Así los canales de la inserción o reinserción tuvieron la modalidad de adaptar el hombre a la máquina, mejorar su desempeño, utilizar la capacidad remanente o adaptar el puesto, es decir adaptar la máquina al hombre con la ayuda de la ergonomía.

Cuando un T.O. intenta la reinserción, lo hace a partir de una ideología: la de la independencia económica o la de la integración social o maneja una determinada concepción terapéutica.

Nos encontramos hoy, finalizando el siglo XX, con un compromiso social, el de siempre, colaborar con aquellos que se encuentran en una situación de desventaja profesional para prevenir la desocupación y la marginación.

Bibliografía

- Asociación National pour la prevention des accidente du travail (Anpat): Accidentes, factores humanos. Enciclopedia de Seguridad y Salud en el trabajo OIT. 1996.
- Agudello Mejia, Santiago: "Certificación Ocupacional. Manual didáctico". Cinterfor manuales. 1993.
- Clerc, J.M. "Introducción a las condiciones y medio ambiente del trabajo". OIT. 1991.
- Cordone, Rosa" Centro de orientación y evaluación para la formación laboral y el empleo" Reportaje. Revista Materia Prima Año 1 N° 3 Marzo-Mayo 1997.
- Grupo ATED, ATAM FUNDESCO "Metodologías y Estrategias por la integración laboral. España.1994.
- Hall, Gillian "Post-Traumatic Stress Disorder, an Occupational Therapist's Perspective" Division of Occupational Therapy South bras Campus, Glasgow, Scotland. 1996.
- Jouvencel, M. R. "Ergonomía básica aplicada a la Medicina del trabajo. Ediciones Díaz de Santos S.A. 1994.
- Laurell, Asa; Ello, Mariano; Oliva, Arellano, Alcantara, Susana: "El trabajo como determinante de la enfermedad" Cuadernos Medico Sociales N° 56, Junio 1991. Ed. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, Asociación Médica de Rosario. CEES. Biblioteca OPS.
- Ley de Riesgos del Trabajo N° 24557/95 y Ley N° 19587, Decreto 351/79.
- Moniz, A. "Capacidad disminuida e invalidez". Enciclopedia de Seguridad y Salud en el Trabajo" P 550-553. OIT. 1996.
- Oficina Internacional del trabajo:
- "Convenio 161. Convenio sobre los servicios de salud en el trabajo. 1985".
 - "Recomendación 171. Recomendación sobre los servicios de salud en el trabajo. 1985".
 - Informe OIT: Aprender de nuevo: el desafío de la readaptación". Publicado en la Revista Empresarial. Año 8 N° 37. Marzo-abril 98. Córdoba.
 - "Principios de la Readaptación Profesional".
- Oficina Sanitaria Panamericana. "Salud Ocupacional para todos: Propuestas para una estrategia mundial de la OMS". Boletín de la Oficina.
- Rodríguez, Eduardo y cols.: "Taller sobre riesgos de los trabajadores de la salud". Departamento de Salud del Trabajador. Ministerio de Salud y Acción social de la Nación. Htal. Piñero. 1996.
- Sbriller, Liliana "Trabajo y esquizofrenia". Tesis. Licenciatura en Terapia Ocupacional. 1995. Inédito.
- Sbriller, Liliana: "Introducción a Terapia Ocupacional". Marcos conceptuales. Cap. V y VII. Catálogos editora. 1997.

PANEL

Desinstitucionalización

Analía Broide

Se inicia el proceso de cierre del hospital psiquiátrico de Allen, único hospital monovalente de la provincia, con la derivación de la mayoría de sus pacientes a hospitales generales de las localidades de las que provenían otros no tenían familiares conocidos.

En mi relato voy a hacer, voy a tratar de ser lo más pragmática posible porque entiendo mi función, cómo estoy desde el comienzo del proceso es como transferir la historia no para que se repita porque las circunstancias tienen que ver con los recursos con que cuenta.

Para que simplemente a través del relato se pueda inferir, como una relación ideológica que después Eso sí pueda ser transferible.

Se priorizan las actividades en el hospital general para construir las estructuras alternativas al manicomio y estas prioridades son: atención de la crisis, ya que estamos empezando a formar estructuras en hospitales generales que den cuenta de todas las situaciones y no se derive ninguna persona a las estructuras monovalentes. Si queremos empezar a desarmar la estructura, hay que empezar a consolidar una estructura alternativa, lo primero fue crear equipos en cada hospital general, para la atención de la crisis.

La reinserción usuarios, la relación con el hospital general, capacitación y contención del personal para que esto pueda ser efectivo actividades comunitarias que apuntalen que permitan producir cambios en la participación social, identificación de líderes naturales, armado de redes sociales de contención e identificación de referentes comunitarios.

En el año 1984 en el hospital del Bolsón llegaron de Allen, en el término de una semana, 8 personas a reinsertar que hacía 20 o 30 años que estaban viviendo en el hospital de Allen, así que fue toda una conmoción en el hospital general y la gente en aceptarlos y después empezar a reinsertarlos, a armar los vínculos con la familia, se produjo una crisis total en el hospital general. Terminamos en una reunión con la dirección del hospital, en donde se polarizaron los grupos. Un grupo de profesionales que querían que fueran remitidos al hospital de Allen nuevamente los pacientes, y había otro grupo que estaba identificado en esto de la valorización de los Derechos Humanos por todas las situaciones que habíamos recientemente vivido, y la polarización fue terrible, y se dio un enfrentamiento de mucha violencia.

Los grupos estaban tan polarizados que terminamos todos gritando. Yo tratando de aplacar los ánimos y de poder escucharse, el director terminó acostado en un banco y el jefe de pediatría parado arriba de una silla haciendo bollos de papel tratando de ser los dos grupos.

Bueno a partir de esta situación es que comenzamos a trabajar.

Se organizan equipos de Salud Mental en la mayoría de los hospitales generales, para brindar asistencia, no desinsertar a la persona de su medio social de esa manera se evita la cronificación de la crisis, se realizan sesiones individuales, grupales, terapias familiares, comunitarias. Contar con todos los recursos necesarios para desde un comienzo trabajar en su reinserción para lograr esto se categorizó a la especialidad de Salud Mental, como quinta clínica básica, o sea Salud Mental está incluida en todos los hospitales de la provincia, independientemente de su complejidad.

Se conformaron 19 equipos multidisciplinarios en los 28 hospitales generales de la provincia, estos están integrados por profesionales, no profesionales y por operadores de Salud Mental, que son personas de la comunidad capacitadas en pequeños cursos de 60 horas cátedra y la capacitación más importante se da en servicio, mientras se trabaja y 14 operadores guía, grupos institucionales de alcoholismo, que son alcohólicos recuperados en donde se introdujo la marginalidad al sistema de salud obviamente con sueldo, con vacaciones, exactamente igual que los profesionales, por tarea insalubre.

El cierre del hospital neuropsiquiátrico de Allen y su transformación en hospital general se produce en octubre del 88. El comienzo se dio en el 84, definitivamente y se transforma el hospital general en el 88; en este año se redacta el anteproyecto de la ley 2240 de promoción sanitaria y social de las personas que padecen sufrimiento mental. La ley se aprueba por mayoría, en septiembre de 1991 y se reglamenta en mayo de 92. Se introduce el concepto de crisis desmitificando la noción de la locura como algo estático y permanente se habla de sufrimiento mental a diferencia de categorías diagnósticas en un intento de encontrar un concepto universal, humanizado y desmedicalizado, nadie está exento de padecerla.

Se trabaja realizando cursos de capacitación de los trabajadores del hospital en la tensión de la crisis. En estos cursos, que son abiertos para todo el personal del hospital en donde concurren profesionales y no profesionales, lo más habitual es que haya concurrencia de chóferes de ambulancias, cocinero, mucamas, que estos cursan mucho más que de profesionales médicos; en estos cursos se cuestiona todo lo referente a la cura.

Curar es cuidar. Se rescatan los recursos de salud presentes en las personas y la construcción del saber que uno porta como una trama que se construye desde los distintos saberes, multidisciplinariamente.

El escenario de la cura es la construcción de la cotidianeidad que es donde se construye la identidad, se parte del concepto de locura como producto social. La marginación se plantea como una situación evitar desde un comienzo o se intenta no aumentarla, todas las acciones terapéuticas se organizan sobre la base de esto: 1) las internaciones domiciliarias para no romper los lazos familiares evitando el abandono y la marginación. Se promueven lazos de confianza y comunicación entre la familia y el equipo terapéutico quienes acercándose a quién sufre se involucran en su cotidianeidad.

La familia al no excluir al miembro enfermo está en mayores posibilidades de reconocer partes locas, proceso de resignificación de los elementos delirantes.

2) internaciones hospitalarias en caso de que las domiciliarias fueran imposibles por falta de familia continente o que el cuadro de descompensación fuese tan expansivo y notorio que luego dificulte su reinserción laboral o social, deberán lo más breve posible para continuar el proceso de recuperación dentro de su entorno. Estás se realizan en salas generales, que es una manera sin hablar de trabajar sobre los miedos a la peligrosidad, sobre los prejuicios.

La reinserción social se plantea cuándo el abandono ya se ha instalado entonces la estrategia terapéutica incluye el armado de una red subsidiaria que compense la falta de sostén familiar, el equipo en última instancia y frente a la dificultad de este armado, Se ofrece como vínculo primario artificial, dador de identidad, mientras va Tejiendo con mayor tiempo la red natural de pertenencia.

Se intenta lograr un equilibrio trabajoso e inestable entre dos ejes: lo promocional y lo proteccional. Mientras transcurre este proceso en la persona paralelamente se van armando las redes comunitarias que posibiliten la inserción Futura, solamente co responsabilizando a todos los sectores se puede desandar el camino de la marginación, por esto es fundamental protagonizar, implicar. Capacitación se va tejiendo en el transcurrir co responsabilizando entonces el modelo de Salud Mental comunitaria comprende un enfoque promocional comunitario el trabajo en equipo, un abordaje socio familiar de la problemática del paciente, una valorización de sus aspectos sanos. El sujeto se integra a las estrategias que apuntan tanto a la resolución de las crisis como a su reinserción social cumpliendo un papel activo, apoyo directo y cotidiano la familia en la fase aguda, internación preferentemente domiciliaria, si se requiere internación hospitalaria se trata de que sea breve y se realice en la sala general de los hospitales generales.

Se potencian habilidades y capacidades, a la rehabilitación en pequeñas empresas sociales, estas se constituyen con la finalidad de generar recursos que permitan el sustento de las personas dentro del contexto de las leyes del mercado y promoviendo las habilidades de las personas, tanto las pérdidas como consecuencia de la enfermedad, como las potenciales. De esta forma el valor del trabajo de las personas está por el reconocimiento que el usuario recibe de la sociedad por el producto de su trabajo.

Confluencia de diferentes saberes para la resolución de la crisis, responsabilidad de la persona, si trabaja los derechos y las necesidades de las personas, gestionando y procurando su satisfacción, la creación de lazos comunitarios para el logro de la rehabilitación social. Se promueve la horizontalización de los vínculos. Estos espacios sociales, rehabilitación social son los hogares de tránsito, casas de medio camino. En la provincia hay 5, 2 en Viedma, una en general roca, 1 en cinco saltos, la cooperativa de trabajo manos laboriosas 10 usuarios, el hospedaje turístico 4 usuarios, la panadería 3 usuarios, en Choele Choel el kiosco del hospital 4 usuarios en Viedma empresa La Unión, Huerta chacra vivero 20 usuarios, emprendimiento de cocina 4 usuarios, organización de comidas cenas, ágapes, en El Bolsón el kiosco buffet del hospital. Lamarque Dímelo salida laboral para usuarios 5 alumnos de la escuela especial en colaboración con el municipio en Luis Beltrán la primera etapa de la chacra experimental y como segunda etapa se está trabajando en los domicilios de los usuarios que participan realizando huertas familiares.

La creación de Asociaciones usuarios familiares y amigos de Salud Mental con personería jurídica, los objetivos de estas consisten en la defensa los derechos de las personas con sufrimiento mental y en la lucha por la aplicación plena de la ley 2440. la creación de la asociación rionegrina Salud Mental comunitaria, la inclusión en el nomenclador de las obras sociales de la provincia de las actividades comunitarias realizadas por el equipo de Salud Mental como prestaciones no convencionales por lo tanto cobrables, estas son: internaciones domiciliarias estas figuran en el nomenclador de la obra social de la provincia, gastos de traslado y paciente, gastos de alojamiento y comida de los familiares y acompañantes, contención y acompañamiento domiciliario por operadores de Salud Mental, visitas domiciliarias, hospital o centro de día de 8 a 20 horas, almuerzo y merienda, hospital o centro de noche 20 a 8 horas cena y desayuno, internaciones en la crisis, Hostal u hogar de tránsito para la adquisición, y consolidación de pautas de autonomía.

Por todo esto fue necesario replantear las planillas de registro de estas actividades. Estas se fueron perfeccionando en el transcurrir de los años y en la actualidad no se realizan actividades que no sean registradas, no como antes que sólo figuraba la de consulta externa.

Todo esto posibilitó una protección de la estabilidad de los trabajadores de Salud Mental, en un momento en el que el ajuste presupuestario, y los recortes de recursos financieros y humanos, afectaron al sector.

En este momento se están estudiando cápitras con obras sociales, como por ejemplo con la de la provincia en dónde el 50% del ingreso del capital se realizaría directamente al programa de Salud Mental para ser invertido en alquileres de hogares de tránsito, en localidades donde aún carecen de las mismas, fortalecer las empresas sociales, la contratación de personal y posibilitar cursos de formación, etcétera.

Actualmente se está llevando un programa con colaboración de la OMS cuyo propósito es consolidar y aumentar las estrategias de recuperación de la salud, y tratamiento y rehabilitación de acuerdo con las políticas de atención comunitaria de los trastornos mentales de la provincia de Río Negro.

Se aplicaría tanto para las empresas sociales como para las asociaciones usuarios y familiares, en lo relativo a la capacitación organización de programas educación permanente, diseño del proceso de seguimiento y monitoreo de las acciones realizadas y el impacto obtenido con estas estrategias alternativas así como estudios de mercado, publicaciones, etcétera.

En 1994 se inició Salud Mental comunitaria con financiamiento de acción social de salud a través de la escuela de salud pública, capacitación de 3 años y con 6 cargos por año más un jefe de residentes, está transcurriendo la tercer camada y se encuentran formándose actualmente 18 residentes.

Otra modalidad de capacitación son las pasantías profesionales, nacionales e internacionales, Asimismo realizamos capacitación teórico- práctica en la carrera de psicología de la universidad de Rosario, provincia de Santa Fe.

Esto para nosotros es muy importante, ya que la formación en las carreras profesionales, tanto de psicología como de psiquiatría están orientadas a un modelo de trabajo totalmente diferente la capacitación es para trabajo en privado, en consultorio, para neurosis. Y de alguna manera es como se van construyendo estos espacios manicomializados.

El 27 de marzo se creó el Instituto Rionegrino de Salud Mental Comunitaria, donde todos los jefes de los servicios lo conforman. Abarca todo lo concerniente a capacitación, actualización y docencia que es el artículo 8 de la ley 2440.

A pedido de la legislatura se está trabajando en la primera etapa de la implementación de un proyecto sobre adicciones con financiamiento propio en la ciudad de Viedma con un costo de \$ 50.000 la segunda etapa se realizaría una vez cumplimentados los niveles de eficiencia en 2 ciudades a confirmar, posiblemente Bariloche, El Bolsón, Cipoletti, con una inversión para esto de 150000 dólares.

Porque fue necesario todo este proceso que se tomen en cuenta como antes de cierre del manicomio estaban organizados los equipos. Como esto varió, cuando empezaron todos los equipos en los hospitales generales, como esto ocurrió en relación a la conformación de la contratación de personal, la tensión de las crisis.

Las dificultades en el transcurrir de estos 15 años del desarrollo de la desmanicomialización fueron innumerables y constantes y lo siguen siendo.

En lo individual, yo voy a centrar estas dificultades como trabajadores de salud, en el hospital, las dificultades en el hospital y en relación al sector político.

En lo individual: luchar permanentemente con prácticas manicomiales, ya que el manicomio no es sólo un edificio. El verdadero está en nuestra manera de concebir el mundo. Se corporiza cuando creo que sola me bastó con mi saber y desconozco en el que se realizan las estrategias, cuando excluyo al usuario en el pensar su vida.

Tiene que ver con el tema del poder. Es allí mismo cuando cierro y obstruyo, limito y empobrezco. Asimismo decimos que una práctica es comunitaria aún cuando ésta se realice del consultorio en la medida en que se respete el encuadre comunitario y este es de la construcción en conjunto institucionalmente y conjuntamente con los sectores involucrados.

Así como una práctica es tradicional y excluyente aunque se realice en un domicilio, nuevamente el tema del poder, lo asistencial proteccional por sobre lo promocional.

Nosotros entendemos que esto lo proteccional o lo promocional tienen que tener fino equilibrio, si uno se ladea hacia lo proteccional lo va incapacitando lentamente en su posibilidad de caminar solo independizarse. Si uno se apura en lo promocional lo va a abandonar.

Es exactamente la sensación que tengo cuando uno enseña a un hijo a caminar, es no apresurarse porque si no se cae, se golpea, se asusta, retrocede y no llevarlo permanentemente de la mano porque no aprendo.

Entonces este fino equilibrio es constante.

Las dificultades en relación al hospital general, las migraciones de profesionales médicos y no médicos y de funcionarios son constantes, por esto nos vemos obligados cada año a repetir la capacitación y adiestramiento en esta deconstrucción del modelo médico de pensar y abordar el sufrimiento mental.

Ustedes piensen que estamos hablando de hospitales generales en donde el cambio de profesionales médicos es constante. Los pedidos de intervenciones que se nos realizan habitualmente tienen que ver con prácticas tradicionales. Los profesionales vienen de Buenos Aires, de las ciudades de todo el país, entonces tienen la formación y no tienen la historia, no tienen el conocimiento de nuestro modelo de trabajo, entonces las exigencias en relación el equipo de Salud Mental se refieren a prácticas tradicionales y se sienten muy frustrados de no ser tenidos en cuenta. Ejemplo: piden psicoprofilaxis del parto, quirúrgicas, educación sexual, trastornos de la conducta y aprendizaje, neurosis que pueden ser desde la práctica privada, que tienen obras sociales porque no son urgentes.

Siempre desde una intervención uno a uno en un consultorio individual y frente a esto preferimos capacitarlos para que ellos realicen estas intervenciones siempre desde nuestro monitoreo y acompañamiento, no abandonados y solos, a esto denominamos Capacitación en servicio, ya que lo realizamos mientras trabajamos, tiene que ver con una postura en relación a la multiplicación del saber o transferencia de conocimiento, propender a una medicina más integradora y humana. Entonces nosotros reservamos aquellas intervenciones específicas en su complejidad que nadie toma o rebota entre sectores o servicios o instituciones en un deambular sin fin.

La marginalidad propiamente dicha, la psicosis, la adolescente embarazada expulsada de su casa, la delincuencia juvenil, la violencia familiar, dependencias múltiples, abandono infantil, o de ancianos, chicos de la calle.

Las dificultades con el sector político Al igual que con el hospital general, los cambios de administración es un comenzar de nuevo. Hasta que les mostramos los réditos políticos que pueden lograr a través de nuestra gestión. Allí ahondamos entonces en los convenios internacionales y los recursos económicos que devienen de nuestra práctica y finalmente la negociación.

Esto no crean que es tan fácil, es una lucha cotidiana y permanente.

En la historia de las instituciones, 15 años, no es nada. La construcción de la desinstitucionalización es permanente en un mundo que va hacia las privatizaciones el individualismo nosotros nos erigimos a contracorriente, apostando a la solidaridad y el respeto por los que sufren.

Y para finalizar quisiera terminar con una frase "como trabajadores de la salud, ante el riesgo de los excesos por el control social elegimos los riesgos de la Libertad".

CONFERENCIA

Desinstitucionalización⁵

Fátima Correa Oliver y Denise Dias Barros

¡Buenos días! En primer lugar, me gustaría agradecer la invitación para participar de estas jornadas. Es muy grato estar aquí para debatir algunas de las cuestiones que nos tienen preocupados, hablo aquí en nombre de un grupo de trabajo de la Universidad de San Pablo, que se viene cuestionando y reflexionando sobre la acción de terapeutas ocupacionales implicados en proyectos asistenciales que buscan interacción con los usuarios facilitando posibilidades de ejercicio de la ciudadanía.

Voy a leer...

Desarrollar experiencias asistenciales en salud mental pautadas en los presupuestos de desinstitucionalización y encontrar las nuevas categorías de la Terapia Ocupacional en ese campo ha sido un gran desafío. Desafío que nos lleva a reflexionar sobre las contradicciones inherentes al lugar de los profesionales de salud, de los técnicos y de la técnica el significado del manicomio y de las instituciones de la violencia y la necesidad de crear estrategias para su negación.

Desafío que nos hace extender la mirada desinstitucionalizante hacia otros grupos, a atención a otros grupos y a otros campos, como se viene configurando la atención a los ancianos sin apoyo social, a niños y a adolescentes y a las personas con discapacidad, son algunos de los ejemplos de las poblaciones que aún tienen como principal opción de asistencia a la caridad, a la filantropía o las instituciones exclusivas para atención a su propio segmento.

Para algunos grupos como discapacitados sensoriales, mentales o motores, la única vía de sociabilidad durante toda la vida es la convivencia sólo con los iguales, bajo rígidos regímenes de tratamiento o rehabilitación con énfasis en el desarrollo funcional en la corrección del cuerpo o de la mente deficiente y para esos grupos la discusión todavía no se hizo pero tímidamente es ensayada.

La mirada que construye prácticas hegemónicas de rehabilitación está fundamentada en principios de la caridad y la filantropía y en la especialización técnica creciente, es en ese campo de diversidad que procuraremos discutir.

Por eso vamos a tomar prestadas las reflexiones de Gianni, Franco y Franca Basaglia, Giovanna Galo.

Franca y Franco Basaglia discuten la atribución cada vez mayor de la sociedad hacia los saberes especializados para que estos encuentren las soluciones a los problemas, paradojas, y/o contradicciones de la vida, y de la convivencia.

Aseguran que dos tipos de guerra se delineaban en los años 60 y 70, y 80 y 90, y no sé hasta cuanto más... Por un lado la guerra imperialista y los movimientos anti imperialismo, y por otro la guerra que se perpetúa en lo cotidiano, la violencia, la crueldad como norma de paz y ordenación social. De esta forma, los hospitales, prisiones, manicomios, fábricas son lugares en los cuales se lleva a cabo y se perpetúan esos crímenes, en nombre del orden y de la defensa del hombre, pero el hombre que quiere defenderse no es el hombre real, es aquello que el hombre debe ser después de la curación, del doctrinarismo, la destrucción y la disminución de sus potencialidades, la recuperación.

Es el hombre escindido, separado, dividido sobre el cual es posible este tipo de manipulación, para su total adaptación al orden social, que vive de la credibilidad y del crimen. Esas son palabras de Basaglia con base a la experiencia que se desarrolla en Gurizia, en la década del 60, se promovió en Italia una serie de debates que consonancia con la efervescencia de aquel período procuraba criticar y redefinir el papel de Gramsci. La cuestión permanece en nuestro sentir actual.

⁵ Publicado en: Materia Prima .Primera Revista Independiente de Terapia Ocupacional en la Argentina-ISSN 0657784-Año 4 N°13. Sep./Nov.1999. Pág. 17-20.

El contrapunto fundamental era con idea creciente de superespecialización en la esfera de la acción social, se procuraba ensanchar el campo de responsabilidad política y social del profesional de salud al mismo tiempo que se cuestionaba la pretendida neutralidad del saber y de la técnica.

El profesional de izquierda no podía militar en el partido y seguir focalizando nexos de saber entre esas prácticas y su naturaleza económica, política y de reglamentación social, como dijo Giovanna.

Desinstitucionalización, es reconstrucción cuando es capaz de descomponer al actuar institucional eso es, desarrollando una gran cantidad de estrategias que desmontan soluciones para comprender problemas, usando los mismos espacios, los mismos recursos y descomponiendo los sistemas de acciones, de interacciones y de justificación en el cual cada elemento se inserta.

El concepto de desinstitucionalización significa la reconstrucción de las instituciones totales y de la cultura manicomial en la construcción en el territorio de servicios responsables por toda la demanda, servicios fuertes, no jerarquizados, pero de dimensiones complejas, pudiendo según las necesidades de cada persona asumir el carácter de aquello que llamamos unidad básica de salud ambulatorio, centros sociales, hospital de día, hospital de noche y aquí punto de partida para el trabajo con otras instituciones para la constitución de cooperativas, grupo, apartamento, residencia, acompañamientos terapéuticos entre todos.

Se percibe que el esfuerzo al final no es el blanco en la mayoría de los casos, mismo en Brasil, en la reforma psiquiátrica brasileña, que sigue los modelos de privatismo propuesto por el sistema único de salud, o sea las políticas formuladas en las provincias en la mayoría de los municipios, que vienen buscando la implementación real del sistema único de salud apuntan a la creación de una red de servicios territoriales, complementarios, jerarquizados según la complejidad de la asistencia exigida por cada caso. Regionalizados con equipos multidisciplinarios con la participación de terapeutas ocupacionales, de esa forma se crean o se cumplían las redes de servicio como unidad básica de salud con equipo de salud mental, ambulatorio en salud, hospital de día, centros de atención psicosocial, enfermería psiquiátrica en hospital general, se amplía.

Aún se espera una definición más decisiva con relación a los hospitales psiquiátricos y la población cronicada, entre comidas, por años seguido de internación o a través de internaciones muy breves.

En esta experiencia brasileña los terapeutas ocupacionales también son actores participan desde el final de los años 70. Su participación significó un elemento importante en la consolidación de la asistencia. Su óptica derivó el énfasis de la deficiencia, sufrimiento, enfermedad, hacia la persona y su necesidad concreta buscando respuestas que faciliten la mejora de la condición de mediata e inmediata de vida.

Con eso se viene consolidando una nueva cultura de asistencia en Terapia Ocupacional que al contrario del postulado de su necesaria inserción hospitalaria pueda ampliar su campo porque puede mirar de otra manera de sujeto de sus prácticas y al significado de su intervención técnica.

En ese contexto, que el uso de la tecnología, de los procedimientos más invasivos da a veces la necesaria reestructuración de las actividades cotidianas, puede ganar otro significado y lugar en el proceso del tratamiento de rehabilitación.

En la reflexión realizada conjuntamente con los usuarios, era evidente que el proceso de rehabilitación desarrollado en las instituciones de la violencia, es parte de la vivencia de exclusión, en sus declaraciones buscan encontrar el significado de la rehabilitación al que estuvimos sometidos.

En fin rehabilitarse como, para qué, reconocidos ejercicios, técnicas, para alcanzar el mejor desempeño, trabajo sin sentido, para al final permanecer aislados en un ambiente institucional, imposibilitado de participar de la vida social. Entonces bajo cuales cuestiones debemos inclinarnos.

El sujeto de la acción en Terapia Ocupacional es siempre un hombre, de ese modo el distanciamiento científico en relación al fenómeno estudiado no puede ser enteramente alcanzado. La técnica que utilizamos no posee finalidad en sí y su acción no puede ser determinada por el profesional, su significado y su eficacia dependen de la subjetividad, tanto del paciente como del terapeuta, y aún de la situación que envuelve a los dos en el momento de la terapia, la familia, la institución y el momento político social.

Otro postulado parece confundir nuestra vida profesional. Aquel que asegura la dicotomía y el dualismo, entre individuo-sociedad, hombre-naturaleza, hombre-cultura, de esta forma los terapeutas ocupacionales se vuelven presas de una otra ilusión, aquellas que nos hacen creer que hay un sujeto en discontinuidad absoluta separado del medio y de la sociedad.

Es decir partes destacadas obligadas mecánicamente al todo.

Hay una dificultad de los profesionales allá en Brasil, consiste exactamente en aprender a comprender al individuo entre la objetividad de su problema y la interpretación de la subjetividad de sus necesidades. Entre su modo de percibir la vida y aquel del terapeuta, entre técnicas y las dificultades reales del cotidiano.

En fin la visión del técnico, no siempre coincide con la visión del paciente o del usuario, provocando una gran tensión entre necesidad de la acción tecno y la necesidad de respeto de los valores del otro, pues aunque necesiten la intervención de especialistas toda persona posee una visión propia de su problema y la forma que debe solucionarse.

Esa crítica conduce en la práctica varios terapeutas ocupacionales pero un nuevo y fuerte desafío se impone, o sea es preciso trascender la práctica por la reflexión buscando producir de manera sistemática y profundizándola de forma a partir de deficiencia, la clínica, de la asistencia y del trabajo institucional, las categorías y los nexos que permitan explicar qué clase de empirismo.

La producción en nuestro campo es aún incipiente y vacilante, pero tenemos desarrollado un saber praxis que precisa ser traducido por la teoría de forma que realmente esa misma práctica.

Mientras las categorías no son reveladas el campo permanece abierto a todo tipo de confusión y malentendidos, hemos perdido la capacidad de comunicación, pues el conocimiento necesita darse colectivamente, es decir, permitir acuerdos entre aquellos que están preocupados con las cuestiones implicadas en terapia ocupacional.

La perspectiva que procuramos asumir privilegia la producción del saber comprometido con la población que debe asistir, de esa manera es a partir del conocimiento de la realidad, de las necesidades, y de la forma de comprender el mundo, que de debemos direccionar nuestras investigaciones y nuestra búsqueda de respuestas. Se trata de conocer el sujeto en la terapia ocupacional y no su objeto, aunque el enfoque resulte en la búsqueda de objeto que daría a la terapia ocupacional su ansiado estatuto de ciencia, del problema que debe interesarnos es el modo humano, la persona, en que partimos de infecundas y falseadoras.

De esta forma parece necesario los saberes que han producido en la práctica cotidiana muchos terapeutas ocupacionales en los últimos 15 años allá en Brasil, en que frente a las exigencias urgentes de respuestas se viene produciendo una serie de innovaciones alterando las formas de profesionalidad en terapia ocupacional.

Nos hemos dado cuenta que los conocimientos ligados a los empíricos al no ser relevados por la teoría terminan por desvalorizarse a los ojos de los propios profesionales y a veces, se los considera saber menor institucional, circunstancia o hasta mismo, negando la calidad de la acción específica del profesional. Ocurre que estamos habituados a pensar en la profesión a partir de delimitaciones precisas del límite entre campos de conocimientos, y así la preocupación, miedo que origina crisis de identidad y profesional y muchas veces retroceso al paciente, a la población, a la institución, el terapeuta considera lo que hace como no terapia ocupacional. Eso lleva a la negación del propio profesional, que ve, entonces dos posibilidades, o seguirá comprometido como terapeuta, o se verá terapeuta sobretodo.

Retomando el universo teórico antitético ante la exigencia de los nuevos servicios en los cuales el terapeuta ocupacional, es llamado a trabajar.

Creemos que un gran equívoco se procesa en esas dos posturas.

La terapia ocupacional está cambiando, pero es toda la asistencia la que está cambiando. Es la propia idea de ciencia la que se puso en crisis, mucho se hizo pero es necesario hacer más todavía. Se ha hecho fundamental que esos mismos profesionales que han aceptado el reto de la transformación institucional en mi país, empiecen con la reflexión a la altura de esas prácticas, que las expliquen, que las impulsen, que no las nieguen en virtud lo pequeño pero nada permanece da nada será sólido y habremos negado a nosotros mismos ya nuestras utopía.

Pero de que desafío exactamente estamos hablando, Cuáles son los elementos que esa comprensión podría traer al campo teórico de la terapia ocupacional.

Pensamos que las discusiones deben centrarse en las prioridades de la demanda, eso es el análisis y la comprensión críticos las necesidades de la población asistida y en la revisión del concepto de actividad. Entendemos qué actividad debe ser comprendida en el interior de los procesos reales de vida y pensaba singularmente para cada persona, situación, necesidades.

Así nos alejamos del presupuesto de que existan actividades cuyas características abstractas separadamente y prescritas a un grupo de patologías o situaciones hipotéticas, teóricamente.

El terapeuta ocupacional debe trabajar en el sentido real de emancipación psicológica, relacional y social de cada persona. El paciente es un ciudadano, pero Cómo construir el trayecto en el campo de la terapia ocupacional.

A partir del énfasis en las acciones transdisciplinarias y conocimientos socio antropológicos, al mismo tiempo es necesario entender que toda demanda debe ser atendida y para eso la participación profesional debe direccionarse a la atención de la población de distintos grados de comportamiento y de gravedad.

En este sentido podemos pensar estrategias diferenciadas, en los espacios de reclusión institucional Cómo asilos, los hospitales psiquiátricos, manicomios entre otros, las actividades asumen características hacia el ensanchamiento de esos espacios.

El énfasis debe recaer en aquellas situaciones que promuevan el desmontaje de la inercia y del cotidiano institucional.



PROGRAMA

8^{as} JORNADAS DE TERAPIA OCUPACIONAL

HTAL. INTERDISCIPLINARIO PSICOASISTENCIAL
JOSE TIBURCIO BORDA

11 y 12 de Septiembre de 1998

Ejes Temáticos

*DESINSTITUCIONALIZACION: Orígenes y Perspectivas.
ETICA Y SALUD.*

Actividades

- ★ *Paneles.*
- ★ *Relatores Invitados.*
- ★ *Presentación de trabajos libres.*
- ★ *Conferencia:*
T.O Fátima Corrêa Olivier

*Prof. de la Carrera de T. Ocupacional de la Facultad de Medicina
de la Universidad de San Pablo.*

*Participó en el proceso de Desinstitucionalización del
Htal. de Juqueri San Pablo.*

Comisión Organizadora

Servicio N° 48 de Terapia Ocupacional
Hospital José Tiburcio Borda

Comité Científico

T.O. Sara Daneri

T.O. Laura Pezzoli

T.O. Susana Llimós

T.O. Graciela Warchavski

Lic. Andrea Sola

Sede

Hospital Interdisciplinario Psicoasistencial "José Tiburcio Borda
- Ramón Carrillo 375 - Capital Fedral -
Aula Magna de la Cátedra de Salud Mental de 8:00 hs a 15:00.

Informes e Inscripción

Servicio N° 48 de Terapia Ocupacional de Lunes a Viernes de 12:00 hs. a 16:00 hs.

Comité Científico

T.O. Sara Daneri
T.O. Susana Llimós
T.O. Laura Pezzoli
T.O. Graciela Wachavski
Lic. Andrea Sola

VIERNES 11 DE SEPTIEMBRE

- 8:00 Hs. **INSCRIPCION**
- 9:00 Hs. **APERTURA**
- AUTORIDADES DE LA SECRETARIA DE SALUD DEL G.C.B.A.
 - AUTORIDADES DEL HOSPITAL INTERDISCIPLINARIO PSICOASISTENCIAL JOSE T. BORDA Prof. Dr. Miguel Angel Materazzi.
 - AUTORIDADES DEL SERVICIO DE TERAPIA OCUPACIONAL
 - COMISION ORGANIZADORA
- 10:00 Hs. **CONFERENCIA**
- DESINSTITUCIONALIZACION**
T.O. Fátima Correa Olivier
PROFESORA DE LA CARRERA DE TERAPIA OCUPACIONAL DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN PABLO-BRASIL
- COORDINA: T.O. Marcela Giménez
- 11:45 Hs. **TRABAJOS LIBRES**
- INTERVENCIONES EN REHABILITACION PSICOASISTENCIAL** ◦
Lic. en T.O. Liliana Paganizzi
- UN TALLER OCUPACIONAL** ◦
T.O. Marcela Capozzo
T.O. Elizabeth Gomez Mengelberg
- COORDINA: T.O. Adriana Slaifstein
- 13:30 Hs. **PRESENTACION DEL LIBRO FUNCION SOCIAL Y LOCURA**
- 14:45 Hs. **PRESENTACION DEL LIBRO C.O.L.T.O.A**
- COORDINA: T.O. Adriana Slaifstein

SABADO 12 DE SEPTIEMBRE

- 9:00 Hs. **MESA REDONDA**
- ETICA Y SALUD**
- INTEGRANTES DEL COMITÉ DE BIOÉTICA DEL HOSPITAL INTERDISCIPLINARIO PSICOASISTENCIAL JOSÉ T. BORDA.**
- INTEGRANTES DEL COMITÉ DE BIOÉTICA DEL HOSPITAL DE EMERGENCIAS PSIQUIÁTRICAS TORCUATO DE ALVEAR.**
- COORDINA: T.O. Marcela Capozzo
- 10:30 Hs. **RECESO**
- 11:00 Hs. **TRABAJOS LIBRES**
- SALUD, POBREZA Y NIÑEZ; ENCUADRE BIOTÉTICO** ◦
T.O. Carlota Vega
Lic. en T.O. Alejandra Campisi
- TERAPIA OCUPACIONAL EN LA PERSPECTIVA BIOTÉTICA** ◦
T.O. Nora Beecher.
Lic. en T.O. Alejandra Campisi.
Lic. en T.O. Maria Rossi.
- CONSIDERACIONES ETICAS SOBRE EL DSM IV**
Dra. Mónica Francesconi
- COORDINA: T.O. Silvia Narváez
- 12,15 hs. **INFORME DE LA RESIDENCIA DE TERAPIA OCUPACIONAL**
- 12.30 HS. **INFORME SOBRE LA LEY DEL EJERCICIO PROFESIONAL DEL T.O.**
- COORDINA: T.O. Bárbara Goldstein
- 12,45 hs. **CIERRE DE LAS JORNADAS**

Comisión Organizadora

T.O. Marisa Alippi
T.O. Marcela Capozzo
T.O. Sara Daneri
T.O. Marta Doermer
T.O. Fabiana Fenoglio
T.O. Marcela Giménez
T.O. Bárbara Goldstein
T.O. Elizabeth Gómez Mengelberg
T.O. Marcela Guzmán
T.O. Mirta Manghi
T.O. Silvia Narváez
T.O. Liliana Risler
T.O. Mónica Sagrera
T.O. Adriana Slaifstein
T.O. Sandra Spampinato
T.O. Daniela Testa
T.O. Alejandra Varela

AUSPICIADAS POR:

Secretaría de Salud del
Gobierno de la Ciudad
de Buenos Aires.

Departamento de Docencia
e Investigación del Hospital
Interdisciplinario Psicoasistencial
"José Tiburcio Borda"

Universidad Nacional del Litoral

Escuela Nacional
de Terapia Ocupacional

Asociación Argentina de
Terapistas Ocupacionales

Colegio de Terapistas
Ocupacionales de la Rioja

Asociación de Profesionales
de Salud Mental del Hospital
"José Tiburcio Borda"

C.O.L.T.O.A.
Comisión Organizadora Libro
Terapia Ocupacional y Afines

MATERIA PRIMA
Primer Revista Independiente
de Terapia Ocupacional
en Argentina



GOBIERNO DE LA CIUDAD
DE BUENOS AIRES

**8^{as} JORNADAS
DE TERAPIA
OCUPACIONAL**
HTAL. INTERDISCIPLINARIO PSICOASISTENCIAL
JOSE TIBURCIO BORDA

SERVICIO Nº 48 DE
TERAPIA OCUPACIONAL
DEL HOSPITAL
"JOSE TIBURCIO BORDA"

JORNADA 9

**Novenas Jornadas de Terapia Ocupacional
7 y 8 de septiembre de 2000**

PRÓLOGO

Mónica Alicia Sagrera

Participar de la organización de las Jornadas de Terapia Ocupacional en el Hospital Borda fue siempre para mí una festividad. Celebrábamos posibilitar un espacio para el encuentro, el intercambio y la reflexión. Nos estimulaba ir pensando en diferentes ejes temáticos de acuerdo a las demandas que surgían. Nos acompañábamos y eso enriquecía y fortalecía nuestra tarea cotidiana.

Las 9nas Jornadas se realizaron en el Aula Magna del Hospital Borda el 6 y 7 de septiembre del 2000. Año muy difícil en nuestro país. Más de un tercio de la población estaba sumida en la pobreza y el nivel de desempleo era alto.

En ese año, dos veces por semana, participaba en un proyecto de salud comunitaria en Vuelta de Rocha en el barrio de La Boca y los tres días restantes realizaba asistencia a pacientes que concurrían a Hospital de Día del Hospital Borda. La falta de trabajo se presentaba en muchos miembros de las familias, tanto en el barrio como en el Hospital. Recuerdo algunos casos donde en determinados momentos el único ingreso de dinero era la ayuda económica que recibía el paciente en Talleres de Rehabilitación.

También fue en el año 2000 en el que se promulgó la Ley 448 de Salud Mental de CABA (Ciudad Autónoma de Buenos Aires). Entre otros puntos mencionaba la internación como una modalidad de atención si no eran posibles los abordajes ambulatorios, planteaba la salida de los profesionales a la comunidad y los emprendimientos sociales como estrategia terapéutica.

Un año antes, un grupo de Terapistas Ocupacionales del Hospital Borda crearon los Emprendimientos Sociales en Salud Mental.

En aquel tiempo la Rehabilitación psicosocial (RP) era una alternativa beneficiosa ya que proponía ayudar a las personas con una discapacidad psiquiátrica (PDP) a retornar a sus trabajos y vivir su propia vida. La RP es la consecuencia de una ideología de trabajo fundada en la convicción de que las PDP tienen derecho a poder elegir y a complacerse en plena igualdad de los recursos que procura la comunidad en la que vive.

Los movimientos de desinstitucionalización fijaron un antes y un después en la posición de la atención a las PDP. La Rehabilitación Psicosocial se centralizó en dar respuestas a las faltas de atención resultadas de la desinstitucionalización. Las intervenciones se concentraban en la faceta de "personas". De personas que tienen el derecho de vivir en la sociedad a la que pertenecen y no a ser excluidos de ella.

Todas las ponencias fueron fundamentales, pero me gustaría hacer hincapié en el trabajo que presentaron los abogados de la curaduría de la Pcia. de Bs. As., donde explicaron cómo a partir de inquietudes de funcionarios que trabajaban dentro del Poder Judicial, tomaron decisiones para optimizar el rol del curador, centrando las intervenciones en los derechos de las personas en tratamiento de salud mental. También quería destacar el trabajo presentado por la Lic. en Terapia Ocupacional Liana Paganizzi, donde focalizó en particular el desempeño del Terapeuta Ocupacional dentro de la Rehabilitación Psicosocial.

En lo que refiere a la organización en sí, con las integrantes de la Comisión Organizadora de las 9nas Jornadas de Terapia Ocupacional en el Hospital Borda pensamos en dos ejes temáticos:

- Rehabilitación Psicosocial como estrategia de abordaje en las personas con sufrimiento psíquico.
- Desinstitucionalización, aspectos legales, económicos y sociales de su implementación

Estas Jornadas contaron con la adhesión de la Dirección de salud Mental de la secretaría de salud del gobierno autónomo de la ciudad de Bs. As.

Se recibieron auspicios de:

- Asociación de profesionales del Hospital Borda.
- Departamento de Docencia e Investigación del Hospital Borda.
- A.A.T.O. (Asociación Argentina de Terapistas Ocupacionales).
- A.T.O.G.B.A (Asociación de Terapistas Ocupacional del gobierno de la ciudad de Buenos Aires).
- A.M.T.O. (Asociación Marplatense de Terapia Ocupacional).
- C.O.L.T.O.A. (Comisión organizadora del Libro de Terapia ocupacional y afines).

- E.N.T.O. (Escuela Nacional de Terapia Ocupacional).
- A.T.O.S.P.I.
- Materia Prima. Primera Revista Independiente de Terapia Ocupacional en Argentina.

Para desplegar estos ejes temáticos se pensaron en la implementación de paneles y relatores invitados.

El primer día de las Jornadas se organizó de la siguiente manera:

Para el Panel: Función de la curaduría en la rehabilitación con trastornos psíquicos. Se invitó a los siguientes disertantes: Dra. Myrian de Souza, Dra. Fabiana Delgado y el Dr. Orlando Pérez, Abogados de la curaduría de alineados del poder judicial de la provincia de Bs. As.

Como Relatora se invitó a la Lic. en T.O. Liliana Paganizzi, en ese momento secretaria por la Argentina de la WAPR/AMRP Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial. Docente ENTO UNSAM. Siendo el título de su disertación: "Rehabilitación Psicosocial como estrategia de abordaje en las personas con sufrimiento psíquico".

Finalizó el primer día con un Panel, donde los integrantes del vivero "Los amigos", relataron en la exposición el funcionamiento del emprendimiento dentro de un espacio en el Hospital. Mencionaron la modalidad de compartir el trabajo diariamente dentro de la concepción de Empresa Social. La producción en ese momento eran: hortalizas orgánicas, plantas aromáticas, plantas ornamentales y sus derivados.

El segundo día de las Jornadas se desarrolló del siguiente modo:

Para el Panel: Desinstitucionalización. Aspectos sociales, políticos y económicos de su implementación. Se invitó a la Sra. legisladora de la ciudad de Bs. As. Juliana Marino de la comisión de salud. Y al Lic. Arturo Sheweiger, economista. Docente de la maestría de salud pública. UBA.

La Coordinación estuvo a cargo del Dr. Juan Carlos Stagnaro. Docente de la UBA, Facultad de Medicina. Director de la revista Vertex.

El Dr. Nicolosi y colaboradores, de la curaduría oficial de la Nación, disertaron sobre los aspectos legales de la desinstitucionalización.

Finalmente deseo agradecer que me hayan convocado a presentar estas Jornadas que, como dije al principio, fueron siempre para mí una celebración al encuentro, el intercambio y la reflexión.

Los invito a recorrer las páginas que siguen donde encontrarán algunas de las ponencias completas a las que hice referencia.

RELATOR INVITADO/EXPOSITOR

Rehabilitación psicosocial como estrategia de abordaje en las personas con sufrimiento psíquico

Liliana Paganizzi

Si bien siempre preparar una charla cuesta un poquito antes y durante al menos, yo les agradezco a la gente del Servicio 48 que me hayan invitado, y por ahora no voy a decir más nada, en todo caso, las digo después las otras cosas que quisiera comentar en relación a éstas jornadas.

Para preparar alguna comunicación digna, en relación con este tema de rehabilitación psicosocial, me costaba especialmente porque eran muchos los puntos que se me ocurrían tocar y no hay nada peor que una ponencia, que tiene que ser de 15 o 20 minutos, presentar muchas cosas y dejar poco tiempo para hablar u otra cosa que también es muy infeliz para una presentación que yo lo sé, pero no sé si podré zafar de esto, es presentar muchos temas y hablar poco de cada uno. Así que finalmente dije voy a poner títulos de las cosas que quiero hablar y de esos títulos hay dos o tres renglones de referencia como para recordar de la existencia o para algunos saber de la existencia.

Por un punto que realmente me interesaba empezar, en relación a la rehabilitación psicosocial como concepto, era ineludiblemente el punto de los inicios, para traer a colación que este tema de la rehabilitación psicosocial, y también ineludiblemente tocante en relación con el tema de la desinstitucionalización, si bien nuevamente en estos años, comienza a circular el concepto, en realidad es un concepto bastante antiguo, depende de qué punto lo miremos.

Si lo miramos desde Pinel es nuevo pero si lo miramos desde el año 2000, podemos decir que desde hace por lo menos 40 años ya se hablaba de la Rehabilitación Psicosocial.

Esto tanto es así, que para empezar por una bibliografía más cercana y específica, ya en Spackman, en la edición esta, que realmente es un compendio de terapia Ocupacional que se editó ahora entre el 97 y el 98, en capítulo de Salud Mental de Terapia Ocupacional, ya cuando hablan de la historia de la profesión en la Salud Mental, ya se hablaba en los años 60 de la Terapia Ocupacional Psicosocial y esto devenía de los programas que en los 60 y los 70 se empiezan a implementar en los Estados Unidos bajo la presidencia de Kennedy. Entonces una cosa para decir es que el término rehabilitación psicosocial tiene por lo menos 40 años o sea que debe tener más, si ya había una terapia ocupacional psicosocial quiere decir que esto ya vendría de por lo menos 5 o 6 años antes, para llegar a alcanzar esta denominación.

Entonces, decimos que la rehabilitación psicosocial, parte básicamente de dos líneas, que a mí me interesa marcarlas porque implican posiciones diferentes a veces de gran lucha entre sí y cuando va bien estas dos líneas se entrecruzan, cuando nos va bien en el mejor de los casos... digo que la rehabilitación psicosocial, surge por un lado de la rama de la psiquiatría comunitaria, cuando desde la salud mental, desde lo médico y desde lo psiquiátrico, que esto es algo también que sabemos, que el hospital psiquiátrico cumple su función dentro de un período agudo, pero en largas estadías, ha confirmado sobradamente su ineficacia y esto también ya se sabía hace 50 años con la aparición de los neurolépticos. Entonces, una de las líneas fundantes de la rehabilitación psicosocial es la psiquiatría comunitaria, pero hay otra que muy interesante, que se funda a partir de la disconformidad de los usuarios y familiares que habiendo pasado su tratamiento psiquiátrico encontraban que el tratamiento recibido no les alcanzaba para funcionar en este mundo.

Entonces hay una línea de la Rehabilitación Psicosocial que está fundada por familiares y usuarios, eso históricamente se ubica, debe haber habido otros movimientos, pero en la historia quedan uno o dos, se denomina el movimiento de la "Casa de la Fuente" de la Fontain House, también en Estados Unidos.

Entonces estas dos vertientes fundadoras de la Rehabilitación Psicosocial, de la Psiquiatría comunitaria, más cercana a lo médico y la otra que es social, cercana a los usuarios y familiares, le dan a la Rehabilitación Psicosocial, improntas diferentes.

Desde la Psiquiatría Comunitaria aún con esfuerzos la Rehabilitación Psicosocial tiene más de psiquiátrico que de social, mientras que los movimientos fundados por familiares y usuarios tienen más de los social que de psico y poco de psiquiátrico, no es cierto.

Básicamente quería referirme a estas dos líneas fundantes, que yo creo coexisten, aunque en este momento, en la rehabilitación psicosocial en general y en nuestro país en particular la presencia de familiares y usuarios todavía en incipiente, pero no así en otras partes, no sólo en el resto del mundo sino de Latinoamérica, suelen tener mayor presencia y participación en las asociaciones de los propios usuarios y los familiares. En cuanto a Rehabilitación Psicosocial por el momento yo no la voy a definir, y en esto de reconocer lo que se viene pensando desde hace años, que no implica nada novedoso, lo novedoso sería

que pudiéramos comenzar a implementarlo algo de esto hay, me interesa reflotar el concepto de rehabilitación que daba la OMS por los años 80, que es como definición de un organismo internacional, siempre es un poquito duro, un poquitos frío, sin pasiones digamos, es como un diccionario, y en este sentido lo traigo porque así y todo, siendo la definición de un organismo internacional, estaban planteando hace 20 años también, que la rehabilitación es un proceso, y es un proceso que con el uso común y coordinado de diferentes intervenciones, de tipo médico, social, educativo, vocacionales, que ayudan a las personas con discapacidad a alcanzar sus cotos más altos de la funcionalidad.

Esta definición de los 80 porque es bien distinta al concepto de rehabilitación que fue fundante de nuestra carrera y que circula habitualmente quedo en el imaginario si la rehabilitación como el trabajo que se hace con el minusválido para alcanzar la máxima funcionalidad. Esa antigua definición de Rehabilitación Psicosocial está ubicando como objeto el uso combinado de medidas y yo creo que todavía fallamos en hacer uso de esta combinación de medidas, todavía por momentos circula que la Rehabilitación se definiría dentro de los dispositivos sanitarios. Concepto que ya era viejo hace veinte años, por un organismo internacional que define las cosas como un diccionario con la validez y la estrechez que estos conceptos tienen, si entonces yo digo para la Rehabilitación Psicosocial, sólo con tomar el concepto de hace 20 años estaríamos bastante bien, ¿no?, que es el uso combinado y que es algo que nos cuesta.

En relación, siguiendo la línea del tema de la Rehabilitación y de estas dos vertientes fundantes, que es la Psicosocial de los Psiquiatras y la Psicosocial de los usuarios y los consumidores, ubicarse más o menos en una línea o en otra o saber que nos podemos ubicar en una línea o en la otra nos lleva a una posición diferente frente al trabajo que hacemos.

Porque los dispositivos que están trabajando dentro de lo que sería la Psiquiatría comunitaria básicamente piensan al paciente desde la enfermedad ¿verdad? Ustedes conocen el DSMIV, así se clasifica a la población atendida dentro de los dispositivos sanitarios, lo que impera es el modelo médico, se ve, se clasifica a través del manual de trastornos y diagnóstico el DSM, creo que van por 5, van por el 4. Dentro de este modelo médico la secuencia es etiología-patología-manifestación y efectivamente cumplen con esta función las instituciones sanitarias que toman a la persona con trastornos psíquicos en un período agudo, ahora, dentro de otros dispositivos en rehabilitación psicosocial que salen del sanitario y se llaman intermedios, sociales y comunitarios tenemos otras formas de clasificar en caso de que sea necesario, que sí lo es, a la población que atendemos que es el manual de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Porque me gusta este manual porque está planteando el trabajo sobre las consecuencias de las enfermedades mentales y no sobre las enfermedades mismas.

Entonces trabajar sobre las consecuencias de las enfermedades sería trabajar para disminuir los niveles de discapacidad y para disminuir los niveles de minusvalía. Entonces colocada dentro de un dispositivo intermedio, comunitario o social, yo o tengo porque manejar diagnósticos médicos, porque de hecho la población actual que yo tengo en el Centro de día, por ejemplo el 80 % tiene diagnóstico de esquizofrenia, pero en cuanto a lo que hace a sus posibilidades y minusvalía, cada sujeto es diferente.

También, no sé si alguno y yo misma, me digo otra vez con las clasificaciones, salen de la clasificación diagnóstica y vienen a la clasificación de minusvalía. Pero si bien en algún punto para poder demostrar que esto es lo que está pasando en el resto del mundo, que las intervenciones en Rehabilitación son eficaces de alguna manera hay que evaluar un antes y un después de las intervenciones y las clasificaciones en todo caso sirven para esto, porque además a veces el diagnóstico que acompaña al sujeto por toda la vida, sin embargo las cuestiones de discapacidad y minusvalía en las personas con trastornos psíquicos, nunca son fijas porque la discapacidad no es una condición fija, en tanto restricción de la capacidad para realizar una actividad en algún momento y esto es fluctuante en las enfermedades mentales. Ustedes saben que una persona en un período agudo tiene un altísimo grado de discapacidad y no así en un período posterior, bueno esto ya lo saben. La secuencia aquí a diferencia del modelo médico, sería que hay una enfermedad que no se considera en la clasificación sino se parte de la deficiencia que discapacidad trae aparejada y qué situación de minusvalía.

Recordamos, por si acaso, que la deficiencia sería tomada o trabajada más por los aspectos médicos, la discapacidad serían los aspectos rehabilitatorios y la minusvalía es una condición social. Si por si acaso lo recordamos, y que repito la discapacidad y la minusvalía nunca son condiciones fijas y mucho menos en el tratamiento de las personas con enfermedad mental ¿por qué? Porque tanto de la rama de la psiquiatría comunitaria, de la impronta psiquiátrica en la rehabilitación psicosocial, como esta otra línea, que digamos levanta o lleva a adelante la defensa por los derechos de los usuarios, tanto unos como otros reconocen que las situaciones de discapacidad y minusvalía en las que se encuentran las personas con trastornos psíquicos severos no se debe exclusivamente ni a su deficiencia ni a su enfermedad, sino que ya está aceptado hoy en día y lo escriben autores de diferentes líneas, que la persona con trastornos psíquicos padece lo inherente a los tratamientos recibidos y padece lo inherente al tratamiento social, entonces habría, no encuentro otra palabra como una etiología entre comillas, o una causa entre comillas, que parte de estos tres aspectos, sí. De la enfermedad, de los tratamientos y de la cuestión social, acá si podemos decir que a veces los tratamientos concretan el viejo refrán de "que es peor el remedio que la enfermedad". Si volvemos a las denominaciones de la psiquiatría, sabemos que, en los procesos de rehabilitación pesan más los signos

negativos que son la abulia, la falta de interés y demás, que los signos positivos, que son los delirios, las alucinaciones. Sabemos también que en los procesos de rehabilitación, no nos llama la atención y no da para internar a alguien que tenga ideas delirantes o esté con algún proceso alucinatorio, sí, porque a veces esas ideas no terminan de aislarlo tanto, como si la abulia y la pasividad, abulia y pasividad, que ustedes saben muy bien que a veces se ven cristalizadas por los procesos psiquiátricos en sí mismos.

Pero no vamos a criticar a los hospitales psiquiátricos, en este espacio, sino en todo caso compadecer a la organización psiquiátrica del país, porque se hace cargo de resolver situaciones que la exceden, sí, porque la rehabilitación de las personas con trastornos psíquicos no se resuelven dentro de los hospitales, no tienen herramientas para resolverlo dentro de los hospitales, es como pedirle peras al olmo. Porque también es de circulación conocida que el 40 % de los que viven en los hospitales psiquiátricos, viven allí por problemas sociales y no por problemas psíquicos, entonces, por lo menos no me voy a ocupar de criticar los hospitales psiquiátricos que además ya lo han hecho muchos y bien, digamos hay toneladas publicadas de esto.

Entonces, si no voy a criticarlos y digo, bueno vamos a pensar la rehabilitación psicosocial, como una alternativa y vamos a ver qué alternativas encontramos frente a la sala hospitalaria que ya sabemos es ineficaz para trabajar sobre las consecuencias de las enfermedades mentales. Entonces, este cuadrado este cuadrado que ya he usado anteriormente (filmína de dispositivos yo lo copie cuando lo estaba dando el Dr. Manuel Desbiats en la reforma psiquiátrica española en el congreso de Méjico), y yo le hice unos arreglos autóctonos como poner dispositivos sanitarios, hospital psiquiátrico porque dentro de los Programas de Rehabilitación Psicosocial ya no ponen el hospital psiquiátrico, pero yo digo que lo voy a poner porque si no estoy hablando de España no de Argentina- pero lo que me resultaba interesante era, que están los dispositivos sanitarios para el período agudo que forman parte del proceso de rehabilitación, que en algún momento es necesario, una internación corta, pero que están, existen los dispositivos intermedios, los sociales y los comunitarios.

Dispositivo sanitario	Dispositivo intermedio	Dispositivo comunitario	Dispositivo social
Hospital psiquiátrico	Centro de Día	Vivienda protegida	Club
Hospital de día	Casa de pre-alta	Casa de convivencia	Empleo supervisado
Centro de Salud	Unidad de rehabilitación	Talleres Ocupacionales	Vivienda autónoma
Hospitalización breve	Talleres protegidos	Granja	Pensiones en la comunidad

O sea que Hospital de Día, estaría dentro de los sanitarios, hospitalización breve, centro de salud, por supuesto el psiquiátrico. Centro de Día, Casa de Pre Alta, el resto, que algunas pueden ser denominaciones conocidas y otras no tanto, podemos resumir que los dispositivos intermedios sociales y comunitarios son programas que están centrados básicamente en dos ejes, el empleo y la vivienda. Casa de Pre-alta es vivienda, hostel es vivienda, vivienda protegida, vivienda autónoma son todos programas de vivienda, que lo que cambia es la denominación es la asistencia que tengan por parte de los profesionales. Están 24 hs, 12, o en los programas de casa de convivencia que mencionaron antes las colegas de Curaduría, los profesionales van una vez por semana o cada 15 días, o sea que estarían dentro de las características de las viviendas semi autónomas. O sea están los programas centrados en el empleo, los programas centrados en la vivienda básicamente. Ahora que nos anda pasando por acá.

Los programas centrados en el empleo siempre estuvieron dentro de algunas de las políticas de los directores de hospitales lúcidos que hemos tenido en el país. Siempre ha habido algún programa de empleo, y también para no ir más lejos, Daneri, Capozzo y Gómez Mengelberg, publican en Vertex, hace un año y medio o dos, que ya en este mismo hospital, cuando se llamaba Hospicio de las Mercedes, ya había programas de empleo y de trabajo. Lo que pasa que hasta el momento la mayoría de los programas y de los más lúcidos, nosotros encajamos todo esto dentro del hospital psiquiátrico.

La Casa de noche, está dentro del hospital psiquiátrico, los trabajos hasta casi ahora, estaban dentro del hospital psiquiátrico, porque por una cuestión de presupuesto, además. Pero quiero referirme más a la cuestión del empleo, para hablar de las alternativas que es la palabra clave en la rehabilitación psicosocial, suponiendo para hacerlo suave, que existieran todavía estas salas con esta chatura inconmensurable, estas salas donde la gente no hace nada, que a veces no tienen ni el recurso de la silla donde sentarse o tienen la silla y que se dan cuenta de que podría sentarse, que todavía existen, frente a estas salas desoladoras, uno puede decir, bueno y el empleo dentro del hospital, dentro del hospital es bueno o malo.

Bueno si la alternativa es estar en la sala, tener espacio de empleo es bueno. Ahora para que pueda ir accediendo al empleo, cual es la alternativa o es empleo dentro del hospital o la sala ¿no?

Acá que es bueno o que es malo tiene esta pregunta filosófica en comparación con qué, armar broches dentro del hospital ¿es bueno o es malo en comparación con qué? Con qué, con estar todo el día en la cama, ¡vamos a los broches!, pero después de los broches ¿qué? ¿La cama? Entonces lo que sería el eje de los programas de empleo dentro de los programas de rehabilitación que necesariamente tiene que provocar algún intercambio de alguna índole. Un intercambio humano, social, económico. Vestirse para salir, comprar las cosas del supermercado, algo del orden del intercambio tiene que circular ya los programas centrados en el hospital para el hospital y los dibujos guardados dentro de los placares, eso ya fue. Nadie ni distraído puede proponer esas actividades hoy en día y llamarlas rehabilitación, de todos modos en nuestro país cada vez que ha habido un programa de empleo, se llamaba de rehabilitación y a rehabilitación iban aquellos con los que no se podía hacer nada. Ahora estamos planteando que rehabilitación es para aquellos que se les abre o se les abrirá una puerta, que es difícil de transitar pero que le espera la circulación en este mundo, sí es dentro del hospital que es lo que tenemos, si puede ser afuera como los programas que hablaban las colegas de Curaduría tanto mejor. Entonces, digo dentro de los hospitales psiquiátricos, ya que todo va para el hospital psiquiátrico, los programas de empleo también son viejos, son más novedosos los programas de vivienda que más que alguna casa dentro del hospital psiquiátrico, los programas de vivienda no existen, no existen por un problema presupuestario, porque al hospital le dan dinero por las camas ocupadas cuando esas camas no está el dinero no está. Entonces mientras no se repiense el presupuesto para el hospital psiquiátrico para solventar programas de camas afuera, pues se seguirá pagando 1000 pesos por camas de los 1000 asistidos y si las camas bajan a 800 les pagarán por 800, digamos, pero en tanto no haya un presupuesto liberado para otra prestación que no sea cama, no van a prosperar los programas de vivienda y de esto va a poder muy bien y además le podemos preguntar a Arturo Scheiger que va a venir a hablar de la cuestión de la economía y salud mental, porque también está comprobado que los programas de rehabilitación, son más eficaces y más baratos, y lo que nos compete a nosotros es demostrar esa eficacia y eso es lo vimos cuando se presentan trabajos en otros lados, que se está midiendo actualmente las intervenciones de rehabilitación, que dejaron de ser el último orejón del tarro y además porque va a haber que cobrarlas. Entonces por eso es preciso tomar escalas y demostrar que lo que hacemos produce un efecto en el sujeto.

Entonces digo lo que los de empleo está desde hace tiempo, lo de vivienda menos porque es un problema presupuestario, para que no nos confundamos, un problema presupuestario no quiere decir un problema de dinero, sino que es un problema de decisión política en el uso del dinero, que es otra cosa, sí que es más caro que el dinero: la decisión.

Entonces en cuanto a arrimar algún concepto en relación con la Rehabilitación Psicosocial, Benedetto Sarraceno, que fue uno de los presidentes de la Asociación Mundial de Rehabilitación, y actualmente está en la OMS, él hace unos años, decía la Rehabilitación no se define, es una práctica en busca de teoría, pero claro el hombre va y habla y escribe lo han apurado tanto que finalmente va a definir lo que es la rehabilitación psicosocial.

Decimos por el momento que la Rehabilitación Psicosocial tiene una serie de palabras claves que retomamos, una retomamos el concepto de la OMS, del uso combinado de diferentes medidas, nadie puede creer que desde una sola área, va estar trabajando en Rehabilitación, sea desde los jurídico sólo, desde lo médico sólo, desde lo educativo, que en principio es el uso combinado.

En cuanto al destino, al objeto de la Rehabilitación Psicosocial, la línea anglosajona, plantea bueno el desarrollo de habilidades sociales, que se yo, que está bien, la línea más latina, encarnada en Sarraceno, que un hombre público, nos habla que la Rehabilitación Psicosocial tendría que apuntar al reestablecimiento de la condición de ciudadano de las personas con padecimiento psíquico con todo lo que implica. Digamos que recién hablábamos, a través de los comentarios de la presentación de la gente de la Curaduría, comentaba una compañera con gran experiencia en Hospital de Día o yo entendía, que a veces el rótulo de insana, los condena depende de que pase con ese rótulo de insana, porque nosotros en el Centro de Día tenemos gente que tiene la causa de insana, o tiene el rótulo de insana, pero está viviendo en su casa, puede optar por hacer un tratamiento u otro, puede optar por ir al cine, puede optar por tener pareja, y tiene una causa de insana . O sea que el asunto no es la herramienta sino como se maneje, porque en Provincia de Buenos Aires, tenemos colegas que están trabajando con pacientes con causa de insana que no los dejan ni salir a la vereda, porque tienen causa de insana. Los nuestros viven solos en sus casas. Igual el reestablecimiento del rango de ciudadano es un título tan grande que parece, pero que en la clínica en la práctica nuestra tiene que ver con poder alentar a que los usuarios por ejemplo de un Centro de Día, hagan uso de los servicios públicos, que vayan al oftalmólogo, que vayan al odontólogo, que las mujeres con trastornos psiquiátricos se puedan hacer un papanicolau cada 6 meses o una vez al año como nos tenemos que hacer todas las mujeres. Eso también tiene que ver con el establecimiento de su carácter de ciudadano, ¿sí?

Por último yo quisiera hablar en relación a los movimientos como este trabajo están arduo, la gente se va agrupando para poder trabajar con esto yo sólo conozco dos agrupaciones que trabajan con esta temática que es el eje de la Rehabilitación Psicosocial y la Rehabilitación de la persona con trastornos mentales psíquicos. Una es la Red Mariestán, que la he conocido hace poco, que

tiene su cabecera en Andalucía, con el Dr. Paco Torres, que es un tesoro y valoriza especialmente a los terapeutas ocupacionales chilenos y argentinos, por lo cual le juramos amor eterno en unas jornadas en las que estuvimos el año pasado.

Si un representante de un organismo internacional reconoce que Latinoamérica, con todos los problemas que tiene cuenta con un recurso que para ellos es faltante que los terapeutas ocupacionales, es un hombre que está definitivamente bien encaminado. Lo está por otras cosas, porque piensa de esta manera.

Y otro movimiento que yo conocí hace pocos años algunos por el 95 es la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial. Asociación que es una Organización No Gubernamental, que han logrado instalarse a nivel internacional, que es asesor de las Naciones Unidas y que algunos de sus presidentes, entre ellos Benedetto Sarraceno, que nadie deja de nombrarlo si de Rehabilitación Psicosocial se está hablando, está formando parte del staff de la OMS. Yo no conocía esto y lo conocí a través de una brasileña que está viviendo en Europa y me encontré realmente, creí que era uno de los tantos llamados para ir a los lugares que uno no va, ir a un Taller de Rehabilitación Psicosocial y realmente para mí fue abrir una puerta. Fue abrir una puerta no al campo del tratamiento de los pacientes psicóticos, fue abrir una puerta donde el protagonista fue la Rehabilitación Psicosocial y eso me asombró porque dentro de las jornadas, congresos y demás los que trabajamos desde este lugar, con las consecuencias de las enfermedades vamos corriendo de taller en taller, que somos 8, 10 o 15 de acuerdo a la convocatoria que tienen el congreso, donde entre todo lo que se habla por ahí hay algún taller, o algún intercambio acerca de la rehabilitación.

Lo particular de esta Asociación que la problemática de la Rehabilitación Psicosocial es el eje y protagonista de todas las discusiones, a mí esto me pareció muy interesante.

Esta Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial (WARP) se ha ido organizando muy bien desde el año 86 con una fundación básicamente de médicos psiquiatras con la particularidad de que los médicos estos los fundadores, a la hora de hacer un manifiesto, generalmente colocan en su manifiesto aquellos reclamos que hacen los usuarios y los familiares, entonces tienen esta particularidad que ellos enarbolan las banderas de los usuarios y de los familiares y de eso se trata el manifiesto, yo no traje, pero si voy acercar a la revista Materia Prima si les interesa.

Se han organizado bien los de la WARP y tienen representantes como en 80 países, organizados por regiones igual que la OMS, o sea Europa, las Américas, Sudeste Asiático, África, Pacífico Occidental, la región Mediterránea, con Pakistán y Egipto, y se manejan por secretarías nacionales, tratando de armar capítulos nacionales que agrupen al menos las iniciativas de los proyectos. En el país yo, si hay una política de salud mental, la desconozco, a nivel nacional por eso hablo de iniciativas y de proyectos, porque hay otros países que tienen políticas de salud mental, la gente lo cumple o no lo cumple. Nosotros creo que tenemos una cantidad riquísima de iniciativas, programas y proyectos. Hablando con un israelí, en un congreso que ahora voy a comentar, que hablaba en español, yo le digo nosotros no tenemos políticas, me dice porque lo hacen, y yo le digo vos conoces el término porque "me piace", por eso lo hacemos y todos lados hay iniciativas y programas, pero nosotros no tenemos una política de salud mental y no es sólo por nuestra condición de subdesarrollo, porque en países con las mismas dificultades que el nuestro la tienen, en algún momento llegará...

Bueno, pasó que yo fui conociendo esto, aquí hubo una secretaria nacional que trabajaba un sociólogo Daniel Frenkel, que hizo una tarea bastante interesante, pero él dejó de ejercer la secretaria y cuando fuimos al Congreso Mundial de Rehabilitación Psicosocial en mayo en París, fuimos un grupo de 10 o 12 argentinos, ya habíamos ido a otros congresos, y yo me había estado escribiendo con la gente, porque recibo el Boletín de la WARP, ya que tienen un boletín internacional, lo había estado recibiendo, había estado escribiendo, iba con la expectativa de armar un banco de datos, a nivel nacional de las iniciativas, programas y proyectos, tenía la idea de que podríamos armar un banco de datos, a nivel nacional de todos los terapeutas ocupacionales que estuvieran trabajando en estos proyectos, pero como así se dieron las cosas y lo que yo traje y que dije que lo dijera recientemente es la secretaria nacional, para organizar el capítulo argentino de la WARP. En esto recién estamos empezando con un grupo de colegas, nosotros tenemos una asociación civil sin fines de lucro, a través de la cual vamos a vehicular este capítulo argentino, estamos comenzando a hacer difusión, o redifusión para los que creían que ya había fallecido y estamos construyendo un banco de datos de iniciativas, programas y proyectos.

Lo sepa el hospital en el que trabajan o no lo sepan, se conozca en la clínica donde están, o sea todas aquellas iniciativas que en algo muy, en un concepto muy básico, miren hacia afuera y no hacia adentro de la institución. Porque la primera situación de encierro empieza por mirar sólo hacia adentro, ese es el verdadero encierro y en este sentido creo que la población beneficiaria de la rehabilitación psicosocial somos todos los que estamos involucrados. Porque los que hemos a veces tenido opción o no nos dábamos cuenta de trabajar con los usuarios mirando sólo hacia adentro ya sabemos que no la pasamos muy bien.

Entonces en la rehabilitación psicosocial la búsqueda sería de alternativas pero siempre de alternativas mejores y de alternativas que tengan la mirada a la vereda y no al encierro. Yo traje una breve reseña en unos papelitos de lo qué es la Asociación Mundial de Rehabilitación y los convoque a que nos envíen datos para poder ir armando una red, de en qué lugares suceden

estas cosas una para sentirse más acompañados y otra para poder contar con esos lugares cuando uno trabaja con personas con trastornos psíquicos.

Así que los invito a los que son de acá de Capital y a los que han venido de otros lados, a que retiren una hojita y que estemos comunicados, porque la tarea nuestra es muy ardua no sólo por los usuarios, porque eso también lo sabemos los que estamos trabajando, porque es muy difícil estar solo y porque bien vale la pena pensarlo y porque vale la pena saber de la existencia de estos programas.

Por último, sino porque parece que en la Argentina queda la desolación total además de la cantidad de iniciativas y proyectos de los que algunos sabemos, y de otros muchos no, de lo que se está haciendo en el ámbito público y privado, tenemos que señalar especialmente los procesos de San Luis con el Dr. Pellegrini, proceso de desinstitucionalización y el proyecto que ya empezó desde la época de Alfonsín en Río Negro, sí que fue con la ley de desmanicomialización, estas son las dos provincias, pero la provincia entera que tienen un programa de desinstitucionalización, que el Dr. Pellegrini, desde un hospital psiquiátrico, de 120 o 125 camas actualmente tiene 11 internados y logró que el presupuesto para las 120 camas operará por otro lado y pasaran de tener 300 consultas a tener 15000, sí. Eso es una utilización de presupuesto de una manera diferente.

Y el proyecto de Río Negro que se ha mantenido, que comenzó siendo de desmanicomialización y lentamente van ofreciendo dispositivos intermedios y comunitarios, que al principio cuando se lanzaron a hacer esta ley quizás no estaban pero, bienvenidos.

Así que reconocemos actualmente dos provincias con programas de desinstitucionalización y en provincia de Buenos Aires, con diferencias también, festejamos la iniciativa, está el Programa de Externación Asistida (PREA), que contempla la externación del paciente con sufrimiento psíquico a Casas de Convivencia, Casas de Pre-Alta y el sistema de familias sustitutas. Esto va en marcha lentamente pero festejamos igual que lo hayan hecho y además que hayan construido una Escala de Evaluación Psicosocial para poder valorar cómo evoluciona la persona con sufrimiento psíquico a partir de las intervenciones en Rehabilitación psicosocial.

¡Gracias!

Comentarios

Hay una línea americana de desarrollo de habilidades y hay otra que tiene que ver con los derechos del hombre, derechos del ciudadano. Yo lo que he visto es que en la Asociación Mundial (WARP) coexisten. El actual presidente es de Estados Unidos y es un médico y el próximo, el que viene es Barbatto que es italiano y está hablando de abrir las puertas de recuperar los derechos, de ejecutar la ciudadanía, de revertir las insanas.

De este grupo que hablo coexisten porque parece que tienen más problemas solos que juntos que esa es una instancia de convivencia fundante para estar juntos, también lo he escuchado. Miren en la revista Vértex que salió de Rehabilitación Psicosocial aparecen claritas, claritas estas líneas.

Los canadienses también tienen una línea anglo-sajona de habilidades, y de situaciones psicoeducativas o sea están centrados en el aprendizaje, o sea que las intervenciones supondrían que lo que les pasa es por la enfermedad, pero cuando uno piensa que lo que les pasa es por la enfermedad, por los tratamientos y por lo social, a intervención es diferente.

Sobre la Fundación Ocupacional (uno de los dispositivos).

En la Fundación Ocupacional los españoles están reconociendo la participación de organismos intermedios, de ONG que hacen ofertas para dar empleo y trabajo. Creo que este punto de ese cuadro está hablando de esto de organismos que no son ni privados ni públicos, se los llama intermedios, se los llaman Tercer Sector que son ONG, que están haciendo ofrecimientos de empleo o trabajo a personas con discapacidad y esto lo están llevando a adelante lo que aquí sería una Asociación Civil, que coloca un taller productivo dirigido a personas con trastornos psíquicos supongan.

Después de los programas de vivienda y de empleo también hay participación de organismos públicos y privados. De hecho es así porque en estos procesos tendrían que participar todos los subsectores de salud, públicos, privado y obras sociales.

Nosotros actualmente, en este momento, las obras sociales, casi no tienen prestadores, las obras sociales subvencionan a los privados. Así es en nuestro país.

En la práctica te queda clara la anglosajona para mejorar vestido, se haría un taller que tenga que ver con la vestimenta y un lugar donde lavar la ropa o se indica que se yo. Desde la línea que nosotros decidimos bueno, estamos haciendo tal producto y hay que llevarlo para vender, un vendedor se presenta en buenas condiciones, acá hay que venir bañado, desde el otro día y hay que conseguir ropa, o sea que el trabajo sobre recuperar la habilidad social de estar bien presentado, no lo trabajamos desde el vestido, sino desde la meta y se lo ayuda a cumplirla porque obviamente si estamos trabajando en rehabilitación, es porque la gente carece de estas cosas, sino sería una gloria.

Viene con el pantalón roto sin lavarse, el pelo sucio, no puede salir así a vender ese día porque no pudo organizarse para estar presentable, entonces decimos, “fulanita hoy no pude entregar los productos que está ofreciendo, porque no pudo organizarse. A ver qué te pasa, no tenés plata, el jogging se te ensució, tenés uno solo, pero no puedes tener uno solo, bueno acá hay un ropero que se armó con la donación de todos”, pero yo lo que trabajo es la meta.

No maneja dinero, yo no trabajo en un taller de “dinero”. Bueno para hacer tal cosa hay que ir a comprar la lapicera B ¿cuánto cuesta? ¿Cuánta plata tenés? ¿Qué querés?

Se aprende con los objetivos que tienen que ver con la vida misma, no con el taller en sí mismo. Yo en mi vida he hecho un taller de Vestido o un Taller de Higiene, nunca ni actualmente con los problemas de higiene que tenemos todos los pacientes ambulatorios, bueno no, tiene que ir, que se provea de cosas, si ver juntos cómo se puede contar con esos recursos, desde el shampoo hasta el jabón de tocador, hasta la toalla íntima. Y de ahí a veces enseñamos como se pone porque esto es un elemento tan novedoso y de la cultura, que a veces una toalla íntima una persona que está en una situación de pobreza marginal y con largos períodos de internación, ni la conoce, y allí se saca así, se pone así y ahí lo estamos incorporando.

Para aprender a usar cuchillo, nosotros estamos haciendo una producción de ensalada de frutas, no hubo ningún entre usar cuchillo hubo recaudos con aquellos que evaluábamos que podía ser riesgoso usar cuchillo.

PANEL

Función de la curaduría en la rehabilitación del paciente con trastornos psíquicos

Miriam de Souza y Fabiana Delgado

En primer lugar vamos a explicar cómo surgió el trabajo de la Curaduría

Este trabajo surgió en principio a partir de inquietudes de funcionarios que trabajaban dentro y sus distintos deberes dentro del Poder Judicial y que notaban una carencia ante la norma de fondo, en la práctica no resultaba suficiente. Es decir, los grandes centros psiquiátricos tenían pacientes que no estaban en condiciones de autovalerse y de hacer valer sus derechos por sí mismos, frente a esto la ley de fondo, plantea la posibilidad de representar a esta persona en este ejercicio de los derechos mediante lo que nosotros llamamos, los abogados, digamos, la curatela .

Es decir, se asimila entonces, a la persona incapaz con un menor de edad y el lugar de una tutela se da una curatela; lo que significa que es la persona que va a suplir su falta de capacidad para poder ejercer sus derechos.

Resulta que si bien esta situación estaba resuelta por la ley, no estaba resuelta en la práctica porque en los grandes mega hospitales había innumerables enfermos que no se conocían sus familias, sus orígenes, muchas veces estaban desde hace 20 años internados, no se sabía y no había a quien designar en el carácter de curador.

En principio esto fue resuelto designando a los directores de los hospitales y esto tampoco era práctico porque se les estaba asignando una función para la cual no se les había preparado y excedía notablemente lo que tenían que hacer. Entonces a partir de funcionarios, con inquietudes sobre el tema, la corte resuelve mediante acordada crear esta institución. Destinada a dotar de representación por el poder judicial, a los enfermos que no tuvieran familiares o que tuviéndolos, estos familiares se excusaran por una causa justificada, y que fuera necesario designarles una representación legal.

Entonces en la actualidad, estas son las acordadas que dan, digamos las acordadas es la voz de la corte frente a situaciones que no están resueltas de otra manera.

En la actualidad hemos avanzado bastante, porque las curadurías están reconocidas en la ley de ministerios públicos, que es bastante reciente, y están reconocidas dentro de sector social, o sea están incluidas dentro del poder judicial, cosa que a nosotros nos gratifica mucho, porque después de 20 años, hay más que una resolución de la corte que reconoce esta función .

En principio se crean las curadurías con sede en La Plata y abarcaban toda la provincia de Buenos Aires, esa es la población con la que se tomaba contacto, y a medida que el tiempo fue necesario ir diferenciando, ir sectorizando. La intermediación en estos casos es tan importante que realmente centralizar en La Plata, no resultaba práctico, es así que con distintas acordadas se van creando curadurías zonales y concretamente, en la actualidad existen 6 curadurías en toda la provincia Buenos Aires.

Una delegación en la ciudad de Quilmes y el objetivo que tenemos final, es que haya delegaciones, que haya curadurías en cada departamento judicial, para que sean el referente del enfermo, de su familia, su entorno, y para que no les signifique un trastorno de tener que viajar, trasladarse y demás sobre todo considerando que nosotros nos manejamos con personas que tienen, casi en un 90% de los casos son carenciados casi absolutos, no tienen casi ningún recurso.

Bueno, en principio el objetivo de las curadurías, como les decía, era la representación del enfermo mental, pero también se sumaba otro tema importante, que era la asistencia, es decir; el curador el derecho de fondo, prevé una función que es fundamental y es la que a nosotros nos guía fundamentalmente: el curador tiene que destinar todos sus esfuerzos, todos los bienes del incapaz y todo su trabajo debe estar orientado a rehabilitarlo. Esa es la función de un curador y en función de eso es que nosotros también hemos ido avanzando.

En eso, por ejemplo en cuanto al externación de los enfermos, hablábamos de una asistencia, no necesariamente con la necesidad de una sentencia que dijera que esa persona es un incapaz absoluto. Porque los hospitales, como ustedes sabrán están llenos de gente que por ahí no necesitan de una sentencia mi incapacidad para protegerlo, lo que necesita es asistencia para poder integrarse.

Entonces, esto también fue contemplado por esta norma, en eso, por ejemplo en cuanto a la externación de los enfermos, hablábamos de una asistencia, no necesariamente con la necesidad de una sentencia que dijera que esa persona es un incapaz absoluto. Porque los hospitales, como ustedes sabrán, están llenos de gente que por ahí no necesitan de una sentencia de incapacidad para protegerlo, lo que necesita es asistencia para poder integrarse.

Entonces, esto también fue contemplado por esta norma, hablando de lo que es el patronato de asistencia que sigue vigente, y que para nosotros es un aspecto fundamental de nuestro trabajo, que es la prevención.

Bueno, qué hacemos nosotros a partir de esta sentencia en la que se designa curador a un incapaz, al curador oficial. La representación implica en principio si estamos hablando de una insania, tocar todos los aspectos ni la vida. Entonces nuestro punto de partida por ahí es un expediente, digo bien, es un punto de partida, no un punto de llegada. El expediente los elementos, nos da puntas para investigar y a partir de ahí, la gente de Curaduría que es un equipo de trabajo, y creo que es fundamental tener un equipo en este tipo de trabajo, nadie puede trabajar solo, ni nosotros que somos abogados, ni la asistente social, ni el psiquiatra, estamos muy acostumbrados a eso. Es decir, hemos bajado la soberbia que por ahí nos da la Facultad a cada uno de nosotros en la profesión y saber qué solos no hacemos nada, entonces partir del expediente, hacemos la investigación de toda la vida de esta persona.

Se ve desde, es tan amplio que resultaría muy que yo les explicaré, cada caso es único. Entonces a partir de los elementos que ofrece la causa, se va rastreando, si hay una familia, si hay hijos, si alguna vez esta persona trabajó, si existe la posibilidad de rescatarle un beneficio previsional, si estuvo en el exterior, es decir el abanico de posibilidades que tiene la vida de cada uno de ustedes, imagínenlo en una persona que por distintas circunstancias cayó en un instituto neuropsiquiátrico, o que no está internado, bien puede ser que esta persona no esté internada. Si está internada el objetivo es en principio, después de la toma de contacto, ver los lazos familiares, o no, de ver todo este conjunto de elementos y ver la posibilidad, de si existe, la posibilidad de externarlo.

Es posible que este sea un enfermo, digamos, en un caso hipotético, un enfermo que hace 20 años que está internado, que nunca nadie lo fue a visitar, y que los médicos realmente no tienen elementos para ver si este enfermo puede externarse, no lo vamos a sacar a la calle sin saber donde vivió, sin tener medios para sobrevivir .

En este caso este rastreo es para ver y para ir preparando, en el caso de que fuera posible lograr una internación paulatina a su medio, ver de dónde viene, si está en la provincia porque nació la provincia o si por ahí viene de un instituto de menores, es decir es amplísima toda la tarea que se realiza y cada caso es único.

Es decir, no podemos, si cada uno de nosotros abogados tenemos asignadas causas, alrededor de 100 estimamos, que en este momento estamos manejando alrededor de 100, les puedo asegurar que de esas 100 no hay ninguna igual, entonces esto es lo que hacemos en función de la representación.

En cuanto, a lo que significa... yo les decía que es un aspecto fundamental el de la asistencia, y la asistencia puede darse cuando la curaduría interviene no por una sentencia designación de curador, sino porque interviene porque se recibe a un familiar que viene a ser una consulta, porque hay un médico que pide consejo, porque llega para dictaminar un expediente que tuvo una internación compulsiva, estas son algunas de las variables por las que nosotros intervenimos y vemos que hay un proceso de internación, no hay un expediente judicial, lo cierto es que hay una persona con sufrimiento mental que necesita ayuda.

Nuestro objetivo nunca es impulsar una causa y llegar a una sentencia "per se", porque la sentencia sola no nos sirve para nada, es decir, a nosotros no nos sirve saber que esta persona tenga una sentencia y un curador oficial; lo que no sirve es saber si esta persona la podemos rehabilitar de alguna manera, se verá si la sentencia resulta útil o si de lo contrario, la sentencia lo único que haría sería estigmatizarla y perjudicarla.

Entonces por eso, consideramos que es muy importante nuestra intervención en esto que llamamos patronato de asistencia, porque muchas veces, se evita que una persona, sea declarada insana, o sea trabajamos en la prevención y lamentablemente esto casi se hace sólo en la Curaduría de La Plata, porque tenemos recursos humanos para hacerlo. En las curadurías de provincia hay muy poca gente y a veces llega el expediente cuando ya hay sentencia y aunque parezca mentira, es muy fácil llegar a un expediente judicial siguiendo las pautas del proceso a decir que una persona es incapaz absoluto por demencia innombrable un curador, pero no es tan fácil revertir esta situación. Entonces por eso nos parece que el objetivo final sería lograr trabajar más en la prevención, esto sería lo que nosotros anhelamos, no es cierto, no siempre lograr una sentencia, si no tratar de rehabilitar. Es más aún con la sentencia, tratamos de que, teniendo en cuenta que la enfermedad nunca anula todas las potencialidades del individuo, siempre hay algunas que quedan conservadas, rescatarlas y ver a partir de estas potencialidades, qué ha conservado se le pueden habilitar algún tipo de capacidades, porque para ustedes que por ahí tienen rudimentos de derecho, saber que una persona es incapaz absoluto por demencia es más que por que sea una frase muy remanida, es casi decir un "muerto civil". No puede hacer nada. Muchas veces aunque parezca una tontería un enfermo o que vaya al banco a cobrar su pequeña pensión y que se administre, para él esto es muy rehabilitador, entonces lograr por ejemplo que esa sentencia lo habilite especialmente para que logre esto también requiere de la apertura mental de los jueces en esto está nuestra tarea, y creo en la provincia de Buenos Aires, ha habido muchísimos avances en este aspecto, porque los jueces hoy por hoy aceptan, una elasticidad de la ley en este sentido, teniendo en cuenta el objetivo fundamental de rehabilitar.

Otro de los aspectos que no les dije y también toca la Curaduría es el Patronato de los enfermos mentales que han delinquido. Nosotros en la provincia de Buenos Aires, sé que acá en capital es distinto, que ustedes tienen un régimen distinto a nosotros, pero en provincia de Buenos Aires se aplica frente a un enfermo mental que ha cometido un delito, en principio advirtiéndolo que esta persona pudo no haber comprendido la criminalidad del acto, de dirigir sus acciones, se termina sobreseyéndolo, es decir sacándole la imputabilidad en este caso y aplicándole una medida de seguridad. En la provincia, les decía, la medida de seguridad se aplica en institutos que dependen del servicio penitenciario, lo que tiene bastantes inconvenientes.

Nosotros creemos que lo ideal sería que dependan de salud, pero para que dependan de salud, sabemos qué tiene que ser una protección especial. Cuando hay una aplicación de una medida de seguridad la base queda lugar a esta medida es la peligrosidad Y entonces meritando la peligrosidad, que siempre es una medida que tomamos entre comillas, porque nunca sabemos que alguien es peligroso hasta que comete un delito; pero esto meritúa que haya profesionales que lo asistan y que esté debidamente asistida esta persona.

Allí interviene curaduría porque hay obligación de los jueces penales de comunicar toda medida que indique sobreseimiento o absolución por inimputabilidad. Entonces fundamentalmente trabaja curaduría, en algo bastante novedoso que nos urge, tampoco de los códigos de fondo, qué es lo que nosotros llamamos "altas a prueba" o "altas transitorias", es decir algo así como trasladar la característica custodial que tiene el establecimiento en el que está recluido el paciente, a un lugar que brinde esa misma contención hasta tanto esta persona esté en condiciones de lograr su externación definitiva. Cuando se lograría la externación definitiva, cuando los médicos, las personas que lo asisten consideren que ha cesado la peligrosidad, pero mientras tanto pueden pasar muchos meses en los que el enfermo puede ser controlado y puedes salir de esa institución penitenciaria que por ahí sí lo seguimos manteniendo ahí va a ser difícil que logre una rehabilitación total, en esto es fundamental lograr una contención familiar y entonces esto se ha logrado en la provincia y los jueces hacen a estas externaciones que pueden durar 180 días, dependiendo de cada caso con controles periódicos del enfermo hasta que pasado un tiempo y con informes médicos y de asistentes sociales con seguimiento se puede finalmente solicitar la externación definitiva . Es decir, que el enfermo cese ya la medida de seguridad que pesaba sobre él.

Bueno en síntesis esta es la función, no sé, voy a ver el ayuda memoria a ver si me olvido de algo, pregunten lo que tienen duda; esto es en síntesis nuestra tarea, para esto nosotros tenemos un montón de herramientas instituciones intermedias, que mi colega les va a decir de qué se trata porque esto no se hace solamente con la palabra, tenemos que tener instrumentos para lograrlo y por suerte después de estos 20 años de trabajo, se han ido consiguiendo muchas cosas en este sentido, nosotros si bien los logros pueden parecer no muchos, según la mirada que se tenga, para nosotros son importantes.

Yo solamente quería darles un panorama, si bien las estadísticas no siempre representan la realidad y por otra parte no las tengo, pero quería darles una pequeña estadística que hizo una compañera nuestra asistente social, tomando 5 años de trabajo en la curaduría; en donde ella trabajó 233 expedientes civiles, de esas personas que estaban internadas el trabajo de la institución logró el egreso del 57 %, 43% con el apoyo del subsidio por externación que tenemos, que después les van explicar de qué se trata y solamente en este número de pacientes hubo un 11% de reinternaciones cortas, pero no reinternaciones definitivas, fueron reinternaciones cortas que después de la compensación, el enfermo pudo volver a salir y en este mismo lapso trabajo 73 expedientes penales, y en estos casos, es realmente notable que el éxito generalmente es mayor, se logró un 77% de egresos con "altas a prueba" y el 8% de reinternaciones cortas .

Así que esto es simplemente un vistazo de lo que puede ser la tarea a lo largo del tiempo.

Buenos días.

La tarea que reseñó hace un momento mi colega, no es la única que hace la Curaduría la porque ante los casos concretos y trabajar en ese objetivo que es la rehabilitación y la reinserción de los enfermos mentales, los abogados tuvimos que salir de la resolución el caso particular y buscar alternativas fuera del ámbito de trabajo.

Es así que tuvimos elaborar alternativas que nos dieran soluciones globales a los principales problemas que enfrentamos cotidianamente para lograr estos objetivos que son: los problemas económicos y sociales, que están acompañando siempre a la enfermedad mental, por lo menos esa es la población que trabajamos nosotros que como ustedes saben, es población pobre en general y marginal.

La primera preocupación fue lograr un económico, un recurso económico porque claro, siempre internaciones prolongadas y en el trabajo lleva a cabo, nos dábamos cuenta de que claro, seguían internados, pero no por condiciones médicas, sino por temas sociales.

Entonces en el año 1985, por impulso del Curador Oficial, se sanciona la ley de prestaciones asistenciales 10. 315. Esta ley nos permitió poder dar un económico a los pacientes que estuvieran en condiciones de ser externados de institutos psiquiátricos provinciales y que no pudieran salir porque carecieran de familia o la familia que los fuera a recibir tuviera problemas económicos.

Esta posibilidad nos permitió comenzar a hacer un trabajo bastante importante, yo después, tenemos algunos números de las externaciones que hemos logrado en todos estos años.

Otra posibilidad que se trabajó sobre esta misma ley fue el tema de los pacientes con tratamiento ambulatorio, porque nos quedaba este margen de pacientes, cuando empezamos a impulsar la ley, nos habían quedado recurrimos al espíritu de la ley, lograr las externaciones. Bueno a veces no era fácil lograr el beneficio, así que se logró la incorporación en el artículo 1º de la posibilidad de otorgar el beneficio a los pacientes con tratamiento ambulatorio y que tuvieran autovalimiento. Bueno este beneficio puede ser petitionado por las autoridades de los hospitales públicos, los magistrados, por orden de un ministerio público, el propio paciente o familiares y allegados. La curaduría general, que es la que tiene la sede en la plata, es la que tiene la centralización de la tramitación.

Donde se inicia a través de un expediente, y en ese expediente se tiene que agregar la copia de certificado médico que le otorga el alta y la resolución y la resolución de los directivos que lo otorgan, un informe médico que tienen que los asistentes sociales de la curaduría dónde acreditan las circunstancias que aconsejan este beneficio. Es decir, los antecedentes psiquiátricos, la composición del grupo familiar, que ingresos tiene ese grupo familiar y la necesidad por supuesto, de que para facilitar el tratamiento y la subsistencia de la persona o lograr la externación, también sale con un dictamen del curador donde aconseja este beneficio.

Esto es sintéticamente de lo que trata la Ley, el monto que da es el monto de una jubilación mínima de la administración pública provincial, es de \$ 165.- otro logro fue en el año 1987, fue una Casa de Medio Camino, que surge a través de un convenio que firma la Suprema Corte de Justicia, con la Gobernación provincia Buenos Aires, donde el poder ejecutivo se compromete a pagar el alquiler de una vivienda y a dotar del mobiliario necesario para comenzar a funcionar. Bueno así comenzó, fue equipada con todo lo necesario y en la actualidad es la suprema corte la que paga el alquiler de esta propiedad y tiene la posibilidad de alojar a 10 pacientes mujeres como tiene personal que la componen, son acompañantes terapéuticos, que son los que realizan el acompañamiento y todas las tareas necesarias, porque es autogestiva la casa, y es de puertas abiertas. Las pacientes están alojadas, pasan bueno, llega el pedido que puede ser de medios hospitalarios, de magistrados, puede llegar el que necesite hace la petición a la curaduría, y se hace la admisión por parte de los acompañantes, además de tener en cuenta los antecedentes psiquiátricos y la opinión de los médicos tratantes.

El plazo máximo que pueden estar alojadas en la Casa es un año, y en ese lapso se trabaja con el grupo de pacientes en todos los sentidos que sea necesario, y de la forma que el propio grupo va requiriendo. Es decir se va a trabajar, por ahí en cosas de propia atención personal de las pacientes, porque a veces son grupos que después de muchos años han perdido totalmente los hábitos personales, que es lo que trae siempre aparejado muchos años de internación ¿No es cierto? Tratan de trabajar en cosas de cocina, venden lo que hacen y pasan por el poder judicial ya tienen las puertas abiertas para la procuración y van pasando y venden.

En fin van armando las tareas de acuerdo a cómo se va dando el grupo.

Después tenemos el Programa de Convivencia que funciona desde el año 1991, que comenzó para reabrir el flujo de pacientes que salían de la casa de medio camino. El Programa de Convivencia por las características que tiene, es un programa que reúne pequeños grupos de personas y que tiene que tener potencial para poder llevar una convivencia relativamente autónoma. No tiene personal, continuamente personal de curaduría acompañándolos, sino que se los supervisa de alguna manera de acuerdo con sus características. La asiduidad de la supervisión la va a fijar también las características del grupo, puede ser

una vez por semana, una vez cada 15 días, mensual, bimestral, eso lo va viendo el equipo que trabaja en el programa.

El equipo asignado al programa es un psicólogo social, exclusivamente se dedica a este programa, una psicóloga social, que comparte su trabajo entre este programa y un Centro de Día que también tenemos, y dos psicólogos clínicos que trabajan en este programa y en el centro de día, son los coordinadores.

El Centro de Día es un centro que comenzó a funcionar en el año 1998, también en la ciudad de La Plata y por supuesto, que globalmente yo les puedo decir el centro, lo que trata dentro del marco de su institución, es de hacer todo lo necesario para consolidar la rehabilitación que han logrado los pacientes y la reinserción social.

En este centro, como les dije, están dos psicólogos clínicos, y tienen la colaboración empleado de Curaduría que es estudiante de psicología, la psicóloga social, una terapeuta ocupacional, que es la es la Licenciada Liliana Paganizzi, aquí presente, y un tallerista.

Así que para nosotros es lo más nuevo que tenemos, pero la verdad es que están trabajando intensamente.

Después el año pasado estuvimos trabajando en el proyecto de ley del Sistema de Promoción y Protección de la Salud Mental, que es una ley que hace rato se está discutiendo la provincia de Buenos Aires; porque la única ley, o marco regulatorio en temas de internación, es el de las internaciones compulsivas, obviamente.

Era una ley muy cortita y bueno se necesitaba trabajar en ella un poco más. este proyecto lo que tiene de interesante, por lo menos a nosotros nos pareció interesante, es que surgió de dos Jornadas que se hicieron en el año 98 y en el año 99, dónde se convocó a todos los operadores de Salud Mental. Es decir concurren gente de los Colegios de Asistentes Sociales, de Psicólogos, de Terapeutas Ocupacionales, Abogados, realmente hubo una convocatoria y una discusión que fue llamativa, nos gustó mucho, porque no es lo usual, normalmente en temas legislativos la gente que trabaja a veces no se le escucha, yo creo que el aporte más importante lo hace la gente que trabaja concretamente en el tema.

En esta ley no se reguló solamente el tema de la internación, sino que se habla de prevención y rehabilitación en los enfermos mentales. Después otro logro importante fue en el año 1995, que fue la inclusión de la Curaduría como receptor de bienes inmuebles por herencia vacante. Esto para nosotros es importante, porque nos puede aportar casa para organizar Casas de Convivencia que están funcionando ahora, una la alquila el poder judicial y las otras son propiedad de los propios enfermos, representados por curador o asistidos, y la más nueva en el tema este de los bienes, la más nueva ley, que hemos tenido es la posibilidad de contar con el dinero que forme parte del acervo hereditario de los discapacitados mentales, cuya representación legal hubiese sido ejercida por el curador oficial, siempre que ese dinero sea afectado a la tarea asistencial y recursos terapéuticos para los enfermos mentales. Expresamente se pone en la ley este requisito.

Y después en el año 99 suscribimos un convenio con la Federación Argentina de Cámaras y Asociaciones Psiquiátricas, con la FACAP, que también realmente nos ha venido bárbaro, porque tenemos cubierto las emergencias digamos porque esto es para los pacientes que están subsidiados.

Los pacientes que están subsidiados tienen la posibilidad de tener una cobertura el tratamiento ambulatorio y por internación gratuitamente, o sea por el sólo hecho de ser beneficiario del subsidio, tienen cubierto, una internación que como máximo puede tener 30 días, que puede ser prorrogable por 10 días más y por única vez. Es decir internaciones cortas que por ahí tienen una crisis y pueden salir rápidamente y van, y tenemos a disposición toda la red prestacional que está adherida a la FACAP.

Después en el tema de un tratamiento ambulatorio, tienen la posibilidad de tener cubierta la terapia psiquiátrica, la psicológica en forma grupal, individual o familiar, quedan excluidas especialmente las internaciones en geriátricos, por temas exclusivamente de geriatría y los drogadependientes y alcohólicos salvo que tengan una enfermedad psiquiátrica asociada. Y también tenemos un convenio, que estamos por renovar, que es un convenio marco con el Consejo de la Familia y Desarrollo Humano, que es un convenio marco de colaboración mutua en el tema de la rehabilitación de los enfermos mentales, que nos permitió el equipamiento del Centro de Día, lo puso el Consejo, el mobiliario de una de las casas de convivencia, Y actualmente nos provee de alimentos a las familias de los enfermos mentales que lo requieren. Es decir, en la Casa de Pre -Alta funciona una boca de expendio de alimentos no perecederos que se reparten en la actualidad 80 enfermos y a sus familias. El año pasado entregamos 6.000 kilos de alimentos.

Estos son los logros que hemos tenido, seguimos trabajando, pero lo palpable es lo que les acabo de contar.

Nada más. ¡Muchas gracias!



PROGRAMA

IX JORNADAS DE TERAPIA OCUPACIONAL

7 / 8 de septiembre / 2000

Hospital Interdisciplinario

Psicoasistencial Borda

Aula Magna. De la cátedra 8.30 hs a 13.00

Ejes temáticos:

* Desinstitucionalización: aspectos
Legales, económicos y sociales de su implementación

* Rehabilitación psicosocial, como estrategia de
abordaje en las personas con sufrimiento
Psíquico.

Organiza servicio de Terapia Ocupacional del Hospital Borda
Adhiere Dirección de Salud Mental de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires - Ansoch -
Asociación de Profesionales del Hospital Borda - Departamento de Docencia e Investigación del Hospital Borda -
AATO - ATOGBA - AMTO - COLTCA - ENTO - MATERIA PRIMA - ATOSPI -

Lugar: Ramón Carillo 375-Capital Federal-Hospital Borda

Adhiere la Dirección de Salud Mental de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Auspicios

Asociación de Profesionales del Hospital Borda

Departamento de Docencia e Investigación del Hospital Borda

A. A. T. O
A. T. O. G. B. A
A. M. T. O
C. O. L. T. O. A
E. N. T. O
A. T. O. S. P. I

MATERIA PRIMA

Aula Magna de la cátedra de salud mental del Hospital Borda

Horario : 8.30 hs a 13.00 hs

Ramón Carjillo 375
Capital Federal

7 y 8 de SEPTIEMBRE de 2000

ORGANIZA el SERVICIO DE TERAPIA OCUPACIONAL del HOSPITAL BORDA

X Jornadas de Terapia Ocupacional

EJES TEMÁTICOS:

- *Rehabilitación Psicosocial como estrategia de abordaje en las personas con sufrimiento psíquico
- * Desinstitucionalización: aspectos legales, económicos y sociales de su implementación

JUEVES 7 DE SEPTIEMBRE

COORDINADORA : T.O *Marcela Alicia Capozzo*

8.00 HS ~~Inscripción~~
8.30 HS PALABRAS DE APERTURA
-Autoridades de la Institución- y de la Comisión Organizadora

10.00 HS PANEL : "Función de la curaduría en la Rehabilitación del paciente con trastornos psíquicos"
Dra MYRIAM DE SOUZA y Dra FABIANA DELGADO
Abogadas de la Curaduría de Alienados del Poder Judicial Pcia. de Buenos Aires / *Dr. Orlando Perez - -*

10.45 HS RECESO

11.00 HS RELATOR INVITADO: Licenciada en *T.O LILIANA PAGANIZZI*, Secretaria por la Argentina de la WAPR/AMRP. Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial - T.O De la Curaduría del Poder Judicial La Plata. Docente ENTO .UNSAM.
"Rehabilitación Psicosocial como estrategia de abordaje en las personas con sufrimiento psíquico"

11.45 HS PANEL - *Integrantes del Vivero "LOS AMIGOS"*

VIERNES 8 DE SEPTIEMBRE

9.00 HS INSCRIPCIÓN

9.30 HS PANEL: " Desinstitucionalización: Aspectos sociales, políticos y económicos de su implementación"
COORDINADOR : *Dr JUAN CARLOS STAGNARO*- Médico Psiquiatra- Docente de la UBA Facultad de Medicina
Director de la Revista VERTEX
Sra Legisladora de la Ciudad de Buenos Aires *JULIANA MARINO* Comisión de Salud
LIC ARTURO SCHWEIGER- Economista ,Docente de la Maestría de Salud Pública. UBA

10.30 HS RECESO

COORDINADOR : *TO Sara Daneri*
"Desinstitucionalización, aspectos legales"
Dr NICOLOSI y Colaboradores - Director de la Curaduría Oficial de la Nación

10.45 HS

12.00 HS CIERRE

ANEXO

Jornadas 10 y 11

En este Anexo , el lector/a encontrará los afiches y programas publicitando las X y XI Jornadas de Terapia Ocupacional , que se realizaron en el Hospital Borda en los años 2014 y 2016.

La modalidad fue de paneles /mesas redondas y conferencias, convocadas por el equipo del servicio de Terapia Ocupacional, a diferencia de las nueve anteriores en las que se habilitaba la presentación de trabajos libres.

Nuestra intención de nombrarlas e incluirlas aquí es dar a conocer las temáticas que nos ocupaban en ese momento y completar la línea de tiempo iniciada con esta recopilación de trabajos.

También queremos destacar la Feria de Emprendimientos Sociales que se llevó a cabo en el intervalo de las Jornadas y el trabajo de los usuarios que oficiaron de asistentes de sala ubicando al público en el Teatro, participando de la actividad de éstas jornadas.

Nos queda pendiente la tarea de recuperar las ponencias presentadas en estas dos jornadas

EQUIPO DE RECOPIACIÓN DE FUENTES JORNADAS
Servicio de Terapia Ocupacional Hospital Borda

X JORNADAS DE TERAPIA OCUPACIONAL DEL HOSPITAL BORDA

“Celebrando los 55 años de la carrera de Terapia Ocupacional en el Argentina”

Convocan: Área de Extensión, ICryM- UNSAM
Serv. TO Hospital Borda-Asociación de Profesionales del Hospital Borda.

Programa

8.30 Inicio de la Jornada

Apertura

9.00 Palabras de bienvenida Asoc. Prof. Borda y Áreas de Extensión ICryM UNSAM
Servicio de TO Hospital Borda

Presentación Equipo de Terapia Ocupacional del Hospital J. T. Borda

9.30 “Un recorrido por las prácticas del servicio de TO en su articulación al contexto”
10.00 Proyección video del Emprendimiento Social en Salud Ciclopapel
10.15 “Construcción de sentido desde una perspectiva política de la Terapia Ocupacional”
10.45 Presentación del Libro Enramado a cargo del Emprendimiento Social en Salud
YBYTU Vientos de Cambio
11.00 Espacio de intercambio y preguntas

11.15 Intervalo

Conferencia

11.45 **Prof., Frank Kronenberg** | Co-Fundador de Terapia Ocupacional sin Fronteras
“Ocupaciones colectivas: conceptos y practicas actuales”

13.00 Cierre de la Jornada

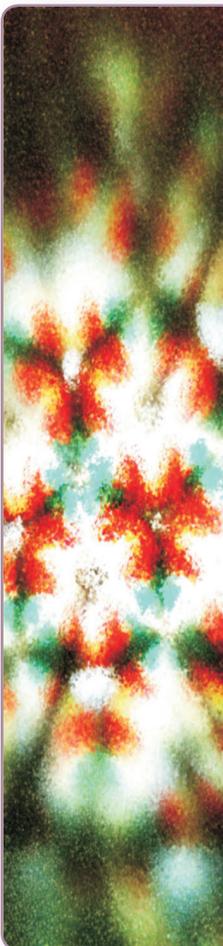
Viernes 29 de Agosto - de 8.30 a 13 hs
Aula Magna de la cátedra del Hospital Borda

Informes y inscripción: extension.icrym.unsam@gmail.com
hasta el 26 de agosto
Cupo limitado | Actividad no arancelado



UNSAM
UNIVERSIDAD
NACIONAL DE
SAN MARTÍN





XI Jornadas del Servicio de Terapia Ocupacional Hospital José T. Borda

Miércoles 31 de Agosto y Jueves 1 de Septiembre de 2016
De 9:00 hs. a 13:00 hs.

Los invitamos a participar de dos días de trabajo, reflexión, y diálogo. A transitar espacios de intercambio a modo de caleidoscopio: sustraernos de lo cotidiano, dejarnos cautivar por los fragmentos, tomar posición para integrar y volvernos así al mundo.

Les proponemos mirar nuestra práctica a través de los siguientes ejes:

- * **Reflexiones en clave histórica.**
- * **La perspectiva de género y las prácticas de cuidado.**
- * **Intervenciones clínicas e institucionales**
- * **Salud integral... La frontera de la práctica.**

Más información a:

Jornadastoborda@gmail.com

Lugar del encuentro:

Teatro (4° piso) del Hospital José T. Borda
- Ramon Carrillo 375 , Ciudad Autónoma de Buenos Aires-

XI Jornadas del Servicio de Terapia Ocupacional Hospital José T. Borda

**Miércoles 31 de Agosto de 2016
De 9:00 hs. a 13:00 hs.**

9.00 hs.: ACREDITACIÓN

9.10 a 9. 20 hs.: APERTURA - Comisión Organizadora

9.20 a 10.50 hs.

BLOQUE: REFLEXIONES EN CLAVE HISTÓRICA

Coordinación: Lic. Elisabeth Gómez Mengelberg y Lic. Daniela Testa

“Intersecciones entre historia, género y profesiones socio-sanitarias”

Lic Karina Ramaciotti

**“Eco de las Mercedes, periódico realizado por pacientes del hospicio
de las Mercedes a principios del siglo XIX”**

Lic. Elisabeth Gómez Mengelberg

**“De producción nacional: Materia Prima, revista independiente
de Terapia Ocupacional”**

Lic. Andrea Monzón

11.00 a 11.30 hs.: RECESO.

Feria de emprendimientos del Hospital Borda

11.30 a 13.00 hs.

BLOQUE: LA PERSPECTIVA DE GÉNERO Y LAS PRÁCTICAS DE CUIDADO

Coordinación: Lic. Silvia Narváez y Lic. Sandra Spampinato

**“De destinatarios a proveedores de cuidados. Organización de
los cuidados por parte de personas en situación de vulnerabilidad social”**

Lic. Karina Brovelli

“Residencia de mujeres del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires”

Lic. Verónica García Ariceta.

“Los caminos de la vida en el ESS: maternidad y cuidados”

Lic. Silvia Narváez, Lic. Sandra Spampinato y Lic. Daniela Testa

XI Jornadas del Servicio de Terapia Ocupacional Hospital José T. Borda

**Jueves 1 de Septiembre de 2016
De 9:00 hs. a 13:00 hs.**

9.00 hs.: ACREDITACIÓN

9.10 a 10.50 hs.

BLOQUE: INTERVENCIONES CLÍNICAS E INSTITUCIONALES

Coordinación: Lic. Marcela Capozzo y Lic. Mónica Sagrera

“Los No circuitos - 4 situaciones clínicas e institucionales”

Lic. Mirta Manghi, Lic. Araceli Andrade, Lic. Susana Momenti,
Lic. Elisabeth Gómez Mengelberg, Lic. Marcela Capozzo,
Lic. Mónica Sagrera

“Taller de Alfabetización”

P.S Dora Lizárraga

11.00 a 11.30 hs.: Receso.

Feria de emprendimientos del Hospital Borda

11:30 a 13.00 hs.

BLOQUE: SALUD INTEGRAL...FRONTERAS DE LAS PRÁCTICAS

Coordinación: Lic. Araceli Andrade y Lic. Marcela Guzmán

“Como por arte de magia, orquestando la recuperación de un artista”

Lic. Silvia Citro

“Cierre de Práctica Clínica del Hospital Rocca” (Video)

Lic. Florencia Itovich y Johana Sumbaya

CIERRE

**Taller de Circo del
Frente de Artistas del Hospital Borda**

Este libro se terminó de editar en la ciudad de Buenos Aires, en agosto de 2023.



*Generando redes para la participación
y el crecimiento colectivo*