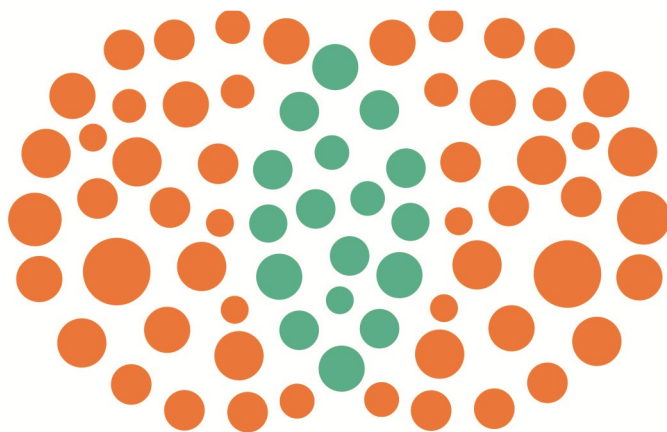
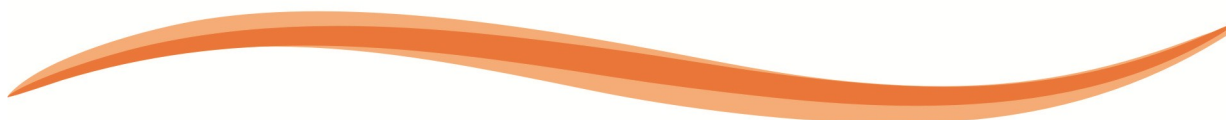




IX CONGRESO ARGENTINO de TERAPIA OCUPACIONAL

El encuentro con el otro transforma escenarios



9 al 12 de septiembre de 2015 Paraná | Entre Ríos



COMITÉ ORGANIZADOR

Presidenta: Betiana Fornara
VicePresidenta: Natalia Yujnovsky
Secretaria: Luciana Arrieta
ProSecretaria: Catalina Ruiz
Tesorera: Lorena Soria
ProTesorera: Bernardita Castro
Secretaria Científica: María Rosa Aussière
Vocales:
Camila Stellato - Mariana Rey - Cristina Tessio
Vocales Suplentes:
María Juliana Deu - Luciana Hatt - Lucrecia Batistuta

AUTORIDADES DEL CoTOER

Presidenta: Valeria Calienni
Presidente en función : Fernando Rickert
VicePresidente en función: Laura Beltramino
Secretaria: Claudia Céspedes
ProSecretaria: Georgina Pinnola
Tesorera: María Sol Chaves
ProTesorera: María Gabriela Milocco
Vocales Titulares: Bernardita Castro
Vocales Suplentes: Silvia Gieco - Leonardo Joannas

COMITÉ CIENTÍFICO

Gabriela Verónica Adur
Andrea Albino
Carolina Alchouron
Silvia Beatriz Alzola
Liliana Arce
Claudia Batistoni
Miriam Belhart
Julia Benassi
Carla Boggio
Mariana Buitron
Fabiana Cacciavillani
Gabriela Capel
Marcela Capozzo
Bernardita Cárdenas
Luis Chaura
Liliana Cristiani
Mauro Demichelis
Milagros Demiryi
Floencia Donayo
Marcelo Esper
Emilia Fraile
Laura Frutos
Ema Garcia Cein
Andrea Gaviglio
Ruth Leegstra
Rita Martínez Anton
Mariela Nabergoi
Liliana Paganizzi
Cecilia Paillet
Mariel Pellegrini
Romina Peter
Silvia Polinelli
Cecilia Prada
Viviana Pradolini
Gladys Rearte
Magalí Risiga
Melania Ron
Cecilia Serra
Sandra Spampinato
Marcela Stefanolo
Silvana Suppo
Daniela Testa
Malvina Tunineti
Carlota Vega
Sandra Westman

Yujnovsky, Natalia; Luciana Arrieta

El encuentro con el otro transforma escenarios / Natalia Yujnovsky ; Luciana Arrieta; compilado por Natalia Yujnovsky ; Luciana Arrieta. - 1a ed. - Paraná : Editorial Fundación La Hendija, 2017.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-3900-67-9

1. Terapia Ocupacional. I. Arrieta, Luciana II. Yujnovsky, Natalia, comp. III. Arrieta, Luciana, comp. IV. Título.

CDD 615.8515

Diagramación: Laura Martincich

Editado por Fundación La Hendija

Gualeguaychú 171 (C.P.3100)

Paraná. Provincia de Entre Ríos.

República Argentina.

Tel:(0054) 0343-4242558

e-mail: editorial@lahendija.org.ar, editoriallahendija@gmail.com

www.lahendija.org.ar



"El encuentro con el otro transforma escenarios", compilación de los trabajos presentados en el IX Congreso Argentino de Terapia Ocupacional (2015) se encuentra bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 3.0 Unported.



Atribución — Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el autor o el licenciante (pero no de una manera que sugiera que tiene su apoyo o que apoyan el uso que hace de su obra).



No Comercial — No puede utilizar esta obra para fines comerciales.



Compartir bajo la misma Licencia — Si altera o transforma esta obra, o genera una obra derivada, sólo puede distribuir la obra generada bajo una licencia idéntica a ésta.

Texto completo de la licencia disponible en: http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/deed.es_AR

Índice

PRESENTACIÓN	15
Panel Sudamericano de Apertura: Realidad y perspectivas de la Terapia Ocupacional en la región Sudamericana	16
Conferencias	21
•T.O. en Comunidad - Comunidad en T.O. <i>Liliana Paganizzi</i>	22
•Autismo: prevalencia de los trastornos de procesamiento sensorial, sueño, alimentación y evacuación. <i>María Rosa Nico.</i>	34
•Procesamiento Sensorial Atípico y Dibujo de la Figura Humana. <i>Maria Rosa Nico.</i>	35
•Re – Habilitación del Paciente amputado de miembro superior. <i>Jimena Del Piccolo.</i>	36
•Accidente Vascular Encefálico. Lo que sabemos hasta el momento. Lo que necesitamos saber para el futuro. Lo que sirve como tratamiento. Lo que no sirve. <i>Janine Hareau.</i>	38
•La terapia ocupacional antes de la terapia ocupacional en Argentina. Antecedentes y delimitaciones de un campo de intervención en disputa (primera mitad del siglo XX) <i>Daniela Edelvis Testa.</i>	50
Mesas redondas	57
•Mesa redonda: Emprendimientos sociales. El trabajo como posibilidad de inclusión social Disertantes: <i>Silvana Narvaez, Cecilia Serra</i>	58
•Mesa redonda: Políticas públicas en el paradigma de la ampliación de derechos. El lugar del T.O. Disertantes: <i>Alejandro Guajardo, Marcela D'Angelo, Betiana Fornara, Luis Chaura, Juan Manuel Zorzoli</i>	63
•Mesa redonda: Capacidad jurídica. Nuevos marcos regulatorios: de la tutela al ejercicio de derechos. Disertantes: <i>Claudio Alderete, Maximiliano Bruera, Gabriela Zalazar, Cecilia Mussi</i>	67
•Mesa redonda: Nuevos paradigmas y herramientas en proceso de evaluación. Disertantes: <i>Olga Pinella, Bernarda Liceda, Miriam Scaffa</i>	74
•Mesa redonda: Complejizar la educación, repensando nuestras prácticas Disertantes: <i>Carina Muñoz, María Luisa Herrera, Carla Boggio, Patricia Coronel, Mariela Ramallo.</i>	80
•Mesa redonda: Perspectivas de género y prácticas de salud y cuidados Disertantes: <i>Liliana Loyola, Alfonsina Angelino, Carina Carmody, Lorena Gurriera, Lydia Pérez Acevedo</i>	87
•Mesa redonda: Abordajes en pacientes neurológicos: ¿Cómo lo pienso? ¿Cómo lo hago? Disertantes: <i>Ana Lis Roldan, Melania Ron, Andrea Iriarte</i>	96
•Mesa redonda: La intervención no farmacológica en las demencias Disertantes: <i>Federico Quaglia, Silvia Carrizo, Milagros Roselló</i>	101
•Mesa redonda: Lógicas sustitutivas en el campo de la salud mental. Viejas tensiones, nuevas posibilidades.	

Disertantes: <i>Rita Martínez Anton, Elisabeth Gómez Mengelberg, Mirta Manghi, Susana Moment, Mónica Sagrera.</i>	106
•Mesa redonda: Prácticas vinculadas a la inclusión social. Transmisión y distribución de los bienes culturales	
Disertantes: <i>Norma Barbagelata, Soledad Artigas, Emilia Fraile</i>	120
•Mesa redonda: Leyes de ejercicio profesional. Reconfiguración del campo. Vinculación con el Estado y otras profesiones.	
Disertantes: <i>Sara Daneri, Laura Pérez, Rosana Ariño, Laura Beltramino</i>	127
Mesas de comunicaciones libres y Trabajos de Investigación	131
•Mesa 1: Formación de grado e investigación	132
»Supuestos teóricos y epistemológicos de los marcos conceptuales de práctica en los objetos de estudios abordados en los trabajos finales de la Licenciatura en Terapia Ocupacional. Autor: <i>Demichelis, Mauro, A.</i>	133
»Aportes de Terapia Ocupacional para la reducción y prevención de riesgos de desastres. Reflexiones de una investigación-acción participativa. Autores: <i>Ariño, Rosana Verónica; Boffelli, Mariana Margarita; Boggio, Carla Rosana; Chiapessoni, Daniela Verónica; Demiryi, María de los Milagros; Quinteros, Cristian Alberto.</i>	137
»Experiencia en la implementación de la estrategia docente Aprendizaje Basado en Problemas, en la cátedra de Ortesis y Ortopedia de la UNdMdP. Autores: <i>De Falco, Rosanna; Lis, Delia; Lopez, Marcela; Porro, Sandra</i>	142
»Laboratorio de Tecnologías de Apoyo en la carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional, Universidad Nacional de Villa María. Autoras: <i>Bustos, Andrea Alejandra; Flores, Mariana.</i>	147
»Experiencias de Aprendizaje Prácticas para la Formación de Terapeutas Ocupacionales en un currículo basado en competencias. Autoras: <i>Soto Reyes, Paula Andrea; Hanne Altermatt, Christel.</i>	151
•Mesa 2: Emprendimientos y ciudadanía	157
»Emprendiendo Libertades: Facilitando encuentros de un usuario con su hacer. Autores: <i>Andrade, Araceli Marisa; Manghi, Mirta Elena.</i>	158
»Trabajo intersectorial en la gestión y acompañamiento de prácticas laborales con usuarios del dispositivo Hospital de Día. Autores: <i>Bartoli, Luciano; Rodriguez, Anabella; Yujnovski, Natalia.</i>	162
»La ludoteca escolar: Una experiencia de trabajo colectivo. Promoviendo conciencia colectiva. Autores: <i>Bottinelli, María Marcela; Albino, Andrea Fabiana.</i>	166
»Efectos de Visibilización, Discriminación y Racismo en el Desempeño de Terapia Ocupacional en el Sistema Público. Autores: <i>García Ariceta, Verónica; Popritkin, María Cecilia.</i>	171
•Mesa 3: Formación y Universidad	175
»Estado, Universidad y Territorio: "Inclusión ocupacional, participación comunitaria y Promoción de Derechos". Autores: <i>Lic. Gómez Pineda, Roberto; Lic. Gil Puentes, Ximena; Baiud, Alejandra.</i>	176
»Los estudiantes universitarios como actores de cambio en Salud Mental. Lecturas a partir de las prácticas de Terapia Ocupacional. Autoras: <i>Yujnovsky, Natalia; Vinzón, Valentina; Micozzi, Florencia Inés.</i>	179
»Transformando escenarios educativos: Propuesta de Innovación curricular para alumnos de Psicología General de primer año de la Licenciatura en Terapia Ocupacional (UNL). Autores: <i>Abi Saad, Vanina Margarita; Rondina, María Celeste.</i>	183

»La tutoría en investigación. Posibilidades y aportes a la formación permanente de terapeutas ocupacionales de la actividad de construcción de proyectos. Autor: <i>Capozzo, Marcela Alicia</i>	187
•Mesa 4: Comunidad y atención primaria	192
»Espacios de juego comunitarios: Un proyecto de extensión. Autores: <i>Polinelli Silvia Noemí; Paiva Karina Edith</i>	193
»La inclusión de Terapia Ocupacional en un Centro de Salud de la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Autora: <i>Julietta Briglia</i> .	196
»Foco, Clic: Espiritualidad. Análisis del contenido del Concurso Fotográfico 2014 "La espiritualidad en la ocupación de crianza de niños". Autores: <i>Cacciavillani, María Fabiana; Seijo, Florencia Cecilia; Delfino, Marcela Andrea; Bertolotto, Maricel Edith; Leegstra, Rut Cristina; Prada, María Cecilia; Anderson, Mariela; Cristiani, Liliana Sandra; Remesar, Sergio Esteban; Polinelli, Silvia; Torres, Noelia</i> .	201
»Rayuela: construcción conjunta y articulación de saberes. Del lado de acá y de ambos lados. Autoras: <i>Liliana N. Arce, Ma. Cristina Chardon</i> .	205
•Mesa 5: Rehabilitación en miembro superior	209
»Revisión sobre los Avances en la rehabilitación en personas con Lesión medular, rehabilitación de los Miembros Superiores, ¿estamos cerca? Autora: <i>Mariana Bonetto</i>	210
»Recuperación motora del Miembro Superior: Observación de la acción y estimulación de nervio periférico, como herramientas complementarias en la rehabilitación de pacientes con Accidente Cerebro Vascular (ACV) Sub Agudo. Autores: <i>Lado, Vanina; Bonamico, Lucas; Portela, Manuel</i> .	215
»Abordaje en Síndrome del Túnel Carpiano: Análisis de tratamientos conservadores. Autor: <i>Rodríguez Canitrot Gabriela; Santoro, Aguirre Romina V.; Silva Emilia</i> .	221
»Realización de un Dinamómetro para la evaluación objetiva de los músculos motores del brazo en un proceso de investigación interdisciplinaria. Autores: <i>Cicilino, Adrián; Márquez, Aníbal; De Falco, Rosanna; Porro, Sandra; Bisio Lucas; Gutiérrez, Gastón; Esteves, Álvaro; Ruiz, Ducos; L., Saugar, Fontan M.N.; Schroh, Jorge</i>	227
»Ortopedia de inmovilización 3d. Estructura de inmovilización para miembro superior. Autores: <i>Mato Pagano, Alan Javier; Tamareu, Flavio Misael</i> .	232
•Mesa 6: Prácticas en salud mental	237
»Terapia ocupacional: prácticas y sus transformaciones en el entramado de las leyes de salud mental y la salud colectiva. Autoras: <i>Testoni, Cecilia Rita; Ingui, Patricia Rosa</i> .	238
»Antecedentes en la formación interdisciplinaria y comunitaria en salud mental integral. El Servicio de Psicopatología del Htal. Aráoz Alfaro y los posgrados en Salud Mental Comunitaria de la UNLa como propuestas formativas fundantes en salud mental. Autores: <i>Bottinelli, María Marcela; Frankel, Daniel; Nabergoi, Mariela; Remesar, Sergio Esteban; Díaz, Francisco Manuel; Maldonado, Carolina Ruth, Albino, Andrea</i> .	244
»Recorriendo un camino hacia la autonomía. Autores: <i>Abi Saad, Vanina; Mazzón, Ma. Magdalena; Mendieta, Luciana; Quiroga, Carolina; Sturla, Alexis</i> .	251
»Importancia adjudicada a la promoción y a la prevención primaria en salud mental por parte de los profesionales de la salud mental. Autora: <i>Heredia, Ana Verónica</i>	256
•Mesa 7: Formación de grado y posgrado	260
»Intervenciones de Terapia Ocupacional en los procesos de externación de personas con padecimiento mental, alojadas en el Hospital Escuela de Salud Mental de la ciudad de Paraná, Entre Ríos. Autores: <i>Albrecht, María Eugenia; Carmagnac, Sophie Muriel; Flori, Pamela Evelyn</i> .	261

»Formación extra-curricular en docencia para graduados. Articulación de saberes disciplinares. Psicología General y Terapia Ocupacional. Oportunidades de transformación en la educación universitaria. Autores: <i>AbiSaad, Vanina Margarita; Rondina, María Celeste.</i>	264
»Espacios de formación en la Residencia Básica que contribuyen al desarrollo de competencias laborales necesarias en Terapia Ocupacional. Autor: <i>García Sartirana Agustina Mariel.</i>	269
•Mesa 8: Desarrollos conceptuales. Terapia Ocupacional Social	273
»Sobre la emergencia de los fundamentos sociales de nuestra profesión: producciones argentinas de los años '80. Autora: <i>Liliana Paganizzi.</i>	274
»El Síndrome pos-polio. ¿Una nueva "etiqueta" vieja? Autora: <i>Daniela Edelvis Testa</i>	279
»Intervención de Terapia Ocupacional centrado en la familia en el Hospital El Dique, Ensenada. Autora: <i>Alzola, Silvia.</i>	285
»La revolución de los rengos. Origen del derecho al trabajo de las personas con discapacidad en la Argentina. Autora: <i>Liliana Sbriller.</i>	288
•Mesa 9: Formación de grado. Aportes y reflexiones	298
»Actividades políticas y participación desde la formación "...Uy ...el power". Autora: <i>Liliana Paganizzi.</i>	299
»El Aula Como Escenario de Encuentros en un nosotr@s para la formación profesional comunitaria. Autores: <i>D´angelo, Marcela; Donayo Florencia; Henrich, Veronica.</i>	303
»Producción de contexto y conocimiento desde la práctica en la formación de grado. Autores: <i>Pradolini, Viviana Albina; Alegre, Luciana Gisela; Testoni, Cecilia Rita.</i>	307
»Las paradojas que nos ocupan... en las prácticas de Terapia Ocupacional. Autora: <i>Fenoglio, Fabiana Lucía.</i>	310
»Participación ocupacional de la mujer rural del Municipio de Pamplona. Autores: <i>Contreras Jauregui, Magda Milena; Triana, Heidi; Villafañe, Lizeth.</i>	314
•Mesa 10: Rehabilitación física	341
»Dignidad Ocupacional en personas con secuelas secundarias a daño neurológico severo. Autores: <i>Neumann Collyer, Vivian; Hernández Perez, Karla.</i>	342
»Una mirada diferente sobre la ocupación en los procesos de intervención de Terapia Ocupacional en pacientes con accidentes Cerebro Vasculares. Abordaje desde la teoría neurocognitiva. Autores: <i>Claudia Fabiana Rivelli ; Cyntia Eleonora Fraga.</i>	346
»Programa de Tecnología Asistiva y Estimulación Contingente para personas con alteración de la conciencia: experiencia de un caso clínico. Autor: <i>Lucila Carcavallo, Natalia Meda, Ivana Triay, Valeria Prodan, Daniel Villanueva.</i>	351
»Efectividad de la terapia de restricción en pacientes ACV subagudos y su impacto en la comunidad. Abordaje desde Terapia Ocupacional. Autores: <i>Lado, Vanina; Ron, Melania; Gianella, Matias; Olmos, Lisandro.</i>	356
»Participación en el ciclo educativo para familiares y cuidadores en el Programa de Rehabilitación. Autores: <i>Ron, Melania; Lado, Vanina; Bruna, Patricia.</i>	363
»Evaluación del desempeño en las Actividades de la Vida Diaria en Accidente Cerebro Vascular: seguimiento a los 24 meses. Autora: <i>Ron Melania.</i>	369
•Mesa 11: Abordajes en Pediatría. Herramientas de evaluación e intervención	379
»Desarrollo de una Guía Internacional para Monitorear el Desarrollo Infantil (GIMDI). Autores: <i>Carroli, Berenise; Sguassero, Yanina; Lencinas, María Virginia; Roldán, Daniela; Guerrero, Marcia; Eezckui, Augusto; Sacco, Erika.</i>	380
»Adaptaciones funcionales para el desarrollo de las AVD en Pediatría. Relevamiento de su uso en el hogar y/o escuela, luego de la prueba terapéutica realizada en FLENI.	

Autores: <i>Bargo, María Cecilia; Mauriño, María Evangelina; de Pascuale, Mónica; Intruvini, Silvia.</i>	386
»Análisis de instrumento de evaluación de desempeño de actividades de la vida diaria instrumental "Lawton & Brody". Autores: <i>Hernández Perez, Karla; Neumann Collyer, Vivian; Jerez Pimentel, María Fernanda.</i>	389
»Aproximación a una herramienta de evaluación formal de estereognosia para niños de pre-escolar, con edades de 5 y 6 años. Autor: <i>Alvarez, Maria de los Angeles; Cárdenas; María Bernardita.</i>	397
»Estimulación recibida y su relación con el desempeño funcional de niños de 2 a 5 años. Autora: <i>Minué Belber, Natacha Soledad.</i>	404
•Mesa 12: Niñez	413
»Aportes de Terapia Ocupacional en la primer Sala de Internación pediátrica de Salud Mental en un Hospital General del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Autores: <i>Eipstein Julia; Morinelli Sabrina.</i>	414
»Reflexiones acerca del anónimo transitar de jóvenes en el Hospital especializado en la Emergencia Psiquiátrica. Autor: <i>Nogueras, Magalí.</i>	418
»Los ritmos en la construcción de lo cotidiano. Continuidades y discontinuidades en las temporalidades de la época. Autores: <i>Benassi, Julia; Sarmiento, Camila; Vinzón, Valentina.</i>	422
»ESTUDIO PILOTO: La percepción del cuidado en la atención de un servicio de rehabilitación pediátrica en un hospital público del conurbano bonaerense. Autores: <i>Cledón, Soledad Florencia; Monzon, Juliana Laura; Prada, María Cecilia.</i>	427
•Mesa 13: Rehabilitación neurológica	431
»El equilibrio ocupacional de personas en tratamiento de diálisis crónica. Autoras: <i>Lobo Herrera, Julieta; López, Macarena Luz.</i>	432
»Adaptación y evaluación del programa de entrenamiento en lectura IOBA-PEL en pacientes con déficit visual por daño cerebral adquirido. Autora: <i>Dunand, Melisa.</i>	437
»Diseño de un Instrumento de Evaluación de desempeño en Actividades de la vida diaria instrumentales. Autores: <i>Neumann Collyer, Vivian; Hernández Pérez, Karla; Jerez Pimentel, María Fernanda.</i>	444
»Participación en actividades significativas y terapias alternativas como parte del cuidado compasivo: presentación de caso. Autora: <i>Pérez Riffo, Mariela Alejandra.</i>	449
»Facilitando la función. Experiencia de un dilema ético en Terapia Ocupacional. Autora: <i>Alves Eugenia.</i>	454
•Mesa 14: Educación	457
»Mirada socio-histórica de la educación especial y la Terapia Ocupacional. Autores: <i>Olga Mabel Martínez; Susana María Martín; Analía Guido; Micaela Catani.</i>	458
»Experiencia de Terapia Ocupacional en educación integral. Contándonos nuestra propia historia. Autores: <i>Encina, Valeria Cristina; Herrera Suárez, María Luisa.</i>	462
»El complejo marco de la Educación Integral y las propuestas de nuestra disciplina. Autores: <i>Céspedes, Claudia Mariel; Deu, María Juliana; Rimoldi, Cristina Andrea; Steillato, Paola Camila.</i>	466
»Perfiles funcionales en escolares de escuelas comunes. Aportes a la promoción de la participación en ocupaciones escolares. Autores: <i>Boggio, Carla; Marengo, Ana Carolina.</i>	470
»Participación social de los niños con discapacidad en escuelas especiales y comunes. Autores: <i>Luther, Ma. Magdalena; Murphy, Sofía; Wyss, Camila.</i>	475
»Liderando el juego, una experiencia en escuela especial. Terapia ocupacional. Un proyecto diferente. Autor: <i>Bruno, Natalia; Laura k. Cañones; Ferreiro, Mabel; Gil Puente, Ximena.</i>	479

•Mesa 15: Gerontología	482
»Multiplicidad de resultados de un taller para estimular la memoria de adultos mayores. El motor se pone en marcha. Autora: <i>Romina Banchemo</i>	483
»La gerontología educativa según la percepción de adultos mayores de la ciudad de Santa Fe. Autora: <i>Martín, Eliana</i> .	487
»El adulto mayor y su percepción acerca del desempeño en las actividades de la vida diaria. Una investigación en la provincia de Buenos Aires. Autores: <i>Gaviglio, Andrea; Finauri, María Laura; Adur, Gabriela</i> .	493
»Beneficio en el nivel funcional de pacientes con Demencia institucionalizados a partir de la intervención de Terapia Ocupacional. Autores: <i>Mara Maslavski.; Viviana Lost; Lic. Jesica Bezruk</i> .	498
•Mesa 16: Clínica en salud mental	503
»Situación clínica, tratamiento en Terapia Ocupacional, consulta externa Hospital Borda. Autora: <i>Gómez Mengelberg, Elisabeth</i> .	504
»Dispositivo de guardia en salud mental. El hacer del terapeuta ocupacional en el abordaje interdisciplinario de la experiencia de urgencia subjetiva. Autora: <i>Arias, Anabel</i> .	508
»Pasajeros en tránsito: Obstáculos en la clínica desde el Taller de cocina de internación de niños pequeños del Hospital Carolina Tobar García. Autores: <i>Castro Ares, Alejandra; Fernández, Silvia B.</i>	513
»Acompañamiento Terapéutico: Una estrategia para el encuentro. Autora: <i>Gloria Silva Espinosa</i> .	517
»Integración socio laboral, una multiplicidad posible. Autora: <i>Diaz Usandivaras, María Guadalupe</i> .	522
•Mesa 17: Rehabilitación laboral	526
»De las capacitaciones al trabajo. Una formación para las personas con discapacidad. Autora: <i>Bassi, Daniela Belén</i> .	527
»Calificación y competencias en trabajadores con limitación adquirida en la actividad y restricción en la participación laboral. Autora: <i>Sbriller, Liliana</i> .	532
»Programa de rehabilitación para personas en condición de inimputabilidad. Una esperanza rehabilitadora. Autora: <i>Segura Gómez, Luz Nubia</i> .	539
»Significaciones de ocupación, salud mental y peligrosidad que poseen los integrantes del Equipo perteneciente a la Dirección Provincial de Salud Mental (D.I.S) en el Instituto de Detención "La Capital", Unidad 2 Las Flores, Santa Fe. Autor: <i>Demichelis, Mauro A.</i>	542
»Retorno laboral luego de un daño al Sistema Nervioso Central adquirido. Autores: <i>Almeida, Inés; Aranguren, Isabel; Bruna, Patricia Inés; Carcavallo, Lucila; Saade, Andrea Soledad; Vih, Gabriela</i> .	548
•Mesa 18: Escenarios clínicos	553
»La relajación como práctica integrativa de salud: experiencias desde Terapia Ocupacional. Autores: <i>Castelli, María Belén; Indavere, Catalina; Malfitano, María Marta</i> .	554
»Intervención de Terapia Ocupacional en un cuadriamputado: adaptaciones. Autoras: <i>Aramburu, Josefina; Orellana, Silvia</i> .	558
»Abordaje de terapia ocupacional en paciente con acondroplasia y lesión medular. Autores: <i>Almeida, Inés; Bonetto, Mariana; Ron, Melania</i> .	560
»Deterioro cognitivo y conducción de automóviles. Resultados preliminares. Autores: <i>Bonetto, Mariana; Crivelli, Lucía</i> .	566
•Mesa 19: Participación ocupacional de la mujer	576

»Reflexiones acerca de la participación ocupacional de un grupo de mujeres de la Cooperativa UST de Wilde, Avellaneda. Autores: <i>Álvarez, Claudia Beatriz; Demiryi, María de los Milagros; Lindel, Natalia Beatriz; Pavicich, Cecilia; Piatis, Soledad.</i>	577
»Desempeño ocupacional y crianza. Análisis desde la perspectiva de género sobre desempeño ocupacional antes y después del nacimiento del primer hijo. Autores: <i>Anderson, Mariela; Cristiani, Liliana Sandra; Prada, María Cecilia; Leegstra, Rut Cristina; Polinelli, Silvia; Cacciavillani, María Fabiana; Bertolotto, Maricel; Remesar, Sergio Esteban; Torres, Noelia.</i>	583
»Terapeutas ocupacionales feministas. Desde el encuentro a la transformación. Autora: <i>Pardo, Magdalena.</i>	591
»Mujeres en riesgo. Un encuentro con las ocupaciones. Autoras: <i>Narváez, Silvia Elena; Muiña, Estela Laura.</i>	595
•Mesa 20: Terapia Ocupacional Social. Comunidad	599
»Terapia Ocupacional con familias en situación de calle. Autora: <i>Carlovich, Adriana Sandra.</i>	600
»Experiencias de sobrevivientes. Autores: <i>Suárez, María; Vallejos, Virginia.</i>	604
»Aportes de la Terapia Ocupacional en las subjetividades del núcleo social primario, como soporte básico en la construcción de identidades. Experiencia Interdisciplinaria. Autora: <i>Metz, Miriam Isabel</i>	609
»Análisis transversal de casos en contextos de vulnerabilidad desde la perspectiva de terapia ocupacional. Autores: <i>Metz, Miriam Isabel; Castelli, María Belén.</i>	614
»Prácticas Profesionalizantes: miradas y experiencias desde la Terapia Ocupacional. Autores: <i>Díaz, Denise; Lerner Matus, Analía.</i>	618
•Mesa 21: Experiencias de T.O. en formación	622
»EPA: (Educación Postural Activa) Una propuesta de abordaje somático, fundamentada en la práctica profesional, la docencia universitaria y la investigación científica. Autores: <i>Campisi, Alejandra; Porro, Sandra.</i> Co-autores: <i>Contreras, Marlene; Martinez, Julieta; Preckel, Barbara; Gutierrez, Fernanda; Bertochi, Julia; Gasparri, Natalia; Paolinelli, Natalia; Rolando, Soledad; Enev, Ana; Veloso, Julia; Ithurralde, Valeria.</i>	623
»El pasaje por la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) como Residente de Terapia Ocupacional del Gobierno de la ciudad de Buenos Aires. Autora: <i>Pascual, Daniela Soledad.</i>	629
»El impacto de la supervisión en el desarrollo de programas de T.O. Autora: <i>Paola Emilce Marcellán.</i>	634
»Experiencia de Terapia Ocupacional: el mural, como creación y transformación. Autora: <i>Deprati, Sofia Amelia.</i>	640
»Post conflicto y reinserción: un aporte desde la realización humana. Autores: <i>Castillo Aguas, Jenny Paola; Vargas Simbaqueba, Wendy Lizeth; Varón Caicedo, Valeria.</i>	644
•Mesa 22: Escenarios Comunitarios	649
»Ocupación y perspectiva de derechos en salud mental según el complejo normativo nacional e internacional de derechos humanos. Una mirada desde las epistemologías del sur. Autores: <i>Allevi, Magdalena; Benassi, Julia; Fraile, Ma. Emilia.</i>	650
»Importancia de las oportunidades de socialización en el desarrollo integral de los niños. Una mirada desde Terapia Ocupacional en hogares que perciben Asignación Universal por Hijo. Autoras: <i>Vega, María Carlota; Campisi, María Alejandra; Donati, Marisel; García Cein, Emma.</i>	656
»Allá lejos en la Patagonia: un escrito posible. Autora: <i>María Sol D'Angelo.</i>	663

»La producción en investigación científica de los terapeutas ocupacionales argentinos. Análisis de las investigaciones presentadas y publicadas en los Congresos Argentinos de Terapia Ocupacional en sus ediciones 2003, 2007 y 2011. Autores: *Martini, Marina Fernanda; Zerbonia, Carolina Verónica.* 687

»La Terapia Ocupacional y su relación con el trabajo organizacional. Autora: *Fernícola, Marta.* 672

•Mesa 23: Investigación 675

»Análisis de los roles ocupacionales en la problemática de adicción, desde la perspectiva de la reducción de daños. Autora: *Metz, Miriam Isabel.* 676

»Terapia Ocupacional desde una perspectiva de humanización hospitalaria. Experiencia de trabajo en San Pablo, Brasil. Autores: *Castelli, María Belén; Deprati, Sofia Amelia.* 681

»Cuerpos en estado enlatado. Experiencia de un dispositivo psicodramático. Autores: *Percara, María José; Sottini, María Cecilia.* 684

»Preparación para la intervención de terapeutas ocupacionales en desastres. Una propuesta de investigación y capacitación de posgrado para Latinoamérica. Autores: *Ariño, Rosana; Boffelli, Mariana; Boggio, Carla; Chiapessoni, Daniela; Demiryi, María de los Milagros; Quinteros, Cristian.* 688

•Mesa 24: Gestión y Políticas Públicas 693

»Reflexiones acerca de la intervención profesional de los terapeutas ocupacionales en la programación y planificación de políticas públicas. Autores: *Fornara, Betiana; Sian, Vanina Soledad; Noro, Cristina Gladis Raquel; Bustos, Claudia Teresita.* 694

»Terapia Ocupacional en el nordeste argentino. Informe de situación. Autores: *Fernández Lorefice, Claudia; Mansur, Lorena; Speroni, Fabiana; Godoy, Ana.* 698

»De un proyecto a su gestión: Ley Nacional 27.051/14 de Terapia Ocupacional. Autoras: *Sara Daneri; Laura Pérez.* 700

»Propuesta de Rehabilitación Profesional en el Servicio de Rehabilitación del Hospital Público de Esquel. Autora: *María Elena Tiscornia.* 705

»El discurso social sobre la Terapia Ocupacional en sus inicios en Santa Fe, Argentina. Análisis de una nota periodística. Autores: *Pradolini, Viviana; Guillaume, Débora; Vallejos, Oscar.* 709

•Mesa 25: Terapia Ocupacional en Salud Mental. Propuestas conceptuales 715

»Construyendo nuevos escenarios: un encuentro entre la narrativa y la terapia ocupacional. Autora: *Rondina, María Celeste.* 716

»La construcción de sentido desde una perspectiva de la terapia ocupacional. Autores: *Sandra Spampinato; Silvia Narváez; Daniela Testa.* 720

»La narrativa en la complejidad de la experiencia. Autora: *Arias, Anabel.* 724

»Recorriendo la inserción social: "Experiencias de un grupo heterogéneo". Autores: *Vieyra, Brenda R.; Torres Ardila, M. Juliana; Spano, Lucas N.; Ciampa, M. Agostina.* 729

»Desarrollo del conocimiento disciplinario: La evolución de los estudios de la ocupación publicados en Revista Chilena de Terapia Ocupacional 2001-2014. Autores: *Rueda C, Laura; Gómez L., Silvia; Cifuentes L., Diego; Morrison J., Rodolfo; Tapia C., M^a Jesús; Sepúlveda P., Rodrigo; Henny K., Enrique; Zavala B., Daniel.* 734

Rondas 739

»Conversaciones sobre Terapia Ocupacional en clave de género.

Disertantes: Macarena Abregú, Julieta Briglia, Florencia Donayo, Sol Cavia.

Coordinación: Sandra Spampinato, Daniela Testa. 740

Talleres	743
»Mapeando el territorio: vivencias de Terapeutas Ocupacionales en Salud Mental Coordinan: Ana Heredia, Julieta Briglia, Miriam Smoler, Sandra Spampinato, Verónica García Ariceta, Yesica Lasalla.	744
»Taller del Servicio de Terapia Ocupacional del Hospital Borda. C.A.B.A. Coordinan: Araceli Andrade, Marcela Capozzo, Elisabeth Gómez Mengelberg, Mirta Manghi, Susana Momenti, Mónica Sagrera.	747
Posters	750
»El uso del Instrumento Lawton & Brody por profesionales de Terapia Ocupacional en la Provincia y Ciudad de Buenos Aires. Autores: <i>Suppich, Fernanda María; Ciampa, María Agustina.</i>	751
»La importancia de la escucha terapéutica en una central de acogida de ancianos. Autores: <i>Telles Silva, Soraya da Conceição; Guazzelli Fonseca, Ana Terra; Santos da Silva, Viviane; Gemaque Pinho, Suelen; Araujo de Carvalho, Claudia Reinoso.</i>	754
»La relación entre los papeles ocupacionales y la cualidad del tiempo de permanencia en una central de recepción de ancianos socialmente vulnerables. Autores: <i>Guazzelli Fonseca, Ana Terra; Telles Silva, Soraya da Conceição; Santos da Silva, Viviane; Gemaque Pinho, Suelen; Araujo de Carvalho, Claudia Reinoso.</i>	756
»Tecnología Asistiva en Locked In. Acceso a las Tecnologías de la Información y la Comunicación. Autores: <i>Triay, I.; Carcavallo, L.; Prodan, V.; Meda, N.; Villanueva, D.; Bonamico, L.</i>	758
»Encuentro nacional de estudiantes y egresados de Terapia Ocupacional (ENEETO). Autores: <i>Burin, Melisa Mariel; Beltrami, Carla María; Laglaive, José Hernán; Uriarte Alewaerts, Rocío.</i>	760
»Pasantías de Terapia Ocupacional Comunitaria del Movimiento Participar. Autora: <i>Paola Emilce Marcellán.</i>	764
»Aporte de T.O: Construyendo escenarios de riesgo. Autores: <i>Giacosa Jesica, Miño Soledad, Peleato Laura.</i>	766
»Código de ética en terapia ocupacional. Autores: <i>Salzamendi, Ma. Jazmin; Supervisa: Presa, Juliana.</i>	768
»Compartiendo experiencias de terapia ocupacional en la residencia interdisciplinaria en salud mental (RISaM). Autores: <i>Della Savia, Celeste; Pedroni, Carla; Rey Mariana; Reynoso Rocío; Rodríguez Anabella, Tomatis Lia.</i>	770
»Integratón Bruno Margaría. Autora: <i>López, Magalí.</i>	771
»Participación del bebé en relaciones diádicas con el adulto, en niños a los 2-4-6 meses de edad que posteriormente fueron diagnosticados con trastornos del espectro autista. estudio retrospectivo - microgenético de casos desde las coordenadas de las artes temporales. Autores: <i>Tinta, María Ernestina; Zenklusen, Selene; Benassi, Julia; Ospina Tascón, Vivian.</i>	772
»Participación social del anciano: estudio bibliométrico de la producción científica reciente (2010-2013). Autores: <i>Carolina Rebellato, Maria Cristina Piumbato Innocentini, Hayashi Thelma Simões Matsukura; Ana Terra Guazzelli Façanha Fonseca.</i>	773
»T.O en el desarrollo de prácticas comunitarias en situación de riesgo. Autores: <i>Giacosa Jesica, Miño Soledad, Peleato Laura.</i>	774
»Ayudas técnicas en baja tecnología apoyando la Autonomía a través de la accesibilidad. Autores: <i>Garriga, Jimena; Romano, Gabriela.</i>	777

»Interdisciplina en la reinserción laboral de un paciente con TEC en ámbito hospitalario. Autora: <i>Weihmuller, Irene</i> .	778
»La tecnología al servicio de la Rehabilitación. El uso de las redes sociales en personas con Traumatismo Encéfalo Craneano. Autores: <i>Pattacini; Torres Ardila, María Julia; Ciampa, María Agostina; Suppicich, Fernanda</i> .	779
»Realidad Virtual y Videojuegos en Rehabilitación: Experiencia CAU-UNSAM. Autor: <i>Aranda; Juan José</i> .	780
»Terapia ocupacional y dolor crónico por cervicalgia. Autora: <i>Amuchastegui, Carolina</i> .	781

PRESENTACIÓN

Este libro reúne la mayor parte de las producciones que confluyeron en el IX Congreso Argentino de Terapia Ocupacional, llevado a cabo en la ciudad de Paraná del 9 al 12 de septiembre de 2015 bajo el lema “el encuentro con el otro transforma escenarios”.

Los Congresos son ámbitos privilegiados para la construcción del cuerpo profesional y la posibilidad de que se compartan allí las producciones de terapeutas ocupacionales de Argentina, y de otros países de latinoamérica, constituye una oportunidad única para el intercambio, el debate y en definitiva el crecimiento de la profesión. En este sentido, los congresos dejan a disposición un capital de sistematizaciones y producciones muy valioso y casi único en cantidad y variedad.

Las comunicaciones libres y trabajos de investigación aquí publicados fueron evaluados y aprobados por el Comité Científico, integrado por prestigiosas colegas de diversos puntos del país. Para la conformación de dicho Comité se tuvo en cuenta la heterogeneidad de corrientes y campos de ejercicio que la terapia ocupacional comprende, convocando a cada uno en función de dar lugar a esta diversidad.

Esta misma diversidad de recorridos y miradas caracterizó también al Comité Organizador, por lo que la apuesta expresada en el lema fue haciéndose experiencia en el camino previo al Congreso y más aún en el desarrollo del mismo, donde se pueden confirmar que las diferencias pueden ser ocasión de encuentro y el encuentro ocasión de intercambio y transformación.

El programa del Congreso incluyó Mesas Redondas, Conferencias, Talleres y Rondas, actividades para las cuales la Secretaría Científica del Comité Organizador trabajó en delinear cada una de estas propuestas llevando adelante un trabajo previo de casi un año con los coordinadores e integrantes de mesa invitados. Resultaron tan valiosos estos espacios que se decidió solicitar a cada disertante invitado el texto escrito de su disertación o una síntesis de la actividad en el caso de Talleres y Rondas. Tratándose de una invitación a publicar, lograron reunirse sólo algunas de las ponencias, exceptuando quienes tenían comprometida la publicación de esos contenidos o quienes no llegaron en tiempo a enviarlo. Así mismo se solicitó a los coordinadores de Talleres y Rondas una síntesis de lo producido, algunas de las cuales se publican aquí.

El Comité Organizador ha tenido como horizonte y apuesta que el Congreso sea un ámbito inclusivo, que abra nuevas líneas de discusión, que ponga en visibilidad prácticas y desarrollos teóricos propios de la región, lo que entendemos hace a la vitalidad de nuestro colectivo. Esta apuesta se continúa con esta publicación y se mantiene activa en la medida que la misma circule y pueda ser consultada. Deseamos que en esa consulta, que en esa lectura del material aquí reunido, cada lector pueda dialogar con el autor del texto, pueda establecer una relación con lo que cada uno propone. De ser así habrá posibilidad de encuentro y transformación y el Congreso continuará vivo y en producción.

Panel Sudamericano de Apertura

Realidad y perspectivas de la Terapia
Ocupacional en la región Sudamericana

Disertantes:
Daniela Testa
Alejandro Guajardo
Lida Pérez
Sandra Galheigo

DANIELA EDELVIS TESTA

Las emociones y la imaginación ocupacional

Desde hace treinta años el Congreso Argentino de Terapia Ocupacional forma parte de nuestra tradición más afianzada y querida. Siempre es motivo de alegría y participación; es la oportunidad de autoafirmar y problematizar nuestra identidad, intercambiar ideas y ponernos al tanto, pensar-nos, imaginar-nos en pasado, presente y futuro. Es la tangible prueba de que no es posible ni deseable separar lo afectivo del proceso de imaginación y de producción de conocimiento.

Son muchos los desafíos de la Terapia Ocupacional en estos tiempos en la región sudamericana. Hoy voy referirme a un anudamiento que creo es una parte central de nuestra profesión o, al menos hoy me resuena especialmente relevante: el papel de las emociones y de la imaginación en nuestras prácticas, en nuestro saber hacer y en la construcción de nuestra profesión.

Las emociones y la imaginación son elementos indispensables, junto con otros, al momento de conocer y relacionarnos con el mundo. Efectivamente, ambos conceptos han sido objeto de reflexión de las ciencias sociales y humanísticas que han analizado el papel de las mismas en los sistemas occidentales capitalistas. Según define Eva Illouz (2007, p.15):

La emoción no es acción per-se, sino que es parte de la energía interna que nos impulsa a un acto, lo que da cierto "carácter" o "colorido" a un acto. La emoción, entonces, puede definirse como el aspecto "cargado de energía" de la acción, en el que se entiende que implica al mismo tiempo cognición, afecto, evaluación, motivación y el cuerpo. Lejos de ser pre-sociales o pre-culturales, las emociones son significados culturales y relaciones sociales fusionados de manera inseparable y es esa fusión lo que les confiere la capacidad de impartir energía a la acción.

La emoción, siempre concierne a un sujeto y a la relación con otros situados culturalmente. Así pues, una de las divisiones que organiza las sociedades entre hombres y mujeres, se basa y se reproduce en base a esquemas y culturas emocionales que caracterizan las masculinidades, las feminidades y las distintas formas de identidad de género. A partir de allí se producen jerarquías emocionales, según las cuales determinadas emocionalidades y sensibilidades se vuelven supuestamente mejores o más adecuadas para una cosa o para la otra y están permeadas por la cultura del consumismo y el mercado (Illouz, 2007; Bauman, 2007).

Es así como se conforman los modos de sensibilidad social y de regulación de las emociones, los cuales se materializan en prácticas concretas (de hacer, trabajar, jugar, decir, nominar, recordar, olvidar, etc.) y regulan las emociones sobre el mundo (miedo, bronca, envidia, resignación, indignación, impotencia, felicidad, esperanza, optimismo). Estos modos de sensibilidad acompañan las acciones de rechazo, de repugnancia o de aceptación, etc. y se constituyen en mecanismos que vuelven *soporable* lo que podría ser *insoporable*. Muchas veces estos mecanismos obturan la conflictividad y restringen de ese modo la posibilidad de reaccionar ante un mundo cada vez más doloroso. Otras, provocan impulsos hacia la búsqueda de cambios (Scribano, 2008; Cervio, 2012). Es posible entonces establecer diversos estilos emocionales concebidos como las maneras de pensar al sujeto en la relación con los otros y de imaginar sus posibilidades (Illouz, 2007).

La imaginación también ha sido objeto de numerosas reflexiones sociológicas, filosóficas y psicológicas. La imaginación individual puede ser entendida como una capa-

cidad esencialmente creativa y transformadora. En esta oportunidad voy a retomar aquí la idea de la imaginación sociológica propuesta por Charles Righth Mills en 1959, en un momento en que algunos sociólogos estaban preocupados por la especificidad del objeto de estudio de la sociología y por el nivel académico de su formación.

En su obra *La imaginación sociológica* Wright Mills (1974) desmitificaba la dicotomía entre la gran teoría y la empiria pura para erigir a la imaginación sociológica en una virtud indispensable entre quienes pretendían ser sociólogos. No era suficiente entonces contar con un cúmulo de conocimientos sino que será esa capacidad de desplegar una particular imaginación sociológica la que dará la competencia específica. La imaginación sociológica describe una estructura mental que conecta las experiencias individuales y las relaciones sociales. Los tres componentes que la forman son la historia, es decir, cómo una sociedad se construye y cómo cambia; cómo se "hace" la historia en ella. En segundo lugar, la biografía; esto es, la naturaleza de la "naturaleza humana" en una sociedad, qué tipo de personas habitan en una sociedad particular. Por último, la estructura social, cómo los variados órdenes institucionales operan en una sociedad, cuáles son los dominantes, como se integran, como podrían estar cambiando, etc. La imaginación sociológica otorga a quien la posea la habilidad de mirar a través de su entorno y de captar estructuras sociales y establecer relaciones entre la historia, la biografía y las estructuras sociales. Será pues a través del oficio del sociólogo que se logrará desarrollar el conocimiento sociológico (Bourdieu, Chamboredon y Passeron, 1975).

Entonces, ¿podríamos reconocer una imaginación ocupacional inscripta en un estilo emocional característico de la Terapia Ocupacional? Entiendo que sí, que podemos pensar-nos y problematizar nuestro saber-hacer a partir de la imaginación y las emociones. Entiendo nuestro saber como mucho más que la suma de capacidades intelectuales que habilitan una manera de colocarse frente a la realidad para dar cuenta de ella, que esgrimen una mirada ocupacional sobre los mundos sociales y los seres humanos (Díaz, 1996; Destuet, 1999; Paganizzi y otros, 2007). Esta perspectiva no puede adquirirse como si fuese una suma de saberes técnicos e instrumentales que se adicionan a un conjunto mínimamente acordado de conocimientos sobre los fundamentos de la disciplina. Para poseer dicha visión no es suficiente haber alcanzado los grados académicos que acreditan al Terapeuta Ocupacional ni tampoco la especialización en una temática o una larga experiencia en investigación. Aunque todos los requisitos anteriores pueden contribuir a conformar una visión particular acerca de las realidades humanas y de los modos de ser, estar, jugar, trabajar, sentir, curar y enfermar, etc., nuestro saber-hacer se conquista a fuerza de ejercitar una mirada cargada de imaginación que entreteje una cierta imaginación ocupacional y un estilo emocional particular.

Quiero proponer aquí, que dicha mirada puede fundarse en algunos aspectos interrelacionados que exploro a continuación. Estos son:

a) El potencial transformador del hacer y de la ocupación humana para mejorar las situaciones sociales y de salud. El ser humano concebido esencialmente como ser ocupacional, como se sostiene desde una nutrida vertiente de literatura de terapia ocupacional (Wilcok, 1999, Guajardo, 2014; Galheigo, 2014; Paganizzi y otros, 2007; Trujillo y otros, 2011).

b) La construcción de autonomía/independencia/emancipación como horizonte.

c) La historicidad de los procesos, es decir la comprensión del tiempo histórico como un mundo pleno de sentido que va más allá de lo cronológico (Bauman, 2007).

Este mundo que interesa a la Terapia Ocupacional está ubicado fundamentalmente en el mundo de la vida cotidiana, allí donde no pasa nada y pasa todo. Aquellos hechos que no suelen ser nada espectaculares, es donde vamos a poner nuestra mirada. Aquí es donde aparece la magia o el poder de la imaginación ocupacional, que es la que otorga el encanto, la posibilidad y la potencia de convertir esos insignificantes acontecimientos ordinarios de todos los días en la principal herramienta de cambio. Será en ese escenario de lo cotidiano, donde el encuentro con el otro, podrá ser transformador. A partir de des-naturalizar lo natural y de

problematizar lo obvio y lo cotidiano, el gran potencial de la imaginación de la terapia ocupacional es *proponer que el mundo puede ser diferente a lo que es*.

Desde una perspectiva socio-histórica es posible señalar que uno de los matices o sesgos importantes en el estilo emocional ocupacional está en relación a dos cuestiones. La primera de ellas es su constitución fundacional dentro del campo socio-sanitario como una profesión vinculada a las prácticas de cuidado, mundo consignado tradicionalmente a la órbita de lo femenino (Pautassi, 2007; Findling y López, 2015). En climas de época teñidos por sensibilidades patriarcales cabe preguntarnos en qué medida una interpretación patriarcal de tal estilo emocional ha contribuido en cierto modo a delimitar a la terapia ocupacional como una profesión "prisionera del amor" (Folbre, 2001). Digo esto en el sentido de ser imaginada como una profesión que ofrece servicios y que produce conocimientos vinculados a las funciones sociales de reproducción y de cuidados que, si bien son importantísimas, han sido históricamente devaluadas en cuanto a prestigio social, económico y simbólico en relación a otras actividades por ser consideradas parte de un mundo esencializado como femenino. Bien podría ser esta una de las buenas razones para analizar la Terapia Ocupacional desde las sensibilidades y las emociones. Se trata entonces de recuperar otros protagonistas y relatos posibles, además del emanado de los círculos autorizantes o de las historias y narraciones oficiales.

El segundo elemento a tener en cuenta para pensar un estilo emocional ocupacional es la adopción de una visión básicamente optimista asumida frente a las situaciones en que la terapia ocupacional es convocada y en las cuales compromete su desempeño. A lo largo de su conformación histórica nuestra profesión se ha relacionado con poblaciones postergadas, oprimidas, olvidadas u omitidas en situaciones de dolor social, conflicto, emergencias sanitarias, etc. En varios países de la región Sudamericana sus comienzos fueron a mediados del siglo XX y estuvieron enlazados a las epidemias de poliomielitis y a la preocupación por recuperar las capacidades laborativas de los "inválidos" e "improductivos". En un declamado optimismo, propio de las ideas de rehabilitación provenientes de Estados Unidos y Europa y en un clima de posguerra que necesitaba de la recuperación de trabajadores y soldados, la terapia ocupacional se presentaba como una solución rápida y eficiente (Testa, 2011, 2013; Ramacciotti y Testa, 2016).

Para finalizar queda destacar entonces, que la imaginación ocupacional se juega en relación a un sujeto -individual o colectivo- que se entiende a partir de su capacidad y necesidad de expresarse y transformar el mundo a partir del hacer. El ser ocupacional que se involucra con el mundo a partir de la acción, será el destinatario de dicha imaginación y de sus esfuerzos. Ya sea a través de un estilo emotivo que imagine las posibilidades del otro en relación a la normalización, la adaptación, la rehabilitación o la emancipación, la imaginación ocupacional pondrá en juego el hacer, la autonomía y el sentido social e histórico de ambas, entendidas en las diversas claves y sensibilidades de época.

Entonces, podemos también preguntarnos ¿para qué *sirve* la Terapia Ocupacional? ¿Qué produce y qué ofrece? y, quizá lo más importante, ¿para qué *tipo de mundo* produce y ofrece? De acuerdo a Sousa Santos (2009), si imaginamos una Terapia Ocupacional que aporte perspectivas amplias y plurales sobre el mundo, el compromiso será con la emancipación y con la posibilidad de un mundo menos injusto y doloroso. Ello constituye, tal vez, el sentido más importante de la imaginación ocupacional, un saber-hacer comprometido no sólo con juicios de verdad y eficiencia, sino también con criterios de sensibilidad, justicia, inclusión, equidad y respeto.

Así, desde esta perspectiva el gran potencial y el compromiso de la imaginación y el estilo emocional de la terapia ocupacional es proponer que el mundo, el pequeño y el grande, el de cada uno y el de todos, el de todos los días, pueda ser diferente a lo que es. Estoy convencida que este desafío es parte de aquello que constituye nuestro saber-hacer específico, que está presente en la currícula oculta y en la escrita, en nuestras prácticas cotidianas y también lo estará en las emociones y sensibilidades que compartiremos en este *IX Congreso Argentino de Terapia Ocupacional*.

¡Muchas gracias!

Bibliografía

- Bauman, Zygmunt. *Vida de consumo*. México: Fondo de Cultura Económico, 2007.
- Bourdieu, Pierre, Jean-Claude Chamboredon y Jean-Claude Passeron, *El oficio de sociólogo*. Buenos Aires: Siglo XXI, 1975.
- Cervio, Ana. "A modo de presentación: Una sociología por y desde las tramas del sentir" en Ana Cervio (comp) *Las tramas del sentir: ensayos desde una sociología de los cuerpos y las emociones*. Buenos Aires: Estudios sociológicos editora, (e-book), 2012.
- Díaz, Esther. *La ciencia y el imaginario social*. Bs. As: Biblos, 1996.
- Destuet, Silvia. *Encuentros y marcas*, COLTOA, 1999.
- Findling, Liliana y López, Elsa. *De cuidados y cuidadoras. Acciones públicas y privadas*. Buenos Aires: Biblos, 2015.
- Folbre, Nancy *The Invisible Heart: Economics and Family Values*. New York: The New Press, 2001.
- Galheigo, Sandra. "Sobre identidades, latinoamericanidades e construção de saberes em Terapia Ocupacional: diálogos com Boaventura de Sousa Santos". *Cadernos de Terapia Ocupacional*. Universidad Federal São Carlos, v. 22, n. 1, p. 215-221, 2014.
- Guajardo, Alejandro. "Debates sobre la producción del conocimiento en terapia ocupacional. En contra de una nueva escolástica". *Cuadernos de la Escuela de Salud Pública*, vol 2 N 88 Julio – Diciembre, p. 33-59, 2014.
- Illouz Eva. *Intimidades congeladas. Las emociones en el capitalismo*. Buenos Aires: Katz, 2007.
- Mills, Wrigth. *La imaginación sociológica*. México, Fondo de Cultura Económica, (2ª reimp.), 1974.
- Paganizzi, Liliana y otros. *Terapia Ocupacional Psicosocial. Escenarios clínicos y comunitarios*. Buenos Aires: Polemos, 2007.
- Pautassi, Laura. "El cuidado como una cuestión social: una aproximación desde el enfoque de derechos". *Serie Mujer y Desarrollo*, N° 87. Santiago de Chile: CEPAL, 2007.
- Ramacciotti, Karina y Testa, Daniela. "Reeducar inválidos es un problema caro. La rehabilitación laboral y la reinserción social. Argentina, 1915- 1960". *Revista Estudios Sociales de la Universidad Nacional del Litoral*, primer semestre, 2016, en prensa.
- Santos, Boaventura de Sousa. *Una epistemología del Sur*. Buenos Aires: Siglo XXI, 2009.
- Scribano, Adrián. "Fantasmas y fantasías sociales: notas para un homenaje a T.W. Adorno desde Argentina". *Revista Intersticios*, vol 2, n° 2, p. 87-97, 2008.
- Testa, Daniela. "Curing by doing: la poliomielitis y el surgimiento de la terapia ocupacional en Argentina, 1956-1959", en *Revista Manguinhos*, vol. 20, 34, oct-dez., p.1571-1584, 2013.
- Testa, Daniela. "Poliomielitis: la "herencia maldita" y la esperanza de la rehabilitación. La epidemia de 1956 en la ciudad de Buenos Aires". *Revista Intersticios*, vol. 5, n° 2, p.309-323, 2011.
- Trujillo, Alicia y otros. "Comprensión de la ocupación humana". Grupo de Investigación Ocupación y Realización Humana de la Universidad Nacional de Colombia. *Ocupación: sentido, realización y libertad.. Diálogos ocupacionales en torno al sujeto, la sociedad y el medio ambiente*. Colombia: Universidad Nacional de Colombia, 2011.
- Wilcok, Ann. "Reflections on doing, being and becoming". *Australian Occupational Therapy Journal*, vol 46, p. 1-11, 1999.

Conferencias

Disertantes:

Liliana Paganizzi

María Rosa Nico

Carolina Alchouron

Sandra Galheigo

Jimena Del Piccolo

Alejandro Guajardo

Janine Hareau Bonomi

Carla Moreira

Equipo "La construcción social de la
discapacidad" (UNER)

Lydia Perez Acevedo

Magalí Risiga

Daniela Testa

Mariela Nabergoi

Gustavo Reinoso

T.O en Comunidad - Comunidad en T.O

Liliana Paganizzi. Buenos Aires. Argentina

Introducción

Esta presentación pretende compartir algunas reflexiones sobre la cuestión del término COMUNIDAD y sus diferentes usos en el escenario actual de la Terapia Ocupacional argentina...

Trabajo en el supuesto que **Comunidad** se inicia como una práctica que amplía el escenario profesional hacia el territorio de vida de las personas con discapacidad y/o en situación de riesgo social, luego Comunidad se desarrolla como una estrategia dentro del campo de la salud mental básicamente y que en la actualidad Comunidad puede pensarse como un fundamento en ciernes que amplía el campo disciplinar.

Así como Demetrio Casado(1934, España) (1) planteaba la Rehabilitación como un "Archi concepto":

Rehabilitación es una técnica (una prestación de salud) ; es una estrategia que reúne medidas médicas y sociales destinadas a personas con discapacidad o como un Modelo de Atención , la rehabilitación es una filosofía...que cuenta con sus "propios" supuestos teóricos y metodológicos..

....les propongo me acompañen en pensar Comunidad también como un "archi" concepto que no es posible pensarlo desde un solo lugar si no que puede ser pensado según tres categorías provisionarias: una práctica profesional, una estrategia y un fundamento en ciernes...en esta categoría me incluyo y es la que motiva esta presentación.

Experto español en discapacidad, funcionario por más de 40 años , ocupó jefaturas en el Instituto Nacional de Servicios Sociales-INSERSO_ y director técnico del Real Patronato y lideró los grupos que nos dieron a conocer en Español desde el Programa de acción Mundial para las personas con discapacidad hasta el Primer clasificador Internacional que definió Deficiencia , discapacidad y Minusvalía)

A los fines operativos he agrupado estas categorías (Prácticas, Estrategias y Fundamentos) según décadas: de los años ´80, los años ´90 y los 2000.

Para construir este recorrido tomo como **ejemplo algunas experiencias** argentinas, me baso en las producciones nacionales y de la región latinoamericana básicamente y apenas ... en algunas producciones internacionales...

He tomado como punto de partida un artículo muy valioso que Patricia Cieri "Historia, Evolución y Estado Actual de la RBC y la APS en la Argentina Desde la Perspectiva de Terapia Ocupacional, en: Boletín Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT). Vol 51. 2005y el CAP 15 (Paganizzi, 2014): Sobre la emergencia de los fundamentos sociales: notas sobre las prácticas comunitarias en Argentina 1980-2010. "Questões Contemporâneas da Terapia Ocupacional na América do Sul" .EDITORA CRV Curitiba - Brasil .2014

En relación a este artículo así como esta presentación me interesa señalar que estas prácticas llevan más de 30 años de desarrollo en Argentina pero que este camino **ininterrumpido** aparece como paralelo y fragmentado básicamente por la escasa disponibilidad material y simbólica para acceder a los antecedentes publicados en libros y anales de congresos argentinos y regionales, es por ello que en la metodología de esta presentación verán una y otra vez distintas publicaciones para animar a su búsqueda y encuentro con los antecedentes que conforman nuestra historia.

Años 80. Las prácticas. T.O en la Comunidad- El trabajo en el contexto

Las prácticas comunitarias de la TO que **inauguran la TO en la Comunidad** aparecen ligadas a la estrategia RBC y se relaciona de manera natural con la Atención Primaria de la Salud, ya que ambas son parte del modelo de atención definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que manifestaban tener un enfoque biopsicosocial siguiendo la declaración de Alma Ata del año 1978... en principio destinado a países en desarrollo, por lo cual los primeros programas se implementaron en África, Latinoamérica y Asia.. a posteriori ampliaron el escenario .como lo demuestra el programa De acción Mundial para las personas con Discapacidad (Naciones Unidas, 1986)

En Argentina la participación de los terapeutas ocupacionales (t.o) en programas comunitarios se despliega según dos vertientes: Una ligada APS en simultáneo con en las estrategias de RBC, destinada a la identificación y tratamiento comunitario de las personas con discapacidad y otra como respuesta a las demandas de personas en situación de riesgo social, asociadas a distintas crisis políticas que vivimos en nuestro país.

Estas prácticas de vanguardia en el país implicaban que los T.O iban a trabajar **en el contexto** donde vivían las personas, se trabaja en el territorio donde viven, su casa, el barrio o los centros comunitarios.

Las experiencias

Ligadas a **la RBC** propiamente dicha, en 1981, Liliana Canulli, directora de la carrera de Terapia Ocupacional de la Universidad de La Rioja participa en la organización e implementación de un programa de RBC junto con la Dra.Guzman.

En 1986 Graciela López participa en la gestión y puesta en marcha el **Programa de Rehabilitación con base comunitaria para la atención de discapacitados** en el área de Comallo. Bariloche. Pcia de Rio Negro.(Patagonia).Premio mejor trabajo en el 2do.Congreso Argentino de Terapia Ocupacional y 1er. Simposio Latinoamericano en 1988.,

En 1989 Patricia Cieri trabaja en el Programa **ATAMDOS – Atención ambulatoria y domiciliaria para la salud-** desde donde inicia el trabajo de RBC en el partido de General Sarmiento, en las zonas más empobrecidas del Gran Buenos Aires .

La rama que denominamos **Social** es posible que se inicie en 1989 **cuando** Adriana Cella participa en la gestión y asistencia en comedores comunitarios, esta actividad que se incluirá dentro del Programa de Emergencia Nacional-Se constituye en una experiencia fundante en el trabajo del t.o con poblaciones en situación de vulnerabilidad social. .

Un año antes, 1988 en Mar del Plata se inicia el proyecto de investigación "Estimulación en niños de riesgo ambiental alto, entre 0 y 2 años de edad en zonas urbanas de Mar del Plata con Carlota Vega como coordinadora del grupo salud y desarrollo.

Estas prácticas realizadas en el contexto abarcaban un gran número de procedimientos preventivos y curativos dirigidos a las familias o a grupos de la población con necesidades básicas insatisfechas o en situación de riesgo social.

La formación

Estas experiencias se trasladaron a las currículas de las Carreras de la época y en la ciudad de Buenos Aires en la formación de los T.O en ámbitos no formales y de la salud.

En 1986 Liliana Canulli organiza la UNLR la Asignatura RBC fuera de la currícula.

En 1987 Alicia Patrizzi organiza la práctica clínica en el Primer Programa de Atención Primaria y Terapia Ocupacional. Esta experiencia será el insumo para la primera Tesis de grado sobre "Prevención primaria en salud mental desde Terapia Ocupacional" con Emma García Cein y Eugenia Veyra (Facultad de Ciencia de la salud y Servicio Social. Universidad- UNMdP). (1992)

En 1989 Adriana Cella organiza seminarios de Rehabilitación en la Comunidad de la entonces ENTO.

En el ámbito de la salud en 1986 se crea la RISAMen la Residencia Interdisciplinaria de Salud mental (RISAM) en Ciudad de Buenos Aires. Alicia Torre trabaja en la gestión y organización con lineamientos del Plan de salud Mental elaborado por el Dr. Goldemberg en 1985 que se sostiene en el trabajo comunitario y las estrategias de APS..

En el ámbito no formal en 1987 con la participación de la que suscribe, se crea con otros profesionales de la salud mental el Centro de Psicoterapias Integradas – CPI- un dispositivo de atención ambulatoria, hospital de día y un pequeño Hostal como alternativa residencial para personas con sufrimiento psíquico- Allí se realizaron numerosos grupos de estudio sobre teoría de la técnica de T.O. Creamos una editorial independiente que en la década siguiente publicó tres libros. (TO del hecho al dicho/ Actividad lenguaje particular y El Hostal: una experiencia de tratamientos sin encierro en psicopatología graves.)

Los encuentros

En esta década se realizan dos congresos nacionales (1984, 1988) y la primera Jornada de T.O del Hospital Borda. (1989).

En síntesis: Esta década inaugura el campo de Terapia Ocupacional en la Comunidad como una práctica, casi como una “especialidad”, ligada a un territorio geográfico- el barrio- y destinado a personas con discapacidad y/o con necesidades básicas insatisfechas y en primer Nivel de Atención....sin embargo ese panorama se verá ampliado en la década siguiente.

Años 90. Comunidad como estrategia. Trabajamos o inventamos el contexto

Navegoi y Botinelli, (2006) tomando como referencia las producciones de la colega brasileña Fátima Correa Oliver (1999a) señalan que el surgimiento de la Rehabilitación Basada en la Comunidad debe ubicarse como parte de un proceso mucho más amplio de discusiones que las mencionadas (Alma Ata, 1978) que se habían generado en décadas anteriores y que tuvieron lugar especialmente en los países centrales (EE.UU, Italia, Francia)

Una de ellas fueron los movimientos sociales que criticaban la asistencia psiquiátrica tradicional, impulsaba los procesos de desmanicomialización y enfatizaba la necesidad de integración de las personas en su comunidad.

Este movimiento logra impactar a organismos internacionales a partir de los cuales surge, por ejemplo Declaración de Caracas (1990) Conferencia Reestructuración De la Atención Psiquiátrica en América Latina Caracas, Venezuela, que *procura propender a la permanencia del enfermo en su medio comunitario* y posteriormente en los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales (Naciones Unidas, 1991). *La vida en la comunidad: Toda persona que padezca una enfermedad mental tendrá derecho a vivir y a trabajar, en la medida de lo posible, en la comunidad.*

En Argentina entonces resurgen programas iniciados en los años 70 habían sido abortados por la Dictadura Militar (1976- 1983) y emergen otros, algunos de ellos ligados a las Estrategias de Rehabilitación Psicosocial provenientes de la experiencia de desinstitucionalización italianos o los desarrollos de la psiquiatría Comunitaria que impactan particularmente en algunas prácticas de la Terapia Ocupacional en Salud Mental.

Estas experiencias que surgen de la crítica al tratamiento que recibían las personas en las instituciones pone el énfasis en la modificación de los contextos institucionales comunitarios y políticos para el logro de la participación social de las personas con trastorno mental.

Se plantea la rehabilitación como una estrategia de salud que supera el ámbito de los dispositivos sanitarios. Sin desconocer los factores biológicos de las enfermedades se considera que la evolución y las consecuencias de las mismas tienen un carácter básicamente social y el estado de salud depende de 1) las características propias del paciente 2) las características

del contexto institucional donde el paciente ha recibido tratamientos anteriores y 3) la permeabilidad familiar y social que aloja al paciente. Reconoce que los problemas ya de funcionalidad y/o de integración social están estrechamente ligados a factores ambientales (institucionales, sociales) y las intervenciones se orientan en esa dirección y no exclusivamente hacia un sujeto en particular.

Las experiencias

Los terapeutas que desarrollan estas estrategias trabajan, recrean o inventan el contexto-

Algunas de estas experiencias se dirigen a estratos sociales medios, con necesidades básicas satisfechas y varias desde efectores de tercer nivel de atención y con personas que padecen enfermedades de curso crónico de distintos estratos sociales.

Como resultado de la formación en la RISAM que mencionáramos en 1991 Marcela Giménez, María Luisa Callau y ot. Publican *El atrevimiento de una utopía en Terapia Ocupacional. El camino del hacer*. Bs. As. Ed C.O.L.T.O.1991., sobre la experiencia de APS en Catalinas Sur perteneciente a un de estrato social medio con alto porcentaje de profesionales. Realizaron trabajo conjunto con organizaciones sociales y particularmente junto los jóvenes...las autoras se preguntaban *¿...podríamos sostener el trabajo en comunidad con sectores de clase media?...Quizás operaba en nosotros una concepción liberal caritativa que ubica al profesional asistiendo al "pobre"....*El trabajo conjunto fue posible y enriquecedor para todos...basta leer el artículo---

En la misma publicación Elisabeth Gómez Mengelberg desde el tercer nivel de atención pública "Organización de las jornadas de la comunidad." Donde se discutía de manera horizontal la convivencia en un servicio de internación en el hospital José T. Borda y María Torrella publica un artículo sobre el derecho a la sexualidad de mujeres con trastorno mental realizado en Hospital Braulio Moyano.(FOTO) habilitando de alguna manera el derecho a la sexualidad responsable.

1991. Se inicia el **Programa " Cuidar -cuidando"**. Hospital Infante Juvenil Dra. Carolina Tobar García . Trabajo de inserción y aprendizaje entre niños y adolescentes con sufrimiento mental o dificultades de integración con trabajadores- cuidadores del Zoológico de la ciudad de Buenos Aires (Calveyra S;- De Gemmis, V.;Massei, H; Papiermeister, A. Vasen, J . Del invento a la herramienta. Ed Polemos.Bs. As. 1996)

1992 .En la pcia de Santa Fé, carrera de Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional del Litoral, inicia la implementación de programas preventivos, promocionales y asistenciales dirigidos a niños, mujeres y familias

En **1996** Silvina Oudshoorn, en la ciudad de Mar del Plata, inicia el Proyecto de extensión **PAANET Programa de Apoyo y Asistencia a Niños Enfermedades Terminales y familiares**. desde la UNMdP. (premio al Mejor Proyecto de Intervención Comunitaria en el VI Congreso Argentino de Terapia Ocupacional.

Micro emprendimientos laborales u ocupacionales: 1998 Narvaez, Spampinato y Testa presentan los fundamentos del emprendimiento productivo IBITU- Vientos de cambio, que se realiza desde el Serv 48 del Hospital Borda, Publicado en **COLTOA 1999**, en la misma publicación Susana Rubinstein por un lado y Elena Isla y Elsa Clérici organizaban emprendimientos para personas de tercera edad o para personas con secuela de hemiplejía-

En esta década nace Materia Prima. Publicará numerosos trabajos destinados al promoción de los derechos de las personas con discapacidad , trabajos de investigación y experiencias de desinstitucionalización y comunitarias del país y de Latinoamérica. Editora y directora: Andrea Monzón.

En síntesis: En el escenario profesional aparece entonces la COMUNIDAD como una estrategia que focaliza y trabaja el contexto -incluido el propio profesional- , que puede ser implementada desde instituciones del tercer nivel de atención u organizaciones sociales, y dirigida

a grupos de distintos estratos sociales que por distintos motivos (institucionales, sociales) tienen restricciones en distintos aspectos de su vida.

La formación

Estos aspectos – estratégicos- se expresan básicamente en experiencias en el campo de la Salud mental y tienen relativo impacto en la educación formal de los T.O-

En esta década en las curriculas de las carreras de varias universidades hay una gran difusión de la Teoría de la Ocupación Humana y la lectura del Marco para la Práctica – construida por la Asociación Americana de T.O), se difunde el uso una serie de herramientas de evaluación individuales que profundizan las intervenciones en el cliente.

En varias universidades se consolida la inclusión de las asignaturas denominadas TO en Comunidad, conservando en su mayoría la tendencia inaugural de ubicar la comunidad ligada a 1er nivel de Atención y con grupos con NBI-

1994. En la UNMP catedra Terapia Ocupacional en prevención Primaria y Comunidad. UNMP Carlota Vega y equipo. Trabajo El enfoque de la Prevención Primaria y la comunidad como objeto de estudio. 7mo Congreso Nacional. MDP, 2007), La salud como una construcción social, Visitas programadas a barrios periféricos y seminario de Programa Comunitarios

Y en la ENTO Adriana Cella organiza la cátedra Dinámicas Ocupacionales en la Comunidad, nombre que todavía conserva.

En esta misma unidad Académica con Elizabeth Gómez Mengelberg y Susana Momenti difundimos desde 1996 las estrategias de Rehabilitación social en el campo de la Salud desde la cátedra que todavía se denominaba TO- Psiquiátrica II..

1996 En la Universidad Nacional de Quilmes-UNQ- Carrera de Terapia Ocupacional Coordinadora. Suter, M. se implementa la Práctica profesional VI. en la comunidad. Coordina . Pellegrini. M.

Los encuentros

Se realizan tres Congresos Nacionales (1991, 1995 y 1999) los trabajos tienen una gran impronta de la teoría de la Ocupación Humana que de alguna manera también caracteriza esta década en paralelo podríamos decir con las estrategias que aquí mencionamos.

En esta década el servicio de TO del Hospital Borda organiza 8 jornadas con temassobre la desinstitucionalización, la rehabilitación psicosocial entre otros-. **1998.** En las VIII Jornadas de salud Mental. "Desinstitucionalización: **orígenes y perspectivas**

La década del 2000.Comunidad como fundamento social

En **2001**, Argentina es atravesada por una crisis política que profundizó la desigualdad social de nuestro país. Aumenta considerablemente los niveles de pobreza en las zonas urbanas, los jóvenes y las mujeres jefas de hogar conforman el grupo de mayor vulnerabilidad social.

Terapistas ocupacionales de distintas partes del país se incorporan al trabajo con personas en situación de riesgo social en la comunidad o bien son atendidas en los efectores de segundo y tercer nivel cuyo perfil de población se modifica en función de las crisis mencionada. Varias de estas experiencias se difundirán en los años siguientes en los dos congresos nacionales que se realizarán.

A nivel internacional en el año **2003** se realiza en Finlandia la Reunión Consultiva Internacional para la Revisión del Modelo de Rehabilitación Basada en la Comunidad organizada por la OMS que invita formalmente a la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales. Para participar en esa reunión la WFOT prepara por primera vez un documento sobre RBC. Foto-

Este documento es confeccionado por Frank Kronenberg como responsable con unos de 15 terapeutas ocupacionales, desde ocho diferentes (ninguno latinoamericano) luego fue sintetizado como Documento de posicionamiento sobre Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC)

La WFOT reconoce que los contextos sociales y políticos pueden ser discapacitantes por lo que algunas estrategias ya no se centraran en el "cliente",

Se retoman los principios esenciales de APS ajustados a la disciplina, Aparecen nociones tales como apartheid ocupacional, privación ocupacional y justicia ocupacional

El concepto de "**privación ocupacional**" había sido elaborado durante la década del '90 por Gail Witheford a partir de su experiencia con personas con discapacidad intelectual

y/o psíquicas privadas de la libertad en unidades penitenciarias, *"la privación no se debe a cuestiones inherentes al individuo sino a fuerzas de control contextuales"*

Townsend y Wilcock (Canadá) elaboran el concepto de **justicia ocupacional** a partir de sus experiencias en salud mental en la comunidad, *"Aunque los humanos son seres ocupacionales autónomos, la participación en ocupaciones es interdependiente y contextual"* (5).

En Latinoamérica Brasil y Colombia ya habrían desarrollado desde los años 80 producciones teóricas y prácticas muy significativas en el campo de las problemáticas sociales y la implicancias políticas de nuestras intervenciones pero, como el habla inglesa ha dominado el campo de la terapia ocupacional desde sus inicios, algunas de estas producciones recién han podido conocerse a partir de la publicación en Inglés (2005) que organizó el propio Kronenberg junto a Pollard y Simó Algado *Terapia Ocupacional sin fronteras. Aprendiendo del espíritu de supervivientes* (2005)

Aparece entonces una RBC que trata de diferenciarse del modelo médico ligado al desarrollo de habilidades... pone el énfasis en los derechos humanos y la comunidad participativa, y propone a los terapeutas ocupacionales desarrollar sus roles como agentes de cambio social, más que como profesionales que hacen una diferencia en el nivel de vida de las personas.

Propone explorar el género, las cuestiones de la mujer y Explorar el aspecto "político" de la promoción de los derechos humanos desde una perspectiva social.

Alerta que los programas de APS ó RBC deben estar vinculados a alguna organización mayor, al gobierno o alguna otra forma colectiva.

La comunidad como fundamento social supone una terapia Ocupacional que trabaja en dos niveles: Un nivel micro que se centra en las potencialidades y limitaciones de las personas y en paralelo uno macro que mapea las redes relacionales que sostienen la vida de las personas. (Galheigo y Angeli, 2008)

Impactos

El Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional 2010 pos Documento sobre RBC modifica su consideración sobre el "cliente" Ahora son las **Personas**, incluye familias, cuidadores, profesores, empleadores y otros; **Organizaciones**, como negocios, industrias o agencias, y **Poblaciones** dentro de una comunidad, como refugiados, veteranos sin hogar y personas con enfermedades crónicas en condiciones de incapacidad (Moyers y Dale, 2007) e Incluye el concepto de **justicia social de Townsend** para describir el compromiso de la profesión con la ética, moral, y factores cívicos que pueden apoyar o limitar el compromiso de promover la salud con las ocupaciones y la participación en el domicilio y en la vida de la comunidad. Sin embargo continúa el énfasis en el cliente -persona por lo que las herramientas de evaluación todavía se limitan a perfil y/o historia ocupacional ignorando la posibilidad de evaluar los contextos como barreras o facilitadores tal como lo plantea la CIF, clasificación que es citada en numerosas ocasiones en el documento mencionado.

Las experiencias

Desde 1999 por un convenio interinstitucional entre el servicio de terapia ocupacional del Hospital Borda y el servicio social del Hospital General Argerich (Hospital general) se desarrolla el Programa de Salud Comunitaria en el barrio de La Boca. Taller Grupo de Mujeres, espacio de encuentro coordinado por la Terapista Ocupacional con el objetivo de favorecer la búsqueda de los propios intereses, el fortalecimiento de lazos sociales y la identificación de los propios recursos. Taller de aprendizaje de técnicas artísticas, creativas y productivas de acción comunitaria.

Programa de creación de espacios facilitadores- gestión de emprendimientos comunitarios. Autora: Lic. Adriana M. Slaifstein, T.O.

En el año 2004 Emma G Cei y Fernando Cacopardo, Arquitecto, integran el Grupo de Investigación de Emergencias de ambiente de la carrera de Arquitectura de la Universidad Nacional de Mar del Plata arman un proyecto de trabajo interdisciplinario y participativo, que apunta fundamentalmente a la promoción humana y ciudadana y a la capacidad de autogestión. Trabajan en dos barrios con hogares NBI, sin agua potable ni retiro de residuos.

Julia Benassi, Maria Eugenia Fraile, desde el Dpto de Salud Mental ,Pcia de Santa Fé trabajan en el Dispositivo de Actividades de Día(DAD)para niños y adolescentes en situación de vulnerabilidad

Varios de ellos publicados en To S Fronteras VOL II (Elsevier, 2011) con Elisabeth Gomez Mengelberg y la que suscribe.

En el año **2008** Viviana Pradolini se incluye en el **programa "Aleros"** implementado en barrios populares con familias en situación de extrema, alentando el mejoramiento de su calidad de vida y el ejercicio de sus derechos ciudadanos.

A finales de **2008** una cooperación italiana **organiza el Proyecto I.SoL.E.** "Integración Socioeconómica y Lucha contra la Exclusión Social en Áreas Prioritarias de la Argentina". Se generan y apoyan unas 17 empresas sociales para usuarios de los Servicios de Salud Mental en las provincias de Chubut, Río Negro, Chaco y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y la creación de una escuela bienal para operadores sociocomunitarios. Marcela Giménez participa en gestión y docencia

La formación

En el año **2010** se realiza el 15º Congreso Mundial de la WFOT realizado por primera vez en un país latinoamericano – Chile 2010- donde se expresó la tendencia mundial a hacer frente a cuestiones sociales y a mantener un pensamiento reflexivo y crítico con respeto por la diversidad, la cultura, los asuntos sociales y los derechos humanos.

En el Día de la educación con la presencia de más 160 delegados de todas partes del mundo y esta ocasión particularmente de Latinoamérica- se acuerda que la Terapia Ocupacional debe *integrar el enfoque biomédico con un enfoque socio-comunitario...y conceptos políticos sociales como ejercicio de ciudadanía, reconocimiento de los derechos humanos y el reconocimiento de los diferentes actores sociales.*

En **2012** la UNQUI logra organiza la especialidad **Terapia Ocupacional Comunitaria.**

Movimiento de Estudiantes-

Esta década inaugura también una mayor organización política de estudiantes que se sienten convocados a discutir las políticas de la formación así como el compromiso de la Terapia Ocupacional, se crea una red nacional y en algunas universidades conviven con los centros de estudiantes. En la UNSAM felizmente- después de más de 10 años - se organiza un centro de Estudiantes.

Congreso 2007 MdP. CATO: *Comisión Abierta de T.O. UNQUI..*

. 2010 Organizan Jornadas de trabajo en Chile 2010. 10º Congreso Mundial de TO

participación como comité estudiantil en el VIII Congreso Argentino de T.O

2012. 1er Encuentro Nacional de Estudiantes y Egresados. ENNETO.(Encuentro Nacional de estudiantes y egresados de Terapia Ocupacional.)

2014 4to Encuentro ENNETO. La Rioja, Concurren 450 personas y se presentan numerosos trabajos

Los encuentros

El Servicio nro.48 de Terapia ocupacional. Hospital José T. Borda en Buenos Aires.organiza lasIX Jornadas de T.O, "**Perspectivas sociales y económicas de la desinstitucionalización**" y la Revista Materia Prima , el 1er. Foro Nacional de Terapia Ocupacional. Se discute sobre el rol de trabajador del TO, participación ciudadana y solidaridad. con la participación de terapistas distintas regiones del país.

En 2003. La AATO organiza VI Congreso Argentino de T.O - Controversias al sur del continente, diversidad , integración y complejidad- Trabajos premiados : " El derecho a tener derechos. "Presentación inicial de una serie de materiales con aplicaciones didácticas." .y "Piedra libre, juego libre. Un aporte de Terapia Ocupacional a la calidad de vida de niños y adolescentes en situación de riesgo". Ambos de Demiryi Ma. UNL Santa Fe.

Premio investigación. Terapia Ocupacional. Rol en el seguimiento del desarrollo infantil en niños de familias pobres. Vega, C; Campisi A; Bösenberg, I; Porro, S. UNMdP.

Oliver, F; Nicácio, F. (BR) presentan "Autonomía, derechos y participación social: directrices para la atención y rehabilitación psicosocial de base comunitaria territorial. Sobre propuestas de producción de autonomía y de emancipación, de garantía de acceso y ejercicio de derechos de las personas en situación de desventaja."

Y DeboraGalvani D., Dias Barros D., EsquerdoLopes R., Albuquerque M (BR) "Terapéutica Ocupacional en el Campo Social: construyendo caminos y rescatando proyectos con adultos que viven en calles", conocemos el proyecto Metunia ,grupo interinstitucional de estudios, formación y acciones por la ciudadanía de niños, adolescentes y adultos en procesos de ruptura de las redes sociales que se habría iniciado en San Pablo, en 1994.

Ambos artículos son publicados en Terapia Ocupacional Psicosocial que se edita en el año 2007. (Paganizzi, 2007)

El año **2007** en el marco del Congreso argentino de T.O y VII Simposio Latinoamericano de T.O. Terapia Ocupacional realizado en Mar del Plata se presentan numerosos trabajos que se iniciaran durante la crisis del año 2001 (y sub siguientes) : espacios facilitadores de salud y educación; emprendimientos comunitarios, dispositivos con niños en situación de calle , adolescentes y familias en situación de vulnerabilidad psico-social, experiencias sobre entorno y desarrollo humano, y trabajos sobre la recuperación de derechos

En el año 2007 aparece también Terapia Ocupacional sin fronteras. Aprendiendo del espíritu de supervivientes, recopilación de trabajos referidos a prácticas comunitarias y fundamentos sociales de la Terapia Ocupacional que Kronenberg F. ; Pollard N. y Simò Algado habían publicado en inglés en el año 2005 .

Esta publicación permite la visibilización de movimientos profesionales de distintas partes del mundo, y también de Latinoamérica. Se fomenta la búsqueda y construcción de marcos de referencia históricos , dinámicos y más complejos , y despliegan algunos fundamentos sociales a la vez que anuncia nuevas herramientas : la implementación de Actividades políticas de la Vida Diaria (ApVD), para alentar a que los profesionales, educadores e investigadores de T.O., propongan acciones estratégicas en el ámbito institucional, comunitario y social.

En colaboración con el Magister en TO. Universidad Andrés Bello. Coor. Alejandro Guajardo invitamos a Frank Kronenberg y a Alejandro mismo para discutir esta perspectiva en encuen-

tros, cursos o Jornada en articulación con la AATO en el año 2009 y en años sucesivos con distintas universidades (San Martín, de Quilmes, Mar del Plata y el Litoral-)

Comentarios finales

Pensamos que actualmente en Argentina coexisten las tres categorías provisorias que aquí esbozamos: las prácticas que centran su trabajo en la comunidad como un campo profesional específico destinada a población en situación de riesgo social, cuyo enfoque se expresa en la mayoría de las asignaturas que se fueron incorporando a las curriculas de las carreras.

Un trabajo estratégico comunitario que se expresa básicamente el campo de la salud mental del subsector público con algunas honrosas excepciones en el sub sector privado, que puede dirigirse a los distintos sectores sociales y en los tres niveles de atención, con relativo impacto en las asignaturas teóricas, con presencia en las prácticas clínicas, al menos en CABA.

....y una incipiente incorporación de comunidad como un fundamento social de la disciplina que quizás con el tiempo pueda atravesar las distintas asignaturas de las carreras de formación ya que no se trata de una práctica sino de una forma de pensar la disciplina.

Para finalizar podemos decir que afortunadamente el "hogar conceptual" (*) se amplía, existen muchos lugares de enunciación de fundamentos para producir y comprender la Terapia Ocupacional tanto en sus aspectos disciplinares como profesionales de tal manera que podemos hablar también de varias terapias ocupacionales. (Rocha Medeiros, 2008) (Guajardo, 2012) .

El desafío de las Terapistas ocupacionales que hemos participado en este proceso consiste justamente en trascender las prácticas alentando la consideración la formación disciplinar, transmitiendo a las nuevas generaciones una historia que nos aloja.

(*) "Hogar conceptual" concepto aportado por Kronenberg- Curso- Taller "Bailando al ritmo de las posibilidades" Bs. As. 2012.

Bibliografía

- ARAGÜES Y OROZ, V; BERNACCHINI, B, SCHIAVONE, M. *Revisión de las políticas de Atención Primaria de Salud. Seminario-taller Internacional sobre Atención Primaria de Salud: a 25 años de Alma Ata*. 1ª ed. Buenos Aires: OPS. 2003. Disponible en www.ops.org.ar. Octubre de 2012.
- ARGENTINA. *Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657*. Disponible en: www.msal.gov.ar/saludmental. Consultado en: diciembre del 2012.
- AUGÉ DE DEPINO y col. "El Hostal. Una experiencia de tratamientos sin encierros en psicopatologías graves". Buenos Aires Psicoterapias Integradas Editores.1993.
- BARROS, D.D.; GHIRARDI, I.G.; LOPEZ, R.E. *Terapia Ocupacional social. Una perspectiva socio histórica. Terapia Ocupacional sin fronteras. Aprendiendo del espíritu de supervivientes*. Editorial Médica Panamericana. España, 2007. p.141-153.
- BARROS, D.D.; MÂNGIA, E.; OLIVER, F.C. Juqueri: transformação impossível?. In: *II Congreso Argentino e I Simposio Latino-americano de Terapia Ocupacional, 1988, Buenos Aires. II Congreso Argentino e I Simposio Latino-americano de Terapia Ocupacional, 1988*. v. 1.
- BEREZIN, S.; CHARDON, C.; DEMIRYI, M.; SUTER, M.; PELLEGRINI. **Promoción de la Salud en Espacios Educativos –Universitarios, ¿Utopía o Nuevos desafíos?** *Revista Gallega de Terapia Ocupacional TOG*. Disponible en: www.revistatog.com. (2005)
- CALVEYRA, S.; DE GEMMIS, V.; MASSEI, H.; PAPIERMEISTER, A.; VASEN, J. *Del invento a la herramienta*. Ed Polemos. Bs. As. 1996

- CATALUÑA, C.G.G., y col. Rehabilitación psicosocial del trastorno mental severo. Situación y recomendaciones producto del debate, reflexión y análisis del GRUPO DE TRABAJO DE LA A.E.N. (GTR-AEN) *Cuadernos Técnicos*, 6, Madrid, 2002. p. 21-23.
- CIERI, P. Historia, Evolución y Estado Actual de la RBC y la APS en la Argentina Desde la Perspectiva de Terapia Ocupacional. En: *Boletín Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales* (WFOT). Vol 51. 2005. p 37.
- CIERI, P. Rehabilitación con Base en la Comunidad Terapia Ocupacional. en Trabajo y comunidad. Serie COMPILACIONES. 3 . C:O.L.T.O.A Grupo Editor. Bs. As.1999.27-40.
- DIMIRYI, M.El derecho a tener derechos. Pobreza y discapacidad. *Revista Materia Prima*. Año 2. n. 7. 1998. 25-27.
- DOSSIER.VII *Jornadas de Terapia ocupacional*. Hospital José T. Borda Materia Prima Año 2. n.6. 1998. 11-24.
- FENOGLIO, F. APS. Vuelta de Rocha. *Revista Materia Prima* 4. 17. 2000.17-18.
- GALHEIGO, S. ¿Qué hay que hacer? Responsabilidades y desafíos de la terapia ocupacional en materia de derechos humanos (2010) . Disponible en www.wfot2010.com.
- GALVANI D.; BARROS D.D; LOPES R.E.; ALBUQUERQUE, M (BR). Terapéutica Ocupacional en el Campo Social: construyendo caminos y rescatando proyectos con adultos que viven en calles. En PAGANIZZI et al .*Terapia Ocupacional Psicosocial. Escenarios clínicos y comunitarios*. Bs. As. Ed. Polemos. 2007. p.203-208.
- GIMENEZ, M. *Relatos de fin de ciclo a fines de siglo. En Terapia Ocupacional . Actualizaciones en teoría y clínica*. C.O.L.T.O. III. Bs As.1996.181-186.
- GUAJARDO CÓRDOVA, A .Prólogo. Ocupación: sentido, realización y libertad. En TRUJILLO, R; SANABRIA, C; CARRIZOSA FERRER, L; PARRA ESQUIVEL, E; RUBIO, V; SARMIENTO URIBE; J. *Diálogos ocupacionales en torno al sujeto, la sociedad y el medio ambiente*. Publicación de la Universidad Nacional de Colombia. Bogotá .2011. p.13-19.
- KRONENBERG F.; SIMÓ ALGADO S.; POLLARD, N. Superar el apartheid ocupacional. Exploración preliminar de la naturaleza política de la terapia ocupacional._*Terapia Ocupacional sin fronteras*. E Panamericana. Madrid. 2007. p.58-84.
- KRONENBERG, F; POLLARD N; SIMÓ ALGADO, S. *Terapia Ocupacional sin fronteras. Aprendiendo del espíritu de supervivientes*. Editorial Médica Panamericana. España, 2007.
- LOPEZ, G. COMALLO: una posibilidad para los discapacitados de las zonas rurales. Libro del 2do. *Congreso Argentino de Terapia Ocupacional y 1er. Simposio Latinoamericano de Terapia Ocupacional*. Bs As, 1988. Publicación de la AATO. Prólogo Marta Suter. 1992.
- MANTERO, P. Los Mapuches sin tierra somos huérfanos. *Revista Materia Prima*. Año 4. n. 13. 1999.31-34.
- MEDEIROS, R. *Terapia Ocupacional. Un enfoque epistemológico y social*.-Ediciones UNL. Santa Fé , 2008. p.71.
- MENGELBERG, E.G. Terapia Ocupacional. Organización de las jornadas de la comunidad. en *Terapia Ocupacional. El camino del hacer*. Bs. As. Vip Ed. C.O.L.T.O 1991 .56-61
- MONZÓN, A; RISIGA. Espacio de reconstrucción de la memoria colectiva. Publicado en *AATO Bol*. Bs. As. Noviembre de 2003. p.21-25.
- NABERGOI, M; BOTTINELLI, M. *Discapacidad, pobreza y sus abordajes. Revisión de la estrategia de Rehabilitación basada en la Comunidad.(RBC)*. Facultad de Psicología - UBA / Secretaría de Investigaciones / Anuario de Investigaciones. XIV. 159-165. Año 2006.Disponible en: www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v14/v14a15.pdf. (2012).
- NARVAEZ, S; SPAMPINATO, S; TESTA, D. De incertidumbres y posibilidades. *Terapia Ocupacional. Trabajo y comunidad. Serie COMPILACIONES*.3 . C:O.L.T.O.A Grupo Editor. 1999. p.81-89

- OLIVER, F.C.; BARROS, D.D. Reflexiones sobre desinstitucionalización y Terapia Ocupacional. *Revista Materia Prima*. 4. 13. 1999.17-20.
- OLIVER, F; NICÁCIO, F. (BR) presentan "Autonomía, derechos y participación social: directrices para la atención y rehabilitación psicosocial de base comunitaria territorial. En PAGANIZZI et al .*Terapia Ocupacional Psicosocial. Escenarios clínicos y comunitarios*.Bs. As. Ed. Polemos. 2007. p.121-138.
- OUDSHORN, S. *El niño con cáncer, la familia y la comunidad*. Fundación Flexer Mar del Plata, 2008.
- PAGANIZZI y col. *Terapia Ocupacional Psicosocial. Escenarios clínicos y comunitarios*.Bs.As. Ed. Polemos. 2007.121-138.
- PAGANIZZI, L et al. Apuntes para los T.O de la RISAM .*Terapia Ocupacional: Del Hecho al Dicho. Psicoterapias Integradas* Editores. Buenos Aires.1991.19-23.
- PAGANIZZI, L. Actividad Lenguaje particular. Ed. *Psicoterapias integradas* Editores. Bs AS. 1997.
- PAGANIZZI. L y MENGELBERG, E.G. (compiladoras) Argentina: social participation activities, and course of action-.en .KRONENBERG, F; SAKELLARIOU, D y POLLARD. *Occupational Therapies Without Borders Towards an Ecology of Occupation-Based Practices* .Ed Elsevier. Inglaterra. 2011. p. 227-233-
- PAGANIZZI. L. Sobre la emergencia de los fundamentos sociales: notas sobre las prácticas comunitarias en Argentina 1980-2010.en Dos Santos y Donatti Gallassi (compiladores) *Questões Contemporâneas da Terapia Ocupacional na América do Sul* .EDITORA CRV Curitiba - Brasil .2014
- PRADOLINI, V. Promoción de derechos humanos "en" y "con las" familias. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 21, n. 3, set./dez. 2010. , p. 255-262.
- REGUEIRO, P.; CALLAO, M; FALCO, M.; CONSTANTINI, G.; FRANCIA A.; CURATELA, A; GIMENEZ,M. El atrevimiento de una utopia. En *Terapia Ocupacional. El camino del hacer*.Bs. As. Ed C.O.L.T.O.1991.181|-199.
- REVISTA MATERIA PRIMA. 1er. Foro Nacional de Terapia Ocupacional. *Revista Materia Prima* 5.:18. 2001- 9-27.
- SBRILLER, L. Salud Ocupacional. La salud de los trabajadores. *Revista Materia Prima*. Año 5. nro 17. 2000-7-14.
- SBRILLER; WARSCHAVSKY. *Terapia ocupacional. Teoría y clínica*. G. Ricardo Vergara Ediciones. Bs. As.1990.
- SLAIFSTEIN , A.; FARIÑA. Salud mental comunitaria en la Vuelta de Rocha. *Boletín AATO*, Junio, 2004. p. 30-32.
- SOLA, A; PEZZOLI, L. Programa de integración sociolaboral para adolescentes. *Revista Materia Prima*. 2. 6. 1998.15-19.
- TOLDRÁ, R.C.; MULATI, D.; RAFACHO, D.M.; TAMURA, R.A.I. *Rehabilitación basada en la comunidad : convergencia de principios y experiencias en Campinas*. – BR. CD 7º Congreso de TO MDP. 2007.
- TORRILLA, M.; GOMEZ, M.V. *Enfoques sobre la sexualidad y anticoncepción en hospital de Día_ El camino del hacer*. Bs. As Vip Ed. C.O.L.T.O. 1991.123-126.
- VEGA, C; CAMPISI A; BÖSENBERG, I; PORRO, S. Rol del T.O en el seguimiento del desarrollo infantil en niños de familias pobres. *Revista Materia Prima*.1998. 3. 8 .3:9. 6-10.
- VEYRA, E.; GARCIA CEIN, E. *Terapia Ocupacional: rol del T.O en prevención Primaria inserto en trabajo barrial comunitario*. *Materia Prima*, 5: 17. 2000.
- WFOT. CONGRESS 2010. *Informe Día de la Educación*. Sistematización del día de la Educación. 03 de mayo del 2010. Santiago, Chile. Elab por: OYARZÚN, E; ACEVEDO, C.; OLI-

VARES, PALACIOS, M.; MÉNDEZ, P.: Comité Día de la Educación. Disponible en www.wfot2010.com. Noviembre 2012.

WFOT. FEDERACIÓN MUNDIAL DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES. Documento *de posicionamiento sobre Rehabilitación Basada en la Comunidad - RBC-* (2004). Disponible en www.wfot.org. Consultado en octubre del 2011.

WFOT. FEDERACIÓN MUNDIAL DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES. Documento *de posicionamiento sobre Derechos Humanos* (2006). En www.wfot.org. Disponible en febrero del 2012.

WFOT. FEDERACIÓN MUNDIAL DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES. *Position Statement on Diversity and Culture* (2010). Disponible en www.wfot.org. Consultado en febrero del 2012.

ZORZOLI.J; CHAURA, L; PAGANIZZI, L. Contextos habitados por sujetos, desafíos de la Terapia Ocupacional en Argentina: diversidad, organización y movimientos actuales en Dos Santos y Donatti Gallassi (compiladores) *Questões Contemporâneas da Terapia Ocupacional na América do Sul* .EDITORA CRV Curitiba - Brasil .2014

Comunicaciones personales

Gomez Mengelberg, E. Conceptos historiográficos. La flecha del tiempo. Orientacion sobre recursos metodológicos. Diciembre 2012.

Polinelli, S. Datos sobre prácticas comunitarias en Unqui. Noviembre 2012.

Garcia Cein y Vega C. Informaciones sobre tesis TO y APS en la UNdMP- Noviembre 2012.

Cieri . P- Facilitación del artículo. "Historia, Evolución y Estado Actual de la RBC y la APS en la Argentina Desde la Perspectiva de Terapia Ocupacional, en: Boletín Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT). Vol 51. 2005. Febrero de 2013.

Autismo: prevalencia de los trastornos de procesamiento sensorial, sueño, alimentación y evacuación

Mgter. Lic. María Rosa Nico

Resumen

En este trabajo se propone estudiar en el autismo la prevalencia de los trastornos del procesamiento sensorial, sueño, alimentación y evacuación/control de esfínteres, describir como se manifiestan estos problemas y analizarlos desde una perspectiva psico-inmune-neuro-endocrinológica (PINE).

Para ello se administró a 50 niños con autismo y trastornos del espectro autista de entre 3 a 11 años de la ciudad y provincia de Buenos Aires, el Perfil Sensorial, Forma Corta (versión en español) para investigar acerca del procesamiento sensorial, junto con una entrevista semi-estructurada para recabar datos sobre el sueño, la alimentación y evacuación/control de esfínteres.

Los resultados obtenidos evidencian que estos trastornos son muy prevalentes en el autismo.

En el procesamiento sensorial, el 82 % de los niños de esta muestra presentaron dificultades en el Perfil Sensorial: en la modulación sensorial, filtro auditivo, sensibilidad táctil y sensibilidad gustativa/olfativa.

Respecto al sueño se halló una alta prevalencia de problemas en el 82 % de la muestra con dificultades en conciliar el sueño y despertares nocturnos frecuentes.

En la alimentación el 88 % de la muestra evidenció trastornos caracterizados por una ingesta selectiva y restrictiva y escaso consumo de vegetales de hojas y frutas. Además el 50% de la muestra experimentó problemas en la evacuación tales como constipación, retención o heces blandas, junto con un retraso en la adquisición del control de esfínteres.

Los hallazgos de este trabajo sugieren que los niños con autismo y del espectro autista exhiben numerosos trastornos bio-médicos que podrían ser abordados y aliviados. Sería importante continuar investigando acerca de cómo estos trastornos de procesamiento sensorial, sueño, alimentación y evacuación, pensados como marcadores de la organización PINE, contribuyen a los síntomas experimentados en el autismo, para poder diseñar protocolos terapéuticos eficaces y mejorar la calidad de vida de los niños afectados y sus familias.

Procesamiento Sensorial Atípico y Dibujo de la Figura Humana

Mgter. Lic. Maria Rosa Nico

Resumen del proyecto

El propósito de éste trabajo es examinar las características del dibujo de la figura humana en niños con disfunciones en la modulación sensorial, establecer si hay diferencias significativas en la representación gráfica del cuerpo con respecto a los niños de desarrollo típico, e identificar en que dimensiones se objetivizan esas diferencias: cuantitativas (diferente número de partes) cualitativas (claras desproporciones, presencia de agregados u omisiones) u ambas.

Para ello se administró el dibujo de la figura humana a 21 niños de 4.9 a 5.8 años de edad, que obtuvieron un resultado de -2 desviaciones estándar por debajo de la norma en el Perfil Sensorial Forma Corta (versión en español), de escuelas de gestión pública o privada de la ciudad autónoma de Buenos Aires y provincia de Buenos Aires, y se compararon con 21 niños de similar edad y escolaridad, que obtuvieron un resultado dentro del rango típico de desempeño en este instrumento.

El Perfil Sensorial Forma Corta (versión en español) de McIntosh, Miller, Syu & Dunn (1999) fue usado como herramienta para discriminar los niños con y sin disfunciones en la modulación sensorial. Mientras que los dibujos de la figura humana se analizaron usando el Miller Assessment for Preschoolers (MAP, 1982, 1988) subtest de la figura humana para examinar el número de partes producido por cada niño. Y las observaciones suplementarias del mismo, para analizar aspectos o atributos cualitativos del dibujo.

Los resultados así obtenidos confirmarían la hipótesis de que hay diferencias entre éstos dos grupos, con los niños con disfunciones en la modulación sensorial produciendo un DFH con un menor número de partes ($p = <0.0005$) y numerosos indicadores cualitativos evidenciados en el análisis de las observaciones suplementarias del dibujo de la figura humana del MAP (Miller 1982, 1988).

La relevancia de este proyecto es indicar que el dibujo de la figura humana podría formar parte de las herramientas de observación estructurada del niño dentro del marco holístico y de las ocupaciones propio del quehacer clínico del terapeuta ocupacional. Y contribuir al incipiente conocimiento del impacto de las disfunciones de la modulación sensorial en el desempeño ocupacional del niño.

Re – Habilitación del Paciente amputado de miembro superior

Autora: Jimena Del Piccolo
jimedelpiccolo@hotmail.com
Tel: (54) 9 - 11 - 3572 4261

Título de Grado: Terapeuta Ocupacional, Universidad Abierta Interamericana UAI. Rosario Sta. Fe - Argentina
Título de Post Grado: Rehabilitación motora de mano y MMSS. Universidad Federal de San Carlos, Sao Paulo - Brasil

Empleos Actuales:

Servicio de Rehabilitación Neuro-motora en el Adulto - Hospital Militar Central. Bs. As. - Argentina
Evaluación y entrenamiento protésico - Ortopedia Alemana. Bs.As. - Argentina
Entrenamiento Protésico y rehabilitación Neuro-motora - Consultorio Particular. Bs.As. - Argentina

Las personas que han sufrido una amputación como consecuencia de un trauma o una enfermedad se enfrenta a múltiples variables que van desde una suspensión de su rutina diaria al rechazo social y psicológico de su condición y en ocasiones puede llegar, a sintomatologías que desencadenen depresión y falta de auto aceptación. Por tal motivo, el objetivo primordial del proceso de rehabilitación es permitir el uso eficaz de herramientas y ayudas técnicas que sirvan de soporte en la vida cotidiana, familiar, laboral y social para que la persona pueda retomar sus actividades y su vida pasada con el mayor nivel de funcionalidad.

Cuando el paciente ingresa a T.O debemos realizar una evaluación exhaustiva de sus capacidades funcionales, historia de vida, datos filiativos, estado pre mórbido, situación financiera, lugar de origen, disponibilidad de tiempo en rehabilitación, entorno familiar y social. La causa y nivel de amputación es también determinante en la rehabilitación de estos pacientes. Las Escalas de Clasificación Anatómica de Oxford y la Clasificación Topográfica de Schwartz se utilizan para la clasificación según el nivel de amputación.

El proceso de rehabilitación se puede dividir en tres etapas, esto es:

Etapas Pre-Protésicas

Todo amputado debe comenzar a moverse después de las 48 horas de la intervención quirúrgica siempre y cuando no existan complicaciones.

Se debe evaluar la historia clínica del paciente, haciendo especial énfasis en el área cognitiva, para garantizar que pueda atender y entender las instrucciones que se le den.

El abordaje esta destinado al cuidado del muñón y hemicuerpo contralateral, entrenamiento unimanual, aceptación del esquema corporal y evaluación de equipamiento protésico.

Los objetivos son:

Preservar Amplitud articular de articulaciones proximales.

Remodelación del muñón

Cuidados de la cicatriz

Mantener o recuperar fuerza muscular.

Disminuir la sensación de miembro fantasma

Etapla Protésica

Se valorará el estado del muñón y del Miembro superior que ha sufrido la amputación, la aceptación y el uso protésico. El objetivo es re – “habilitar” al paciente en actividades bimanuales, evitando posturas compensatorias y adquiriendo habilidades ausentes.

Al hablar específicamente de una persona con amputación de tercio distal de antebrazo o desarticulado de muñeca contamos con dispositivos protésicos mioeléctricos terminales que realizan dos tipos diferentes de prensiones:

Prótesis mioeléctricas con dispositivos terminales de uno (1), dos (2) y cinco (5) motores.

Las primeras realizan un agarre de pinza tridigital. Las prótesis de 2 motores realizan tomas tridigitales y pinza llave. Las ultimas, que cuentan con un motor por dígito realizan diversidad de tomas, esto es: bidigitales, tridigitales, pentadigitales, cilíndricas o esféricas con el pulgar en oposición.

Por esto el paciente será entrenado en la disociación muscular remanente y de este modo, los sensores codificarán las señales eléctricas de los músculos y generaran movimientos de la mano optando por hacer pinzas de precisión, fuerza o ambas. La fuerza y el tiempo de contracción muscular realizado determinaran la presión que se realice sobre el objeto sostenido.

Etapla Post- Protésica

El equipo de rehabilitación reevaluará la funcionalidad y el potencial del individuo ya sea para continuar con dicha prótesis, en el desarrollo de sus Actividades de la Vida Diaria y desempeño Ocupacional, o para posibles cambios protésicos.

Estos tres períodos pueden ser independientes y / o complementarios entre sí y la adecuada rehabilitación del paciente amputado, que exige un enfoque multidisciplinario de su discapacidad, le permite a estas personas un reintegro social y laboral satisfactorio con una calidad de vida óptima para ser una independiente y funcional.

Actualmente no hay disponibles herramientas de medición específicas desde TO que evalúen el nivel de funcionalidad y autonomía una vez protetizado el paciente. Por tal motivo estoy trabajando en herramientas de medición específicas para este grupo de personas.

Bibliografía

- WILLARD SPACKMAN “Terapia Ocupacional”. Editorial Médica Panamericana. 8º edición. 1998.
- TURNER A. “Terapia Ocupacional y Disfunción Física”. Ed. Elseiver. 2003.
- GRINBERG L. Culpa y depresión, estudio psicoanalítico
- TURNER, FOSTER Y JOHNSON, “Terapia Ocupacional y Disfunción Física.
- VILADOT, R, et .al “Ortesis y prótesis del aparato locomotor 3. Extremidad superior”. Ed Mas-son. 3ra Edición. 2000.
- FARRO, LUIS, TAPIA, RAQUEL, BAUTISTA, Luz *et al.* Características clínicas y demográficas del paciente amputado. *Rev Med Hered.* [online]. oct./dic. 2012, vol.23, no.4

Accidente Vascular Encefálico.

Lo que sabemos hasta el momento.

Lo que necesitamos saber para el futuro.

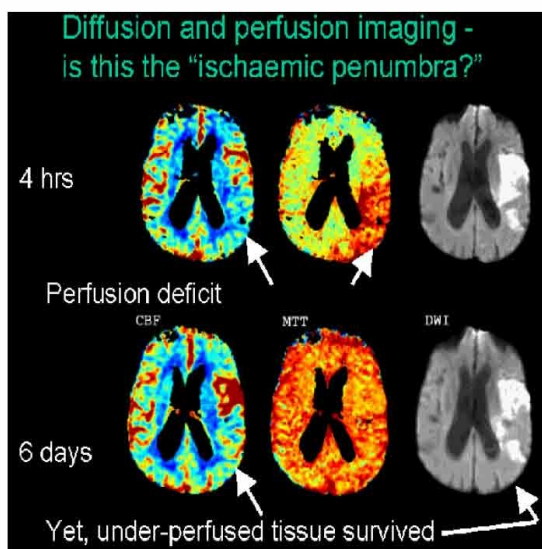
Lo que sirve como tratamiento. Lo que no sirve

Prof. Agda. Dra. Janine Hareau, PhD, TO, Ft, TM
 Nova Southeastern University - USA
 University of Wisconsin Milwaukee - USA
 Universidad de la República - Mdeo - Uruguay
jhareau@chasque.net

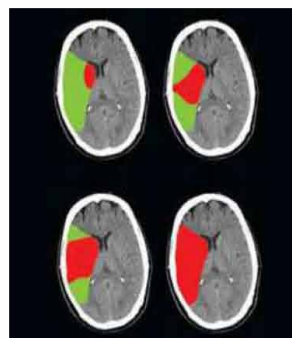
Los accidentes cerebro vasculares (ACV) constituyen la tercera mayor causa de muerte en los países occidentales y la mayor causa de discapacidad de larga evolución. **Son uno de los mayores generadores de gastos en salud.**

¿Cuánto va a recuperar?

Resonancia Magnética con Perfusión:



Permite evaluar y actuar sobre la penumbra isquémica, son zonas de cerebro que tienen riesgo de infarto pero se puede salvar. Lo verde es la penumbra isquémica. Si no se actúa con medicación se pierde



- Permite la valoración de la micro-vasculatura cerebral
- Se obtiene:
 - Volumen sanguíneo cerebral (cerebral blood volume: CBV)
 - Se define como el total de volumen sanguíneo en una región determinada del cerebro.
 - Flujo sanguíneo cerebral (cerebral blood flow: CBF)
 - Se define como el volumen de sangre que se mueve a través de una determinada región del cerebro en la unidad de tiempo, y representa el flujo capilar en el tejido.
 - Tiempo de tránsito medio (mean transit time: MTT)
 - se define como el promedio de tiempo de tránsito de la sangre a través de una determinada región del cerebro, de acuerdo con el principio de volumen central que establece que $MTT = CBV/CBF$

Se obtiene:

- Tiempo de llegada (time to arrival: T0)
- Se define como el tiempo desde el momento de inyección del contraste hasta que se detecta su llegada al vóxel.
- Tiempo hasta el pico (time to peak: TTP)
- Podemos definirlo como el tiempo transcurrido desde que se inyecta el contraste hasta que se detecta el mínimo de señal en el vóxel
- En el **infarto isquémico** este es un estudio que ayuda a determinar la conducta a seguir ya que si se hace en las primeras **3 a 6 horas** se puede hacer una **trombolisis** y salvar lo que está en penumbra–

Servicio de Neurorradiología; Hospital Quirón; Zaragoza, España (N. Fayed-Miguel, J. Merdrano-Lin). Servicio de Neurorradiología; Hospital Bautista; Managua, Nicaragua (J. Castillo-Blandino). Correspondencia: Dr. Nicolás Fayed Miguel. Servicio de Neurorradiología. Hospital Quirón. P.º Mariano Renovales, s/n. E-50006 Zaragoza.

Ayuda a diferenciar procesos neoplásicos con procesos inflamatorios La técnica se basa en la caída de la señal de la RM durante el pasaje rápido del contraste paramagnético a través del lecho capilar.

El tejido capilar se mide IN VIVO y monitorea un trazado que pasa por la zona de interés.

Penumbra isquémica – **Trombolisis venosa** (medicación) monitoreo muy cuidadoso porque puede haber peligro de hemorragia.

Las hemorragias generan **mas** edema cerebral, cuando este se reduce se recupera mucho. Aproximadamente 10% de los Stroke son hemorrágicos.

Los stroke hemorrágicos son en general **mas severos** al inicio pero no en su recuperación.

Rehabilitación

Es un proceso de cambios muy activos en los que la persona con una discapacidad adquirida, aprende los conocimientos y las habilidades necesarias para el optimo funcionamiento **físico, social y psicológico**.

Los tratamientos son los vehículos para minimizar las dificultades

-Reorganización cerebral. ¿Es la llave para la recuperación del paciente con Stroke?

- La plasticidad cerebral sucede en la corteza cerebral:
 - Cambiando la fortaleza de las conexiones existentes
 - Estableciendo nuevas conexiones
 - Deshaciendo las conexiones que no se usan- pruning

La estructura del cerebro cambia constantemente Esta es la base del aprendizaje. Pero el cerebro requiere "actividad" para sacar ventaja de este proceso crear nuevas conexiones y tender redes.

¿Qué se sabe de la plasticidad cerebral en el Stroke?

The Journal of Physiology Symposium on Human hand function: the limitations of brain and brawn -2011

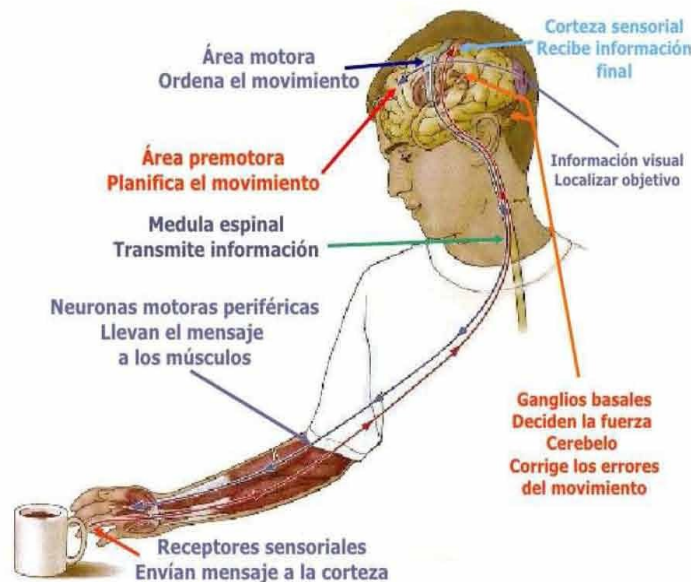
Los pacientes con **mayor recuperación** tienen patrones de activación cerebral "normales" comparados con los controles sanos (Wardet al.2003 al).

- **Los pacientes con una recuperación pobre** tiene mas lesionadas las proyecciones monosinápticas de M1 a las neuronas motoras de médula, por lo tanto deben utilizar áreas motoras secundarias para generar el output motor.

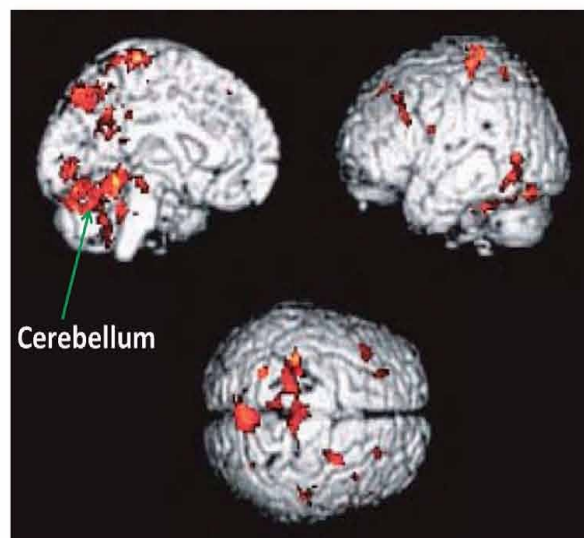
- En pacientes con gran daño cortical, el cambio de las señales aparece en la **corteza pre-motora del lado contralateral a la lesión**, en forma **bilateral en la corteza ventral pre-motora** y en la **zona contralateral del cerebelo**.

- Esta misma re-organización se ha encontrado en voluntarios sanos pero afejos – quizás pues, esta re-organización es la respuesta genérica de la corteza motora a una variedad de “insultos cerebrales” Wardet al.2008.

- En la modulación de la fuerza la zona premotora por lo tanto asume un rol como si fuese la M1 . Tiene un rol funcional relevante.



- En pacientes con gran daño cortical, el cambio de las señales aparece en: la corteza pre-motora del lado contra-lateral a la lesión, en forma bilateral en la corteza ventral pre-motora y en la zona contra-lateral del cerebelo.

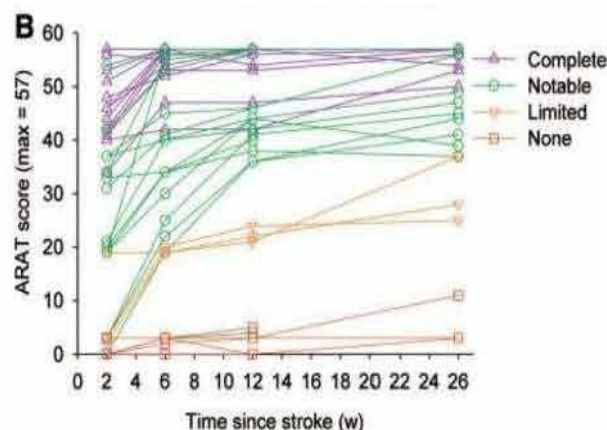


Area secundarias de la corteza motora son recrutadas en pacientes con grandes lesiones, la corteza premotora tiene un rol motor “ejecutivo”, especialmente cuando el paciente con stroke severo intenta realizar actividades de prensión – no así en los que han recobrado un buen control. (Wardet al.2007)

¿Sirven los tratamientos que hacemos en terapia ocupacional?

¿Cuál es el mejor tratamiento?

- La re-organización cerebral se extiende por periodos más largos que el proceso local - NECESITA TIEMPO!!
- Se ve influenciada por el entrenamiento rehabilitador.
- La re-adquisición de las habilidades motoras se asocia con re-organización funcional de la corteza cerebral no dañada.
- El cerebro del paciente con STROKE tiene otra arquitectura
- Si consideramos la **capacidad de cambio**: la edad biológica es un factor muy importante.
- El tratamiento del paciente con STROKE se puede considerar como un “input” cerebral – su fin es optimizar la organización FUNCIONAL del sistema dañado – Esto sucederá **sola-**mente si las regiones y las conexiones con las cuales el input interactúa están intactas y son capaces de influenciar el output motor.



LA SEVERIDAD DEL STROKE y LA EDAD DEL PACIENTE Son los predictores mas claros del retorno motor.

- La rehabilitación post-stroke aumenta la re organización cerebral – **si no hay rehabilitación** se pierde la re-organización cerebral
- Una vez que el paciente está estable la rehabilitación tiene que empezar **inmediatamente**
- Los pacientes con stroke pasan más del **50% de su tiempo en cama durante el primer mes**, 28% sentados, 13% en actividades – esto va totalmente en **contra** del proceso de recuperación

- **Barecca, Susan y colaboradores:** Panel de consenso .
- Heart and Stroke Foundation of Ontario - Canada
- Dr Nicolas Ward: London University (y otros a nivel mundial)

Intervenciones para el MS

Etapas en la rehabilitación: Etapa aguda (0-7 días), Rehabilitación temprana (hospital/ Centro de Rehabilitación/casa/policlínica externa (7-21 días) , Rehabilitación intermedia (22-60 días), Rehabilitación tardía (61-180 días), Crónico (> 6 meses).

METAS CLARAS y concensuadas a nivel internacional

- Prevención y tratamiento del dolor
- Minimizar el daño neurológico
- Optimizar la recuperación funcional
- Compensar cuando el potencial para lograr una adaptación o un movimiento esta muy limitado

Chedoke Mc Master Stroke Impairment Inventory

1 Flaccid paralysis is present. Phasic stretch reflexes are absent or hypoactive. Active movement cannot be elicited reflexly with a facilitory stimulus, or volitionally.

2 Spasticity is present and is felt as a resistance to passive movement. No voluntary movement is present but a facilitory stimulus will elicit the limb synergies reflexly. These limb synergies consist of stereotypical flexor and extensor movements.

3 Spasticity is marked. The synergistic movements can be elicited voluntarily, but are obligatory. In most cases, the flexion synergy dominates the arm, the extension synergy the leg. There are strong and weak components within each synergy.

4 Spasticity decreases. Synergy patterns can be reversed if movement takes place in the weaker synergy first. Movements combining antagonistic synergies can be performed when the prime movers are the strong components of the synergy.

- En el estadio 3 hay movimiento activo sin facilitación, pero solamente con un patrón sinérgico estereotipado, el retorno del patrón sinérgico recién aparece en el estadio 4 o en algunos casos en el estadio 5

- Los patrones sinérgicos y movimientos simples fuera de la sinergia son posibles en el estadio 4

- En el estadio 5 son posibles los movimientos sinérgicos en toda su amplitud y las combinaciones sinérgicas mas complejas. La eversión del tobillo, abducción de la cadera con rotación interna, extensión de los dedos y el pulgar, no son movimientos que formen parte de las sinergias flexoras o extensoras. Son lentos de recuperar y no forman parte de este estadio.

5 Spasticity wanes, but is evident with rapid movement and at the extremes of range. Synergy patterns can be reversed even if the movement takes place in the strongest synergy fast. Movements utilizing the weak components of both synergies acting as prime movers can be performed. Most movements become environmentally specific.

6 Coordination and patterns of movement are near normal. Spasticity as demonstrated by resistance to passive movement is no longer present. A large variety of environmentally spe-

cific patterns of movement are now possible. Abnormal patterns of movement with faulty timing emerge when rapid or complex actions are requested.

7 Normal. A "normal" variety of rapid, age appropriate complex movement patterns are possible with normal timing, co-ordination, strength and endurance. There is no evidence of functional impairment compared to the normal side. There is a "normal" sensory-perceptual motor system

- El estadio 6 difiere de lo normal solamente cuando el SNC está estresado, esto se evalúa exigiendo movimientos complejos y rápidos, movimientos que normalmente no se realizan en las AVD.
- En el estadio 7 no hay evidencia de que haya un impedimento funcional. Las actividades y las capacidades motoras están al mismo nivel que antes del STROKE, El brazo y la pierna no se cansa, ni se sienten mas pesada.

Etapa aguda HOMBRO Flácido

- Importantísimo la protección articular y minimizar el trauma a la articulación
- Manejo muy cuidadoso del brazo en las actividades funcionales
- No mover el hombro pasados los 90° de flexión y de abducción salvo que la escápula este rotada y el húmero en rotación externa
- Usar un soporte externo para proteger el hombro, cabestrillo, un bolsillo en la camisa, estar sujeto por el terapeuta pero solamente en las transferencias y en los desplazamientos
- Activar la recuperación sensorio – motora : Movimientos pasivos y activos, poner el brazo constantemente a la vista del paciente, estimulación eléctrica e imágenes visuales.

Estimulación eléctrica: en el hombro funciona en la etapa aguda pero no si hay una subluxación crónica

Si hay dolor, poco retorno motor y el dolor interfiere con el dormir y las AVD

- Identificar los factores que causan dolor en el hombro
- Movilizaciones pasivas y activas
- Principios de control motor a nivel de SNC
- Uso de terapias analgésicas para el dolor de los rotadores
- Movilización con stretching grado 1 y 2 y movimientos del complejo articular del hombro
- Trabajo sobre partes blandas
- Medicación
- Protección articular
- Facilitar los movimientos activos de brazo y tronco
- Optimizar la recuperación funcional

4 semanas – Dolor en hombro

Movimiento en estadio 3: 50% de la sinergia flexora y extensora está presente

- Identifique los factores que causan o exacerban el dolor
- Trate de determinar si el paciente tiene, tendinitis, bursitis, pinzamiento o ruptura
- Trate con todo lo mismo que en el estadio anterior – intente mucho las actividades activas y las movilizaciones articulares y de los tejidos blandos
- NO USAR POLEAS

PARA LA MANO

- Uso de la CPM : máquina de movilización pasiva constante
- Movilización articular
- Tratamiento del Edema: Técnica MEM



MEM: Técnica para la reducción del Edema traumático y no traumático organizada y sistematizada por Sandy Artzberger, Ms, OTR

y manejada por Janine Hareau, PhD, OT, PT, HT – (NO se usa para el edema tipo linfedema)

Atender también en esta etapa

- Apraxia, Trastornos en el esquema corporal, Alteraciones de la figura fondo, Posición en el espacio, Discriminación de formas, tamaños, Negligencia.
- Apraxia: Presente en mas del 30% de los pacientes en la fase aguda
- Asociada con infarto parietal iz, corteza pre-motora frontal
- La apraxia mejora – pero pueden persistir los errores espacio-temporales en la imitación y el uso de herramientas : conocimiento motor y semántico de las herramientas

Que otros problemas interfieren en las AVD?

- Negligencia del lado afectado Presente en 23% de los pacientes, 42% en los que tienen Lesión Derecha - Persiste más tiempo en los hemi izquierdos 8% en los que tienen lesión izq.

Si el Stroke es en el hemisferio Izquierdo, el hemisferio D puede compensar con más facilidad.

Si el Stroke es en el Hemisferio D el hemisferio izquierdo no puede compensar y hay negligencia.

Si hay dolor, poco retorno motor y el dolor interfiere con el dormir y las AVD

- Protección articular
- Facilitar los movimientos activos de brazo y tronco
- Optimizar la recuperación funcional
- Entrenamiento funcional repetitivo e intenso con diferentes actividades para la adquisición de las habilidades motoras:
 - TRT: task related training - Entrenamiento con actividades relacionadas a lo que la persona hace -
 - TST: task specific training - Entrenamiento con actividades específicas

Que es entrenamiento funcional???

Es una tarea en un contexto bien definido – se debe dar énfasis a la situación social -, que tiene sentido y un objetivo concreto



PARA LAS AVD - Task oriented therapy

EFFECT OF OCCUPATIONAL THERAPY TASK ORIENTED APPROACH ON RECOVERY OF UPPER-EXTREMITY MOTOR FUNCTION AND ACTIVITIES OF DAILY LIVING IN STROKE PATIENTS
- The Indian Journal of Occupational Therapy : Vol. XLI : No. 2 (May 2009 - August 2009)

Espacios de 30 min. de tratamiento: En una tarea específica de la AVD - En una tarea de trabajo - En una tarea de ocio 50% mas de recuperación que el grupo control

- Re-entrenamiento sensorio-motor – Uso de la robótica - Lo hacen los TO
- Estimulación eléctrica en brazo y mano - Lo pueden hacer los TO que son Terapistas de Mano
- Movilización pasiva y activa de mano – Lo hacen los TO
- Manual Edema Mobilización para reducir Edema si lo hay en mano – Técnica MEM: es una técnica de los TO

Se necesitan cerca de 196 horas de tratamiento para lograr modificar algunas áreas del cerebro. Se necesitan cientos de repeticiones para lograr un nuevo movimiento – por eso ayuda tanto la tecnología. Una actividad específica de 15 minutos ayuda si apunta

a un movimiento. La intensidad sola no ayuda – tiene que ser dirigida y organizada – 45 a 60 min. de tratamiento si está organizado y estructurado sirve.

Que otras cosas sirven y tienen que incorporarse a los tratamientos??



USO DE LA ROBOTICA PARA REALIZAR MOVIMIENTOS REPETIDOS: Nivel 1 del evidencia que mejora el movimiento del hombro y del codo

- Estimulación eléctrica tanto para ayudar a mover, como para fortalecer – sola o sumada o la realidad virtual u a otras actividades.

- Fortalecimiento convencional – en casa, en el gimnasio

- mCINT: (modified Constraint Induced Movement Therapy) Cuando sirve?

- En la fase aguda si hay algo de retorno de movimientos de dedos y muñeca

- También en la fase sub-aguda

- En la fase crónica si hay negligencia o problemas sensitivos

- Practica mental: ir por los pasos de la actividad en forma mental antes de realizarla

- Se puede reforzar los pasos de la actividad mientras el pacientes los practica mentalmente

- MIRROR THERAPY : como apoyo a la terapia pero no por si sola

FEEDBACK

Interno: interfase sonora, auditiva, visual al mover el miembro Externo: Información sobre el resultado (KR: knowledge of results) Información sobre que tan bien lo hizo (KP: knowledge of performance)

Tratamientos para disminuir la espasticidad

- Toxina Botulínica: No suele mejorar la función porque el problema es la debilidad que subyace en el MS

- Se aplica en hombros muy aducidos y rotados internamente para disminuir la contractura y el dolor (pectoral y subescapular)

- Codos flexionados (Biceps, supinador largo, braquial anterior) – cosmética y vestido

- Pronadores – para mejorar la orientación de la mano en el espacio

- Flexores de muñeca: para mejorar el dolor y las AVD

- Flexores de dedos: para mejorar la garra

- Aductor del pulgar - flexor largo – para mejorar el uso del pulgar

- Toxina + otros tratamientos: electro estimulación, stretching

- Elongaciones y trabajo sobre los tejidos blandos

- Fortalecimiento

- TO

TAMBIEN SABEMOS QUE :

- FERULAS: NO REDUCEN LA ESPASTICIDAD

- NDT – Neurodesarrollo – No es superior a otras formas de terapia

- Barecca et al (2001) On the other hand, there is a high degree of evidence (Level 1) confirming that neurodevelopmental treatment (NDT) is no more or less effective than several other therapeutic approaches in the treatment of

the hemiplegic arm and hand (Basmajian et al., 1987; Dickstein et al., 1986; Gelber et al., 1995; Logigan et al., 1983; Lord et al., 1986; Vanderlee et al., 1999). Still this technique is widely promoted through a series of certification courses

taught in PT/OT curricula.

- In contrast, the literature supports the use of biofeedback- Consensus Exercise Page - 5 neuromuscular electrical stimulation (EMG-NMS) in the treatment of the hemiplegic wrist and forearm (Level 1 evidence), which has not yet gained broad clinical application (Bowman & Baker, 1979; Cauraugh et al.,

2000; Francisco et al., 1998; Heckman, 1997; Kraft et al., 1992).

- Si no hay retorno de la movilidad activa de MS y sobre todo en mano:
- Facilitar adaptaciones y trabajo con la otra mano

- Chedoke-McMaster Stroke Assessment

- Se usa pasada la semana del Stroke

- Estadios del dolor de hombro

- Grados de control postural y recuperación motora del brazo, mano, pierna y pie

- Chedoke Arm and Hand Activity Inventory

- CAHAI

- Evalúa la funcionalidad del MS del paciente con Stroke. No está diseñado para evaluar la manooplejica sino el uso de ambas manos en actividades bilaterales

Tiene 7 niveles: 7: Independencia completa 1: Asistencia total

- Nottingham Stroke Dressing Assessment

- Test diseñado para evaluar como se pone la ropa. Se puntúa: 0 –

dependiente 1 – dependiente con asistencia verbal 2 – independiente 9 –

no aplica – Es diferente para la ropa de mujer y la de hombre

- Fugl-Meyer Assessment of Motor Recovery after Stroke (FMA) : Es largo de usar pero muestra claramente los estadios de la recuperación motora pero no es

tan sensible a la evolución de la recuperación funcional en la población crónica

- Motor Assessment Scale: muy general para todo el cuerpo – discrimina muy poco la mano

- Action Research Arm Test (ARAT) Función y destreza de la extremidad superior. Evalúa las funciones de prensión en puño, prensión general y prensión digital fina. – No es necesario el entrenamiento formal-

- Box and Block TEST : velocidad de ejecución – pinza trípode

- 9 HOLE PEG TEST: Velocidad pero de la prensión terminal - terminal

Y SI TRABAJAS EN EL AREA SOCIAL y COMUNITARIA???

Problemas de figura fondo, Resolución de problemas, Capacidad de planificación, Dolor de M.Sup., Factores de riesgo etc.

Departamento de Salud de UK

- Stroke es la primera causa de discapacidad en el UK

- Una revisión sistemática Cochrane (2007) demostró que las personas que reciben

TO luego de un STROKE, se deterioran menos y son mas independientes en sus

AVD

- Por lo tanto la TERAPIA OCUPACIONAL disminuye los gastos de la salud y los gastos sociales.

Terapia Ocupacional:

Es la disciplina que por excelencia se preocupa por los problemas cognitivos, visuales, motores y de cuidado personal del paciente con Stroke;

Los TO, sabemos como elaborar planes para mejorar la fuerza, la resistencia física y la movilidad realizando el entrenamiento con y en tareas funcionales;

Somos expertos en como realizar las AVD, en realizar adaptaciones para el hogar, en el trabajo y tenemos la mirada experta para determinar los peligros en el hogar y tratar de evitar las caídas; ayudamos y facilitamos la vuelta al trabajo de las personas con STROKE; evaluamos si el paciente está listo para volver a manejar vehículos.

La terapia ocupacional antes de la terapia ocupacional en Argentina. Antecedentes y delimitaciones de un campo de intervención en disputa (primera mitad del siglo XX)¹

Viernes 10 de Septiembre de 2015. Paraná, Entre Ríos
DANIELA EDELVIS TESTA

A nivel global, durante la primera mitad del siglo XX, las ideas de responsabilidad y deuda social en relación con los accidentados en el trabajo y los heridos de guerra, junto con las epidemias de poliomielitis, fueron primordiales para el desarrollo de un abanico de respuestas técnicas e institucionales de diversa índole que combinaron esfuerzos de organizaciones privadas y públicas para atender a los sobrevivientes de la enfermedad y de las guerras. Al mismo tiempo, nuevos procedimientos y métodos fueron experimentados con el propósito de reparar los cuerpos, recuperar las capacidades remanentes y devolver al enfermo posibilidades para una vida productiva lo que dio gran impulso a la ortopedia, la reeducación médica y la readaptación profesional. En Argentina, estas nociones se proyectaron en torno a la preocupación de la improductividad de los inválidos y sus posibilidades de inserción laboral. A tono con los adelantos médicos de otros países, se llevaban a cabo diversas prácticas y experiencias terapéuticas de reeducación y readaptación destinadas a un amplio y heterogéneo grupo (lisiados, dementes, tuberculosos, leprosos, inadaptados sociales de diversa índole). Uno de los desafíos se refería a lograr un giro en la concepción del "lisiado improductivo" hacia el de "utilidad social" mediante su inserción productiva. En este panorama, los posibles beneficios del "trabajo terapéutico", las manualidades y la laborterapia estaban presentes en las concepciones de la época y combinaban de manera más o menos difusa diversas intervenciones, valoraciones y sentidos. La capacidad de "hacer" del "lisiado" demostraba su normalización y el éxito de la rehabilitación en la medida que lograra la inserción laboral y social de acuerdo con las convenciones hegemónicas vigentes.²

Para acercarme a conocer este campo de intervención en disputa analizaré la articulación entre las ideas plasmadas en el discurso y en las prácticas médicas efectivizadas en torno a la utilización terapéutica de actividades para el tratamiento la "invalidéz" motora, comprendidas en el marco de ideas sobre la rehabilitación y la reinserción social, durante la primera mitad siglo XX. Para ello examinaré dos modalidades de tratamiento (ambas planteadas como de "tipo experimental" por sus impulsores) y una de las primeras propuestas de formación de nivel superior que implicaban la utilización de la terapia ocupacional concebida como una técnica. El propósito de esta conferencia es aportar a la comprensión de parte de aquellos procesos que antecedieron a la creación de la carrera de terapia ocupacional, en el sentido de identificar y recuperar algunas ideas y prácticas especializadas que la antecedieron como posibles núcleos de una profesionalización futura.³

¹ Este trabajo es parte de una investigación mayor realizada para mi tesis doctoral en curso del Doctorado en Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.

² Ferrante, Carolina. *Renguear el estigma. Cuerpo, deporte y discapacidad en Buenos Aires (1950-2010)*, Buenos Aires: Biblos, 2014. Testa, Daniela (2013). "Curing by doing: la poliomielitis y el surgimiento de la terapia ocupacional en Argentina, 1956-1959". En *Revista Manguinhos. História, Ciências, Saúde.*, v20, n4, octubre-diciembre, pp. 1571-1584. Testa, Daniela. "La herencia maldita y la esperanza de la rehabilitación. La epidemia de 1956 en la ciudad de Buenos Aires", *Revista Intersticios*, Vol. 5, N° 2, 2011, p.309-323.

³ Castel, Robert. *La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*. Buenos Aires: Paidós, 2009. Souza Campos Gastao Wagner. "Saude publica e saude colectiva: campo e nucleo de saberes e praticas". En *Revista Salud Colectiva*, 5(2), 2000, p. 210-230.

Laborterapia y terapia ocupacional. Entre el tratamiento moral y la preocupación financiera

En la práctica, la eficacia de la laborterapia como organizador de la estrategia terapéutica estaba ampliamente consensuada. El valor moral y disciplinador del trabajo -sobre los cuerpos, las pulsiones y la organización de las rutinas institucionales- sumado a la interiorización de las reglas y los valores vigentes de la sociedad, hacían de este un recurso preferencial. También en el plano económico esta metodología ofrecía una solución a partir de la producción en mediana escala de los internos que, de esa manera, contribuían al sostenimiento de la institución.⁴

Numerosas referencias sobre la utilización de laborterapia en nuestro país ubican estas prácticas en cárceles, en instituciones administradas por la Sociedad de Beneficencia y posteriormente en hospitales bajo la égida gubernamental, en un proceso que demuestra una larga y poco homogénea continuidad que va desde fines de siglo XIX hasta mediados del siglo XX. En un clima de amplia circulación de ideas a nivel regional e internacional, algunos médicos argentinos estudiaban y discutían sobre los problemas médico-sociales que la "invalidéz" motora representaba como un desafío para la medicina y como un problema de índole económico-social para los individuos, las familias y el Estado. En ese sentido, publicaciones médicas referidas a la ortopedia, la kinesiología, la reeducación, la laborterapia y la terapia ocupacional, analizaban y discutían metodologías, prácticas y legislaciones aplicadas en diferentes lugares de Europa, especialmente en Francia, Alemania, Estados Unidos y también en países de la región, como Chile, Bolivia y Uruguay. Las referencias principales sobre los posibles alcances y beneficios de la utilización de la terapia ocupacional en el tratamiento de problemas motores provenían de traducciones bibliográficas y de viajes de estudio al extranjero.

Sin embargo, será a partir de la segunda guerra mundial cuando la terapia ocupacional gane mayor reconocimiento concebida esencialmente como un factor "acelerador" de los procesos de recuperación que, presuntamente, favorecía la veloz vuelta al trabajo o al frente de batalla. Basada en la fórmula funcionalista y economicista *todos ganan*, la terapia ocupacional abundaba en beneficios porque, fundamentalmente, ahorraba gastos:

Desde el punto de vista práctico y económico se han establecido dos hechos importantes en Estados Unidos desde la implementación de la terapia ocupacional: 1) tanto los obreros de las industrias de guerra, como los soldados y oficiales, o los obreros industriales, han necesitado *menos tiempo* para volver a su trabajo, respectivamente a las filas, desde el día de sus lesión o enfermedad, y 2) Disminuyeron las quejas y rechazos por parte de capataces y oficiales a causa de la *ineptitud* de los obreros y soldados reincorporados. Ambos hechos representan un beneficio claro en el sentido de mayor rendimiento, hechos similares se han constatado en Inglaterra.⁵

La terapia ocupacional era entendida entonces como una metodología de tratamiento que completaba y aceleraba la "recuperación de la función y actividad normal del paciente o convaleciente por medio del trabajo y el entrenamiento dirigidos". El objetivo de dichas intervenciones estaba dirigido a lograr la más pronta reincorporación del afectado a su empleo habitual y a "reiniciar con confianza y capacidad, la vida útil en la familia y la sociedad". Un importante argumento que legitimaba este tipo de tratamiento era su cariz económico. Considerado como una evidencia muy "firme y nada despreciable" era uno de los aspectos más remarcados. Se citaban estadísticas ejemplificadoras de Estados Unidos e Inglaterra, países donde se practicaba la terapia ocupacional "en forma organizada", para demostrar la disminución del número y la importancia de los seguros pagados por incapacidad, ya que este tipo de

⁴ Sobre la utilización de actividades terapéuticas en salud mental ver Daneri, Sara. "Antecedentes de la Terapia Ocupacional en el Hospital José T. Borda. de la asunción del Dr. Domingo Cabred como director de la institución (1892) a la presencia efectiva del primer grupo de terapeuta ocupacionales (1960). Tesis de licenciatura. ICRyM. UNSAM, 2005.

⁵ Rivero Arrarte, Pedro. "Terapia Ocupacional", en Medicina Física. Tomo I. Buenos Aires: Espasa, Buenos Aires, 1945, p.193.

tratamiento había hecho posible en muchos casos aminorar y aún evitar incapacidades que en otra forma hubiesen persistido.⁶ El atributo para que la actividad se constituyera en curativa estaba en relación con algunas características propias de su realización: la repetición del movimiento deseado, la graduación del peso y de la fuerza opuestas a la acción muscular en proporción al aumento del vigor (se variaban las herramientas y la resistencia de los materiales utilizados), la alternativa de contracción y relajación del músculo y el proceso graduado del movimiento. Se inducía al movimiento voluntario mediante la "distracción mental" y, dado que era aconsejable evitar la fatiga, los períodos de la actividad y de reposo se alternaban en un ciclo progresivo hacia la mayor actividad. Una de las tácticas de los departamentos de terapia ocupacional era organizar subastas para vender los objetos producidos por los pacientes con el fin de recaudar fondos que se destinaban para comprar nuevos materiales "ayudando así a cubrir los gastos inherentes a semejante empresa". De acuerdo a los criterios economicistas de re-adaptación y normalización vigentes en la época, en un supuesto doble beneficio el paciente ganaba capacidad funcional y autoestima al "sentirse útil" a la vez que disminuían los gastos que debía afrontar la institución para sostener un servicio de tales características⁷.

Si bien la denominación terapia ocupacional presentaba algún matiz novedoso al referirse a experiencias extranjeras de posguerra, las diferenciaciones conceptuales entre terapia ocupacional y laborterapia no estaban aún delimitadas. Era frecuente la utilización como sinónimos entre ambas denominaciones, así como también con ergoterapia, laborterapia ocupacional o terapia por el trabajo.

Sin embargo, es posible identificar diferencias entre laborterapia y terapia ocupacional en relación a la concepción de los pronósticos y a las posibilidades imaginadas a futuro de sus destinatarios. El "nihilismo terapéutico", surgido como consecuencia de la concepción organicista de las enfermedades delineaba a la laborterapia como una buena estrategia para gestionar la dolencia de aquellos considerados incurables cuyo destino estaba determinado por la cronicidad y el encierro.⁸ Por el contrario, la terapia ocupacional, barnizada con el espíritu triunfalista de posguerra permeado en la retórica de la rehabilitación, se basaba en el optimismo de los progresos de la medicina y de la ciencia. Se anunciaba, por ejemplo, "la terapia ocupacional es uno de los grandes progresos habidos en los últimos 50 años: se ha evolucionado de la clásica laborterapia a la terapia de ocupación más amplia, dentro de la cual el trabajo es solo una parte".⁹

Así pues, la "reciente" terapia ocupacional venía a cambiar el escenario de las extensas colonias por instalaciones en sectores y consultorios de hospitales o clínicas comparativamente de menor envergadura; su implementación era individual y personalizada de acuerdo a la evaluación y diagnóstico médico y tenía gran confianza en la cura y/o en la rápida recuperación de la funcionalidad y vuelta al trabajo de sus beneficiarios. Uno de sus desafíos ideales consistía en restaurar la capacidad laboral perdida de trabajadores -o soldados- en óptimas condiciones de productividad. Interesa pues, destacar, que de ese modo se comenzaba a cuestionar la tradicional concepción imperante de la baja productividad ligada al "lisiado" para equipar su capacidad productiva a la de un trabajador "sano".

No obstante, más allá del consenso sobre los beneficios de la terapia ocupacional para optimizar la salud de los trabajadores, la llegada de esta profesión a la Argentina no estuvo ligada a demandas surgidas desde el mundo del trabajo, sino que fue a partir de la necesidad de atender a los niños que quedaban paralizados como consecuencia de la epidemia de poliomielitis de 1956. En un contexto que exigía intervenciones inmediatas, el peso económico y social

⁶ Rivero Arrarte, Pedro. "Terapia Ocupacional", en Medicina Física. Tomo I. Buenos Aires: Espasa, Buenos Aires, 1945, p.192.

⁷ Breinderbach, Lester y Jamison, Elizabeth. "Surgery Gynecology and Obstetrics". En Revista Kinesiología. Tomo VII. Numero 27, año VII, 1945, p.54.

⁸ Dorner, Klaus. Ciudadanos y Locos. Historia Social de la Psiquiatría. Madrid: Taurus, 1974.

⁹ Nágera, Juan "Ergo-kinesiología". En Revista Kinesiología. Tomo VII. Número 27, año VII, tercer trimestre, 1945, p. 37.

de una cantidad supernumeraria de futuros "lisiados" representaba una amenaza para los organismos educativos y sanitarios.¹⁰

Saberes y prácticas en disputa

En la ciudad de Buenos Aires hubo tres iniciativas que se establecieron entre 1936 y 1937 destinadas a la formación de recursos humanos y a la experimentación de técnicas y procedimientos médico-sociales para el abordaje de lesiones y enfermedades discapacitantes del aparato motor. La *Escuela Argentina de Kinesiología* del hospital de Clínicas, las experiencias conducidas por Marcelo Fitte (primero en el Hospital de Niños y luego en Asociación para la Lucha contra la Parálisis Infantil (ALPI) y el proyecto de José María Jorge en el Hospital Durand. Todos contaban con el apoyo de cátedras universitarias y de organizaciones de carácter civil para sostenerse (cooperadoras, asociaciones) y conformaron parte de las primeras iniciativas que tensionaron las ideas y las prácticas relacionadas con la aplicación de la terapia ocupacional y la laborterapia y bosquejaron posiciones acerca del problema de la rehabilitación.

La Escuela Argentina de Kinesiología

La primera Escuela Argentina Universitaria de Kinesiología (EAK) había sido creada en 1937 luego de un proceso de tres décadas que se había iniciado con un curso de masajistas dictado en el hospital de Clínicas desde 1906. Impulsada por un grupo de médicos entre los que se encontraban Octavio Fernández, Manuel Terrizano y Enrique Romero Brest. En un proceso de incremento gradual de contenidos y de horas de cursada, hacia 1938 esta Escuela otorgaba una titulación universitaria luego de tres años de estudios y diez materias aprobadas.¹¹ La kinesiología, como rama de la medicina se proponía entonces como "la ciencia y el arte del movimiento" y asumía el desafío de la prevención, la reeducación y la readaptación por medio de la utilización de múltiples técnicas y procedimientos. Se planteaba como una carrera esencialmente práctica y de colaboración de la medicina. Los médicos de la EAK reconocían que aunque la denominación *terapia ocupacional* era relativamente nueva y había cobrado cierto auge a partir de la intensificación de la industria y de las últimas guerras, la utilización de actividades para favorecer el estado de la salud, era de vieja data. Si bien estaban informados de la existencia en otros países de escuelas y talleres específicos destinado a la formación de terapeutas ocupacionales, consideraban que en nuestro país no era necesaria dicha especificidad formativa dado que el kinesiólogo argentino contaba con las bases científicas suficientes para el manejo de técnicas y recursos ocupacionales, laborativos o recreativos. Se consideraba que la terapia ocupacional era una de las variadas técnicas de tratamiento que el kinesiólogo estaba capacitado para implementar. De cara a ello, la postura de la *Escuela Argentina de Kinesiología* reivindicaba características propias y pretendía diferenciarse de las propuestas extranjeras.

El pretendido modelo argentino de la Escuela de Kinesiología se basaba en un proceso de varias etapas conducidas por el médico con el apoyo del kinesiólogo: "curar, reeducar y readaptar". La última etapa, la adaptación o readaptación profesional (destinada a paralíticos, cardíacos, reumáticos, traumatizados), sería la finalidad del tratamiento para devolver a la sociedad y a la familia a un miembro que de otro modo quedaría en "calidad de parásito pudiendo haber sido rehabilitado con una cura completa y oportuna".¹²

¹⁰ Testa, Daniela. "La herencia maldita y la esperanza de la rehabilitación. La epidemia de 1956 en la ciudad de Buenos Aires", Revista Intersticios, Vol. 5, Nº2, 2011, p.309-323.

¹¹ Entre las materias del programa se encontraban Educación física, Deportismo y Medicina deportiva, Masoterapia, Sismoterapia, Movilización, Mecanoterapia, Ergoterapia, Reeducción Médica y Ejercitación.

¹² Fernández, Octavio. "Inauguración de los cursos en la escuela de kinesiología". En Revista Kinesiología. Kinesiterapia. Educación física. Medicina deportiva. Revista Kinesiología, Tomo VII. Numero 27, año VII, 1945, p.16.

Sin embargo, al mismo tiempo que la *Escuela Argentina de Kinesiología* intentaba legitimar la *reeducación* como parte de sus incumbencias, el doctor Fitte experimentaba y afianzaba su metodología de tratamiento para poliomielíticos desde 1939 en el Pabellón Tamini del Niños y desde 1943 en la Asociación para la lucha contra la Parálisis Infantil (ALPI), dejando la reeducación en manos de colaboradoras. En las fronteras entre la ciencia, la educación y la intuición, eran las visitadoras u otras mujeres, madres o voluntarias, las que se encargarían de funciones similares a las reclamadas por los kinesiólogos universitarios.

El "método" Fitte y las visitadoras

El Dr. Fitte sostenía que su tratamiento, basado en la intervención del ortopedista desde la fase aguda de la enfermedad, la utilización de yesos y aparatos ortopédicos, las cirugías y la reeducación muscular a través de masajes y movilizaciones en mesa y en el agua combinado con el control de las posturas corporales, era el más eficaz para tratar la poliomielitis. Uno de los factores claves para su metodología era la continuación de los prolongados y onerosos tratamientos de los pequeños pacientes en sus hogares. De acuerdo a su propuesta, una de las funciones esenciales en el método de tratamiento de Fitte la desempeñarían las visitadoras; mediadoras entre el hospital y el hogar, estas mujeres supervisarían y acompañarían el eficaz cumplimiento de las indicaciones médicas en el domicilio, a la vez que aplicarían algunas técnicas rehabilitadoras (como supervisión de la higiene y el estado de los yesos, o verificación de las correctas posiciones de piernas o brazos), además de identificar progresos y necesidades de los pacientes y sus familias. Empero, dada la insuficiencia de visitadoras, con frecuencia fueron las propias madres de los enfermos u otras mujeres voluntarias, las que muchas veces asumieron tales responsabilidades (Memorias ALPI, 1943). Luego, dichas actividades conformaron parte de un proceso de incipiente profesionalización al pasar de manos de voluntarias a conformar puestos remunerados, y se vieron absorbidas por el surgimiento de nuevas ocupaciones de cuidado. Como ya ha sido señalado en otros artículos, dichas prácticas sanitarias fueron precursoras y antecedieron al establecimiento de la terapia ocupacional y de la terapia física en Argentina.¹³

Por el contrario que los kinesiólogos de Fernández, quienes buscaban legitimidad en los conocimientos científicos y en el aval institucional de la academia, el perfil de las visitadoras de Fitte se basaba en la intuición y los valores femeninos, en el amor y en las naturales condiciones para el cuidado. El técnico egresado de la EAK debía contar con ciertas cualidades personales para cumplir con un perfil profesional ideal, "condiciones de amabilidad, paciencia, educación y cultura", especialmente para la tercera fase del tratamiento que era la reeducación (e incluía la utilización de la técnicas de laborterapia o terapia ocupacional), y estas funciones se concebían, aunque no de manera excluyente, en clave masculina.

Dicha división del trabajo por género podría corresponder a que la kinesiología buscaba reconocimiento y legitimidad en los valores de la ciencia, mientras que la metodología de *Fitte* se apoyaba en la práctica en los recursos materiales y simbólicos de la filantropía femenina. Además de adscribir desde las ideas a la concepción que había primado en la ideología de la rehabilitación sobre las virtudes naturales de las mujeres en su rol de "auxiliares de reconstrucción" en contextos de pos-guerra, Fitte reservaba para las mujeres un papel esencial para la implementación de sus ideas, sus cualidades "físicas y espirituales" y su "natural" disposición a realizar "obras de amor" como trabajadoras voluntarias sin recibir remuneración a cambio¹⁴. Al tratarse de niños con un posible porvenir de "lisiados improductivos" el caudal económico, social y afectivo quedaría depositado en gran parte en las familias y en los individuos.

¹³ Testa, Daniela. "La lucha contra la poliomielitis: una alianza médico social, Buenos Aires, 1943", *Revista Salud Colectiva*, Vol. 8, N°3, 2012, p. 299-314.

¹⁴ Fitte, Marcelo. "Organización de los servicios para la asistencia del paralítico". Comunicación a la Sociedad Argentina de Pediatría. Sesión 13 de diciembre. Archivos Argentinos de Pediatría, Año X, T. XI, N° 2, 1939, pp. 129-146.

La Asociación de Ayuda al Inválido y la "verdadera caridad" de dar trabajo

En el *Hospital Durand*, a partir de la *Cátedra IV de Clínica Quirúrgica* dirigida por el Dr. José María Jorge, se creó un centro experimental de asistencia social y educación para niños y jóvenes lisiados considerados "mentalmente normales". Ante la falta de fondos públicos para solventar dicho centro se organizó en 1937 la Asociación de *Ayuda y Orientación al Inválido* (AOI). La entidad contaría con el aval académico de la cátedra mencionada y los aportes económicos de las cuotas societarias, donaciones y legados. Fue desde esta asociación que se organizó, en el mes de octubre de 1943, el primer evento científico sobre esta temática como contenido único, la *Primera Conferencia Argentina de Ayuda y Orientación al Inválido*.

Para este cirujano y su equipo, la educación elemental y en oficios era esencial para la recuperación social de los lisiados. Su concepción de la *reeducación física* debía estar orientada con criterio científico y práctico a fin de que "represente para el inválido una posibilidad efectiva de remuneración" y era parte de sus objetivos principales procurar la formación y educación profesional y "conducirlos a su posible readaptación al trabajo"¹⁵. La utilización de la laborterapia y la educación primaria eran pues, las estrategias de intervención nodales en su metodología de tratamiento. Hacia 1945, la AOI concretó un Hogar-escuela con iguales fines experimentales que los que se venían aplicando desde la IV Cátedra en el *Hospital Durand*; además estaba incorporado y fiscalizado por el *Consejo Nacional de Educación* y recibía un subsidio por parte del Estado. En un régimen de tiempo completo y durante prolongados períodos, los niños y jóvenes quedaban bajo la custodia y el amparo de médicos y educadores. Los maestros-talleristas prodigaban capacitación en ocupaciones útiles (carpintería, cerrajería, confección de orthesis y prótesis para los varones; dactilografía, mecanografía, costura y contabilidad para las mujeres) con el fin de que pudieran valerse por sí mismos en un futuro.

A modo de cierre

En un transcurrir lento y paulatino, durante la primera mitad del siglo XX, se conformó en nuestro país un particular campo de tensiones entre prácticas e ideas de sesgo científico, caritativo y filantrópico que, por el contrario de continuarse en forma consecutiva desde la caridad hasta la asistencia, combinó elementos que coexistieron en un pretendido proceso de modernización de la asistencia. Así, se instalaron debates e inquietudes y se desarrollaron experiencias que pueden ser vistas como núcleos que antecedieron y posibilitaron la posterior profesionalización de dichas actividades en "nuevas profesiones", como fue el caso de la terapia ocupacional. Las ideas y prácticas impulsadas por Fernández, Fitte y Jorge presentaban matices entre sí; las influencias teóricas y las alianzas estratégicas concebidas para afianzarse en el campo, acentuaban la importancia de las bases científicas, los atributos femeninos-intuitivos o el potencial de la reeducación y la capacitación, en cada uno de los casos. Si bien se aceptaba con simpatía la idea de la utilización de actividades con cierto rigor científico para la recuperación de las funciones y para evitar la posible carga social y económica que representaba cada "lisiado improductivo", muy lejos quedaba el horizonte de reducir los índices de improductividad y las cargas sociales a través de la laborterapia, terapia ocupacional u otras técnicas similares.

En síntesis, durante las primeras décadas del siglo XX, la utilización "terapéutica" del trabajo y otros tipos de actividades fueron parte de la conformación de (la posteriormente denominada) rehabilitación como un campo legítimo de intervención que, promovido por el clima de posguerra, empezaba a aglutinar intereses en los círculos médicos, caritativos y filantrópicos. Sin embargo, será en 1956, ante un azote epidémico de poliomielitis, que el Estado impulsará a partir de la Comisión Nacional de Rehabilitación del Lisiado algunas medidas para conformar una estructura sanitaria dirigida a la rehabilitación, entre ellas la formación de terapistas ocupacionales y otros técnicos afines a la problemática. Si bien la terapia ocupacional

¹⁵ Estatutos de Asociación Ayuda y Orientación al Inválido, en Contribuciones y Discusiones Primer Congreso de Ayuda y Orientación del Inválido, Buenos Aires, 1943, p.11.

hizo sus primeras apariciones desde el discurso médico como un modelo para ubicarse entre la "disminución" y la "incapacidad" de los trabajadores enfermos o lesionados y/o para mitigar los efectos de la parálisis en los niños afectados por la polio como mano de obra futura, sus primeras prácticas se arraigaron principalmente en el campo sanitario, quedando alejada del mundo del trabajo. Asimismo, sus enunciados y procedimientos científicos se superpusieron con las concepciones precedentes -de fuerte raigambre filantrópica y caritativa- de las organizaciones sociales que compartían con la Iglesia y el Estado la obligación para con los inválidos e improductivos. Así pues, el "modelo inglés" de terapia ocupacional que desembarcó en Buenos Aires en 1959¹⁶, no inaugura una página en blanco ni es una caja vacía, sino que viene a navegar en un mar dulce que no siempre le ofrece sus aguas tranquilas.

²⁶ Nabergoi, Mariela. "El proceso de transformación de la atención psiquiátrica hacia el enfoque de cuidados en salud mental en Argentina. Participación de Terapia Ocupacional en la construcción del campo de la salud mental en la Ciudad de Buenos Aires (1957-1976)". Tesis de Doctorado en Salud mental comunitaria. Universidad Nacional de Lanús, 2013.

Mesas redondas

Mesa redonda

Emprendimientos sociales.

El trabajo como posibilidad de inclusión social

Disertantes:
Silvana Narvaez
Cecilia Serra

Ponencia Lic. T.O. Silvia Elena Narváez

En el servicio de terapia ocupacional del hospital Borda se desarrollan desde el año 1997 los emprendimientos sociales de salud mental. Estos fueron imaginados, pensados, y concretados por un grupo de Terapistas Ocupacionales en busca de otra circulación posible de las personas con padecimiento mental

Este dispositivo se posiciona como una alternativa frente a los procesos de vulnerabilidad y de exclusión psicosocial.

El programa de emprendimientos sociales considera estos espacios como "una estrategia comunitaria de transición que tiene por fin la promoción de la salud"

Este espacio propone itinerarios terapéuticos que parten de considerar una visión cuasi hologramática de la complejidad de los sujetos, sus contextos y su manera de relacionarse; propiciando las condiciones subjetivas, materiales, sociales y culturales que viabilicen su circulación e inclusión social.

Se intenta favorecer el desarrollo personal, la identidad laboral de los usuarios en un clima de trabajo conjunto saludable, favoreciendo los vínculos entre los integrantes y la participación en espacios comunitarios: ferias, jornadas, eventos. Ampliando así la trama de relaciones y la comercialización de lo producido.

En cuanto a los aprendizajes, se realiza capacitación en tarea, acorde con la técnica específica requerida según el producto que se realice.

Participan en ellos:

-USUARIOS DEL SISTEMA DE SALUD MENTAL

-USUARIOS DE LA COMUNIDAD CON NECESIDADES Básicas INSATISFECHAS Y DESEMPLEADOS

-TECNICOS EN SALUD MENTAL

-TECNICOS EN OFICIOS

Las intervenciones están vinculadas a la autogestión y la competencia personal y grupal de los usuarios que incluye el autocuidado, habilidades sociales y capacidad laboral. También a generar recursos para afianzar el dispositivo y sus aspectos administrativos.

Intervenciones que intentan producir vínculos de mutualidad y cooperación, versus asistencialismo, promoviendo redes y soportes de apoyo institucional o convivenciales. También y consecuentemente sobre la capacidad de modificar los contextos de vida a través de las acciones y actitudes desde el espacio de lo cotidiano.

Si bien los emprendimientos sociales pueden ser coordinados por cualquier trabajador de salud mental, para los TO que integran el equipo de trabajo, la cotidianeidad es un campo de excelencia para intervenir tanto en la dinámica del emprendimiento, con los usuarios y los contextos para la recuperación del entramado social vinculado a lo personal, familiar y comunitario.

Cabe señalar que no se propone la terapéutica a través del trabajo, a modo de actividad prescripta, orientada o protegida, sino que estos espacios son pensados como una estrategia de ciudadanía. Se entiende esta última como una construcción histórica resultante de las problemáticas concretas que cada sociedad produce. Es la resignificación del espacio público como un lugar de afirmación del colectivo y de modificación del poder contractual de los ciudadanos en su relación con el estado y la sociedad.¹

El trabajo es considerado entonces como respuesta a una necesidad de reproducción subjetiva, reconstrucción de una identidad en relación a una capacidad de intercambio como refiere Delgiudice- Cogliati (1994)

La idea de ocupación y de trabajo funciona como un organizador y ubica a los sujetos en un orden simbólico.

Los comienzos

Entre otros motivos, se puede mencionar que precipitó esta búsqueda de espacios posibles el hecho de intentar un cambio en la perspectiva de trabajo una institución total, y el contexto de crisis política, socio económico y cultural de los años 90 en la Argentina, ya que entonces, se produce un sobre endeudamiento externo en paralelo con un proceso de desindustrialización, con aumento de la desocupación y de las condiciones de precariedad laboral y de los niveles de pobreza e indigencia, siendo las clases media y baja las más perjudicadas. Refiere la Lic. Elina Aguiar (1998) (...) " momentos que desde el poder se ponen en marcha políticas destinadas a producir cambios drásticos en el tejido social y en la subjetividad colectiva , cambios que apuntan a la fragmentación de la red social."

Es decir, que al padecimiento psíquico y las características institucionales, se agrega una sobrecarga adicional en los contextos.

En el hospital se reflejaba esta situación en una amplia demanda de los servicios para derivaciones de T.O. a instancias laborales. Entre las diferentes situaciones se observaba como camas del sector privado pasaban a ser ocupadas en los hospitales públicos por la pérdida de cobertura social de familiares y/o pacientes, también situaciones de desamparo social y vacíos legales en cuanto a la protección a las personas. Pobreza más abandono, (también por parte del estado) una dupla difícil de abordar.

Surgieron cuestionamientos sobre: ¿cuáles son los factores de riesgo que colocan a un sujeto en calidad de vulnerable? y ¿cómo intervenir sobre las variables que pueden hacer que una persona pueda recuperar sus relaciones afectivas, sus redes sociales, su capacidad de trabajo, sus derechos como ciudadano?

Es así que se generó un acercamiento al conocimiento de experiencias de desinstitucionalización y de empresa social en diferentes países. En un encuentro con Franco Rotelli- con quien se supervisó informalmente la viabilidad de instrumentación de este proyecto -, el mismo señaló: "no están dadas las condiciones políticas para implementar una estrategia de este tipo".

Este señalamiento operó como cuestionamiento del ideario y posibilitó comenzar a pensar en objetivos y estrategias ajustadas a lo local y a lo particular, permitió empezar a generar condiciones de viabilidad acordes a la coyuntura.

En cuanto al marco legal de este dispositivo se puede mencionar su inclusión en la ley 448 /2001 de salud mental artículo 14 inciso O, y la resolución 893/07 sobre el programa de emprendimientos sociales en el ámbito de la Dirección general de Salud Mental Ministerio de Salud del GCBA. También la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 -en el Artículo 11: hace referencia a los emprendimientos sociales.

Actualmente en el hospital Borda en el servicio de Terapia Ocupacional se desarrollan cuatro emprendimientos **Ciclopapel** que realiza papel reciclado **YBYTU Vientos de Cambio** productos de librería y packaging, **Artesanal BA**, realiza ornamentos y utilitarios en papel reciclado y surgió de la participación en el proyecto de cooperación internacional de Empresa Social ISOLE y el de Gastronomía **Sabores** .

El ingreso a estos dispositivos es por derivaciones de la red de salud mental del GCBA, de profesionales tratantes de distintos servicios hospitalarios, también por demanda espontánea de personas que conocen a usuarios que participan en ellos y de la comunidad.

Las vías de salida de los Emprendimientos consideradas en el programa son:

- la Relación de dependencia laboral (trabajo formal)
- el Autoempleo
- Reinserción o inserción formal en estudios secundarios, universitarios y cursos
- EL Ingreso a otras formas asociativas laborales :Cooperativa de Trabajo, mutuales, etc.
- Los emprendimientos tutelados, asistidos por el Programa durante un año.

PARA FINALIZAR.... Cuando pensaba en qué ideas transmitir en esta mesa, repasé la historia compartida, la teoría y la práctica en la que encontramos POSIBILIDADES de otros modos de atención a las personas en lugares de intercambio, que promueva el lazo social, el ejercicio de los derechos básicos humanos y civiles y la integración al circuito social productivo.

En nuestro país hubo cambios en la coyuntura jurídica política y de derechos humanos, mejoras en las condiciones objetivas de vida y diversas iniciativas relacionadas con las políticas de inclusión para las personas con discapacidad. Sin embargo, para el sostenimiento de estas prácticas inclusivas en el ámbito del Gobierno de la Ciudad de Bs As, es de suma importancia que realmente se consideren los Emprendimientos Sociales de Salud Mental dentro de las políticas y acciones inherentes a la salud mental.

Bibliografía

- Aguiar, Elina La desocupación: algunas reflexiones sobre sus repercusiones psicosociales, Rev. de Ps. Y Ps. de Grupo, T. XX, N° 1, 1997, Bs. As.
- Alippi, M. - Narvaez, S. - Spampinato, S. - Testa, Daniela - Capozzo, M - Fenoglio, F. - Manghi, M. - Doermer, M.- Varela, A. - Gimenez, M. : "Proyecto General: creación de dispositivos laborales para población con fragilidad psicosocial". Mimeo - 1998
- Investigación Social . Lumen Colección Política, Servicios y Trabajo Social
- Autores Varios Terapia Ocupacional -Actualizaciones en Teoría y Clínica -COLTO III .Bs.As. 1995
- Barros, Denise Días. 2004. Terapia ocupacional social: o caminho se faz aocaminhar. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 15, n. 3.
- Castel, Robert . La dinámica de los procesos de marginalización. (De la vulnerabilidad a la exclusión)- Publicado en Rev. Topía - año 1- n° 2 - Agosto 1995
- Delguidice, Cogliati .Jardines de Abel: Deconstrucción del manicomio en Trieste D. Barros— EDUSP-1994-pag 96
- Galheigo, Sandra. Perspectiva crítica y compleja de Terapia Ocupacional: actividad cotidiano y diversidad, justicia social y compromiso ético-político.2012En :<http://www.revistatog.com/mono/num5/compromiso.pdf>
- Kronenberg, F-SimóAlgado,S - Pollard N. Terapia ocupacional sin fronteras: aprendiendo del espíritu de supervivientes. Buenos Aires Madrid Ed medica panamericana 2006
- Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación Sí a la atención, no a la exclusión Organización Mundial de la Salud, 2006. En:www.who.int/mental.../WHO_Resource_Book_MH_LEG_Spanish.pdf
- Narvárez, S. - Spampinato, S. - Testa, D. De incertidumbres y posibilidades Serie Compilaciones 3 - COLTOA Grupo Editor - 1999
- Nicacio , Fernanda. Proyectos de inserción en el trabajo: producción de autonomía, itinerarios de ciudadanía- Revista Materia Prima- Año 3 / N° 11 Marzo/Mayo 1999
- Paganizzi, Liliana y otros. Terapia Ocupacional psicosocial. Escenarios clínicos y comunitarios. Buenos Aires. Polemos 2007
- Rodriguez Abelardo (Coordinador) "Rehabilitación Psicosocial de Personas con Trastornos Mentales Crónicos" Psicología Pirámide - 1997

- Rotelli, Franco - De Leonardis, Ota - Mauri, Diana : "La Empresa Social". Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, 1994
- Saraceno, Benedetto : A concepcao de reabilitacaopsicossocial como referencial para as intervencoesterapeuticasemdaude mental - Revista de Terapia Ocupacional de la Universidad de San Pablo - v. 9/1 - p. 26-31 -1998
- Spampinato, Sandra. "La vulnerabilidad psicosocial en usuarios de los emprendimientos productivos en salud", Revista Vertex, vol. XVIII, primer semestre, 2007, p. 6-14.
- Strutti, Chiara. La empresa social. Algunas reflexiones y aportes a partir de dos propuestas implementadas en Colombia Editado por PTREV y PNUD Julio 1997
- Testa, Daniela. Reflexiones sobre nuestras prácticas: un acercamiento a la modalidad de intervención en dispositivos laborales de salud mental en el sector público de la ciudad de Buenos Aires Rev. chil. ter. ocup;(10):37-45, dic. 2010. tab.

Mesa redonda

Políticas públicas en el paradigma de la ampliación de derechos. El lugar del T.O.

Disertantes:

Alejandro Guajardo

Marcela D'Angelo

Betiana Fornara

Luis Chaura

Juan Manuel Zorzoli

Marcela D'Angelo

Mi experiencia de gestión se inscribe a dos años de sancionada la Ley de protección integral de Derechos de las niñas, niños y adolescentes a nivel nacional, y en el tiempo que se sanciona, reglamenta y comienza a implementarse la Ley de protección integral a nivel provincial. (2007/2011).

*Para describir mi participación en la gestión de las políticas públicas de niñez y a tono con la invitación del lema del Congreso, voy a describir **ALGUNOS DE LOS ESCENARIOS** en los que participé como funcionaria puntualizando cambios y tensiones presentes en la construcción política.*

Primer escenario. Pasaje de competencia desde la orbita judicial al organismo administrativo: del Paradigma Tutelar a la Protección Integral

La implementación de la Ley supone el establecimiento de nuevas competencias para la Subsecretaría de Niñez y la redefinición de competencias para Jueces de Menores y Jueces de Familia, ya los Jueces de menores dejan de intervenir en lo que se denominaba "SITUACION DE ABANDONO" y sí hacerlo ante situaciones de conflicto con la ley penal ocasionadas por niños y niñas mayores de 16 años. Los Jueces de Familia intervienen ante el pedido de Medida excepcional (separación transitoria del niño de su grupo familiar) ante "SITUACIONES DE VULNERACION DE DERECHOS" la cual es decidida desde la órbita administrativa. **CAMBIO:** Supone generar espacios de capacitación en temáticas de niñez y socialización de los alcances de la ley para todos los actores que participan del sistema (Estado nacional, provincial, local y Organizaciones de la sociedad civil); participación en los medios masivos de comunicación en la difusión de cada tema; confección de informes y legajos históricos familiares siguiendo criterio de legalidad y legitimidad. **TENSION:** Procurar la construcción de acuerdos entre los actores del ejecutivo y judiciales en torno a los procedimientos a seguir desde el área de niñez para que pueda tener legitimidad la decisión tomada y presentada ante los Jueces de Familia.

Segundo escenario. Presupuesto para la protección integral ampliando recursos para el territorio

Con la responsabilidad, llega la tarea y la misma requiere mayor presencia territorial para diseñar abordajes integrales entre áreas centrales y los efectores descentralizados, lo cual supone invertir, sin desproteger (incrementando presupuesto y redireccionando partidas presupuestarias), la balanza que fundamentalmente e históricamente sostenía con mayor recursos la institucionalización de l@s niñ@s más que el recurso en acciones de promoción en el territorio, próximas al centro de vida de cada niñ@ en cada punto de la provincia. **CAMBIO:** Fortalecimiento de Programas de protección de derechos: "Acompañante personalizado", "Acompañante ciudadano", "Familia Solidaria" ampliando partidas presupuestarias que permitan mayor cobertura, y provisión de mayores recursos (viáticos y movilidad) para que los equipos profesionales puedan llegar a distintos puntos del territorio provincial con tareas de asesoramiento, capacitación, covisión de prácticas, y articulación entre el primer y segundo nivel de intervención. **TENSION:** Lograr visibilizar la dimensión de la tarea del Area Niñez dada por las responsabilidades que otorga la ley de protección integral ante otras áreas del Ministerio de Desarrollo Social; y con las áreas de economía del propio ministerio y otras áreas del ejecutivo provincial. También con los intendentes y presidentes comunales definiendo tareas, tiempos, recursos para fortalecer la capacidad de gestión en el primer nivel de intervención.

Tercer escenario. Profesionalización de las prácticas y de los abordajes de las situaciones que viven niños, niñas, adolescentes, familias y/o referentes significativos

Con la implementación de la Ley se propicia la participación “profesional” dada la responsabilidad que tienen los equipos locales para instrumentar medidas de protección integral; y los equipos provinciales para fundamentar la separación excepcional del niñ@ de su grupo familiar y solicitar que se considere el estado de adaptabilidad en un niñ@ ante la imposibilidad de retorno a familia de origen o ampliada. **CAMBIO**: incorporación de nuevos profesionales y de nuevas profesiones (abogados, terapeutas ocupacionales, psicólogos) para intervenir ante la situación de vulneración de derechos en niños y niñas; la capacitación a los equipos locales y provinciales (intersectoriales), la creación de espacios de supervisión y/o covisión de las prácticas. **TENSION**: fundamentación ante los gremios de trabajadores públicos de la importancia de priorizar la incorporación de trabajadores universitarios para la tarea de niñez ya que la misma supone el aporte de la especificidad del saber disciplinar. En proceso y en carpeta: continúa la lucha por mejores condiciones de trabajo, y luego de la incorporación (estabilidad laboral), la lucha por el reconocimiento de la tarea (también económico).

Cuarto escenario. Creación de un sistema de guardia ante la urgencia

Antes de la implementación de la Ley de protección integral los Jueces de Menores recepcionaban las situaciones de vulneración de derechos fuera del horario de la administración pública comunicadas por seccionales, hospitales, centros asistencia y en la mayoría de las ocasiones se institucionalizaba como primer medida hasta tanto se pudieran advertir alternativas trabajadas en articulación con las áreas de Niñez. **CAMBIO**: A partir del pasaje de competencia del poder judicial al ejecutivo, en la comunicación de las situaciones de vulneración de derechos por parte de las instituciones se considera indispensable la creación de un dispositivo regional interdisciplinario de Guardia ante la urgencia que pueda recepcionar las situaciones advertidas fuera del horario y de los días de atención de la administración pública. La presencia de los Equipos de guardia y de la tarea de atención regionales implica la ampliación de cobertura horaria de lunes a lunes, las 24 horas y permite evaluar la urgencia, evitar la institucionalización como primera medida, apelar a la responsabilidad familiar en torno al cuidado y protección de los niños derivando para la continuidad del abordaje a equipo de gobiernos locales u otras reparticiones. **TENSION**: la creación y puesta en funcionamiento del dispositivo requiere ampliar los recursos económicos, humanos, materiales asignados, dada la demanda y complejidad de las situaciones que se recepcionan e ir garantizando mejoras en condiciones laborales (estabilidad laboral).

Quinto escenario. Organización de la respuesta profesional ante la situación de vulneración de derechos en primer y segundo nivel de intervención

A partir de la responsabilidad de los equipos provinciales pertenecientes a la Subsecretaría de Niñez de fundamentar la aplicación de una medida excepcional de separación transitoria de los niños de su grupo familiar, es necesario la incorporación de profesionales que provienen del campo de la salud mental, como del campo jurídico/legal. (segundo nivel de intervención), quienes intentan un trabajo articulado con otros trabajadores que se encuentran en áreas centralizadas y descentralizadas del gobierno provincial -educación, salud, desarrollo social, justicia, seguridad, cultura- y con los gobiernos locales (primer nivel de intervención) para procurar que se fortalezcan las acciones de promoción y protección que colaboran con la permanencia de los niños en su centro de vida, si fuese posible. A partir de los abordajes integrales, intersectoriales e interdisciplinarios, orientados a que puedan acompañar a las familias potenciando sus recursos materiales, simbólicos y culturales. **CAMBIO**: antes desde el Área de Niñez se sugería al Juez de Menores la apreciación profesional en torno a la situación del niño y su familia, quien decidía a través de su sentencia. Ahora los profesionales tie-

nen que fundamentar la medida excepcional para que sean las autoridades del ejecutivo quienes deciden primero, la separación transitoria de los niños de sus grupos familiares, y luego, una vez transcurrido el tiempo de duración que establece la ley para la medida excepcional, quienes tienen que decidir acerca del retorno a la familia de origen o hacia una familia adoptiva. **TENSION:** Necesidad de construir protocolos de intervención posibles en cada región de acuerdo con el contexto y los recursos (materiales, financieros, institucionales, comunitarios) para la articulación del primer y segundo nivel de intervención. Explicitar las expectativas y las incumbencias que cada actor desde el sector que representa tiene a la hora de proteger la niñez. Han sido indispensable incorporar y sostener espacios de articulación entre los distintos equipos y profesionales, acercando desde la Subsecretaría propuestas de capacitación, asistencia técnica, covisión, o supervisión de las prácticas debido al abordaje de situaciones complejas y a que la conformación del sistema de protección integral implica la asunción de responsabilidades en los ámbitos educacionales, de salud, de seguridad, de desarrollo social.

Sexto escenario. Presencia en los medios de comunicación dando cuenta de este cambio de paradigma

La implementación de la Ley de Protección Integral de la niñez procura desjudicializar la pobreza organizando una respuesta desde quienes tienen como responsabilidad la gestión de las políticas públicas tanto a nivel nacional como provincial y local; buscando el fortalecimiento de las familias para que puedan sostener la crianza de sus hij@s, y procurando que ante situaciones de vulneración de derechos en primera instancia no se apele a la institucionalización. **CAMBIO:** se cree importante difundir no sólo el discurso de la protección integral sino fundamentalmente comunicar para que sean conocidos y comprendidos y legitimados estos abordajes integrales de protección y promoción de derechos en la órbita del ejecutivo y aportar en la construcción de imaginarios sociales de la niñez en plural y en clave de género, ciudadanía e interculturalidad. **TENSION:** entre los comunicadores sociales, la ciudadanía y los trabajadores y funcionarios de las áreas de niñez ante la confluencia de posturas y perspectivas de análisis diferentes y hasta opuestas.

Reflexiones finales

De la mano de la Ley de protección integral vienen establecidas responsabilidades, procedimientos, tiempos, plazos, decisiones que impactan en la vida de l@s niñ@s y sus familias, por lo cual, de acuerdo a los modos, perspectivas y acciones en que se acompañe en este tiempo y espacio a la niñez se podrá afirmar auténticamente si la protección integral que propone una ley ha tenido prácticas profesionales e institucionales que hayan dejado atrás, efectivamente en el pasado, la Doctrina de situación irregular. Trabajar desde el Estado en pro de la niñez, no se reduce a organizar una respuesta integral para tomar "medidas excepcionales", sino acompañar fundamentalmente en el "territorio", en sus espacios cotidianos con políticas públicas que mejoren condiciones y calidad de vida de todos los ciudadanos, de los niños y sus familias.

Mesa redonda

Capacidad jurídica. Nuevos marcos regulatorios:
de la tutela al ejercicio de derechos

Disertantes:
Claudio Alderete
Maximiliano Bruera
Gabriela Zalazar
Cecilia Mussi

Cecilia Mussi

Dados los temas propuestos en esta oportunidad, que hacen referencia a la capacidad jurídica, a los nuevos marcos regulatorios, y en el intento de transmitir desde la disciplina del derecho algunos aportes que puedan ser útiles o al menos generadores de alguna pregunta a los destinatarios de este Congreso –trabajadores de la salud-, la propuesta en esta oportunidad es la siguiente:

En primer lugar, se intentará ir más allá de lo que concreta y expresamente dicen estos marcos regulatorios que consagran nuevos paradigmas, para poder ubicar por qué estas normas han sido necesarias, es decir qué lógicas y prácticas pretenden desmontar o revertir, y qué intereses o “dispositivos de poder” -utilizando una terminología foucaultiana- encarnan esas lógicas y prácticas.

Por otra parte, se analizarán algunas cuestiones relativas al instituto del consentimiento informado, teniendo en cuenta las particularidades que presenta esta cuestión respecto a los sujetos con sufrimiento mental o con alguna discapacidad.

En referencia a la primera cuestión, preliminarmente cabe aclarar que cuando hablamos de “nuevos paradigmas”, concretamente estamos hablando del paradigma de la salud mental con un enfoque de derechos humanos, que intenta dejar atrás lógicas manicomiales, médico hegemónicas y hospitalcéntricas, por un lado; y del modelo social de la discapacidad, que se propone revertir el viejo “modelo médico rehabilitador”.

Estos advenidos paradigmas se encuentran contenidos principalmente en la Ley Nacional de Salud Mental 26657, los Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental (AG Res. 46/119, 17/12/91), y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad -aprobada por ley 26.378, ratificada por nuestro país el 21 de mayo de 2008 y con jerarquía constitucional en los términos del art. 75 inc. 22 de la Constitución Nacional en fecha 2 de Septiembre de 2013 -.

Las preguntas de las cuales cabe partir serían entonces ¿Cuál era para los viejos marcos normativos la concepción acerca de las personas con padecimiento mental o con discapacidad? ¿Cuál es ahora esa concepción con el advenimiento de estos nuevos paradigmas? ¿Qué sucedía y qué sucede con la capacidad de estas personas –es decir con la posibilidad de ser titulares de derechos y de ejercerlos-?

Para responder estas preguntas resulta necesario remontarse en la historia.

En relación al tratamiento de las personas con padecimiento mental, podemos decir, siguiendo a Emiliano Galende (quien a su vez en parte sigue a Foucault) que hasta la modernidad el “loco” gozaba de *cierto estatuto de libertad*. Señala que si bien estas personas sufrían algunos malos tratos y persecuciones, producto de un imaginario social que les atribuía ser motivo de desorden, malestar social o portadores del demonio, en todo caso compartían su situación ante los poderes políticos y religiosos con los pobres y los marginados. Pero vale decir que no existía ni una conciencia médica de enfermedad ni una disciplina específica que la tratara, y especialmente no había un ordenamiento jurídico especial para estas personas.

Señala este autor que es hacia finales del renacimiento cuando comienza a producirse el encierro de los locos, el confinamiento en asilos. Este es un fenómeno que comienza en Francia, expandiéndose luego a todos los países de Europa. Junto con ese encierro se produce por primera vez el *despojo de todo derecho* a la persona con padecimiento mental, la que además de quedar aislada de la sociedad, quedará excluida de las leyes en cuanto a su libertad personal, el manejo de sus bienes, su derecho a la defensa, a recibir y administrar herencias, a

participar en las elecciones de los gobernantes, etc. El "loco" no es considerado ciudadano, quedando sometido de manera absoluta al director del asilo.

Con el transcurrir del tiempo, y luego del nacimiento de los Estados Modernos, esta cultura asilar continúa vigente y no se modifica, pero sí surge por un lado, una disciplina específica que trata dicha problemática -estamos hablando del nacimiento de la psiquiatría-, y por otro *se empieza a regular jurídicamente la situación de estos individuos* -cabe mencionar como pionera la Ley Esquirol (Francia 1838) llamada "Ley sobre los Aliendados"-, todo lo cual otorga respaldo legal por un lado, y científico por el otro, a este dispositivo que no es ni más ni menos que el manicomio. Con ello se legitima, sobre la base de que el loco es peligroso para sí mismo y para terceros -lo cual deriva del diagnóstico de alienación-, la separación del mismo de la sociedad, la internación como único tratamiento posible, y la consecuente restricción de sus derechos con fundamento en una supuesta protección jurídica.

Es importante destacar, llegado este punto, que según muestra la historia, el manicomio como lugar específico para la internación y tratamiento de los enfermos mentales, no constituye una creación originada en la medicina, es decir no es producto del conocimiento psiquiátrico de la enfermedad mental; sino que nace como una decisión política para atender un problema social. La psiquiatría se encuentra con esta situación pero, lejos de denunciarla, la toma a su cargo y la legitima -constituyéndose el psiquiatra en médico, juez y policía a fin de llevar adelante este dispositivo-. A partir del diagnóstico de alienación entonces, el psiquiatra concentra el poder para privar al "loco" de su libertad, de sus derechos e incluso aplicarle castigos corporales y medidas disciplinarias.

Si analizamos el caso argentino, es necesario decir que nuestro país no fue ajeno a esta tendencia. Siguiendo en este punto a Vezzetti, podemos afirmar que el nacimiento de las instituciones asilares en Argentina está ligado a las ideas de orden y progreso, valores que exigía el proyecto de Nación del Estado conservador puesto en marcha en nuestro país en la segunda mitad del S. XIX. Como es sabido, en función de este mismo proyecto, se fomentaron y se produjeron las grandes inmigraciones (fines del S. XIX y principios del S. XX), las que lejos de producir el "efecto civilizador" pretendido, hicieron colapsar la infraestructura de la ciudad, tanto por el desmedido crecimiento poblacional como por la imposibilidad de controlar el desorden que para dicho proyecto implicaba la introducción de ideas anarquistas y comunistas, que llegaban desde Europa junto con los hombres.

En este contexto, se va forjando en Argentina una concepción de la salud mental y de locura en función de la adecuación o no de las conductas a los pilares sobre los que se construye el proyecto del ordenamiento dominante. Así, la preservación y restablecimiento de la salud, incluyendo la mental, resultan centrales para el control de la población laboral, en miras a los objetivos económicos de ampliación y modernización del aparato productivo.

En función de ello, el manicomio, entre otras instituciones nacientes en la época e importadas de la cultura occidental europea, se erige en una herramienta que sirve precisamente para dicha estrategia de control.

Vemos como en Argentina, coincidentemente con lo que sucede a nivel global, la institución manicomial surge entonces como una reacción institucional frente a lo que se considera un obstáculo a la instalación de un determinado proyecto político.

Y a esta altura del relato cabe preguntarse ¿qué relación tiene el alienismo, la cultura asilar y el nacimiento de los manicomios con la capacidad jurídica de los sujetos con padecimiento mental?

Sin duda el primer gran cuerpo jurídico destinado a regular la vida de las personas en Argentina, que fue el Código Civil de Velez Sarfield (1871), se nutrió, en relación a la concepción de los llamados dementes, del pensamiento alienista. El art. 141, ubicado en la parte de este cuerpo normativo dedicada a regular las incapacidades de hecho absolutas, en su redacción original decía: "Se declaran dementes los individuos de uno y otro sexo que se hallen en estado habitual de manía, demencia o imbecilidad, aunque tengan intervalos lúcidos, o la ma-

nía sea parcial". Los estudiosos de las fuentes de esta norma han notado que Velez Sarfield en este punto se valió de la redacción textual del Esboço de Freitas (proyecto de Código Civil brasileño escrito por Augusto Teixeira de Freitas que nunca se convirtió en Ley pero sí fue una importante fuente del Código Civil argentino); y que este último a su vez lo había tomado de la nosografía psiquiátrica de Pinel y Esquirol, considerados fundadores de la psiquiatría alienista. Es de notar cómo entonces el pensamiento alienista llega directamente y sin alteraciones al Código Civil argentino, como un modo de legitimación jurídica de las prácticas y principios asilares.

Por su parte, y en relación a esta misma cuestión de la capacidad, las ideas y estudios sobre las personas con discapacidad han hecho un recorrido propio, y se ha dado desde ese sector una lucha –bastante reciente y contemporánea por cierto– por el reconocimiento de sus derechos, que ha dado como resultado, una regulación internacional en la materia que plasma el Modelo Social de la Discapacidad –presente en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad–.

Siguiendo en este tópico a Pilar Cobeñas, podemos decir que este modelo entiende a la discapacidad como un producto de las relaciones de poder en la sociedad. Se considera que la discapacidad debe ser entendida no como un déficit corporal individual, sino en términos de las formas en las cuales la estructura social excluye y oprime a las personas con discapacidad. Es decir que, sin negar la "deficiencia", colocan el problema, la tarea, la acción y el deber no en el individuo que la padece o la porta, sino en el Estado y en la comunidad. El problema de la persona con discapacidad es tal en la medida en que el Estado y la sociedad no eliminan las barreras –culturales, edilicias, físicas, etc.– para que ese sujeto pueda interactuar socialmente en igualdad de condiciones con los demás integrantes de la comunidad.

Cobeñas advierte que los contemporáneos estudios sociales de la discapacidad postulan que la idea del cuerpo discapacitado nace en la modernidad como parte del proceso de configuración del cuerpo como fuerza de trabajo, en una relación laboral donde el capitalismo ha dejado afuera a los cuerpos no productivos. Asimismo, dice, se los ha institucionalizado y segregado, con el objeto de "aliviar" a las familias, para que no inviertan tiempo laboral en los cuidados de los "incapaces e improductivos". Es decir que partiendo de cierta concepción de lo normal que se ajusta a la modernidad productiva, se ha construido una visión patologizada, estigmatizante, que ubica la falta en el cuerpo del sujeto que se considera desviado de dicho patrón de normalidad. Esta es la concepción que porta el llamado "modelo médico rehabilitador".

La consecuencia lógica de esta concepción es que el tratamiento en el caso de las personas con discapacidad, debe consistir precisamente en "rehabilitar", esto es hacer transitar a estos individuos, aún en contra de su voluntad, desde la deficiencia hacia lo convencional, lo esperado, lo normal.

Vemos a través de este breve recorrido por las doctrinas desarrolladas tanto respecto a las personas con padecimiento mental como a las personas con discapacidad, cómo el origen y los fines de los dispositivos que a través de la historia se han desplegado en el mundo occidental para el tratamiento y abordaje de estas personas, con fundamento en los paradigmas que hoy se pretenden dejar atrás, se asientan en concepciones que se han encargado de definir qué es lo normal y lo desviado a partir de lo que se ajustaba o no a determinados intereses ligados a la productividad, la utilidad social, en definitiva valores propios del capitalismo y la posibilidad de su funcionamiento sin restricciones.

Se presenta entonces como principal desafío de estos paradigmas, lograr desmontar viejas concepciones, como se dijo, para poder transitar hacia un cada vez mayor reconocimiento de los derechos de estos sujetos.

En este camino, y respecto a las prácticas de salud, adquiere especial relevancia la figura del consentimiento informado, porque supone una relación profesional o equipo/usuario en la que la voluntad y la opinión de este último tiene una preponderancia que no puede soslayarse.

El marco regulatorio de este tema se encuentra en la siguiente normativa vigente: Ley 26657 y su Decreto Reglamentario 603/13 en sus disposiciones respectivas –arts. 7 inc. j, k, l y m; art. 10; 16 inc. c; 18 y 19-, Ley 26529 y su Decreto Reglamentario 1089/12 en su capítulo respectivo –Capítulo III: arts. 5 al 11 bis-, y Principios de Naciones Unidas para la protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental, adoptados por la Asamblea General en su resolución 46/119 del 17/12/91 (en adelante “Ppios. ONU 1991”) que hace específica referencia a la cuestión en su art. 11 –recordemos que estos principios se consideran parte integrante de la Ley Nacional de Salud Mental (art. 2 Ley 26657)-.

Tomando dicho complejo normativo como referencia podemos definir brevemente al consentimiento informado como la declaración de voluntad suficiente, efectuada por el usuario en principio, emitida libremente sin amenazas ni persuasión, luego de recibir por parte del profesional o equipo interdisciplinario interviniente información clara, precisa, adecuada y comprensible acerca de su estado de salud, las posibilidades de tratamiento y abordaje para el mismo, las consecuencias previsibles de la realización y la no realización de dichos procedimientos, así como los derechos que le asisten en relación a dichas prácticas. La normativa específica realiza una enumeración exhaustiva y detallada acerca del contenido del consentimiento, a la que remito.

El basamento primario del consentimiento informado para cualquier práctica de salud se encuentra en el reconocimiento amplio y expreso de la libertad de los individuos en el ordenamiento jurídico argentino (Constitución Nacional y Código Civil). Esta regla general de la libertad deriva en la autonomía de las personas que importa la posibilidad de decidir sin condicionamientos externos, y en la medida que no intervengan restricciones razonables.

Hay que destacar que si bien estas consideraciones relativas a la libertad y la autonomía de los individuos cuentan con una historia y raigambre de muchos años ya, para el caso de las personas con padecimiento en o por su salud mental o con alguna discapacidad, se trata en el mundo jurídico, de nociones bastante jóvenes, con mucho terreno por conquistar aún tanto en lo teórico y lo normativo como en las prácticas.

En el caso del campo de la salud mental, el reconocimiento expreso se encuentra en las siguientes normas: La ley 26657 estipula que “... *Se debe partir de la presunción de capacidad de todas las personas*” (art. 3) y que “*La existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad...*” (art. 5).

La CDPD les reconoce a las personas con discapacidad expresamente la personalidad jurídica –esto es la aptitud para ser sujeto de derechos y obligaciones- y la capacidad jurídica en igualdad de condiciones con los demás -, capacidad de derecho: aptitud para ser titular de derechos y obligaciones, y de hecho: posibilidad concreta de ejercer esos derechos-.

Legalmente, está establecido que el consentimiento informado es obligatorio para toda práctica profesional y para la administración de cualquier tratamiento, tanto en el ámbito público como privado (art. 6 Ley 26.529, art. 11.1 Ppios. ONU 1991).

Por su parte la CDPD en su art. 25 referido al derecho a la salud, coloca a los Estados Partes en la obligación de exigir “a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás Personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado”.

Es evidente que el complejo normativo que se comenta hace hincapié en la autonomía de las personas y el reconocimiento de sus derechos y su capacidad jurídica.

En función de ello, es importante en este punto hacer una referencia acerca de lo que importan las nociones de autonomía y vida independiente en materia de discapacidad. Se ha dicho que la vida independiente es la columna vertebral de los derechos de las personas con discapacidad. En cuanto a la filosofía de la Vida Independiente, podemos decir que esta postula que una persona lleva una vida independiente cuando tiene el poder de elegir libremente y tomar decisiones sobre su propia vida, es decir cuando tiene el control de su vida. Esto no significa que para llevar una vida independiente la persona deba hacer todo por sí sola, sin necesidad de ayuda. Para la Convención, vida independiente implica que una persona pueda elegir, decidir, tener el control, trazar su propio proyecto de vida, aunque para realizar acciones necesite ayuda, en mayor o menor medida, formal o informal.

Es en este punto cobra importancia la cuestión del apoyo que necesariamente el Estado debe brindar mediante medidas efectivas que logren habilitar a quienes claramente cuentan con esa capacidad, para que puedan ejercer su derecho a la autodeterminación.

La CDPD tiene dicho que los Estados deberán tomar las medidas pertinentes para que las personas con discapacidad accedan al apoyo necesario para poder ejercer su capacidad jurídica (conf. Art. 12 CDPD). El nuevo Código Civil y Comercial de la Nación ha receptado el mandato constitucional, regulando los "Sistemas de apoyo al ejercicio de la capacidad", y en el art. 43 puntualmente dice: "Se entiende por apoyo cualquier medida de carácter judicial o extrajudicial que facilite a la persona que lo necesite la toma de decisiones para dirigir su persona, administrar sus bienes y celebrar actos jurídicos en general. Las medidas de apoyo tienen como función la de promover la autonomía y facilitar la comunicación, la comprensión y la manifestación de voluntad de la persona para el ejercicio de sus derechos."

Esta libertad de elección que implica la Vida Independiente abarca decisiones que tienen que ver tanto con la vida cotidiana como con cuestiones más importantes: dónde vivir, cómo y con quién, cuándo formar una familia, qué trabajo tomar, cómo manejar su dinero, etc. Es decir que importa ni más ni menos que el ejercicio de la ciudadanía y de la propia capacidad jurídica plenamente reconocida, como se vio. En este contexto, y en relación a la cuestión del consentimiento informado, queda comprendida en la noción de autonomía y Vida Independiente la posibilidad de elección frente a tratamientos e intervenciones a realizarse sobre el propio cuerpo, la propia vida y la propia salud de estas personas.

Yendo concretamente a la consagración del consentimiento informado en las prácticas e intervenciones de salud mental, cabe partir de reconocer que tanto la regulación específica del instituto en la Ley 26529 -llamada de derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de salud-, como la respectiva del nuevo Código Civil, tienen en su redacción una marcada orientación hacia la práctica médica. Sin embargo de la interpretación armónica de dicha normativa con la Ley de Salud Mental y los Ppios. Para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención en Salud Mental AG ONU 1991, puede deducirse que el consentimiento informado debe ser aplicado a toda intervención en salud mental. La Ley de Salud Mental nacional expresamente establece que "rige el consentimiento informado para todo tipo de intervención" (art. 10). Pero ¿cuáles son las intervenciones posibles en materia de salud mental? Para responder a ello, es necesario recurrir a la misma ley, que al regular la modalidad de abordaje (art. 9), establece que la atención debe ser integral e interdisciplinaria, preferentemente extrahospitalaria y basada en los principios de la atención primaria de la salud, todo lo cual abre un abanico de posibles intervenciones por fuera de la estricta práctica médica, por fuera del ámbito hospitalario, con la participación de otras disciplinas e incluso de la comunidad. Es por ello que corresponde incluir todas las posibles intervenciones en el marco de un abordaje interdisciplinario en salud mental dentro de los postulados del consentimiento informado.

¿Qué implicancia trae incluir el consentimiento informado dentro de las prácticas de salud? Si revisamos la normativa sobre consentimiento informado, notaremos que la exigencia de que el mismo se realice en forma escrita queda circunscripta solo a algunos tratamientos invasivos y a las internaciones. Por lo tanto para muchas de las prácticas cotidianas que se llevan adelante desde un equipo de salud –que no implican procedimientos invasivos ni internaciones-, el Consentimiento deberá estar presente aunque no haya obligación de realizar un registro escrito –aunque hay que destacar que sí debe registrarse en la Historia Clínica como una intervención más-. Considero entonces que más que el cumplimiento de un recaudo legal, o de una formalidad, incluir esta figura dentro de las prácticas implica un determinado posicionamiento del trabajador de salud en relación a las personas usuarias.

En este sentido, pienso que un modo de implementación adecuado del consentimiento informado debería realizarse como una intervención clínica en sí misma, con efectos en el abordaje que se lleva adelante, de manera interdisciplinaria y con lugar para que circule la palabra –incluida y principalmente la del usuario- y el debate para cada abordaje o tratamiento a realizar.

Bibliografía

- Cobeñas, Pilar, "Vida independiente de Personas con Discapacidad. Discutiendo la dependencia" en Discapacidad, Justicia y Estado Nº 5, Infojus, Buenos Aires, 2015.
- Código Civil y Comercial de la Nación.
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- Declaración de Caracas sobre la Reestructuración de la atención psiquiátrica (OPS/OMS 1990).
- Declaración Universal de Derechos Humanos.
- Galende, Emiliano y Kraut, Alfredo Jorge, "El sufrimiento mental. El poder, la ley y los derechos", Lugar Editorial, Buenos Aires, 2006.
- Kraut, Alfredo J.; Diana, Nicolas, "Sobre la Reglamentación de la Ley de Salud Mental", en LA LEY 08/07/2013.
- Ley Nacional de Derechos del Paciente Nro. 26529, y su Decreto Reglamentario 1089/12.
- Ley Nacional de Salud Mental Nro. 26657, y su Decreto Reglamentario 603/13.
- Martinez, Marcelo B., "Derecho y Salud Mental. Historia del tratamiento jurídico de la locura en la República Argentina", Editorial Juris, Rosario, 2015.
- Pacto de San José de Costa Rica.
- Principios de Brasilia Rectores para el Desarrollo de la Atención de Salud Mental en las Américas (1990).
- Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención en salud mental Res. AG ONU 46/119 1991.
- Quinn, Gerard y Degener, Theresia, "Derechos humanos y discapacidad. Uso actual y posibilidades futuras de los instrumentos de derechos humanos de las Naciones Unidas en el contexto de la discapacidad", Naciones Unidas, Nueva York y Ginebra, 2002.
- Silveira, Paula Elena y Martocci, José María, "Hacia la vida independiente" en Discapacidad, Justicia y Estado Nº 5, Infojus, Buenos Aires, 2015.
- Vegh Weis, Valeria Elena, "Salud Mental y Adicciones desde el abordaje del Derecho Internacional de los Derechos Humanos", 2011.
- Vezzetti, Hugo, "La locura en la Argentina", Paidós, Buenos Aires, 1983, 1ª. Ed.

Mesa redonda

Nuevos paradigmas y herramientas en proceso
de evaluación

Disertantes:
Olga Pinella
Bernarda Liceda
Miriam Scaffa

Adaptación Transcultural y Validación de la Evaluación de Participación Combinada- Objetivo/Subjetivo (EPARC-OS)

Scaffa, Myriam¹ TO; Iriarte, Andrea¹ TO; Oppenheimer, Magali¹ TO; Cauda, Andrea¹ TO; Dr. Caceres Fernando¹; Suppicich, Fernanda² TO; Allemandi, Lorena³ TO.
Email: mscaffa@ineba.net

¹Instituto de Neurociencias Buenos Aires, INEBA, Buenos Aires, Argentina

²Instituto de Neurología Cognitiva, INECO, Buenos Aires, Argentina

³Fundación Interamericana del Corazón-Argentina (FIC-Argentina)

Introducción

Las restricciones en la participación, definidas como aquellas limitaciones que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones de la vida (OMS, 2001), en su casa o en su / su comunidad, afectan muy frecuentemente la calidad de vida de las personas con diversos diagnósticos, incluidos los que han sufrido traumatismos encéfalo craneanos (TEC). Para la Neurorehabilitación es importante utilizar evaluaciones que midan el nivel de participación y satisfacción en actividades de la vida diaria de la persona. El EPARC-O se utiliza en el Modelo Americano de Traumatismo de Cráneo (TBI Model Systems) (PART-O, White-neck, Dijkers, Heinemann, et al., 2011).

El EPARC-OS es una herramienta que mide el nivel de participación objetiva (paciente / cuidador) y subjetiva (paciente), luego de haber sufrido un traumatismo de cráneo, representando funcionalidad a nivel social. Hasta la fecha, no existen herramientas de este tipo que hayan sido traducidas al español, adaptadas culturalmente y validadas para ser utilizadas en la población con TEC de Argentina.

Objetivo: Traducir al español, adaptar culturalmente y validar la versión Argentina del PART-OS.

Método: Estudio de adaptación transcultural y validación. Primero la versión original del PART-OS fue traducida al español (EPARC-OS), luego se realizó la adaptación cultural y la validación en Argentina.

Se realizó un estudio piloto para evaluar la versión pre final y adaptarlo a la cultura Argentina, a partir de modificaciones semánticas y lingüística de la herramienta. Veinte pacientes con TEC y veinte controles sanos fueron incluidos en la muestra.

Luego se realizó un estudio de validación con 50 adultos con TEC de la ciudad de Buenos Aires y Gran Buenos Aires. Se incluyeron pacientes > 18 años, con TEC moderado a severo (de acuerdo con la Escala de Coma de Glasgow, GCS), entre 1-15 años posteriores a la lesión, viviendo con su familia o un cuidador, y con español como su lengua nativa.

Algunos participantes no estaban bajo tratamiento de rehabilitación y otros eran pacientes externos en diferentes centros de rehabilitación. Fueron excluidos pacientes con: comorbilidad psiquiátricas, abuso de sustancias y antecedentes de etilismo. Los siguientes datos demográficos fueron recolectados: sexo, edad, estado civil, grupo conviviente, causa de la lesión, nivel de educación, asistencia o no a un centro de rehabilitación, actividad laboral previa-actual, sostén de familia al momento del accidente, certificado de discapacidad, y seguridad social existente.

Las siguientes evaluaciones fueron incluidas: Medida de Independencia Funcional (FIM) que determina nivel de funcionalidad de la persona; Montreal Cognitive Assessment (MOCA),

escaneo rápido para alteraciones cognitivas y la Escala de niveles del funcionamiento cognitivo del Rancho Los Amigos (LCFS) para determinar estadios de función cognitiva .

Procedimientos

Pacientes y cuidadores fueron entrevistados por una Terapeuta Ocupacional vía telefónica o presencial. Los participantes fueron informados sobre los objetivos del estudio y se les pidió proveer su consentimiento informado para poder participar.

Análisis de datos

Las siguientes propiedades psicométricas fueron evaluadas con motivo de la validación, con un $\alpha \leq 0.05$:

- Validez de constructo convergente con otras medidas aceptadas para el mismo constructo o constructos relacionados. Se correlacionó con el FIM y MOCA, utilizando el coeficiente de correlación de Spearman.

- Validez para grupos conocidos, se examinó si el PART-O y PART-S diferenciaba entre sexos, las puntuaciones del Glasgow, grupos de edad, nivel de ingresos económicos y actividad laboral, con o sin certificado de discapacidad. Se utilizó el t-test y el coeficiente de correlación de Spearman

Se utilizó el paquete estadístico IBM SPSS 20 para el análisis estadístico.

Resultados

A) Características de la población

50 adultos con TEC fueron incluidos en la muestra, 31 hombres y 19 mujeres, residentes de la ciudad Autónoma de Buenos Aires y el Gran Buenos Aires.

La edad promedio del conjunto fue de 43 años (rango: 18-78); el 48% mantenía un vínculo de pareja estable (matrimonio u otros), conviviendo el 98% con 4.36 (2-7) personas.

Del total de la muestra, 8% tenía educación secundaria completa, 90.5% tenía una profesión antes del accidente, 64% pudo continuar con su profesión después del TEC, 68% eran la mayor fuente de ingreso de su hogar antes del TEC.

El tiempo promedio de evolución fue de 5 años; la causa más frecuente del TEC fueron accidentes automovilísticos (46%), seguidos de accidentes en la vía pública (16%) y accidentes en motocicletas (12%).

(Tabla 1)

La evaluación de deficiencia y restricción en la actividad definió las siguientes características:

- MOCA: el promedio fue de 23,28 (5.9), lo cual determina déficit.

- Glasgow: 43 Severos (86%), 7 moderados (14%).

- Rancho Los amigos: Grado 5: 4%, Grado 6: 8 %, Grado 7: 4%, Grado 8: 84%.

- FIM: Promedio 111 puntos (DS 17.2), equivalente al nivel de funcionalidad de independencia modificada. **(Tabla 2)**

Solo el 2% de los participantes requería de un cuidador en sus actividades diarias, 58% concurría a un programa de rehabilitación, solo el 44% tenía certificado de discapacidad, siendo este básicamente utilizado para obtener cuidados médico y beneficios de transporte (50% y 40.6% de los casos respectivamente).

Muestra demográfica		
SEXO	Masculino	62%
	Femenino	38%
EDAD PROMEDIO	43 AÑOS	
EVOLUCIÓN TEC	5 AÑOS	
VÍNCULOS DE PAREJA	SOLOS	52%
	PAREJA	48%
NIVEL EDUCATIVO	SECUNDARIO	88%
	UNIVERSIDAD	8%
	INCOMPLETO	4%
ACTIVIDAD LABORAL ANTES DEL TEC	91%	
SOSTÉN ECONÓMICO AL MOMENTO DEL TEC	68%	
REINSERCIÓN LABORAL	64%	

Fuente: elaboración propia

Tabla 1. Datos demográficos de la muestra incluida en el estudio(n=50)

FIM		%	
Independencia completa		74	
Dependencia con supervisión		14	
Dependencia con mínima asistencia		8	
Dependencia con moderada asistencia		2	
Dependencia con máxima asistencia		2	
Dependencia con asistencia total		0	

Glasgow	%	MOCA	%
Severo	86	Déficit	42.86
Moderado	14	Normal	57.15

LCFS	%
5	4
6	8
7	4
8	84

Fuente: elaboración propia

Tabla2.Evaluación de deficiencia y restricción en la actividad

B) PART-O

El PART-O fue completado por todos los participantes del estudio obteniéndose una media de 1.67 (DE 0.72) y un error estándar de 0.1 (IC 95%: 0.2).

Su comportamiento en relación al **FIM definió una correlación moderada** (Rho Spearman 0.35, $p < .05$), respecto a **MOCA la correlación fue alta** (Rho Spearman 0.5, $p < .05$).

La puntuación total **no varió significativamente entre sexos** (mujeres 1,6 – hombres 1,72, $p > .05$), **nivel de Glasgow** (grave 1.6 – moderado 1.9, $p > .05$), la posesión o no del certificado de discapacidad (0.7 – 0.6 respectivamente, $p > .05$), el mantener o no la actividad laboral después del accidente (1.4 – 1.8 respectivamente, $p > .05$), el ser o no sostén económico familiar (1.7 – 1.7 respectivamente, $p > .05$). **No se halló correlación con la edad de los sujetos (Rho Spearman -0.2, $p < .05$). (Figura1)**

C) PART-S

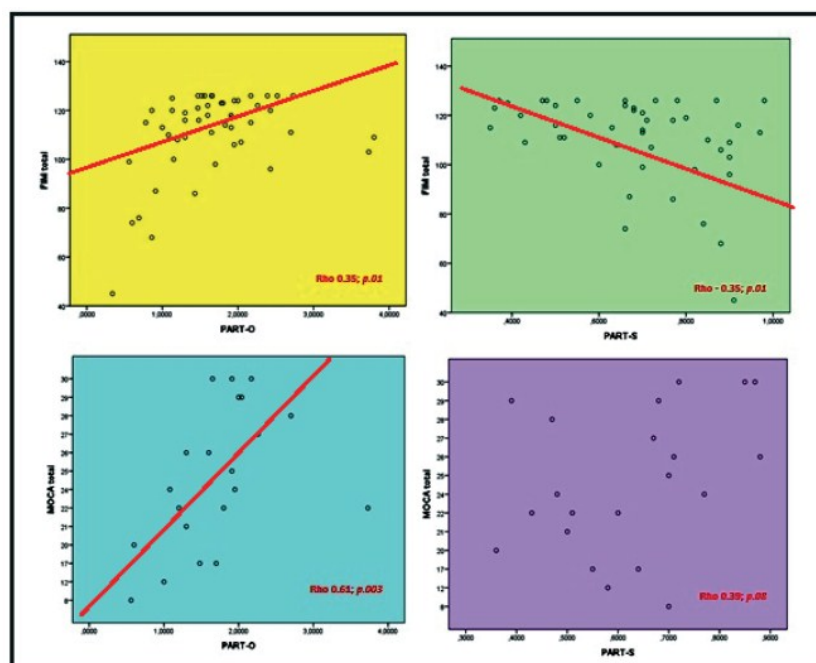
El PART-S fue totalmente computable en el 96% de los sujetos evaluados, obteniéndose una media de 0,68 DE (0,18) con un error estándar de 1.39 (IC 95%: 2.8).

Su comportamiento en relación al **FIM definió una correlación negativa moderada** (Rho Spearman -0.35, $p < .05$), **no se halló correlación con MOCA** (Rho Spearman 0.28, $p > .05$).

La puntuación total solo **varió significativamente entre sexos (mujeres 0.74 – hombres 0.64, $p < .05$)**. En el **resto de las comparaciones las diferencias no fueron significativas**: nivel de Glasgow (grave 2.3 – moderado 0.7, $p > .05$), la posesión o no del certificado de discapacidad (0.7 – 3.4 respectivamente, $p > .05$), el mantener o no la actividad laboral después del accidente (0.6 – 0.7 respectivamente, $p > .05$), el ser o no sostén económico familiar (0.6 – 5 respectivamente, $p > .05$). No se halló correlación con la edad de los sujetos (Rho Spearman 0.1, $p < .05$). (**Figure 1**)

D) Aplicabilidad

La herramienta fue **aplicada en el 100% de la población del estudio**, lo cual permitió obtener una máxima representatividad y una fiabilidad de los datos obtenidos de dicha investigación; su sencillez y aplicabilidad permiten su uso por encuestadores entrenados sin que se produzca una pérdida relevante de datos.



Fuente: Elaboración propia

Figura 1. Correlaciones entre las diversas herramientas de medición incluidas en el estudio (FIM total-EPARC-O; FIM Total-EPARC-S; MOCA total- EPARC- O; MOCA total- EPARC- S)

Conclusiones

Esta es la primera herramienta para medir la participación social en pacientes con TEC, culturalmente validada y adaptada para pacientes de habla hispana. Esta herramienta resultó adecuada para pacientes Argentinos y su uso puede contribuir a evaluar mejor el nivel de participación de esta población. El EPARC-OS resultó una herramienta simple y fácil de usar para la evaluación de pacientes con TEC. Estudios posteriores deberían enfocarse en el uso de esta herramienta para otras patologías neurológicas.

Mesa redonda

Complejizar la educación, repensando
nuestras prácticas

Disertantes:
Carina Muñoz
María Luisa Herrera
Carla Boggio
Patricia Coronel
Mariela Ramallo

Recorrido de la Terapia Ocupacional en Educación Especial en Tierra del Fuego

Lic. T.O. Ma. Luisa Herrera

Es la intención contarles brevemente el recorrido que conozco en lo personal de nuestra profesión en Ushuaia -en el campo de la Educación Especial-con algunas referencias al resto de la provincia.

Como ustedes saben Tierra del Fuego tiene sólo 3 ciudades, las cuales conozco desde hace 20 años, y vivo y trabajo en educación especial en Ushuaia hace 18 años. Las tres ciudades -quizás influido por el paisaje y la geografía- tienen un desarrollo y funcionamiento urbano, social, político muy distinto entre sí, y por supuesto culturas institucionales también muy diferentes. A su vez, al ser una provincia creada como tal hace unos 30 años, las normativas e instituciones también están en el inicio de su recorrido. Un ejemplo de esto es que nunca existieron escuelas laborales, o talleres protegidos, y con ello el rol del T.O. en Educación especial ha tenido un desarrollo menos típico.

Antes del año 2000 existían solo dos cargos (Ushuaia y Rio Grande) pertenecientes al Gabinete Psicopedagógico, creados en 1987. La función del cargo fue cambiando según los directivos de la institución y según demanda de la población. En Ushuaia una sola escuela aloja toda la población, y en Rio grande se han dividido por discapacidad: intelectual, sensorial, y centro terapéutico.

Los niños abordados abarcaban todo el abanico de las discapacidades, dado que era el único T.O. en la ciudad, y el único servicio educativo especial. Durante muchos años se desarrolla un abordaje de T.O. individual, llevando a cabo evaluación y tratamiento, entrenamiento en AVD, adaptaciones de mobiliario, y asesoramiento familiar y al equipo escolar. El T.O. también se incorpora naturalmente a pre talleres, y a acompañar la creación de los nuevos servicios de la escuela (Estimulación Temprana, Multimpedimento, etc.). La demanda que más se viabiliza hacia la intervención del T.O. es la de aquellos estudiantes con "trastornos neuromotrices", debiendo en otros casos solicitar el T.O. la intervención o participación en casos donde no se hacia evidente la necesidad de su intervención. Se pone en juego la especificidad del abordaje de T.O. para casos en los cuales se comienzan a articular abordajes interdisciplinarios junto a psicomotricistas y kinesiólogos dentro del equipo escolar.

En Ushuaia se amplió el edificio pero sigue siendo una sola escuela de tres turnos, con un solo T.O. para toda la ciudad - ya de aproximadamente 100.000 habitantes-. Originalmente ésta institución cubría la modalidad especial en nivel inicial y primario, atendiendo todas las discapacidades (intelectual, motriz, hipoacusia y sordos, disminución visual y ciegos, Trastornos generalizados del desarrollo, etc.) Luego se extendió a atención temprana, integraciones, severos trastornos de la personalidad, y servicio de adultos.

Con el devenir de los años, se fue ampliando la demanda y diversificando las funciones del T.O. del equipo de la escuela especial, incorporando el rol de interconsultas, asesoría en integraciones y posteriormente en las inclusiones escolares, saliendo de la escuela especial para trabajar en otros ámbitos.

Actualmente en el equipo interdisciplinario de entre casi 20 profesionales que abordan la educación especial "desde dentro", hay un solo T.O., que interviene según el proyecto y el turno, realizando mayormente - ya no abordaje individual- sino talleres y proyectos transversales para grupos. Es evidente la necesidad de incorporar más profesionales dado el amplio espectro de la población y servicios especializados, pero no han sido creados los cargos.

2007 en adelante, el Centro de Actividades Alternativas para discapacitados (C.A.A.D.) incorpora terapeutas ocupacionales a su equipo docente. Esta institución de jornada completa pertenece a la educación especial no formal: realiza actividades principalmente recreativas y deportivas, teniendo también articulación con actividades terapéuticas, y posee talleres laborales. Actualmente cuenta con dos profesionales.

2008, el Proyecto "Alojar" incorpora un T.O. a su coordinación y al Equipo Técnico. Alojar es un proyecto que orientado por el psicoanálisis funciona como dispositivo de abordaje de las problemáticas de la infancia perteneciente al Gabinete de Psicopedagoga y Asistencia al Escolar: que brinda abordaje individual desde el psicoanálisis, para los niños y jóvenes con trastornos de la salud mental. Se trabaja en equipo interdisciplinario, se realizan asesoramientos, articulaciones entre las escuelas, capacitaciones, supervisiones, etc.

Al incluirse el T.O. con su carga horaria completa en éste proyecto, se crea un segundo cargo para educación de nivel inicial y primario.

2010: Desde la Coordinación de Políticas Socioeducativas y luego desde la creación de la Dirección de P.S.E., se trabaja en la elaboración y acompañamiento de proyectos de la nueva modalidad, y desde el enfoque de la educación Integral.

En nivel secundario los T.O. se desempeñan desde 2008 como maestro tutor de proyectos para jóvenes con discapacidad. Se crean dos cargos de maestro tutor específicamente para ser cubiertos por terapeutas ocupacionales, incluidos en el Proyecto T.E.I. a partir de 2011. (CPLA, Resolución M.ED. N° 904/13)

2011 – 2012: Se crean las Escuelas de Educación Integral (E.d.E.I., Dto. Provincial N° 2424/10) en R.G. y en Ushuaia, previstas también para la Ciudad de Tolhuin. Les contaremos a continuación en la próxima mesa nuestra experiencia en la E.d.E.I. de Ushuaia. Estas escuelas se crean bajo la misión de *"Estimular el autovalimiento mediante una formación que contemple dotar al sujeto de herramientas y recursos que le permita potenciar la adaptación al entorno social y laboral."*; *"Contribuir al logro de una formación integral para la vida, a través del auto valimiento y la formación diversificada"*, abordando desde la educación formal la transición a la vida adulta y la formación laboral de las personas con discapacidad. Los T.O. toman los cargos de coordinación técnica en ambas escuelas, y de Equipo de orientación vocacional laboral.

Los roles de los T.O. dentro del Equipo de Orientación, si bien están detallados por la Resolución M.E.C.C.yT. 1886/11, se han desarrollado con particularidades en cada institución. Las funciones previstas no fueron consultadas con los T.O. de la provincia, y como resultado se incluyeron funciones del modelo biomédico, y del ámbito de la salud y la rehabilitación, que no pueden ser puestos en práctica en un equipo de orientación, ni con 16 horas cátedra para el ejercicio del rol.

2013. Desde la Coordinación de Educación Especial del Ministerio de Educación se participa del equipo de asesoramiento de las escuelas de educación integral, y se participa de la elaboración del proyecto de un nuevo centro educativo para jóvenes y adultos para la ciudad de Rio Grande, que se concreta con el Decreto Prov. N°1852/15. En el mismo, se crea no solo una nueva institución educativa para adultos, sino que prevé en su equipo y se crean los cargos para T.O. en los Equipos de Orientación.

2015

Actualmente tenemos conocimiento de 13 terapeutas ocupacionales trabajando en total en la provincia, de los cuales 6 trabajamos en educación especial:

En Ushuaia: Escuela Especial, Proyecto Alojar, Equipo de Orientación de E.d.E.I., C.A.A.D. (2 T.O. actualmente), y 2 cargos de maestro tutor T.O. en secundaria (C.P.L.A. Proyecto TEI), mas un cargo de coordinación concursable.

Desde el área de T.O. de Ushuaia se han solicitado mas profesionales para el Gabinete de asistencia al escolar, dado que no se alcanza a trabajar en todos los proyectos ni a cubrir to-

da la población. Se podría retomar un rol protagónico en las integraciones escolares por ejemplo, o en la educación domiciliaria u hospitalaria. Con las nuevas leyes de Salud Mental y Educación se han generado y puesto en marcha dispositivos de la educación común para abordar la singularidad de estudiantes de todos los niveles, donde bien podrían desempeñarse y participar los T.O.

En Río Grande, existe actualmente un T.O. en ejercicio en gabinete psicopedagógico y en el equipo de la E.d.E.I., y hay un cargo sin cubrir, más un cargo de coordinador concursable para los T.O. Y es destacable la función docente en el profesorado de educación especial de una colega.

En Tolhuin, aun no se ha puesto a funcionar la E.d.E.I., en la que está previsto un cargo de Equipo de Orientación.

Conclusiones

En la década del 90 nuestra profesión era reconocida principalmente en lo relativo a la rehabilitación física y el trabajo protegido. En los casos en que no era evidente nuestro rol para el resto del equipo o para los directivos escolares, era necesario solicitar, justificar y demostrar cuál era nuestra posible intervención.

A los cambios políticos tendientes a una mayor inclusión, concretados a través de las leyes a nivel nacional, la provincia ha adherido sistemáticamente, principalmente en educación. Como resultado existe mayor participación de los T.O. en todos los niveles y modalidades, trabajando interdisciplinariamente y en red.

Considero destacable nuestros aportes en las tutorías de nivel secundario, la creación de cargos como equipos de orientación, y la transformación del rol en los cargos del gabinete psicopedagógico: desde la clínica del déficit y de la funcionalidad, hacia la participación en ocupaciones significativas.

El marco que regula los nuevos lineamientos en educación es incipiente y está en desarrollo. En diciembre de 2014 se aprobó la ley de educación provincial que adhiere a la LEN N° 26.206. Estamos carentes de legislación sobre las misiones, funciones, y roles de los T.O. en la educación especial, tanto para nivel inicial, primario y secundario, como para la modalidad especial.

Uno de los desafíos presente es aumentar nuestra participación en los ámbitos ya generados, para garantizar el ejercicio profesional de calidad, y favorecer la incorporación de nuevos terapeutas ocupacionales a los espacios específicos en los que se requieren.

Como desafío paralelo nos estamos intentando reunir para armar nuestro espacio como asociación o sede de la A.A.T.O., y trabajar juntos, por nuestra continua formación, y en defensa del campo disciplinar logrado.

Nuestro recorrido desde la terapia ocupacional en instituciones de Educación Especial en la Provincia de Entre Ríos

Autoras: T.O. Patricia Coronel, T.O. Mariela Ramallo, T.O. Betina Zuttion

Desde este trabajo buscamos compartir el recorrido de la Terapia Ocupacional en el campo de la Educación Especial y dar a conocer las distintas trayectorias en las instituciones educativas de esta modalidad, los diferentes caminos por los que se ha transitado en la provincia de Entre Ríos.

Quizás no difiera mucho de lo vivenciado en otras provincias, pero es nuestra idea en esta presentación dar a conocer la manera en que nos fuimos introduciendo en el sistema educativo y también cómo estamos trabajando actualmente en nuestra provincia.

A inicios de la década del 90 se da la primer experiencia en el ejercicio de la profesión en el ámbito educativo, con una "afectación" al Equipo Técnico, en base a una propuesta presentada para las escuelas especiales a la Dirección de Educación Especial, del Consejo General de Educación. Esta profesional T.O. fue designada para trabajar como Coordinadora del Área Laboral para las escuelas especiales de toda provincia.

En los años siguientes la puerta de ingreso para las próximas T.O. fue a través de la existencia de un decreto provincial que permitió mediante concurso, a los profesionales de esta disciplina, desempeñarse como "habilitantes" en cargos docentes, con funciones en pre talleres.

Nuestra profesión no era reconocida formalmente como tal en aquellos tiempos en este ámbito, pero sí teníamos la posibilidad de cumplir funciones *a cargo de grupo*, en aquellos espacios donde se iba comprendiendo que era necesaria la participación del Terapeuta.

Teníamos así la vía de entrada. Esto nos fue permitiendo cumplir nuestro rol pero con una perspectiva docente.

Había luego que demostrar cuál era nuestra "específica" participación. Fuimos involucrándonos en los procesos cotidianos escolares, con estrategias particulares, contenidos novedosos hasta ese momento; pero siempre continuaba siendo un recorte de nuestras posibles intervenciones. Quienes teníamos la suerte de contar con el apoyo institucional, íbamos actuando mas allá de lo que formalmente nuestro "cargo docente" nos permitía.

Y junto con estos cambios evidenciados desde adentro de las instituciones, se iban dando otros cambios: a nivel de políticas educativas, cambios de paradigma, las perspectivas de la educación especial pasaban de necesidades educativas especiales a educación integral. Esto nos modificó, modificó nuestras prácticas.

Y, a su vez, ahora la mirada se centraba más en aspectos relacionados con nuestras incumbencias, con pensar al alumno desde una mirada compleja, desde la autonomía. Y esta autonomía pensada de una manera transversal.

Entonces ya no sólo teníamos autorización para participar en lo laboral, en actividades de la vida diaria (avd.), sino también en otras propuestas que desde la escuela se proponían.

Sin dudas también influyeron aquí los avances generales, en otros campos laborales, que fue teniendo nuestra profesión.

A principios de la década del 2.000 se comienza a trabajar y posteriormente a plasmar por escrito, en forma conjunta desde en aquel entonces Asociación de Terapeutas Ocupacionales de Entre Ríos y ahora Colegio, con el Consejo General de Educación (perteneciente al Ministe-

rio de Educación, Deportes y Prevención de Adicciones, gobierno de la provincia de Entre Ríos), sobre los roles y funciones de los cargos de Terapeuta, tanto de funciones "a cargo de grupo" como desde "equipo técnico".

Entonces, a partir de la experiencia, de la vivencia, lo que se producía y provocaba con nuestras prácticas, nos permitió tanto a nosotros como a las instituciones poder pensarnos en nuevos roles, otros roles, más roles que nos confirmaban, nos conformaban como Terapeutas Ocupacionales.

En el año 2008 se crean los Cargos Técnicos de Terapia Ocupacional en la provincia.

Se amplía entonces la presencia de Terapeutas en el ámbito educativo. Ahora no solo encontramos TO a cargo de grupos en pre talleres y talleres, sino también conformando equipos técnicos interdisciplinarios, con sede en cada escuela.

La toma de estos cargos resignificó nuestras funciones; nuestra mirada se ampliaba. Aparecían nuevas necesidades, nuevas preguntas, otras intervenciones.

Los escenarios fueron cambiando, mutando, transformándose. Los espacios, tiempos, estrategias se fueron rearmando. Las intervenciones educativas se fueron modificando.

Nuestro trabajo tomó una perspectiva más compleja, con una mirada interdisciplinaria, en donde por momentos nuestra especificidad se desdibujaba para convertirse en una mirada conjunta.

Nos encontramos entre diferentes disciplinas, en un trabajo orientado hacia objetivos comunes. En un equipo, con una estructura viva, dinámica, crítica; que evalúa, modifica y reformula objetivos en forma constante y revé los medios con que se trabaja.

Aparecieron nuevos escenarios, nuestra labor se diversificó: trabajo en redes con otras organizaciones, otros sectores, otros profesionales, gestiones para recursos, intervenciones en nuevos campos como las integraciones escolares y experiencias pre laborales. Otro de ellos fue la constitución de equipos de Configuraciones de Apoyo: figura educativa responsable de la conformación de redes, interacciones entre personas, grupos, instituciones que se conforman para identificar, detectar barreras al aprendizaje, desarrollar estrategias educativas. Elaborar estrategias pedagógicas para que las personas con discapacidad puedan desempeñarse en el contexto educativo y comunitario con el mayor grado de autonomía posible se constituyó en otro de estos nuevos escenarios.

Creemos que hay un largo camino por recorrer aún...

Ya hemos logrado un fuerte reconocimiento en los ámbitos en que nos desempeñamos, pero entendemos que podemos participar en otros espacios, acompañando los procesos educativos desde otra perspectiva (equipos interdisciplinario en Educación Temprana, Equipos de Orientación Educativa de nivel medio (E.O.E.), en Servicios de Apoyo Interdisciplinario Educativo (S.A.I.E.) de nivel primario, equipos interdisciplinarios en escuelas comunes, entre otros.

Todos los días asistimos al desafío de discutir las rutinas, (re)pensar nuestras prácticas. Esto nos lleva a buscar desnaturalizarlas y a volver a leer sus efectos, reabrir permanentemente el debate. Descotidianear. Ampliar la mirada sobre nuestra profesión.

Analizar cómo las prácticas profesionales se van delimitando en función de quienes las practican, de las leyes/ decretos/ programas que enmarcan las prácticas institucionales, de las políticas que suponen una forma determinada de dirigir las acciones.

Entonces la apuesta será buscar inferir/ intervenir en las agendas que priorizan temas para las políticas, que generan leyes/ decretos, que enmarcarán nuestras prácticas.

Bibliografía

LEY NACIONAL DE EDUCACIÓN 26206/06

LEY NACIONAL 26378/08. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.

Resolución CFE 155/11. Modalidad de Educación Especial.

LEY PROVINCIAL de Entre Ríos 9890/08. Ley provincial de Educación

LEY PROVINCIAL de Entre Ríos 9891/08. Ley provincial de Discapacidad

Educación especial, una modalidad del sistema educativo en Argentina. Orientaciones 1. 2009. Ministerio de Educación. Presidencia de la Nación.

Resolución Consejo General de Educación (C.G.E.) 303/11. Lineamientos educación especial desde la perspectiva de la educación integral

Resolución C.G.E. 304/11. Orientaciones Curriculares Modalidad Especial

Resolución C.G.E. 305/11. Escuelas y Centros dependientes de la dirección de educación especial. Cambios de denominación.

RESOLUCIÓN C.G.E. 3075/11. Organización institucional y Funcionamiento de Centros educativos integrales y terapéuticos

Resolución C.G.E. 3742/11. Organización curricular de los cursos de capacitación laboral y formación profesional

Resolución C.G.E. 3743/11. Sistema de practicas educativas vocacionales ocupacionales.

Resolución C.G.E. 1550/13. Trayectorias escolares.

Resolución C.G.E. 5138/11. Organización y funciones de las configuraciones de apoyo

Resolución C.G.E. 4748/11 . Compendio de títulos para modalidad especial.

Resolución C.G.E. 0100/15. Roles y funciones de los profesionales que conforman los equipos interdisciplinarios de la provincia de Entre Ríos.

Mesa redonda

Perspectivas de género y prácticas de salud
y cuidados

Disertantes:

Liliana Loyola

Alfonsina Angelino

Carina Carmody

Lorena Gurriera

Lydia Pérez Acevedo

Perspectivas de Género y prácticas de salud y cuidado

Panelistas invitadas: Carina Carmody, Liliana Loyola, Alfonsina Angelino y Lida Pérez
Coordinadoras: Sandra Spampinato y Daniela Testa

El *objetivo* que se propuso desde la coordinación de la mesa fue el de reflexionar sobre las prácticas de salud y cuidado desde la mirada de género con el propósito de identificar y revisar dichas perspectivas en los modelos teóricos y de intervención que fundamentan nuestras prácticas cotidianas. Para ello propusimos a las invitadas reflexionar en torno a las siguientes cuatro grandes dimensiones surgidas a partir de conversaciones vía mail previas al congreso y que, felizmente, presentaron una complementariedad muy interesante:

- * Prácticas de cuidado, discapacidad y género.
- * El trabajo y las prácticas de cuidado bajo la lupa de la perspectiva de género.
- * Re-significar desde TO la ocupación humana y los derechos de las mujeres a partir de la experiencia del activismo y/o de la militancia.
- * Revisión crítica de la "ausencia" de categoría género en las currículas de formación. Tensiones y resistencias con respecto a su inclusión y posicionamiento en el ámbito institucional-académico.

Compartimos a continuación breves referencias de las panelistas invitadas:

María Alfonsina Angelino: Magister en Trabajo Social. Especialista en Metodología de la Investigación y Licenciada en Trabajo Social. Activista en el campo de la discapacidad, las diferencias y las políticas. Docente ordinaria la Universidad Nacional de Entre Ríos y Universidad Autónoma de Entre Ríos. Investigadora Categoría III de la UNER. Ha publicado además numerosos artículos científicos en revistas nacionales e internacionales referidos a discapacidad, inclusión, educación y políticas públicas. También en relación a las ciencias sociales, el campo científico y eurocentrismo.

Lyda Pérez Acevedo: Terapeuta Ocupacional, graduada en la Universidad Nacional de Colombia y Magister en Administración en Salud en la Pontificia Universidad Javeriana. Es también Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad Nacional de Entre Ríos, Argentina. Actualmente preside el Colegio Colombiano de Terapia Ocupacional (Periodo 2014– 2016). Desarrolla actividades de docencia, investigación y extensión en el Departamento de la Ocupación Humana, carrera de Terapia Ocupacional y en la Maestría en Discapacidad e Inclusión Social de la Universidad Nacional de Colombia. Ha recibido distinciones por su tarea como docente y por la coordinación de programas y experiencias de accesibilidad e inclusión.

Liliana Loyola: Terapeuta Ocupacional Activista en temas de Género Fundadora del Sindicato de amas de Casa de la Rep. Argentina -SACRA- Presidenta de la Asociación civil generar de santa fe. Coordinadora de la Red Infancia Robada de Santa Fe, integrante de la campaña abolicionista nacional "Ninguna mujer mas victima de las redes de trata y prostitución". Defensora del pueblo de Santa Fe (mandato cumplido). Fue coordinadora de programas sociales de la Subsecretaria de Promoción Comunitaria y representante de la comunidad del hospital Mira y López de Santa Fé. Actualmente jubilada y abuela de Violeta y Renata.

Carina Carmody: Licenciada en Trabajo Social y maestranda en Trabajo Social (UNER). Es profesora adjunta de salud pública de la carrera de Trabajo Social. Su desarrollo profesional está vinculado a los estudios de género (políticas públicas, manifestaciones de la desigualdad de género) y al campo de la salud colectiva, con énfasis en el análisis de las estrategias de intervención del trabajo social en ese campo.

Es interesante señalar que fue la primera vez que se organizó una mesa en torno a la temática de género en un Congreso Nacional de Terapia Ocupacional. Dicha convocatoria fue de gran interés entre los colegas que asistieron al Congreso. Quedaron planteadas inquietudes y nuevos desafíos así como también se plasmaron recorridos y experiencias en el campo de la terapia ocupacional que se vienen desarrollando desde hace años. Ello dio cuenta de que si bien queda mucho por hacer y profundizar resulta un tema abordado por muchas terapistas ocupacionales del país. También quedó señalada la insuficiencia de contenidos específicos durante los estudios de grado y la necesidad de crear espacios de formación, reflexión e investigación que afiancen las perspectivas de género en relación a nuestras prácticas.

Daniela Edelvis Testa y Sandra Spampinato

Narrativas femeninas y escenas de cuidado de cuerpos *diferentizados*

Mgs. María Alfonsina Angelino¹

Se presentan aquí reflexiones en torno a las representaciones y prácticas de cuidado en discapacidad reconstruidas a partir de los relatos de 15 mujeres madres de *discapacitadx*s realizadas a propósito de una investigación que devino Informe Final de Tesis de Maestría de Trabajo Social de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Nacional de Entre Ríos- Argentina y posteriormente libro².

El énfasis está puesto en las *narrativas cotidianas* en torno a las experiencias de cuidado en el complejo entramado de la ideología de la normalidad y la ideología de la maternidad. Resulta un recorrido vitalmente habitado por los desafíos frente a diagnósticos y pronósticos, las batallas del diario vivir frente a destinos que se plantean implacables, las transformaciones y potencialidades que albergan éstos cuidados maternos.

La vida cotidiana en tanto simultáneamente "habilitante y constrictiva" (Giddens 1986) es el escenario de conocimiento y reconocimiento y del hacer cotidiano de estas mujeres. Propongo lecturas en clave relacional de las categorías discapacidad y cuidado y en clave de alterización de la categoría de autonomía que así confluyen tensionando y disputando sentidos a las miradas androcéntricas de la realidad social y de las producciones científicas.

En la trama analítica busco articular mis posicionamientos como investigadora, docente y también como mujer y como sujeto político (o sujeta política). Planteo un estudio "con mujeres" y no "sobre mujeres" en contraste con una concienciación de la división sexual del trabajo y en consonancia con los feminismos críticos y la etnografía performativa. Para conocer hay que transformar afirma Mara Mies y así es posible radicalizar el ejercicio metodológico de la crítica feminista.

Por ello este trabajo procura promover la desprivatización del cuidado y la desprivatización de la discapacidad, así como las resignificaciones transitadas en torno a la distribución política de las precariedades (Butler 2006) y potencialidades humanas y humanizantes.

Donde todo comenzó

Desde 2004, coordino en la Facultad de Trabajo Social (UNER) un equipo de profesionales y estudiantes en un proyecto de extensión denominado Estrategias comunitarias de abordaje de la discapacidad. En ese marco, se genera y sostiene, para la consulta y el asesoramiento, el Espacio Interdisciplinario de Acompañamiento y Abordaje de la Discapacidad. El mismo es el resultado de un encuentro con profesionales del derecho pertenecientes al Instituto de Derecho y Discapacidad del Colegio de Abogados de Entre Ríos, y está destinado a personas, familias y organizaciones vinculadas a la discapacidad que necesitan información, asesoramiento y acompañamiento para el acceso a las distintas prestaciones y beneficios derivados de la legislación vigente en discapacidad a nivel nacional, provincial y municipal, por un lado, y al abordaje de las múltiples dimensiones que la validación de derechos implica. Lo que se ofrece allí es el acompañamiento en las gestiones administrativas para la concreción de las prestaciones en salud, escolaridad, transporte, asignaciones familiares, medicación, rehabilitación a discapacitadx.

¹ Extensionista, activista, docente e investigadora en la Facultad de Trabajo Social UNER Argentina. Mail de contacto alfoncinaangelino@gmail.com

² Este artículo es una versión acotada y sintética de la investigación que dio lugar al libro *Mujeres intensamente habitadas. Ética del cuidado y discapacidad* publicado en noviembre de 2014 por la Editorial Fundación La Hendidia. Paraná. Entre Ríos

A lo largo de los siete años de trabajo en este espacio de consulta se han acercado hasta allí muchas personas con distintas preocupaciones. En una gran mayoría, mujeres. Madres, primas, tías, abuelas, hermanas, amigas o vecinas que, habiendo recorrido tortuosamente múltiples instituciones y luego de realizar millones de trámites, notas, pedidos, solicitudes “a quien corresponda”, no logran satisfacer las expectativas de protección o cobertura en algunas de las áreas que las leyes o disposiciones prevén. Mujeres con distintas experiencias sociales, con distintos capitales simbólicos y económicos, pobres y no tanto, jóvenes y no tanto, de la ciudad o del interior de la provincia, que llegan porque otras mujeres les dijeron de este espacio.

Estas mujeres, las que se allegaron hasta ese espacio de consulta no podrían ser caracterizadas como mujeres pasivas, quietas, inmovilizadas por la situación. Son mujeres activas y activadas en las querellas cotidianas por el reconocimiento de ciertos derechos, grandes conocedoras de las normas, leyes y decretos, y de sus oscuros laberintos de imposibilidad. Podría decir que son mujeres cansadas –por momentos, agobiadas–, pero siempre alertas, atentas, y diré (haciéndome cargo de la metáfora belicista) que son guerreras, luchadoras implacables. De hecho, lo que las lleva hasta el espacio de consulta es el incansable recorrido para conseguir lo que consideran les pertenece o lo que a su hijx le corresponde.

Por estas razones, decidí poner el mojón en esas mujeres en sus historias, en sus testimonios; en esas mujeres que cuidan a otrxs.

Conversaciones políticamente sensibles: quince oportunidades de transformar (nos)

Las preguntas iniciales de la investigación me motivaron a de algún modo abrir un espacio de conversación para que estas mujeres hablen de sí y de sus experiencias de cuidado de hijos e hijas con diagnóstico de discapacidad y también de sus experiencias como profesionales del cuidado. ¿Por qué (siempre) cuidan las mujeres? ¿Qué singularidades presentan las prácticas del cuidado cuando esa experiencia está configurada por la discapacidad? ¿De qué manera es vivida y experimentada la discapacidad como formando parte de la cotidianeidad y de la agenda de responsabilidades “naturalmente asignadas” por ser mujeres y por madres? ¿Qué estrategias de resistencia/adaptación/reapropiación ponen en juego ante las coordenadas hegemónicas de las ideologías de género y de normalidad dominantes? Recuperar sus voces, sus latidos, sus vidas; sus experiencias propias y ajenas, de preocupaciones, maltrato y desazón, pero también de deseos, esperanzas, búsquedas y logros reconstruidos en sus relatos. Producto de esto es que convoqué a Ema, Bárbara, Clara, Lara, Lola, Amparo, Soledad y Leonela, que viven en Paraná. Promediando el trabajo de campo decidí ampliar con mujeres de otras latitudes. Elegí Gualguaychú y Maciá, mi pueblo natal, lo cual atendió en ambos casos a razones metodológicas pero también personales y afectivas.

No es la condición femenina la que me une a estas mujeres si por ello entendemos la predominancia de cierta mirada biologizante de las experiencias de maternidad o de encarnar lo femenino. Contra todo esencialismo no busqué la historia rosa de las madres dentro de la historia negra de la discapacidad. Es la posición política la que define el propósito y el recorte. Elegí mujeres como significativo político.

Mike Oliver (1998) sostiene que es preciso pasar de ver a la investigación como un intento de investigar el mundo a una acción implicada en producir el mundo. Recojo para mí (como compromiso académico político) lo que bellamente nos dice María Mies (1983) cuando afirma que para conocer hay que transformar, y no al revés. Estas dos ideas constituyen la base de la metodología feminista que me sostuvo a lo largo de las conversaciones con mis mujeres.

En este sentido, el postulado de una investigación libre de valores, de neutralidad e indiferencia hacia los objetos de investigación debe ser reemplazado por una parcialidad consciente, que se logra por medio de una identificación parcial con los objetos de la investigación. La

parcialidad consciente es diferente del mero subjetivismo o de la simple empatía, ya que la identificación parcial crea una distancia crítica y dialéctica entre el investigador y sus "sujetos" de estudio.

La pregunta inicial que da origen a esta investigación en particular es la relación entre la discapacidad, el cuidado –sobre y hacia la misma– y el protagonismo de las mujeres en estas prácticas. Este primer planteo ha ido teniendo distintos rostros y tonos a lo largo del último tiempo. Esta inquietud venía dándome vueltas hacía un tiempo, fundamentalmente, a partir del trabajo en el Programa de Extensión.

Por lo tanto el interés no es estrictamente personal sino que se inscribe en un trabajo que reúne a un hermoso colectivo de amigos y colegas con los cuales comparto todos los días los distintos espacios del trabajar y del vivir desde hace ya muchos años. Podría decir que sobre discapacidad sé algo, he estudiado mucho; que hemos publicado varios textos, hemos desarrollado tres proyectos de investigación, hemos trabajado intensamente con organizaciones y personas discapacitadas. Aún lo hacemos, aún lo hago. Pero también sé que no sé otras cosas en torno de la discapacidad. Es en ese aún no saber del saber donde haré mi parada. Por eso podría decir que situarme en las experiencias cotidianas sí ha sido una opción personal. Me propuse explorar la inagotable extensión de las experiencias singulares de la discapacidad, singularidades femeninas del cuidado y la discapacidad. Y allí puse mi sesgo, mi marca, mi narrativa.

En las distintas territorialidades en que estas mujeres habitan no constituyó per se una diferencia en torno a lo narrado. El cuidado tal como yo lo entiendo (siguiendo la perspectiva teórica y política que elegí para el trabajo) no difiere en sí, si por cuidado entendemos la relación humanizante y subjetivamente que posibilita al otro, en este caso a ese hijo o hija inscribirse, filiarse, religarse amorosamente. El cuidado aquí hace la vida posible. Lo que podría diferir en los relatos son las posibilidades de atención y/o acceso de prácticas profesionales o institucionales.

La ideología de la normalidad no reconoce geografías. Podríamos decir que las experiencias en el interior tienen como desventaja la imposibilidad de colectivización y por ello la sensación de soledad puede vivirse más intensamente. Lo colectivo para mí es central porque la ligazón de las experiencias muchas veces está potenciada por la posibilidad de juntarse con otros y contar, narrar, buscar.

Decires dolorosamente transformados

Busco exponer aquí las articulaciones complejas entre los discursos que, fundados y sostenidos en la mirada médico-hegemónica, posibilitan y legitiman tales diagnósticos/pronósticos y los modos de tramitar esos discursos por parte de las mujeres. Abrir a los modos en que el discurso médico a través de diagnósticos y pronósticos performa las vidas de madres e hijos con discapacidad. Ante diagnósticos y pronósticos demoledores ellas organizan y despliegan una serie de estrategias cotidianas, que oscilan entre la sujeción a ese discurso médico y, por otro lado, la disputa de sentidos que hace posible la resignificación y ampliación de los horizontes vitales de sus hijos e hijas discapacitados. Ellas han sido objeto de narrativas de-subjetivantes acerca de sus hijos, han sido narradas ellas mismas como portadoras de la lástima por ser mujeres madres de discapacitados, con lo cual la invisibilidad de sus hijos es por momentos su propia invisibilidad. Palabras hirientes y deshumanizantes las han desencarnado y atravesado subjetivamente. El discurso medicalizado de la discapacidad les ha devuelto imágenes horribles de sus hijos e hijas y les ha profetizado un futuro incierto y temible. ¿Cuáles son las normas en las que se soporta el lenguaje que nombra la discapacidad? Las normas que la ideología de la normalidad (Angelino 2009) construye, permea y legitima. Para el imaginario y para la visión (versión) hegemónica de la discapacidad los testimonios de las mujeres que se narran aquí son historias de dolor y de sufrimiento. Refiero a la visión de la discapacidad como tragedia personal, individual, una contingencia desgraciada que le ocurre

a un sujeto y por extensión a su familia y de la cual es difícil salir ileso. Tal como ya he expuesto, la ideología de la normalidad (Angelino 2009) y su socia en la 'tragedia de la discapacidad', la ideología de la lástima inscriben estas historias en territorios desérticos de humanidad. En algunos momentos estas mujeres han convivido con esas profecías y se han sentido atrapadas por ellas, inmóviles e impotentes. En otros momentos, han torcido ese destino prefigurado. ¿Cómo han podido superar esa idea de tragedia y eludir sus consecuencias? En los testimonios de las mujeres van configurándose las distintas estrategias que, desplegadas en la vida cotidiana permiten refundar otras posiciones para sus hijos y ellas mismas. Han intentado, con menor o mayor énfasis, resistir en las grietas de las normas que la ideología de la normalidad les ha impuesto, y a partir de esas cotidianas resistencias construir modos menos hostiles para esas vidas, la vida de sus hijos y ellas mismas. Las mujeres con las que dialogué, configuran sus experiencias vitales atravesadas por su posición de 'mujeres madres al cuidado de', experiencia que se debate cotidianamente entre discursos médicos y discursos maternos hegemónicos. Entiendo que la ideología de la normalidad (Angelino 2009) no sólo construye y legitima representaciones hegemónicas acerca de la discapacidad como enfermedad crónica, que necesita de cuidados permanentes; sino que también construye y legitima un continuum entre mujer – madre – cuidado como esencialmente femenino y doméstico.

Si las mujeres, como esencialmente madres son las responsables del cuidado de sus hijos pequeños; en el caso de madres de hijos con discapacidad esta esencialización se tensiona con otra: la esencialización de la discapacidad.

La discapacidad entendida como característica biológica individual estable, cristaliza a esos hijos en 'eternos niños objetos de cuidado materno' y a las mujeres las fija en su posición que perpetúa el papel de 'mujeres- madres-responsables-del- cuidado'.

En ese sentido, la performatividad de los discursos biologizantes de la discapacidad y la performatividad de los discursos esencializantes de lo materno femenino configuran una malla densa en la que estas mujeres construyen sus vidas cotidianas.

Sin embargo la mirada que intento no buscó confirmar cuán sujetas están estas mujeres a las ideologías que las narran, sino justamente posibilitar la emergencia de las disputas de sentido y de transformación que ellas protagonizan. Ellas hacen cosas con lo que los discursos (pretendidamente) hacen con ellas. Ellas también performan corrigiendo esas pretensiones de determinación.

Los desafíos éticos de las conversaciones: la politización del malestar, la colectivización del cuidado

Todo el proceso de conversación me impactó, me movilizó. Hace 15 años que estoy en el tema y sin embargo había sido incapaz de advertir la densidad política de estas experiencias cotidianas. Esta investigación me transformó a mí pero también al equipo del que soy parte en la Facultad de Trabajo Social de la UNER.

El impacto no fue solo a título personal sino más bien una ruptura epistemológica respecto de los modos de hacer ciencia que muchas veces nos privan de ciertas conversaciones por los corset metodológicos rígidos y por otro porque arranqué la investigación buscando comprobar algo que (creía) que sabía y se me abrió un *mundo ellas* muy intenso y distinto al que yo había imaginado.

Si tuviera que elegir algo que no me gustaría que pase, es que esta investigación refuerce estereotipos y/o habilite miradas sesgadas. Las historias que aquí aparecen no merecen la lástima o la piedad o el llanto pegajoso de la conmiseración. Son historias potentes, políticamente transformadoras. Las mujeres que se narran no merecen ese lugar de heroínas impolutas para ellas ni para sus hijos. Su trabajo laborioso, amoroso y también agotador y tensionante ha sido sacarlos de ese territorio deshumanizante que los hace ángeles o demonios pero nunca humanos. El cuidado aquí es la posibilidad de la vida misma. No hay heroínas en el sentido fantasioso o espectacularizante del término, hay mucho, mucho trabajo cotidiano,

mucho desgaste, sufrimiento, violencia y abandono pero también hay placer y alegría hay amor y hay esperanzas, hay ética del cuidado.

Por otra parte como con esta investigación he intentado abrir un campo en el espacio profesional en el cual me muevo, por eso pretendo y deseo que lo trabajado aquí provoque algún cambio, alguna transformación en el campo de la discapacidad como campo profesional del que soy parte y desde el cual hablo, pienso, escribo.

Considero que un aporte importante de la tesis es la recuperación en las narrativas (de) los testimonios de colectivización de las experiencias de cuidado y desde allí cómo es posible encontrar nuevas politicidades frente al malestar. Narrarse a otras cuidando, cuidar a otros y otras narrándose. Si estas mujeres han cargado por mandato patriarcal con el peso de la crianza y la asistencia de sus hijos discapacitados también han podido en alguna medida relativizar ese mandato Su poder –a pesar del peso que cargan por la delegación patriarcal– el de criar creando a sus hijos, da la oportunidad de sustituir un decir (diagnóstico/pronóstico) por un hacer diferente. Cada día es un logro ganado al pronóstico de muerte. Cada nuevo aprendizaje es una batalla contra el 'no podrá'. Creo que es allí donde reside la potencia performativa, hacen hijos nuevos cada día, cada vez, cada momento. Construyen la oportunidad, la vida. Por eso es posible ensamblar el análisis de prácticas que en apariencia resultan diferentes, pero posibles de articular y potenciar: el escenario de las prácticas profesionales y su poder de imponer tratamientos (formas de tratar) y el escenario de las prácticas cotidianas, atravesadas por otros discursos, por el discurso materno, por el discurso de la amorosidad.

Tal como afirma Judith Butler (2006) tenemos responsabilidades con aquello que nos toca y nos afecta pero también, con quienes no conocemos ni conoceremos, con quienes no hemos acordado vivir y compartir nuestras vidas.

Podemos llamarlo empatía o de cualquier otra manera; no importa si nos sabemos interactivos, interdependientes, interseccionados, indefectiblemente vulnerables y frágiles frente al mundo. Y aquí hay una apuesta política por la ética del cuidado y la no violencia. Si la ética es una dimensión fundante de lo humano, ésta nos coloca en la necesidad del otro, nos pone al cruce de los devenires mutuos y sus miserias, de los dolores que, no siendo nuestros, lo son. Y también nos hace cruzar fronteras para vivir mejor.

Bibliografía

- ALMEIDA, M. E. (2009). Exclusión y discapacidad: entre la redistribución y el reconocimiento. En ROSATO, A. ANGELINO, A (Coords.) 2009 Discapacidad e Ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit Buenos Aires. Noveduc.
- ALONSO ALONSO, R - FOMBUENA VALERO, J La ética de la justicia y la ética de los cuidados Portularia: Revista de Trabajo Social, (6), 95-107. Disponible en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2214104>
- ANGELINO M.A (2009) La discapacidad no existe, es una invención. De quienes fuimos (somos) siendo en el trabajo y la producción En: ROSATO, A.; ANGELINO, MA (2009) "Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit". NOVEDUC
- ANGELINO MA – ALMEIDA ME comp. (2012) Debates y perspectivas en torno a la discapacidad en América Latina E. books Disponible en http://biblioteca.fts.uner.edu.ar/novedades/libros/00-Libro_Debates_Aca_Latina.pdf
- ANGELINO, A. (2009). Ideología e ideología de la normalidad. En ROSATO, A. ANGELINO, A (Coords.) 2009 Discapacidad e Ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit. Noveduc.
- BIGLIA B & BONET-MARTÍ J (2009) La construcción de narrativas como método de investigación psicosocial. Prácticas de escritura compartida. Vol. 10, No.1, Art.8 FORUM: QUALI-

TATIVE SOCIAL RESEARCH [online] www.qualitativeresearch.net/index.php/fqs/article/download/.../2666

- BOURDIEU, P. (1985) Qué significa hablar? Economía de los intercambios lingüísticos. Torrejón de Ardoz: Akal, Col. Akal Universitaria
- BUTLER J (2005) Regulaciones de género. Traducción de Moisés Silva. <http://148.202.18.157/sitios/publicacionesite/pperiod/laventan/Ventana23/judith.pdf>
- BUTLER J (2007) El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad. Piados, México. Disponible en [www.pueg.unam.mx/formacion/.../4El genero en disputa Buttler.pdf](http://www.pueg.unam.mx/formacion/.../4El_genero_en_disputa_Buttler.pdf)
- BUTLER, J (2006) Vida Precaria. El poder del duelo y la violencia. Traducción de Fermín Rodríguez. PAIDÓS.
- CANGUILHEM, G. (1971) Lo normal y lo patológico. Siglo XXI. Buenos Aires.
- CASTAÑEDA SALGADO, MP (2008) Metodología de la investigación feminista. Fundación Guatemala. Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades. Universidad Nacional Autónoma de México.
- DE CERTEAU, M (2000) La invención de lo cotidiano 1. Artes de Hacer. Universidad Iberoamericana.
- DIAZ, R (2012) Discapacidad y mirada colonial. Reflexiones desde perspectivas feministas y descoloniales. En ANGELINO MA – ALMEIDA ME comp. (2012) Debates y perspectivas en torno a la discapacidad en América Latina E. books Disponible en [http://biblioteca.fts.uner.edu.ar/novedades/libros/00-libro Debates Aca Latina.pdf](http://biblioteca.fts.uner.edu.ar/novedades/libros/00-libro_Debates_Aca_Latina.pdf)
- MIES, M (2002) ¿Investigación sobre las mujeres o investigación feminista El debate en torno a la ciencia y la metodología feminista. En Bartra E (Comp.) (2002) Debates en torno a una metodología feminista Universidad Autónoma Metropolitana. México, 2002. Disponible en: <http://www.cuentaconmigo.org.mx/articulos/harding.pdf>

Mesa redonda

Abordajes en pacientes neurológicos:
¿Cómo lo pienso? ¿Cómo lo hago?

Disertantes:
Ana Lis Roldan
Melania Ron
Andrea Iriarte

Intervenciones de Terapia Ocupacional en Unidades de cuidados críticos de salud

Lic. T.O Ana Lis Roldán

INTRODUCCIÓN. Los paradigmas del tratamiento de la salud están siendo revolucionados dado a los grandes beneficios que se registran del trabajo interdisciplinario y rehabilitador temprano. La Terapia Ocupacional (T.O. en adelante), lleva más de un siglo desarrollándose y colaborando en el restablecimiento de la salud, contemplando aspectos fisiológicos, cognitivos, emocionales, y ocupacionales del ser humano. En los últimos años la profesión ha avanzado en la atención de pacientes agudos y sub agudos, demostrando la relevancia del comienzo temprano en el proceso de recuperación funcional del paciente agudo. ⁽¹⁾.

El propósito de la exposición es actualizar y contribuir en el desarrollo de conceptualizaciones teórico-prácticas del abordaje de T.O en unidades hospitalarias de atención de salud crítica. Debido a las características particulares que atraviesan y condicionan el ejercicio profesional en dichas unidades, se intentará dar cuenta de las experiencias profesionales desarrolladas y los factores que influyen en el razonamiento clínico utilizado basado en el paradigma contemporáneo de T.O. centrado en la ocupación.

DESARROLLO.

¿Cómo lo pienso? La T.O tiene escasa experiencia y documentación de la atención en servicios sanitarios agudos y en los últimos años ha logrado insertarse en ambientes hospitalarios de alta complejidad como son la Unidad Terapia Intensiva (UTI en adelante), Unidad Terapia Intermedia (UTIM en adelante), Unidad Coronaria (UCO en adelante) y Salas de Guardia, siendo sectores particularmente ambientados para atender a personas en estado de salud crítico. Entendemos por *tales* a aquellas personas con deterioro funcional extremo que frecuentemente sufren intervenciones médicas penetrantes tales como la ventilación mecánica, colocación de vías venosas centrales, administración de drogas de alto impacto, etc. ⁽⁴⁾. Como afirman Wilcock y Townsend (2008) los T.O estamos comprometidos con la ocupación de los pacientes así como también con la complejidad de factores que fortalecen y hacen posible esa participación en ocupaciones que promueven su salud.

El Modelo Persona-Ambiente-Ocupación (Saegert y Winkel, 1990) es de referencias para el enfoque de tratamiento de pacientes críticos ya que propone que el desempeño ocupacional (D.O en adelante) va a estar determinado por la interacción entre la persona, sus contextos y las ocupaciones que en ellos realizan. Estos elementos son singulares, dinámicos y se retroalimentan de forma continua y son los que contribuyen o limitan el hacer humano. Este modelo piensa al Ser Humano como un ser de naturaleza ocupacional con características propias y singulares. Esta persona es considerada holísticamente como un compuesto de mente, cuerpo y espíritu. Profundizando un poco más en el concepto de **ambiente** lo define como *"el contexto en el que se desarrolla el comportamiento y proporciona indicios al individuo sobre qué hacer o qué esperar...Una persona se relaciona con las señales ambientales y se comporta en consecuencia"*. La relación entre los elementos de la tríada son temporales, ya que están en continuo cambio. (Stewart D., Letts L., Law M., et.al, 2005).

Dentro de las unidades de cuidados críticos encontramos al paciente en cama, con estados de conciencia que oscilan entre el coma, mínima conciencia hasta la vigilia con conciencia preservada. La mayoría de las personas atendidas estarán con el cuerpo sin vestir ya que esto facilitará intervenciones y procedimientos médicos invasivos de urgencia en caso de ser necesarios. Generalmente estos pacientes son medicados por catéteres periféricos o centrales

para asegurar que la medicación se difunda rápidamente por el torrente sanguíneo y tenga efectos inmediatos. Las zonas del cuerpo con vías, deberán ser tratadas o movilizadas con cuidado. Otro factor importante tener en cuenta en el ambiente son los monitores multimétricos de signos vitales en donde se visualizan los valores sobre presión arterial, pulso, frecuencia cardíaca y respiratoria, sensor de presión intracraneana, entre los más usados. Los oxímetros de pulso generalmente los encontraremos en alguno de los pulpejos de los dedos de la mano o en ocasiones, del pie. Estos nos indicarán el nivel de oxigenación en sangre periférica tiene el paciente.

Con respecto a la relación entre la persona y el ambiente, Wood (1991 citado en Polonio Romero, 2010) refiere que la **sobreestimulación ambiental** produce en la persona la disminución de la capacidad de selección de estímulos y activa el mecanismo de habituación a los mismos, por lo que al inhibir el nivel de alerta, disminuye el nivel de conciencia.

Asimismo, la "Clasificación Internacional de Funcionamiento y Discapacidad" (20) nos guiará en el análisis de los problemas ocupacionales del paciente, facilitando la identificación de las características del cliente más afectadas. Si bien no haremos una clasificación del estado de salud de cada paciente, es este documento facilita el análisis sobre las estructuras y funciones corporales afectados, así como también los factores ambientales y personales relacionados con la salud actual del paciente. Este documento es de gran ayuda para calificar los problemas, organizar y jerarquizar los objetivos de tratamiento.

¿Cómo lo hago? Los abordajes de T.O en las unidades de cuidados críticos transcurren en la habitación del paciente que pueden ser individuales o un salón con varias camas. Esta particularidad modificará las propuestas terapéuticas debido a la adecuación según nivel de estímulos que soporta el paciente y los niveles de conciencia que presenta y la intimidad que se requiera para abordar determinadas estrategias.

Proceso de intervención. Dentro del proceso de T. O en pacientes críticos, una de las primeras consideraciones a tener en cuenta es la preparación de la evaluación inicial. Estructurar la forma de evaluar garantiza recabar datos relevantes y evita perder otros en el proceso. (2). El paciente en estado crítico tiene un alto grado de vulnerabilidad clínica por lo que el T.O debe ser cuidadoso con los movimientos y posturas que solicita o provoca en el paciente, el lenguaje usado, tono de voz, etc. Elementos del ambiente pueden modificar algunas características propias del proceso de evaluación/intervención sobre todo a lo que concierne a la comunicación con el paciente y el uso terapéutico de uno mismo (5). Por esta razón, tener claro lo que debemos evaluar, disminuirá el riesgo de equivocaciones así como también el temor que puede aparecer al abordar este tipo de pacientes. Dentro de la evaluación inicial, se contemplarán conceptos seleccionados de la Historia como la *Edad*, el *Diagnóstico médico y Antecedentes de enfermedad*. Además, será importante registrar el *Estado de Conciencia* y la *Orientación* en tiempo, espacio y personas, la *Actitud Postural*, el *Modo de ventilación del paciente*, los *Signos Vitales*, valores de *Fuerza* en los miembros, *Tono Muscular*, *rango de movimiento articular*, tipo de *Comunicación*, *Sensibilidad*, *Praxias*, Nivel de *D.O Previo y Actual*, *Actividades de Interés*, cuál es su *Medio Continente o familiar*.

Una vez realizada la evaluación, se jerarquizarán los problemas encontrados y se buscará definir los ejes del abordaje. Aquí describiremos algunos de ellos:

- Regulación ambiental de estímulos
- Evitar limitaciones irreversibles de las estructuras y funciones corporales
- Mantener y/o restablecer la alineación de Estructuras de MM.SS y MM.II.
- Recuperar o mantener el nivel cognitivo
- Favorecer el control motor en pacientes con trastornos neurológicos

- Mantenimiento/Recuperación de Funciones Mentales Globales (conciencia, orientación), Funciones Mentales Específicas (atención, percepción, pensamiento, experiencias relacionadas con uno mismo y con el tiempo); Funciones sensoriales y dolor (visuales, auditivas, propioceptivas, táctiles); etc
- Reinicio/recuperación temprana de la participación en Actividades de la Vida diarias y actividades significativas.

Una vez establecidos los ejes del abordaje se buscarán diferentes estrategias de Intervención para llevar a cabo el plan. Entre las más frecuentes mencionaremos algunos *métodos preratorios y actividades con propósito*.

Métodos preratorios:

- Ejercicios y movilizaciones para mejorar ROM activo, pasivo del ROM
- Ejercicios de fortalecimiento de segmentos y praxias.

Posicionamiento con Ferulaje y Equipamiento blando (cuñas, abductores, planchas de gel polímero, entre otros)

- Estimulación multisensorial en pacientes con estado de mínima conciencia, vegetativo o coma. En estos pacientes además se planificará un plan de regulación ambiental dirigido a reducir la sobreestimulación ambiental
- Aplicación de técnicas sensoriomotoras

Uso de Actividades con propósito: Convencidos que el involucrarse en una ocupación como el foco de la intervención de la T.O incluye el aspecto tanto subjetivo (emocional y psicológico) y objetivo (físicamente observable) de los aspectos del desempeño, se reiniciarán cuanto antes la participación o el entrenamiento en Actividades de la Vida diaria como:

- Higiene y Arreglo personal (con objetos personales -peine, perfume, crema-)
- Alimentación (si está indicada en el plan médico),
- Movilidad Funcional (en cama),
- Vestido (dentro de las posibilidades y disposiciones médicas).

Por último y respecto al encuadre señalamos que lo ideal en este tipo de pacientes es la intervención diaria. El promedio de tiempo de intervención por sesión es de 20/30 minutos con duración variable que dependerá de las posibilidades que ofrezca el cuadro clínico del paciente y/o las situaciones imponderables (tales como visitas de otros profesionales, intervenciones de urgencia o estudios del día, etc.).

Conclusiones

Siempre es un desafío proponer una regulación ambiental en unidades de cuidado crítico y pretender sostener este tipo de intervención ya que en estos espacios lo urgente se vuelve abrumador y el ambiente presenta ruidos y dinámicas poco modificables.

En relación al tipo de intervenciones, predominan los métodos preparatorios ante las actividades con propósitos y esto se relaciona con la multiplicidad de factores complejizados en el paciente. El enfoque utilizado generalmente es de "abajo hacia arriba" (Trombly 1993, 1995) ya que los objetivos de intervención se centran predominantemente en el mantenimiento de estructuras corporales y en la restauración de funciones abolidas en principio.

Respecto a la participación del T.O en este proceso es recomendable contar con técnicas y formación de posgrado que le faciliten el razonamiento clínico en estos sectores de salud ya que requiere un pensamiento flexible ante las interurrencias diarias que se presenten manteniendo una mirada evaluadora constante. Por otro lado, el Terapeuta Ocupacional tendrá vivencias que provocarán múltiples sensaciones personales por lo que deberá supervisar dicha

tarea para mantenerse efectivo en la tarea sin perder las particularidades que nos destacan como profesionales.

Por último, afirmamos que la acertividad de las intervenciones terapéuticas sobre el desempeño ocupacional serán el resultado del razonamiento clínico desprendido de una evaluación inicial acertada.

Referencias Bibliográficas

- Victor D. Dinglas, Elizabeth Colantuoni, Nancy Ciesla, Pedro A. Mendez-Tellez, Carl Shanholtz y Dale M. Needham. (2013). Therapy for Patients With Acute Lung Injury: Factors Associated With Time to First Intervention in the Intensive Care Unit. *The American Journal of Occupational Therapy*, 67 (3), 355-362.
- Crepeau - Cohn - Schell. (2011). *Williard & Spackman Terapia Ocupacional*. 11a. Edición. Ed. Panamericana. Madrid, España.
- Cecilia Caillet Bois, María Eugenia Hernández, Valeria Illán, Pilar Muñoz, Andrea Portela, (2010). *Terapia Ocupacional Argentina*. Perfil de Interconsulta a Terapia Ocupacional en un Hospital de Agudos del GCBA
- Fauci A.S., Kasper D.L., Longo D.L., Braunwald E., Hauser S.L., Jameson J.L., (2009), Atención de enfermos en estado crítico. Parte 11. *Harrison - Principios de Medicina Interna*, 17ª Edición. Editorial Mc Graw Hill.
- AOTA (US), (2010), Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional: ámbito de competencia y proceso. *The American Journal of Occupational Therapy*
- Polonio, Romero (2010). *Terapia Ocupacional aplicada al Daño Cerebral Adquirido*. Tratamiento Ocupacional en los Estados vegetativos y de mínima conciencia, A.De Pobes Cots y M.P. Bové I Porta. Editorial Panamericana.
- Mariela Alejandra Pérez Rizzo. (2013). Terapia Ocupacional en un Hospital General de Agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 13 (2), 99-112.
- Hoppendorf & Murthy. (2004) *Fracturas tratamiento y rehabilitación*. Editorial Marbán.
- Crepeau - Cohn - Schell. (2005). *Williard & Spackman Terapia Ocupacional*. 10a. Edición. Ed. Panamericana. Madrid, España.
- OMS (2001), *Clasificación Internacional de Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud*.
- Noelia Natalia Piva, Ana Lis Roldán, María Lorena Villemur (2013) *Propuesta de Trabajo "Planilla de Evolución de Intervenciones de Terapia Ocupacional en la Unidad de Terapia Intensiva"*

Mesa redonda

La intervención no farmacológica
en las demencias

Disertantes:
Federico Quaglia
Silvia Carrizo
Milagros Roselló

Intervenciones en el manejo de síntomas neuropsiquiátricos en demencias

Los síntomas neuropsiquiátricos (NPS) son muy comunes y a menudo dominan el cuadro clínico de las demencias. Afectan al 98% de las personas y si no son tratados, la enfermedad evoluciona más rápido. Están vinculados a la enfermedad cerebral subyacente que causa los síntomas cognitivos, y son el resultado en parte de mayor vulnerabilidad con el entorno físico y social a medida que disminuye la capacidad cognitiva.

Si no son tratados motivan internación precoz en un hogar, exceso de morbilidad, mortalidad y hospitalizaciones. Tienen impacto en la calidad de vida del paciente, del cuidador y del entorno familiar.

Se identifican como: psicosis (delirios y alucinaciones), agitación, agresión, depresión, ansiedad, apatía, desinhibición (social y sexual, con conductas inapropiadas), trastorno motor, trastornos del sueño y trastornos de la alimentación.

Tratamiento no farmacológico

Las estrategias no farmacológicas son recomendadas y abarcan una amplia gama de intervenciones para apoyo del comportamiento, el medio ambiente y el cuidador.

Estas estrategias no se han trasladado al ámbito del manejo clínico y la atención estándar, y por varias razones se prefiere el tratamiento farmacológico (antipsicóticos).

Deben ser implementadas teniendo el apoyo de un equipo interdisciplinario. Los objetivos que perseguimos son: prevención, alivio de los síntomas y reducción del estrés del cuidador.

Las intervenciones no farmacológicas están dirigidas a:

1. El paciente con demencia

- Terapia de reminiscencia (discusión de experiencias pasadas).
- Terapia de validación (trabajando a través de la resolución de conflictos).
- Terapia con presencia simulada (uso de grabaciones de voces familiares).
- Capacitación y rehabilitación.
- Terapia lumínica y otras.

Los trastornos psiquiátricos de toda la vida (depresión mayor, ansiedad, etc) y su manejo (antidepresivos, ansiolíticos, etc) también pueden inducir el desarrollo de estos síntomas.

2. Los familiares/ cuidadores

Los niveles de estrés son más elevados y la autoeficacia, el bienestar subjetivo y la salud física están disminuidos. Los estilos de comunicación negativos (ira, gritos o falta de afecto), las estrategias de afrontamiento que poseen y el desajuste entre las expectativas del cuidador y la etapa de la enfermedad, también pueden desencadenar o empeorar los síntomas.

Los cuidadores deben ser capaces de modificar sus comportamientos y estar preparados para implementar las estrategias.

3. El enfoque ambiental

Son los factores que Influyen en el entorno de la persona:

- la sobrestimulación (exceso de ruido o de gente, desorden),

- subestimulación (falta de algo q despierte interés p mirar),
- problemas de seguridad (objetos afilados o facilidad para salir de la casa),
- falta de actividad y estructura (falta regular de actividad o de ejercicio, según el interés y la capacidad del paciente),
- falta de rutinas establecidas (cambios frecuentes en el momento, la ubicación o la secuencia de las actividades diarias).

Rol del T.O.

La ocupación humana, incluye las siguientes áreas: 1) actividades de la vida diaria (AVD; alimentación, higiene, vestido, arreglo personal, movilidad); 2) actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD); 3) descanso y sueño; 4) educación; 5) trabajo; 6) juego; 7) ocio; y 8) participación social.

Las AVD, IADL, descanso y el sueño, ocio y la participación social son relevantes para la persona con demencia. A lo largo de la enfermedad, podremos el acento en apoyar el mejor funcionamiento de la persona con demencia, y en educar, 1-capacitar y apoyar a los cuidadores.

DICE. Modelo de intervención no farmacológica.

El enfoque "DICE" (Describir, investigar, crear, y evaluar) creado por un grupo multidisciplinario de expertos, es apropiado para ser utilizado por los Terapistas Ocupacionales. Nos permite un razonamiento clínico centrado en la **persona con demencia, el cuidador y el medio ambiente** a través del cual podemos armar el plan de tratamiento más adecuado.

El modelo hace hincapié en la interacción entre las características individuales y los factores ambientales fluctuantes que pueden causar estrés o malestar. Reconoce que la falta de actividad significativa puede convertirse en necesidad insatisfecha.

Puede ser utilizado por cualquier profesional de la salud y mejorar el trabajo del equipo, para facilitar la coordinación entre la práctica médica, el tratamiento farmacológico y las estrategias no farmacológicas.

Los T.O. podemos utilizarlo en la práctica clínica, la atención domiciliaria, hospitalaria, rehabilitación, en y con pacientes ambulatorios.

1-DESCRIBIR

- El cuidador describe el comportamiento problemático
- Contexto
- Ambiente físico y social
- Perspectiva del paciente
- Grado de distres del paciente y el cuidador

El T.O. realiza el análisis del desempeño ocupacional, evalúa el medio ambiente, las comunicaciones e interacciones con el cuidador, y demandas de la actividad. Registra los NPS (INP Inventario Neuropsiquiátrico de Cummings) y el contexto en el que se producen.

2-INVESTIGAR

TO investiga causas posibles del comportamiento

1-Paciente

- Efectos secundarios de la enfermedad
- Dolor
- Limitaciones funcionales
- Condiciones médicas y comorbilidad psiquiátrica
- Grado de deterioro cognitivo y FE

- Higiene del sueño
- Cambios sensoriales
- Miedo, aburrimiento
 - 2-Cuidador: expectativas, estrés, depresión. Estilo de comunicación.
 - 3- Ambiente social y físico
 - 4-Factores culturales

El T.O. evalúa el nivel cognitivo y la función ejecutiva del paciente. (ACE-III y Screening frontal). Debe revisar la rutina diaria, evaluar si el ambiente contribuye para los NPS y ver los roles del pasado y del presente.

3-CREAR

- TO, cuidador y equipo colaboran en la creación e implementación de un plan de tratamiento
- Responder a los problemas físicos
- Estrategias e intervenciones ambientales
- Educación y soporte al cuidador
- Mejorar comunicación
- Crear actividades significativas
- Simplificar tareas
- Entorno seguro
- Aumentar o disminuir estímulos del ambiente

La intervención del T.O. consiste en: educar al equipo acerca de síntomas conductuales y niveles funcionales, ayudar al cuidador a mejorar la comunicación, indicar las modificaciones ambientales y crear estrategias generalizadas y selectivas.

4- EVALUAR

TO evalúa si las intervenciones implementadas son seguras y efectivas.

Realiza el seguimiento de las estrategias utilizadas, las que funcionan y las que no. Debe consultar con el equipo y validar al cuidador como miembro valioso del mismo.

Conclusión

Los NPS son la consecuencia de factores tanto internos como externos a las personas con demencia, y son uno de los desafíos más importantes que tenemos los T.O. en el tratamiento no farmacológico.

El T.O. comprende la relación entre la persona, el medio ambiente y la ocupación, lo que nos permitirá prevenir o minimizar los NPS.

Nuestro rol es encontrar la mejor estrategia o simplemente realizar el ajuste entre las demandas ambientales y ocupacionales, y la capacidad cognitiva del paciente. Un plan centrado en el paciente y el cuidador tendrá en cuenta ocupaciones significativas y realistas, estrategias para simplificar y dar seguridad al ambiente, y educar al cuidador mientras que alivia su estrés.

El enfoque DICE es una herramienta válida que los T.O. podemos integrar en diversos entornos de práctica. Nos ofrece un enfoque de razonamiento clínico que permite un abordaje integral centrado en el paciente y el cuidador, en estrecha relación con el medio ambiente. Podemos intervenir en casos clínicos, de manera sistematizada y organizada, creando estrategias de abordaje, evaluando los resultados y modificándolas a medida que progresa la enfermedad.

Permite al equipo considerar conjuntamente la práctica médica, el tratamiento farmacológico y las estrategias no-farmacológicas.

Lic. Silvia V. Carrizo. Terapista Ocupacional. Postgrado en Psicogeriatría y Gerontopsiquiatría (Asociación Neurológica Argentina). Curso Superior Universitario en Demencias y deterioros cognitivos (Universidad Favaloro).

Coordinadora de Talleres de Estimulación Cognitiva, Memoria y Ejercicios interactivos de Estimulación Cognitiva en Cohabitam Assist Hotel y Centro de Día Psicogeriatrico. T.O. de la UTAM (Unidad de tratamiento del adulto mayor).

Bibliografía

Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Allegri, Bagnati, Kremer, Taragano. Ed. Polemos. Año 2010.

Convivir con personas con enfermedad de Alzheimer u otras demencias. F. Manes. L. Sabe. M. Rosselló. A. Lischinsky.

El papel del terapeuta ocupacional en el manejo de los síntomas neuropsiquiátricos de la demencia en el ámbito clínico. Joyce Fraker, Helen C. Kales, Maria Blazek, Janet Kavanagh y Laura n. Gitlin.

Mesa redonda

Lógicas sustitutivas en el campo de la salud
mental.

Viejas tensiones, nuevas posibilidades

Disertantes:

Rita Martínez Anton

Elisabeth Gómez Mengelberg

Mirta Manghi

Susana Moment

Mónica Sagrera

Rita Martínez Anton

Quiero agradecer:

A las colegas que han organizado y sostienen este Congreso, por todo el trabajo que realizan para brindarnos esta oportunidad de encuentro;

La invitación a integrar esta Mesa Redonda, en especial a Natalia Yujnovsky;

Y a todos los colegas y compañeros de otras disciplinas que están compartiendo sus experiencias, aportes y cuestiones, por la diversidad y la riqueza que nos están ofreciendo.

Quiero también manifestar mi alegría y entusiasmo por lo que he podido escuchar hasta ahora en el Congreso, por la presentación de prácticas diversas que no pretenden ser un patrón ni un modelo a seguir, que no ceden en la posición de sustentarse antes que nada en la praxis y que, por eso mismo, buscan argumentar frente a otros con otras prácticas. Es muy importante y estratégica la producción que se escucha en este Congreso.

Hablar de lógicas implica hablar de órdenes que funcionan implícitamente en lo que hablamos y hacemos. 'Órdenes' con toda la ambigüedad que el término tiene en nuestra lengua y otras, es decir, como los imperativos y como las maneras en las que nos quedan colocadas las cosas, las personas y los hechos, como lo que nos manda y como lo que nos organiza. Por eso, en especial por el aspecto imperativo que inevitablemente conlleva un orden, es que es muy importante estar advertidos, volver una y otra vez a percibir las lógicas en juego en lo que hacemos. Y eso no es sin otros. Cada uno de nosotros se escucha y se ve por los otros, por cada uno de los otros con quienes estamos, con quienes nos encontramos. Daniela Testa decía ayer, esto no es sin las emociones. Entiendo, más aún, que no es sin las pasiones. No es sin nuestros cuerpos. Esos que los seres humanos olvidamos todo el tiempo para hacer y hablar.

Las lógicas que se están desplegando en el campo de la salud mental, en especial desde el impacto de normativas internacionales y algunos instrumentos nacionales, transforman profundamente órdenes que aún han sido menos cuestionados en otros ámbitos de la salud, y en todo el ámbito social y jurídico. El llamado enfoque de derechos, que no está definido tajantemente (y muy probablemente es mejor que no lo esté), implica un cambio en las relaciones sociales. Pero, como lo sabemos, la aparición de órdenes sociales nuevos no implica de por sí la completa desaparición de los anteriores. Menos aún si tenemos en cuenta que estas reformas siguen siendo en el marco del capitalismo y su mercantilización de cualquier y cada cosa, y que todavía están, en unos cuantos aspectos, más desarrolladas en los papeles que en las prácticas.

En nuestro país, la promulgación de leyes como la de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, la Nacional de Salud Mental y la de los Derechos del Paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de Salud, el reconocimiento de normativas internacionales como la Convención de los Derechos del Niño (CDN) y la de los Derechos de Personas con Discapacidad (CDPD) y la entrada en vigencia del nuevo Código Civil y Comercial modifican instituciones que han regido nuestras relaciones durante siglos. Modificaciones que muchos celebramos, que afectan profundamente muchos de nuestros modos de hacer las cosas. En muchos casos, nos implican, directamente, hacer otras cosas.

Voy a ubicar muy brevemente una cuestión del nuevo Código que se relaciona de lleno con nuestras prácticas, en especial pero no sólo en el campo de la salud mental: la presunción de capacidad y el concepto de 'capacidad progresiva'. La capacidad jurídica, como sabemos, se trata de que alguien sea titular de derechos y pueda ejercerlos por sí mismo. La presunción de capacidad implica que todos y cada uno somos considerados capaces. El segundo concep-

to, relacionado con el primero, da el marco de cómo se entiende en este nuevo Código el acceso a la capacidad plena. Ya no se divide binariamente entre capaz / incapaz, sino que se considera que cada uno de nosotros, desde niño, accede progresivamente a la capacidad, con el apoyo de otros (generalmente, los padres). Esa progresión implica que uno debe contar con el apoyo sólo en la medida en que es necesario para poder tomar las propias decisiones. Y esto mismo (siguiendo lo que indica la CDPD), es lo que corresponde establecer en el caso de que se considere que esa capacidad está restringida en cualquier situación de la vida. Como se expuso ayer en la Mesa sobre Capacidad jurídica, esto cambia el paradigma de aquel en el que se suplantaba la voluntad del incapaz por un curador o tutor, a uno de apoyos para ejercer por sí los propios derechos.

Como es evidente, se siguen los planteos que se han ido afianzando desde enfoques como el de la discapacidad entendida no como condición individual sino como situación social. Que implica, solidariamente, entender que la capacidad es también no un producto de un esfuerzo propio (mito largamente sostenido en nuestras sociedades capitalistas) sino de una situación social que nos habilita a ocupar ciertos lugares y desempeñar ciertos haceres. Lugares y haceres a los que todos y cada uno llegamos –o se nos dificulta llegar– con otros. Todos y cada uno somos –o no– habilitados en principio por algún o algunos otros para hacer lo que hacemos. Y cuando nos apropiamos de las bases para esto, somos capaces de hacernos nuestros propios lugares, de inventar nuestros modos de estar con otros, no sin estas determinaciones.

Pasar a lógicas donde todos quedamos incluidos en el mismo espacio social, con las diferencias que portamos según el rasgo que consideremos, redefine todo el ámbito en el que convivimos. Si la política siempre es de los cuerpos, porque los distribuye en determinado orden, esto organiza de otro modo todos nuestros contactos. Si no, veamos en el ejemplo de lo que viene sucediendo en varios lugares de nuestro país, cómo se utiliza el miedo para oponerse a estas reformas.

Cada vez que se esgrime a través de los medios de comunicación social cualquier situación que involucra a alguien en tratamiento en salud mental como algo peligroso, podemos notar cómo se amenaza con el temor para volver al concepto de peligrosidad, que ya sabemos al servicio de qué está.

En una discusión acerca del consentimiento informado en un hospital, algunos profesionales sostenían que no podían informarle a un paciente que ellos diagnosticaban paranoia. Tal vez el problema a considerar sea que hay que repensar esos diagnósticos, que fueron hechos para hablar desde la observación de lo que a alguien le sucede sin que tuviese la posibilidad de participación en el modo de tratar con eso.

No es extraño que estas lógicas sean resistidas entonces, porque implican la pérdida de los lugares en que algunos sostienen su ser, y el poder político y económico que otorgan ciertas posiciones, tanto en ámbitos estatales como privados, familiares, comunitarios, nacionales e internacionales.

En algunos casos, estas reformas parecen encontrar menos obstáculos, pero tan sólo porque la producción que de nosotros espera el capitalismo actual es principalmente el del consumo. Muchos que hasta ahora no tenían posibilidad de consumir, hoy son incluidos como consumidores (entre otras cosas, de medicamentos) a través de los Estados nacionales a los que el mercado presiona para comprar determinados productos para su población. Es decir, hay menor resistencia porque se abre un nuevo nicho de mercado.

Queda claro que, en la implementación de sistemas como los de apoyo al ejercicio de la capacidad, la eliminación y/o reducción de las condiciones que determinan discapacidades, y los criterios con los que se considere la necesidad y el tipo de apoyos los terapeutas ocupacionales tenemos la oportunidad de aportar, pero también mucho que aprender. Porque nosotros también, inevitablemente, hemos participado de los viejos paradigmas de atención, aunque nuestras prácticas en muchos casos no hayan respondido a ellos.

Por último, quiero transmitirles algo que entiendo puede servir de orientación, que a mí me sirve de orientación en la práctica. No se trata ni de hacer, ni de hacer hablar. Se trata, ni más ni menos, de hacer lugar para que alguien pueda hacer y decir, en sus propios términos.

Muchas gracias.

Nota: El presente texto ha sido modificado sólo a los fines de adaptar lo dicho en la Mesa a una versión escrita.

La participación gremial dentro de una asociación interdisciplinaria.

Asociación de profesionales del hospital Borda

Licenciada Elisabeth Gómez Mengelberg, TO
Secretaria de prensa y difusión, Asociación de Profesionales del Hospital Borda

Hace casi 32 años que ejerzo la clínica de Terapia Ocupacional y tanto en mi práctica pública como en la privada ha primado la asistencia, he dedicado más de una década también a la docencia de TO y más de dos décadas a la práctica gremial en la asociación de profesionales de la institución en la que trabajo, y pertenecí a distintas CD de la AATO.

He utilizado un tiempo de trabajo diario en la atención de las personas que llegan al hospital con distintos formas de padecimiento mental y sufrimiento psíquico y otro tiempo compartido, siempre con otros, para colaborar en intentar transformar a la institución donde trabajo.

Esta trayectoria que describo me permitió pasar por distintas fases teórico prácticas de la atención en Salud Mental, de nuestra profesión y disciplina y del acontecer del Hospital.

La problemática de la salud mental se nos presenta con distintas formas del sufrimiento psíquico, que afecta a los que carecen de ella, a los que la carecen esporádicamente, y se extiende a sus allegados familiares y convivientes.

Esta consensuado y puedo afirmar a través de los años que ningún trabajador de la salud mental queda ajeno a este contacto diario con la experiencia clínica y las situaciones institucionales, ellas dejan su propia impronta y marcan un ritmo, que se ve en las reacciones contratransferenciales. El sufrimiento psíquico se nos presenta diariamente con pleno dramatismo y se agrava cuando las condiciones institucionales no son las adecuadas, Se está inmerso en el dramatismo humano determinado por ese trastornar y se vive en ese clima y muchas de las conclusiones y reclamos provendrán de esa inmediatez

La salud mental es condición necesaria para que cada sujeto afronte de una manera apropiada y creativa los desafíos que le propone la vida que le ha tocado, esta condición o capacidad puede estar afectada por un trastorno mental o por diversas circunstancias ajenas al padecimiento de un trastorno.

Cuando acepte hace más de 20 años la convocatoria para integrar una lista opositora a la oficial en la llamada Asociación Médica del Hospital Borda, por cierto no me buscaban a mí, buscaban una TO por que la lista quería tener un perfil de mayor interdisciplinaridad. Al aceptar se da inicio a una pequeña y cotidiana tarea personal y de integración con estos compañeros de poner en movimiento y en tensión un sistema de creencias y apreciaciones acerca de la organización pública y el tratamiento en salud mental.

Ganadas las elecciones, esa CD decidió poner proa al proyecto de la reforma del estatuto y al cambio de nombre, por el que es actualmente la ASOCIACION DE PROFESIONALES DEL HOSPITAL BORDA., proyecto que fue votado afirmativamente y de manera unánime por la asamblea de afiliados y con el tiempo obtuvimos la inscripción gremial.

A que nos obligaba y obliga esta asociación interdisciplinaria a todos los miembros de la CD, aparte de exponer nuestros puntos de vista y experticia disciplinar, a intentar que las fronteras entre las disciplinas no sean límites auténticos de dominio territorial que puedan invadirse o colonizarse o rendirse.

Cada uno de nosotros ha construido diversas imágenes de cada profesión y hubo que recorrerlas y contextualizarlas en relación a la dinámica de cada tiempo histórico.

Este es un trabajo dinámico y continuo de prevenir y desarmar discursos y creencias de construir conceptos capaces de contener y reconocer las diferencias sin esgrimir las como razones naturales obstaculizando el acceso a derecho, sin amalgamar las disciplinas perdiendo las diferencias, y evitando la dispersión y fragmentación de categorías.

Nuestro gran desafío diario es llegar a un criterio común consensuado, apartar las apreciaciones personales para lograr apreciaciones colectivas y pensar en la complementariedad de aptitudes y actitudes.

Es el ejercicio constante de la tolerancia y la negociación o sea del intercambio de oportunidades y relaciones, en el seno mismo de la Cd, con sus afiliados y con los otros cuatro gremios que existen en la institución ATE, UPCN, SUTECBA y Médicos Municipales, que son quienes conformamos el consejo asesor técnico administrativo (CATA) de la dirección.

A lo largo de la historia de la asociación de profesionales nos han tocado lidiar con situación institucionales algunas realmente límites, incumplimiento de la ley de salud mental de la ciudad, corte generalizado de gas, centro cívico, ataque de la policía metropolitana, ley nacional de SM y otras de carácter más intrahospitalarias,

En todas las situaciones hemos intentado proponer soluciones y cambios de la mejor manera posible, accionando, reflexionando, defendiéndonos, informando, comunicando, sabiendo que no hay soluciones simples a problemas complejos.

En este colectivo que es la asociación de profesionales del Borda, que nuclea a psicólogos, nutricionistas, servicio social, kinesiólogos, médicos clínicos, psiquiatras, nutricionistas, terapistas ocupacionales y otros, hace más de 10 años que en su CD estamos tres Terapistas Ocupacionales en distintas secretarías que continúan actualmente. (Lic. Marcela Capozzo y Lic. Marcela Guzmán)

Para los TO que allí estamos, algunas instancias de negociación fueron muy complicadas, alguna vez tuvimos que tomar- a nuestro pesar- una decisión corporativa y manifestar la imposibilidad de seguir perteneciendo a la CD si se tomaba determinada medida en relación a nuevos cargos solo para psiquiatras y psicólogos dentro de la estructura hospitalaria. Cosa que no se hizo y obtuvimos dos cargos más para TO.

Hace más de un año a pedido de las autoridades del GCBA, se comenzó a trabajar en las estructuras profesionales de los hospitales, en el Borda desde la asociación se solicitó con firmeza al directivo a cargo a que conformara una comisión con los gremios profesionales para discutir la misma, semanalmente nos reuníamos y por la apborda, fue una psicóloga y una Terapeuta Ocupacional.

Dicha estructura aun debe presentarse en el Consejo Asesor Técnico Administrativo (CATA) para su discusión, pero fueron intensos los debates y negociaciones para lograr pensar en una estructura que ofrezca a los usuarios recursos que respalden sus actuales demandas asistenciales.

Pensando que la salud mental no sólo dependa de una intervención técnica, sino que dependa de las actitudes y decisiones políticas que una sociedad tome y dando lugar a que nuevos actores comunitarios se incorporen a la tarea.

Tenemos la necesidad de transformar al monovalente en un centro de salud, y que se creen las instancias comunitarias pertinentes, pero no de carecer de recursos específicos para la intervención en Salud Mental y así poder realizar una verdadera transformación hospitalaria y promover el derecho a una atención de calidad y especializada para los usuarios y sus familias que atraviesan estados clínicos cuyo tratamiento cuidado y rehabilitación son específicos.

Actualmente, el concepto de recuperación comienza orientar toda la práctica clínica en Salud Mental. Este concepto apunta a que cada sujeto afectado por un trastorno mental pueda recuperar el control de su vida, aún cuando no consiga dejar de padecer sus síntomas. Aún con la existencia de estos, hay una recuperación de la salud mental en la medida en la que el individuo muestra capacidades para afrontar la vida que le toca.

Pero también hay personas sin un trastorno diagnosticable, pero abrumados por circunstancias medioambientales y sociales desfavorables que pueden experimentar la pérdida del bienestar y la capacidad de afrontar sus circunstancias.

Esta vulnerabilidad no hace más que confirmar que el concepto de salud mental es abarcativo y que se predica para todos los humanos.

Todas las disciplinas del campo de la salud mental, han sostenido una idea acerca del enfermar psíquico y de las acciones necesarias para responder a ello. Estas ideas ni pueden ser desconocidas, ni pueden ser dogmatizadas. Deben constituir solamente un aporte que cada disciplina hace al conjunto de los demás aportes provenientes de las otras disciplinas con las que comparte el campo de la salud mental.

Cada Trabajador de la salud Mental, debe ser consciente de sus limitaciones en relación con la eficacia clínica, y debe regocijarse con las posibilidades que le pueden aportar otros saberes. Por tanto, el trabajo interdisciplinario es imprescindible.

En La reglamentación de la ley de salud mental nos dice que entre el 20 y el 25% de la población padece de algún trastorno y que quienes demandan asistencia suelen tener problemas de acceso a los servicios que puedan brindársela, este derecho de acceso a la salud es el que está más habitualmente vulnerado.

No solo tenemos que velar por los derechos de los pacientes internados, ya que en nuestro país, sólo 21.000 personas están alojadas en hospitales psiquiátricos o colonias, hay que visibilizar a los usuarios ambulatorios ya que son la mayor parte de la práctica clínica en Salud Mental.

En nuestro hospital hay un promedio de 200 nuevos usuarios que solicitan mensualmente asistencia en la consulta externa del hospital y por la capacidad de recursos humanos que se dispone sólo pueden incorporar alrededor de un poco más de la mitad a la asistencia.

Aunque, se han puesto en marcha dispositivos que dan un camino de tramitación a esta dificultad, en los hechos es que un gran grupo quedan sin ser asistidos aquí en el hospital y están empujados a deambular por otros servicios en busca de tratamiento.

Una de las preocupaciones de la asociación es la constitución de los equipos interdisciplinarios para lograr una atención acorde al nuevo paradigma, estos recursos humanos indispensables para una atención integral de la salud mental.

La ley de SM promueve la constitución de equipos multidisciplinarios(aunque no se hayan incluido en la letra de la ley todas las profesiones, ni consultadas en su creación), todas las decisiones a tomar retornan la responsabilidad al equipo interdisciplinario de salud, el juez sólo tendría que intervenir para controlar las internaciones involuntarias.

Es sumamente importante para una atención de calidad y para dar fuerza a ley la formación en salud mental y capacitación diferencial para tomar decisiones clínicas en el equipo interdisciplinario

Todos estamos de acuerdo con que el trabajo en Salud Mental es un esfuerzo interdisciplinario y es la respuesta terapéutica con la cual se aborda la problemática psíquica y ahora tiene fuerza de ley.

Nosotros desde el interior de la asociación de profesionales deseamos continuar y sumarnos a los debates sobre la excesiva medicalización, la reducción biológica respecto de las enfermedades mentales, el uso inapropiado de los nomencladores diagnósticos y ponemos énfasis al incremento en la formación de las profesiones y profesionales que conforman el equipo interdisciplinario sobre las formas en que se nos presentan en la clínica el padecimiento mental y el sufrimiento psíquico, sus dimensiones contextuales, sociales, políticas y económicas.

Celebramos la ampliación de la ciudadanía para todas las personas e igualar la inclusión de todas las personas en la vida social y política.

Julieta Briglia

Introducción

Ante todo, muchas gracias por la invitación, es un placer compartir la mesa con mis compañeras.

La intención de esta ponencia es dar a conocer la incipiente participación en el Consejo Consultivo Honorario (CCH) en Salud Mental y Adicciones, como consejera de la Asociación Argentina de Terapeutas Ocupacionales (AATO), desde una perspectiva de gestión-cogestión en el planteamiento de políticas públicas.

El CCH fue creado bajo el decreto reglamentario de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones n° 26.657, y comenzó a funcionar el 10 de octubre de 2014. Nuestra participación se logró luego de un proceso de selección, en la que la asociación fue elegida junto a 29 organizaciones de la sociedad civil, entre las que se encuentran Sindicatos, Asociaciones de Profesionales, de Derechos Humanos, de Usuarios y Familiares y Espacios Académicos.

Para contextualizar cómo llegamos a postularnos para formar parte del CCH, considero pertinente mencionar que en el año 2013, con la nueva conformación del capítulo de salud mental de la AATO, uno de los objetivos que nos planteamos fue "participar en espacios institucionales para la discusión e intercambio sobre las implicancias político-organizacionales que conlleva la implementación del nuevo marco jurídico en salud mental"¹. La Asociación venía participando activamente en las convocatorias que realizó el gobierno nacional para el armado del Plan Nacional de Salud Mental. Se define entonces la postulación, de acuerdo a las funciones que por estatuto debe asumir la AATO respecto de "intervenir en la defensa de los intereses profesionales ante autoridades nacionales, provinciales, municipales y asociaciones de bien público (...) y, fomentar las acciones conjuntas interdisciplinarias".

El Consejo Consultivo Honorario

Sus funciones son:

- Realizar propuestas no vinculantes en materia de salud mental y adicciones que contemplen las problemáticas y particularidades de los distintos sectores a los que representan, en el marco de la legislación vigente
- Promover espacios de participación de otras organizaciones de la sociedad civil para debatir distintas temáticas relativas a las políticas de salud mental y adicciones
- Realizar las observaciones que crea pertinentes acerca de las políticas que se llevan adelante

Cabe aclarar que el trabajo que realizamos es ad honorem, y las organizaciones que integran el Consejo Consultivo podrán ser reelegidas por un solo período consecutivo de 4 años. El Consejo tiene apoyo técnico-administrativo de la Comisión Nacional Interministerial en Políticas de Salud Mental y Adicciones.

Lxs conserjerxs titulares y suplentes participan de las reuniones de comisiones- generalmente mensuales-, de reuniones inter-comisiones y con autoridades de la Dir. Nac. de Salud Mental, y de los Plenarios generales con las organizaciones de la sociedad civil, que se realizan cada 3 meses.

¹ Los objetivos del capítulo de salud mental podrán leerse en: <http://www.terapia-ocupacional.org.ar/salud-mental/>

Nos incluimos en las siguientes comisiones de trabajo: I) Inclusión social y vida sustentable en la comunidad y II) Interdisciplina y Trabajadores de la salud mental. Además, podemos participar con voz pero sin voto de las siguientes: III) Salud mental y diversidad, IV) Acceso a la salud y V) Comunidad, cultura, arte y comunicación.

Algunos de los temas abordados en este tiempo desde el CCH fueron:

- Aportes para el documento "Pautas para evitar el uso inapropiado de diagnósticos, medicamentos u otros tratamientos a partir de la problemática del ámbito escolar"
- Aportes a la reglamentación de la ley TEA N°27.043
- Seguimiento de instancias gubernamentales de todo el país de aplicación de la normativa vigente
- Repudio público a distritos y provincias que vulneran derechos fundamentales
- Seguimiento del estado actual de procesos de externación e inclusión social en dispositivos sustitutivos al manicomio
- Propuesta de inclusión del Ministerio de Cultura de Nación a la Comisión Nacional de Políticas en Salud Mental y Adicciones (CONISMA)
- Impulso de proyecto de tarjeta SUBE inclusiva para usuarios con certificado de discapacidad (para evitar mostrar en cada viaje el pase libre de transporte)
- Promoción de diversos proyectos que sitúan al arte y a distintas estrategias de comunicación como pieza clave al interior del proceso de atención en Salud Mental
- Aportes para la adecuación del Plan Médico Obligatorio (PMO), con una propuesta de cambio de nombre y reemplazarlo por Plan de Salud Obligatorio.

Nuestra participación...

*"El accionar político tiene como núcleo específico el tema del poder, es en su campo de fuerzas donde circulan saberes y afectos"*².

Por un lado, desde el capítulo de salud mental y desde AATO como organización de la sociedad civil, intentamos delinear cierta función de contralor respecto de la bajada a tierra de las políticas públicas en curso desde cada territorialidad. Y, por otro lado, creo que tenemos un desafío en relación a aprender a "poner en agenda" aquellos temas que consideramos prioritarios.

Ubicamos desde un primer momento la necesidad de una lectura crítica del posicionamiento de los distintos actores intervinientes, armando un mapa de actores, visibilizando alianzas, su dinamismo y pensando en posibles actores a convocar.

Entendemos que la heterogeneidad y complejidad de las relaciones de poder y saber que se entrecruzan darán pie a la posibilidad de participación y construcción de lugares posibles. En ese proceso estamos...

Entonces, algunos de nuestros desafíos actuales tienen que ver con:

- generar nuevos sentidos desde el capítulo de salud mental- AATO, ya que para que la participación de las consejeras pueda representar a un colectivo, se requieren de diversas instancias de construcción conjunta y co-gestión.
- visibilizar actores para convocar, según las temáticas a abordar, desde una lógica de redes

Me interesa señalar –para estar advertidxs- de 2 tipos de luchas en constante interacción: una macropolítica, "La Política", el poder molar, comprendida por el Estado, pero que desborda por todas partes las estratificaciones, localizable peq en el nivel electoral, sindical y una

² Souza Campos, G. Paideia y Gestión: Un Ensayo sobre el Soporte Paideia en el Trabajo en Salud Rev. Salud colectiva 1, 1 Lanús ene./abr. 2005.p.62

lucha micropolítica, que "constituye su trama y su trazo, pero de un modo vivo"³ con una potencia molecular. "Lo político".

Para ir concluyendo, me parece interesante resaltar que la gestión en el ámbito de trabajo, más allá de la función que tenga unx como profesional, es parte de nuestra responsabilidad. Entonces, cabe preguntarse: ¿Qué implica pensar desde la gestión? ¿cómo participar?, ¿desde qué instancias? ¿desde qué aristas analizar los entramados de saber-poder en un grupo de trabajo, en el barrio mismo? ¿qué papel juega la institución en el entramado de actores?

Estas preguntas pueden guiar e interpelar cualquier accionar profesional, ya sea en ámbitos de participación en instancias decisorias, como de consulta, en asambleas o reuniones de equipo. Y más aún si la institución pertenece al ámbito público.

Muchas Gracias!

Bibliografía

Agamben, G. 2011¿Qué es un dispositivo? Rev. Sociológica, **26**, 73: 249-264

Decreto Nº 603/2013. Reglamentación de la Ley Nº 26.657

Guattari, F. Líneas de fuga. Por otro mundo de posibles. Ed. Cactus.2013.

Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones nº26.657 Sancionada el 25-11-2010 y promulgada el 2-12-2010

Ley de salud Mental Nº 448 del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Sancionada: 27/07/2000

Plan Nacional de Salud Mental y Adicciones 2014

Souza Campos, G. Paideia y Gestión: Un Ensayo sobre el Soporte Paideia en el Trabajo en Salud Rev. Salud colectiva **1**, 1 Lanús ene./abr. 2005.

Sitio web Consejo Consultivo Honorario en Salud Mental y Adicciones: http://www.jefatura.gob.ar/consejo-consultivo-honorario-en-salud-mental-y-adicciones_p186

³ Guattari, F. Líneas de fuga. Por otro mundo de posibles. Ed. Cactus.2013. p.82

Graciela Robles

En primer lugar, quiero agradecer a las organizadoras de este congreso, en especial a Natalia Yunoski y a Silvana Suppo, por la invitación para participar. Es para mí un privilegio compartir esta mesa, con colegas de gran trayectoria, y formación, que han realizado verdaderos aportes para la evolución de la terapia ocupacional en nuestro país.

Como ya se dijo en la presentación, soy una terapeuta ocupacional que ha egresado hace más de 30 años, de la Universidad Nacional de La Rioja, aspecto que me parece significativo de mencionar, ya que la organización de este congreso ha instituido el premio *Liliana Canulli*, quien fue la creadora de la carrera de T.O. en La Rioja. Y las que fuimos sus alumnas, sabemos que su "marca" nos ha acompañado a lo largo de nuestras vidas profesionales y particularmente, la influencia de Liliana, ha estado presente en mí, a lo largo de mi vida profesional.

He ejercido mi profesión en los últimos treinta años en localidades del interior de la provincia de Córdoba. Pequeñas ciudades que se ubican geográficamente en lo que se conoce como *Valle de Punilla*. Se puede decir que soy una terapeuta del interior profundo de nuestro país, y las opiniones que aportare a esta mesa de discusión, proceden desde ese lugar, "desde el llano", desde la experiencia del día a día.

Otro aspecto que me gustaría destacar es que en la provincia de Córdoba, durante muchos años fuimos escasamente tres profesionales las que ejercíamos la terapia ocupacional insertas en hospitales públicos: felizmente en estos últimos años ya se incorporaron al sector público otras colegas más y en este momento somos cinco las terapeutas ocupacionales que permanecen en este sector, dos solamente trabajando en el ámbito de la S.M. La gran mayoría de nuestras colegas han logrado inserción laboral en la órbita privada y mayoritariamente se dedican a la rehabilitación física desde diferentes enfoques.

Esta realidad es contundente: y puede generar diversas lecturas. La escasa incidencia que tiene nuestra profesión en el imaginario de la salud pública y - principalmente en el campo de la Salud Mental-. Y a pesar de los esfuerzos realizados, no hemos logrado aún una participación significativa en aspectos decisores de políticas públicas en cuanto al ejercicio del amplio campo que tiene nuestra profesión. Con este panorama ¿cómo se compatibiliza las intervenciones técnicas de la terapia ocupacional en los hospitales, sin la presencia física de profesionales? ¿Cómo ingresar al sistema público sin la existencia de llamados a concursos para terapeutas ocupacionales, sistema regulado desde la ley 7625 de Equipos de Salud Humana de la provincia de Córdoba?

Por otro lado el Hospital Colonia Santa María, que durante los últimos 20 años, fue uno de los tres hospitales psiquiátricos más grandes de la provincia de Córdoba, ha experimentado en los últimos años una transformación significativa. Enmarcada en la nueva Ley de salud mental de la Pcia de Córdoba, ha puesto literalmente en "la calle" a un alto porcentaje de pacientes que habían permanecido largos años en situación de internación. Este proceso también incluye el encorsetamiento de las admisiones. Se ha vuelto muy trabajoso el ingreso de pacientes y cuando estas admisiones se producen, son fuertemente cuestionados por quienes ejercen la autoridad.

La carencia de profesionales de la terapia ocupacional, ha favorecido que las estrategias ocupacionales estén en manos de personas sin formación en lo específico de nuestra profesión, aspecto que garantizan la reproducción de la tutela o "*custodia protectora*", el disciplinamiento y la inactividad de los asistidos. Así parece que resulta más simple normalizar conductas que transformar condiciones perversas de existencia. Al parecer se juega la ilusión de creer que el llamado "paciente mental" puede sostenerse en "estado puro", fuera de toda intervención de los técnicos de salud mental, o bien se cree que no hace falta de especialistas en estas

problemáticas,-el campo de lo ocupacional- cualquiera puede hacerse cargo de una persona con sufrimiento psíquico, sin tomar en cuenta la calidad requerida en cada intervención.

En el interior de la provincia de Córdoba, las **prácticas de desmanicomialización**, que en teoría se posicionan desde una idea de "salud" y desde una "concepción social de la psiquiatría que encarna objetivos de resocialización y de prevención primaria ejercida por equipos multidisciplinarios". En lo concreto, han derivado en "externaciones forzadas", ya sea a geriátricos, a otras instituciones privadas cerradas con perfil psiquiátrico. Es así que los pacientes externados quedan fuera de los sistemas establecidos de significación disciplinaria y de la vida social al mismo tiempo, porque es inexistente el trabajo previo en el territorio donde supuestamente irán a establecerse. Vuelve a reproducirse en este movimiento la relación asimétrica en la que "otro" decide -como representante del poder- mientras que el enfermo, que está en posición del sujeto del enunciado, ya que es "hablado", significado y a lo sumo se limita a responder si puede, o como puede, sigue funcionando como objeto. Es "llevado", "es mudado" "es trasladado".

En este contexto, una modalidad que se ha puesto en marcha en estos dos últimos años, son las llamadas "casas asistidas" instaladas en localidades cercanas al hospital, que garantizan la asistencia de la *"pura vida biológica sin mediación alguna"*, ya que el predominio de personal que los asisten son enfermeras o médicos. Estos logros son presentados, por las actuales autoridades, como políticas exitosas de desmontaje del manicomio.

Se seleccionaron grupos de pacientes según sexo: hay casas de varones y casas de mujeres. El criterio principal es el de que el paciente cuente con algún ingreso monetario porque los alquileres y servicios de la casa: gas, luz son solventados con dineros de cada uno de ellos: el hospital provee los alimentos, medicamentos y los sueldos del personal que los asiste. Ya en el afuera aparecen los problemas para "gestionar la cotidianidad", las tareas de mantenimiento de una casa, la gestión del tiempo libre, por ejemplo, el hospital les envía los alimentos: pero es la enfermera a cargo, quien sigue decidiendo que tienen que comer, cuanto y cuando.

Se dice "los pacientes están afuera" ya no están "encerrados". Por supuesto que esta peligrosa simplificación nos interpela como profesionales y nos coloca en una situación dilemática y contradictoria. Por eso la pregunta que circula es ¿estos pacientes externados, son pacientes o son ciudadanos? La paradoja surge a partir de esta zona gris, confusa... indeterminada: si están "externados" ¿porque se continúa con esta *"custodia protectora"* ejercida por enfermeras y médicos que prácticamente conviven con ellos en estas llamadas "casas asistidas" o "casas de la comunidad"? ¿Estas casas, se convertirán con el correr del tiempo en nuevos reguladores ocultos de la vida de estas personas hoy "externadas" o más bien son un nuevo signo de la imposibilidad de que el sistema funcione sin transformarse en *pequeños campos* de tutela y control? ¿Es solamente la nueva localización espacial, la que garantiza condiciones de vida investida de ciudadanía, para estos "pacientes externados"? ¿Y al interior de estas casas de la comunidad, el que se cometan o no atrocidades, depende solo del civismo y del sentido ético de enfermeras y médicos? ¿Cualquier forma de vida o cualquier norma pueden quedar incorporadas para este grupo de personas que conviven?, ¿con que matriz?

Ya en la década del 90, Emiliano Galende afirmaba (...) *"El individuo solo es ciudadano si forma parte de la vida social de la ciudad, con sus derechos y obligaciones, en el desenvolvimiento de su vida cumplirá los consensos normativos de la sociedad, a la vez que habrá contribuido con ella a formarlos. Sino será meramente habitante, poblador, no ciudadano"* (...) También afirmaba (...) *Desmanicomializar es más que la abolición del manicomio, supone acciones de liquidación de sus modelos de relación humana, de poder disciplinario (...) ya que el destino de los internados en estas instituciones sigue estando ligado a aquel de todas las individualidades degradadas de la sociedad.*

Una lectura posible (tomando algunos conceptos de Giorgis Agamben), es que la "matriz oculta" que ha permitido la existencia de estos verdaderos *campos*¹ de ocultamiento y sepa-

ración de las personas con sufrimiento psíquico, no pertenece solo al pasado, sigue vigente porque esta matriz de exclusión no ha sido atacada de raíz. También nos dice que tenemos que "aprender a reconocer esta matriz a través de todas sus metamorfosis". Estas modalidades de externación, se presenta como un maquillaje de una antigua práctica que conserva todo su vigor. Lo que se "excluye, es sacado afuera, incluido por medio de su propia exclusión". Este movimiento de pacientes, están enmarcados por procedimientos jurídicos y dispositivos políticos. En la provincia de Córdoba es la Ley de Salud Mental Nº 9848 de reciente aprobación. El 12 de abril de 2012 el Ministerio de Salud de la provincia a través de la resolución Nº 130 impulsada desde la Gerencia de Salud Mental Provincial, propicia la aprobación del "Reglamento sobre la promoción, protección, prevención, asistencia y rehabilitación de los aspectos psíquicos de los procesos de salud-enfermedad". A partir de ese día se resuelve en el interior de la provincia una determinada manera de asistir la locura. Al poco tiempo de lectura se puede detectar una fuerte connotación psiquiátrica en el contenido lo cual hace pensar en que esta "ley" está decididamente orientada hacia la internación como el recurso más oportuno y potente para la asistencia de la locura, sin garantizar otros dispositivos fundamentales de reinserción sociocultural: esto pensado así sigue perpetuando el discurso de la incurabilidad del loco, de su peligrosidad y de su cronificación sistemática.

El autor Alejandro Vainer, plantea que deben darse tres condiciones para la existencia del manicomio, el juicio de peligrosidad, la necesidad del control y la idea de irreversibilidad y de cronificación de quien padece mentalmente (Vainer, A.). Desde hace mucho tiempo, se viene sosteniendo que el poder manicomial requiere de un trípode: hospital, cama y fármaco. Desde esta perspectiva se aísla a la persona de su medio y se generan condiciones que vulneran los derechos humanos. El autor Paulo Amarante, plantea que el aparato manicomial no implica sólo la estructura física de la institución, sino también "el conjunto de saberes y prácticas científicas, sociales, legislativas, jurídicas, que fundamentan la existencia de un lugar de aislamiento, segregación y patologización de la experiencia humana" (Amarante, P.). Por su parte, Vainer, explica que "lo manicomial" se refiere a un "sistema anquilosado que atraviesa los distintos dispositivos de trabajo (...) que en muchos casos han perdido su sentido original y se comportan manicomialmente" (Vainer, A.).

Conclusiones

La implementación de la ley requiere de un proceso gradual de ajustes y avances hacia un disfrute de derechos que siempre pueden ser mejorados. Sin embargo, y aun después de haberse sancionado la ley, este progreso no se ve en acciones concretas: ¿cuánto se ha avanzado en garantizar la accesibilidad a los servicios de salud mental? No se han incluido nuevos trabajadores a las instituciones, por el contrario, las personas que se jubilan o se retiran del Estado no son reemplazadas.

Otro claro ejemplo de este "no progreso" es la disminución del presupuesto para salud mental en los años posteriores a la sanción de la ley. El Estado es el principal agente obligado a respetar, proteger, promover y garantizar derechos, todo lo cual no se reduce sólo a la reestructuración de los servicios y a la superación del manicomio (que ya sería un avance más que significativo), sino a una transformación integral de acuerdo a los principios del enfoque de derechos humanos. La aplicación de esta perspectiva requiere en primer lugar, un Estado "ciego a las diferencias" lo que significa igual tratamiento ante la ley. En segundo lugar, y por ser un grupo que sufre este particular patrón de discriminación, se requiere del Estado acciones afirmativas de especial protección y estrategias para prevenir la vulneración de derechos.

La mayoría de los usuarios de los servicios de salud mental se encuentran en una situación de desigualdad. Desde la sanción de la ley ¿cuáles son las acciones de trato diferenciado que el Estado provincial ha llevado adelante para su reversión?

El proceso de estigmatización es pertinaz y persistente y produce un efecto negativo sobre la autoestima y sobre la capacidad de empoderamiento y de acción en las personas que lo

sufren, ¿cuáles son las campañas que se están llevando adelante para producir los cambios culturales necesarios que permitan restablecer la dignidad a estas personas?

No puede realizarse el ideal del ser humano libre sin el disfrute de las libertades civiles y políticas y sin ser liberado del temor a la miseria ¿cuáles son los acuerdos intersectoriales que se han establecido a los fines de avanzar en garantizar trabajo, vivienda, educación, a estos grupos? La ley prevé la conformación de un Comité interministerial que se ocupe de su atención integral. El mismo no ha sido convocado. No se han diversificado estrategias de atención que permitan brindar servicios que den cuenta de las particulares y diferentes situaciones del padecimiento subjetivo. Una única respuesta para todos no es una respuesta. No es un problema moral (como dicen las autoridades). Es un problema clínico – político que incluye el asegurar servicios de calidad, que lejos de desentenderse de las problemáticas intenta cuidar a los sujetos que demandan atención. En este sentido ¿cuáles son los avances en la creación de la red de dispositivos de salud mental? Desde la sanción de la ley no se ha creado ninguno. Se podría, así, seguir enumerando un listado de incumplimientos del Estado en este campo: no se garantiza la protección de la justicia, no se ha avanzado en la conformación de una red de atención comunitaria, no se ha apoyado a los municipios para que se creen servicios en el primer nivel de atención. Para concluir se puede nuevamente citar a Emiliano Galende cuando afirmaba que la marginalidad, esa delgada línea por donde transitan nuestros pacientes externados, es una producción social compleja, por ello, (...) Se debe construir una trama social solidaria y continente para recibir y aportar a la recuperación de la ciudadanía de las personas externadas.

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.

Mantener lo específico de una asistencia en S.M. que asegure una recuperación, en el grado de posibilidad que abre la externación para paliar el sufrimiento mental tanto como impedir nuevas modalidades de internación. (...)

Bibliografía

- COHEN, H.; DE SANTOS, B.; FIASCHÉ; STOLKINER, A.; SAIDON, O.; TESTA, M.: *"Políticas en Salud Mental"*. Lugar Editorial, Bs. As. 1994.
- AGAMBEN, GIORGIS, *"Medios sin fin". Notas sobre la política*. Pretextos, 2010, Valencia
- Documento de la Mesa de Trabajo Permanente en Salud Y Derechos Humanos. Córdoba. *"Sobre el conflicto en salud mental: ¿Por qué reclamamos la urgente implementación de la ley de salud mental?"* Córdoba, noviembre 2012.
- CARPINTERO, ENRIQUE; KASI, GREGORIO; BARRACO, ÁNGEL; VAINER, ALEJANDRO. *"Desmanicomializar. Pasado y presente de los manicomios"*. 2007.
- AMARANTE, PAULO, *"Superar el manicomio"*. Ed. Topía.

Mesa redonda

Prácticas vinculadas a la inclusión social.
Transmisión y distribución de los
bienes culturales

Disertantes:
Norma Barbagelata
Soledad Artigas
Emilia Fraile

CUANDO ALGO ES NECESARIO E IMPOSIBLE, HAY QUE CAMBIAR LAS REGLAS DEL JUEGO¹

Norma Barbagelata

Somos convocados a pensar un tema: **"Prácticas vinculadas a la inclusión social. Transmisión y distribución de bienes culturales"**.

Me detendré más en pensar la *transmisión hoy* y lo que está sucediendo con los llamados *bienes culturales*, entiendo que esto puede ayudar a explicarnos por qué *debemos practicar* la inclusión social.

Las "prácticas de inclusión social" son parches que nos damos para tratar de evitar que se hunda el barco, (tomando una triste metáfora de lo que sucede, en otros lugares, con el aluvión de excluidos que arriba de sus precarias embarcaciones intentan autoincluirse....)

No podemos intentar prácticas de inclusión sin reflexionar acerca de por qué y cómo funciona la exclusión social.

Esto con la mira de ver qué posibilidades tenemos de intervenir en *otro nivel* respecto de las razones por las cuales habría que "practicar la inclusión social". Idea que no debemos naturalizar. Estamos frente a una sociedad que excluye cada vez más. Y esto no ocurre en todas las formas de organización social.

La transmisión "hoy". Veamos primero qué entendemos por transmisión. No es enseñanza. La transmisión se realiza en *un acto*², es decir es algo que se muestra, que se vive, que se experimenta, pero que no se somete a las planificaciones ni a los objetivos...Sucede o no sucede....

Es del orden del acontecimiento.

Eso incalculable que pasa de una generación a otra. *Eso* que hace que las culturas permanezcan y al mismo tiempo vayan modificándose con el paso de las generaciones.

La transmisión de la cultura se produce en todas las instituciones que una cultura tiene. Mas allá que haya algunas instituciones específicas de "enseñanza".

La transmisión no concierne sólo a conocimientos, sino también a formas de vida, a modos de la sensibilidad, a maneras de entender lo bueno y lo malo, a posiciones frente a lo propio y lo común...etc etc.

Bien, entiendo, que la cuestión que nos convoca es la transmisión hoy. ¿Qué es el "hoy"? ¿Lo que Agamben entiende por lo contemporáneo, es decir eso que queda a la sombra, invisibilizado? ¿Con qué ojos se ve *el hoy*? ¿Qué se mira del hoy?

Más allá de cómo definimos *el hoy*³, es claro que hoy tenemos problemas con la transmisión, en todos los niveles de la organización social, ya que se ha producido una transformación en la cultura que ha modificado las referencias y los parámetros desde los cuales podíamos pensarla.

Desde la relación padres hijos hasta los modos de transmisión en el interior de todas las instituciones. Podemos dar ejemplos de cómo en educación, en la justicia o en las instituciones de salud, *la reproducción de sujetos capaces* de sostener la tarea institucional, está en graves dificultades.

¹ Ibañez: "El regreso del sujeto" 1991. La frase la tomo para pensar la vida en común. El llamado lazo social. Es necesario...y siempre tuvo un costado imposible. La pregunta es si ese costado no ha crecido tanto que estamos necesitando cambiar las reglas del juego.

² Noveduc sobre la transmisión, recoge el seminario internacional del Cem.

³ El "hoy" remite a lo actual. Lo actual pertenece a la categoría de lo real...es decir está preñado de lo inatrapable, de lo irrepresentable.

Llegamos al extremo de preguntarnos (junto con muchos autores... Melman, Hassoun, Calligaris... Dufour... Castoriadis) sobre qué tipo *de sujeto* se efectiviza en nuestra cultura...la transmisión cultural engendra sujetos diferentes.

Percibimos una clara ruptura respecto de la transmisión: hoy no se trataría de neuróticos, hoy se trataría de perversión, o de adolescencia ininterrumpida⁴...o de psicosis....o de sujetos traumatizados, o ... sujetos que no se responsabilizan...

Algunos autores piensan que hay un ataque "deliberado" contra las instituciones por parte del mercado...Noamí Klein o Dufour (entre muchos otros) sostienen que *el mercado* aprovecha o provoca las catástrofes que estamos habituados a padecer (diariamente relatadas minuciosamente y sádicamente por los medios de comunicación): terremotos, inundaciones, guerras o revoluciones para hacer negocios en esa tierra arrasada. Negocios, que mientras existen las instituciones creadas por los estados nacionales... (con todos los déficits que puedan tener) quedan entorpecidos.

El imperativo que regula este ataque: que la mercancía pueda circular libremente. Y a nadie haya que rendir cuentas de nada....si para esa circulación quedan pueblos, culturas en el camino....son "daños colaterales" que el sistema intenta que terminemos de digerir.

Es decir que los llamados "bienes culturales", tal como los hemos entendido, (subrayo esto, ya que no cerramos la posibilidad de entenderlo de otro modo⁵) están amenazados de desaparecer como una especie en extinción...y desear poseerlos, o poseerlos...es encontrarse frente a un "rara avis"...

No debemos ser ingenuos respecto de por qué estamos convocados a practicar la inclusión: porque la exclusión generalizada, está en la puerta de nuestras mismas subjetividades. Nosotros mismos somos expulsados y alejados de poder poseer y disfrutar de los llamados "bienes culturales".

Sobre todo de disfrutar. El imperio de una *cultura mortificante*, en palabras de Ulloa o de las *pasiones tristes* en las de Miguel Benasayag...o más lejanamente el olvido de practicar *la gaya ciencia* propuesta por Nietzsche, vuelven a la cultura un lugar que por momentos se torna inhóspito y lejano.

En consonancia con lo que venimos diciendo tampoco encontramos "el deseo de transmitir" desde el lugar del Otro que debería encarnar al adulto, al que se retirará de la escena para que vengan "los nuevos" ...Ahora nadie quiere ni puede enterarse que se retirará de la escena...la capacidad de duelar es muy poca...*todos somos jóvenes y eternos*...¿por qué habría que hacer actos de transmisión ???

Perder ganar

El duelo...sobre lo perdido es lo que va conformando el camino de la constitución de un sujeto....desde el primer duelo...de ser un objeto privilegiado para la madre (ampliaremos esto) hasta el del paso del tiempo con todas las pérdidas que nos impone...simplemente por pasar...

La cultura es la construcción que nos enseña, además de cómo vivir con otros, nos muestra como se puede perder, los seres queridos, la vida, la salud, la patria.....nos enseña a sobrevivir a los peores horrores sin perder la condición de humanidad...lo vemos en la tragedia griega, los mitos, las operas, las novelas, el teatro, el cine...

Las troyanas nos enseñan en sus lamentos frente a la desaparición de su ciudad, de sus hombres, de sus hijos...y de sus vidas, porque son llevadas como esclavas para servir a los

⁴ J. J Rassial "El sujeto en estado limite" >Nueva Visión..."vinculo entre el estado limite y el declive de la función paterna asociado al apogeo del discurso de la ciencia ..."

⁵ Por ejemplo la tesis de Baricco sobre la posibilidad de estar frente a una mutación que se ve desde una perspectiva apocalíptica precisamente por no tener parámetros, pero que tiene aspectos constructivos respecto de la cultura) Baricco A. Los barbaros. Ensayo sobre la mutación. Anagrama 2008.

ganadores...son el botín con el que los griegos se resarcan de los años guerra, es decir de sus propias pérdidas.... Hablando, poniendo palabras gritadas al futuro...acerca de qué cosa es *ser hombre*....Es decir a qué costo se llevan el botín *los ganadores*.

Estamos hoy en una sociedad donde el imperativo es: *se puede y se debe ganar*. A costa de lo que sea y a quien sea...estamos todos corriendo en contra de todos para ganar no se sabe qué cosa....

Bien en el mundo de ganadores, la pérdida tiene mala prensa... paradójicamente el sujeto para el psicoanálisis sólo se empieza a constituir a partir **del registro de la pérdida** i!!

El sujeto debe rearmarse después de haber sido destruido en cada pérdida

Esto implica una capacidad de soportar el dolor y de crear para poder relanzar el deseo... para empezar a ser "otro"...

Este paso de un mundo *puro espectáculo* donde *todo bien*, a un mundo donde la vulnerabilidad existe, el paso del tiempo, los cambios obligan a sufrir y reacomodar cuerpos, proyectos, memorias, olvidos....es imprescindible para que emerja un decidido deseo de transmitir. Platón en el Banquete...es por anhelo de escapar a la mortalidad que "procreamos en las ideas"...es decir nos immortalizamos en la cultura, y no está hablando de una inmortalidad asociada a la permanencia de ningún nombre⁶.

El tiempo. Esa sustancia de la que estamos hechos⁷...

La cultura está allí para humanizar todo lo que nos rodea...hoy la cultura aparece, en algunos casos, sustituida por la tecnología. La tecnología instala en el interior de la cultura un veneno particular...que debemos intentar desactivar.

La tecnología ahorra y facilita la vida cotidiana. Casi que todos los trabajos hoy se reducen a lo mismo: estar frente a una computadora...apretando botones...que enseñen, curen, impartan justicia o maten, nos hagan la compra o hagamos los pagos de los bancos o incluso hagamos "el amor" todos apretando botones....⁸

Desasimiento y adhesividad⁹

"La amenaza no le viene al hombre principalmente de que las máquinas y aparatos de la técnica puedan actuar de un modo mortífero. La más peculiar amenaza se ha introducido ya en la esencia del hombre" Dice Heidegger en su texto "Serenidad" y agrega:

"Podemos decir *si*, al inevitable uso del objeto técnico y podemos a la vez decirle *no* en la medida que rehusamos que nos requiera de modo tan exclusivo, que nos dobleguen, nos confundan, y finalmente, devasten nuestra esencia"

Coincidimos con este anticipatorio análisis de los objetos técnicos: el problema es este Si que como dice...es INVITABLE y este No que es IMPRESCINDIBLE. El señalamiento de "el modo EXCLUSIVO" en que el objeto nos llama, y sus efectos de doblegamiento y confusión....en particular la devastación de una "esencia" que como sabemos en Heidegger es un puro vacío desde el cual nos proyectamos....es decir que devastar la esencia se puede entender cómo

⁶ Sino eso que pasa y describe maravillosamente Agamben en Profanaciones en el texto sobre el Genio.

⁷ Heidegger "Ser y tiempo"...

⁸ Berardi La generación post alfa"

⁹ El tema de "la adhesividad" remite al lugar que ocupan los objetos para el sujeto. Decimos "los" objetos, porque cada uno de ellos tendrá sus características propias de adhesividad: el objeto del amor, el de la pulsión, el del deseo. El objeto metaforizado o no, en cada uno de estos modos. En términos muy genéricos diremos que Freud dice de la pulsión: sustituible, fijable, parcial, con una cara satisfacción y otra representación. Del amor, unificado, comparte la libido narcisista. El duelo por el objeto perdido pone en juego el afecto doloroso que supone retirar la libido del objeto.

evitar el vacío, poniendo en su lugar el objeto. Los modos en que ese objeto nos solicita, son también los modos en que el saber científico presenta sus saberes, produciendo el cierre del deseo de saber, de la curiosidad; presentando un saber ya hecho y ofrecido como "mercancía" a consumir.

¿Quién y cómo puede emerger ese No al objeto técnico?

Tiene que existir frente al aparato un sujeto, un aparato psíquico ya constituido.

Pero hoy algunos niños se subjetivan, "encarnan"...o "corporizan" en /con / a través de las pantallas...La pantalla les habla, se comunica con ellos durante muchas horas que están solos, sin niños y sin adultos..."entretenidos por los aparatos técnicos. Niños que hablan como las máquinas, niños que aprenden, interiorizan su lengua desde la máquina.

La máquina no le habla "al" niño. No lo ve, no lo escucha. Es el "discurso para todos" que le llega directo, sin mediadores orgánicos, afectivos que se lo ofrezcan.¹⁰

Esta soledad frente a la pantalla, es una soledad que puede ser "compartida" es decir pueden estar con otros niños y otros adultos que están también pegados a una pantalla....cada uno con la suya.

Como decía un paciente, "*pasamos un hermoso fin de semana en familia*"...y después añade..."*claro, tranquilos y cada uno con "su" pantalla*"...tiene dos hijos de alrededor de cuatro y siete años...

Sabemos que el desarrollo técnico nos IMPONE estos objetos. Colette Soler habla de "objetos impuestos" al modo que el psicótico recibe "voces que se le imponen" Es decir objetos que no son deseados, ni es posible decidir no tenerlos si queremos vivir en este mundo. El objeto técnico prolonga el cuerpo. El ojo llega a los confines del universo, la voz vuelve y va, se queda guardada, llega de los autos o de las puertas.

Se trata de nuevas modalidades comunicativas. De nuevos modos de estar "con otros"¹¹... están aquellos con los que cada uno está comunicando a través de la pantalla y se alejan los seres con los que se comparte la vida cotidiana. Se trata de una nueva economía comunicacional que implica una nueva economía libidinal, nuevos síntomas...nuevos sujetos...

Lo virtual

Muchos cuerpos se mueven como cuasi zombis... y circulan sin querer saber nada del otro o del mundo externo. Miles de imágenes, hoy, muestran grupos de personas juntas y aisladas por la pantalla¹²... están tomados en un *goce autoerótico*, goce que produce la entrada en ese mundo "virtual".

Es evidente que la *virtualidad reduce enormemente la experiencia sensorial*. El mundo exterior a las pantallas se vuelve cada vez más difícil, se vuelve intolerablemente real.¹³

Las personas del mundo exterior a las pantallas aparecen para algunos como continuidades de ese otro mundo: confusión (El video de Benny Henneke) otras veces un desierto aburrido...o para otros simplemente un mundo más paralelo. Estas opciones dependen de la

¹⁰ Bifo La generación post alfa. Niños que reciben más palabras de las máquinas que de las personas que los cuidan.

¹¹ Estas "nuevas modalidades comunicativas" son también modificaciones en las "economías libidinales" a nivel de la cultura. Una gran diferencia con formas anteriores, hoy no tiene una "ideología" que legitime, justifique y organice. No hay una ley moral que impida, prohíba y que sea parte de un relato explicativo del mundo. (incluso algunos autores cuestionan desde la filosofía que haya "mundo" (Cabanchik..) en tanto "plexo de significaciones más o menos estables")

¹² Dentro de las muchas escenas, la película Her muestra un mundo un "poco" "más avanzado técnicamente" que el nuestro, y vemos seres pendientes solo de su contacto con el objeto tecnológico.

¹³ Žižek señala esta reducción de la experiencia sensorial como efecto de la virtualidad.

inscripción simbólica que tenga el que está frente a la pantalla. Es decir de los bordes psíquicos entre la pantalla y el cuerpo.

Lo real del cuerpo sexo y muerte

Analicemos un poco más algunos fenómenos. He tenido en el consultorio jóvenes que preferían el sexo virtual, al encuentro con una mujer...la misma que está detrás de la pantalla y que vive a dos cuerdas y lo espera, con la cual hay una relación previa de encuentros...Hay una satisfacción mayor en los encuentros a través del aparato....

Otro caso: sólo a condición de tener una pantalla delante pudo *empezar a hablar* con algunas mujeres. De ese modo el miedo al encuentro era manejable.

Esta *reducción sensorial*, efecto de la virtualidad, se vuelve condición de estos encuentros.

Los nuevos sujetos parecieran tener menor capacidad de "organizar" "tramitar" lo sensorial que el cuerpo informa. Se pierde el registro de estos informes. Ya que hay cierta dificultad frente a la experiencia real.

Se transforman en "cuerpos **abstractos**" para hacer el amor. ¿Esa "abstracción" del cuerpo retorna en el aumento de la violencia en los vínculos?

Hacer el amor a través de la pantalla es hacerlo sin riesgos de hacer "vibrar ese cuerpo" de un modo inadecuado, o sin temores de no poder hacerlo, o que no haya forma "detenerlo" "salir de la vibración", o tantos otros fantasmas terroríficos que pueden emerger allí...¹⁴

¿Por qué esta preferencia por la "abstracción"?

¿No existió para ellos un Otro que lograra exitosamente "civilizar" las sensaciones?

Debemos hacer una pequeña digresión respecto de qué permite "civilizar las sensaciones"

El Otro primordial es el que permite ligar las angustias más arcaicas dando un lugar que no sea destructivo a la pulsión de muerte. Bion lo llamaba la capacidad de *reverie* de la madre.

Esta capacidad que pone en juego aquel que cuida, aloja al otro es la de hacer suya la angustia de ese bebé, enfermo, alumno, y ser continente de lo que Bion llamaba los objetos beta, que son los que el bebé no puede contener en sí mismo.

En la época de Freud los padres en el lugar del Otro¹⁵ abrigaban demasiado....hasta el sofocamiento...había que matar al "niño ideal" a su *majestad el bebé* para poder existir más allá de ese abrazo i

Ahora el Otro se aleja a distancias siderales...con cuidados o sin cuidados ...

Estamos trabajando sobre una especie particular de la orfandad

El enigma que son los niños y jóvenes que se vuelven insoportables para adultos que van perdiendo el "saber hacer inconsciente" y la posibilidad de contacto con sus propias infancias y juventudes....(ya que de algún modo han evitado saber que las han perdido....) son síntomas inequívocos de una modificación inmensa en las formas de filiación y alojamiento de los "nuevos" de los que van llegando.

El objeto técnico hoy está asociado en la producción de este cambio cultural ...que algunos pensadores de la llamada "industria cultural" empezaron a descifrar...pero que vemos claramente que vamos detrás de un fenómeno de profundas aéreas desconocidas:

El aislamiento particular que produce, y las nuevas formas de soledad.

La falta de respuesta, la inermidad que deja frente a lo real.

La indistinción entre mundo real y fantasías.

¹⁴ Este cuerpo que se escamotea en el "juego tecnológico" retorna en la vida como un cuerpo "cuidado" con todo el "mercado" impulsando la "vida sana"...desde las gimnasias...las comidas...la estética...en un empuje conjunto de las industrias farmacéuticas, alimentarias...etc de olvido de la caducidad, envejecimiento y mortalidad.

¹⁵ "El amor del ogro" Didier Maleuvre en "Educar: figuras y efectos del amor" Editorial del Estante. 2006

La desimbolización de las relaciones sociales.

El aturdimiento y sobre excitación que genera.

Las modificaciones pulsionales. El aumento del autoerotismo como modo de satisfacción. Con el aumento del "aburrimiento" respecto de la realidad.

Un mundo comandado por el placer o la satisfacción /goce... que produce los objetos es un mundo que pierde sentido. Recuperar el acceso a los sentidos, es recuperar la dimensión política de la vida. "La política no como una gestión profesional, sino como lugar constituyente de la experiencia del sujeto en su devenir hablante, sexuado y mortal" (Jorge Alemán "Soledad: común").

El objeto técnico solicita de nosotros ciertos desasimientos para que no nos devore o una singular relación con él, de adherir y de separar. Al modo en que Agamben solicita que miremos lo que no es "contemporáneo" para que podamos ser contemporáneos i

Implica trabajar en *detener los flujos de información* y de *aceleración* (otra característica que no hemos desarrollado de la máquina) para poder pensar. Solos y con otros.

Mesa redonda

Leyes de ejercicio profesional. Reconfiguración del campo. Vinculación con el Estado y otras profesiones.

Disertantes:

Sara Daneri

Laura Pérez

Rosana Ariño

Laura Beltramino

La Terapia Ocupacional en el litoral argentino. Breve recorrido por la incipiente historia de la profesión y los desafíos para los años venideros

Resumen

El presente trabajo intentará recopilar la trayectoria de nuestra profesión en la región de litoral. Para lo cual, comenzamos haciendo una breve mención del surgimiento de la carrera en la Argentina para luego puntualizar como nace y crece la Terapia Ocupacional en la provincia de Santa Fe y sus alrededores.

Por último, se precisa el estado actual de la profesión, conjuntamente con los logros y desafíos futuros del recientemente creado Colegio de TO de Santa Fe.

Desarrollo

En primer lugar consideramos necesario comenzar haciendo un agradecimiento a tantos actores terapeutas ocupacionales, que a lo largo de estos años se involucraron en el fortalecimiento de nuestra querida profesión en el litoral argentino. Nombrarlos sería olvidarnos de alguno y no es el objetivo del presente trabajo. Cada uno sabe de quienes estamos hablando... a todos ellos nuestro más sincero y afectuoso agradecimiento, ya que si no fuera por el camino que ellos emprendieron no hubiésemos llegado a lo que somos hoy, al logro del reconocimiento y crecimiento de nuestra profesión.

Ahora sí, comenzaremos haciendo una breve reseña del surgimiento de la Terapia Ocupacional. A largo de los años nuestra profesión ha ido evolucionando propiciando nuevos y diferentes campos de actuación o áreas de desarrollo profesional, muy diferentes a los que dieron origen a la Terapia Ocupacional. Con estas nuevas áreas de especialidad de la TO, surgen necesidades de formación, nuevos derechos, nuevas responsabilidades, que como profesionales comprometidos debemos dar respuestas.

En la década del 50 se propicia la capacitación teórico-práctico de terapia ocupacional, a partir de la necesidad de dar respuestas a los secueles de poliomielitis, curso que se basó en procesos de rehabilitación de estos enfermos. Es así que la legislación de aquellos años (que estuvo vigente hasta no hace mucho, año 2014), nos reconocía como una profesión co-laboradora de la medicina, la ley 17132. Ley que desde hace varios años había quedado obsoleta a la par del crecimiento de la Terapia Ocupacional en el país.

En la ciudad de Santa Fe, más precisamente en la Universidad Nacional del Litoral, es en el año 1985, el 13 de septiembre, que por medio de la resolución Nº 154 del Consejo Superior de dicha universidad se crea la carrera de Terapeuta Ocupacional, para dar respuestas a las necesidades de formación de estudiantes de la región del Litoral. En aquel momento, los objetivos de la carrera eran: formar profesionales acorde a las necesidades del medio ambiente; desarrollar nuevos servicios de Terapia Ocupacional en todas las áreas; posibilitar la investigación básica y aplicada de Terapia Ocupacional en diferentes campos; colaborar en la formación docente de terapeutas ocupacionales, dentro de la carrera docente universitaria y participar en la educación de los estudiantes y egresados.

Recién al año siguiente, en 1986 se comenzó con las actividades académicas de implementación del plan de estudio, iniciando el cursado del primer año de la carrera en agosto de ese año.

Desde entonces, la profesión ha ido creciendo en la región, graduados de la UNL se han desperdigados por todo el país, pero sobretodo en las provincias de Córdoba, Entre Ríos, Cha-

co, Corrientes y Santa Fe, siendo estas partes de la región del litoral. Así, surgen propuestas académicas en la ciudad de Rosario a través de la Universidad Abierta Interamericana y el Instituto Gran Rosario, justamente para dar respuestas a la demanda de la región de formación de terapeutas ocupacionales; junto con los cambios de plan de estudio de la UNL.

El desarrollo y crecimiento de la profesión, paralelamente al aumento de la oferta académica, fue dando orígenes a Asociaciones y Colegios de Terapeutas Ocupacionales en distintos lugares del país; creándose en la provincia de Santa Fe, dos asociaciones ATOS (Asociación de Terapeutas Ocupacionales de Santa Fe) y ATOR (Asociación de Terapeutas Ocupacionales de Rosario), asentadas respectivamente en la ciudades de Santa Fe y Rosario. Asociaciones que ante los acelerados cambios en materia científica y tecnológica que se producían y que planteaban la urgencia de producir modificaciones, para colocar a los profesionales en condiciones de enfrentar el desafío de las nuevas demandas de la época, tuvieron que comenzar a dar respuestas a los profesionales sobre el ejercicio de nuestra profesión. Así se iniciaron actividades de formación y capacitación, luchas y convenios con obras sociales, participación en las discusiones sobre los planes de estudio, actividades sociales entre TOs, etc.

Desde la ATOS se impulsa en varias oportunidades el proyecto de ley de ejercicio profesional y creación del colegio para la provincia de Santa Fe, proyectos que de acuerdo a las coyunturas sociales, fueron perdiendo estado parlamentario, no se disponía de apoyo de los legisladores para dar la discusión sobre dicho proyecto, y así sucesivamente ante cada presentación de proyecto de ley.

Recientemente, y luego de muchos años de lucha y convicción, podemos contar para la provincia de Santa Fe con una ley provincial que regula nuestro ejercicio profesional, conjuntamente con la creación del Colegio de TO de Santa Fe. A partir del 2011 que se aprueba la ley Nº 13.220, se comenzó con una serie de trámites y actividades para ordenar y conformar la 1ª Circunscripción del Colegio. Fue luego de dos años de tramites, que pudimos comenzar con la matricula de nuestros colegas, todo esto implicó el esfuerzo de pocas personas que se pusieron al hombro esta ardua tarea que es representar al colectivo de terapeutas ocupacionales de la provincia. En la actualidad, el objetivo de la comunidad de terapeutas ocupacionales de Santa Fe, es la conformación de la 2ª Circunscripción, en la ciudad de Rosario que regule y haga de contralor del ejercicio profesional en todo el sur de la provincia.

A la par de esta lucha local y regional, también recibimos con buenos augurios la aprobación de la ley nacional de ejercicio profesional. Ley que llega para regular el ejercicio profesional en las localidades en donde no se cuenta con una regulación propia.

Llegar a donde estamos hoy, implicó mucho esfuerzo y sacrificio, horas de discusiones y defensa de nuestros derechos ante diputados, senadores, discusiones en las distintas comisiones parlamentarias, entrevistas en los medios de prensa, movilizaciones frente a la legislatura provincial, con el apoyo de profesionales pero sobretodo de los estudiantes, que nos dieron (como siempre) lecciones de lucha y reclamos.

Conformamos un grupo de profesionales que nos cuesta involucrarnos en ejercicio gremial de nuestra profesión, pero es de suma importancia la necesidad de participación de terapeutas ocupacionales en instancias como colegios y asociaciones, asumiendo el compromiso de la representación, el dialogo, la escucha y la defensa de nuestros derechos.

Ambas leyes, provincial y nacional, avanzan en el mismo sentido de reconocer la evolución de la profesión, las nuevas y no tan nuevas áreas de desarrollo profesional que en la ley anterior no estaban reconocidas, en el ejercicio profesional y en los deberes y derechos como terapeutas ocupacionales. En este sentido se unifican criterios para los colegas de todo el territorio nacional.

Los desafíos para futuro son muchos, y seguramente implicarán el involucramiento y esfuerzo de muchos terapeutas ocupacionales. La agenda esta marcada por las necesidades de nuestros compañeros de la región, que van desde capacitaciones, conformación de la 2ª circunscripción del Colegio de TO de Santa Fe, honorarios, nuevos convenios con obras sociales,

reivindicación de nuestros derechos y también de nuestras obligaciones y responsabilidades, participación activa de los espacios de discusión que nuclea al colectivo de terapeutas ocupacionales, son algunos de los desafíos a trabajar por el COTOSFE, somos todos quienes marcamos el rumbo de nuestra profesión, por eso a estas propuestas se suman las de los colegas de los distintos puntos de la provincia.

El desafío está en marcha, la decisión es nuestra...

Bibliografía

- Arriola de Mines Beatriz, Matar Suter. **Breve reseña histórica de Terapia Ocupacional** – Cátedra Teoría de Terapia Ocupacional. Año 1998.
- Ley Nacional Nº 17.132. Año 1954 **Reglas para el ejercicio de la medicina, odontología y actividad de colaboración de las mismas.**
- Ley Provincial Nº 13.220 **de Terapia Ocupacional.** Año 2011
- Ley Nacional Nº 27.051 **de Ejercicio de la Profesión de Terapeutas Ocupacionales, Terapistas Ocupacionales y Licenciados en Terapia Ocupacional.** Año 2014
- Westman, Sandra. **"25 años de la carrera de Terapia Ocupacional en la Universidad Nacional del Litoral (Santa Fe – Argentina)"** en 1986 – 2011: 25 años de la Terapia Ocupacional en la Universidad Nacional del Litoral. Ed. Bibliográfica de Voros S.A.. Buenos Aires, 2011.

Mesas de comunicaciones libres y Trabajos de Investigación

Mesa 1

Formación de grado e investigación

Supuestos teóricos y epistemológicos de los marcos conceptuales de práctica en los objetos de estudios abordados en los trabajos finales de la Licenciatura en Terapia Ocupacional

Autor: Demichelis, Mauro, A

Correo electronico: informes@fcb.unl.edu.ar

Resumen

Esta investigación parte de interrogantes surgidos en el marco de la carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional del Litoral. Se propone analizar supuestos teóricos y epistemológicos de los modelos conceptuales de práctica en los objetos de estudio abordados en los trabajos finales de la mencionada carrera en el período 2010-2011. Los acercamientos que los estudiosos han realizado en lo que respecta a la definición de los objetos de estudio en los proyectos de investigación son múltiples y diversos. El hecho de analizar algunas aproximaciones teóricas y epistemológicas en la definición de los objetos de estudios es fundamental para entender la realidad social, cultural, política y ocupacional del hombre. Metodología: Estudio descriptivo, cualitativo y de tipo transversal. La estrategia metodológica se sustenta en el análisis documental a partir de la selección, clasificación e interpretación de los textos. Resultados: En la actualidad la Terapia Ocupacional de acuerdo con los modelos conceptuales de práctica que establece Kielhofner (2004) debería integrar en sus bases interdisciplinarias nuevas emergentes teóricas y epistemológicas sobre los objetos de estudio abordados en los trabajos finales de la disciplina. Conclusiones: Se infiere que la disciplina debe elaborar nuevos enfoques teóricos que superen la crisis teórico-práctica y epistemológica de los modelos actuales. Esto permitirá dar respuesta a los problemas ocupacionales de nuestras poblaciones.

Introducción

Este artículo tiene como objetivo comunicar el saber pedagógico en sintonía con la producción de conocimiento científico en relación con las prácticas universitarias en el marco de la Maestría en Docencia Universitaria de la Universidad Nacional del Litoral. Entre los propósitos se menciona poner en discusión y debate algunas ideas acerca de la investigación realizada para obtener el título de Magister en la carrera antes mencionada correspondiente a la Facultad de Humanidades y Ciencias. En esta dirección se propone promover parte de las experiencias pedagógicas en el campo de la enseñanza en la formación de grado de los licenciados en Terapia Ocupacional

La investigación partió de interrogantes surgidos de la carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional del Litoral. Se propuso analizar supuestos teóricos y epistemológicos de los modelos conceptuales de práctica en los objetos de estudio abordados en los trabajos finales de la mencionada carrera en el período 2010-2011.

Entre los objetivos específicos, mencionamos:

- Identificar los modelos conceptuales de práctica referenciados en los Trabajos finales producidos durante el periodo comprendido 2010-2011.
- Describir supuestos teóricos y epistemológicos de los modelos conceptuales de práctica.
- Caracterizar los objetos de estudio de los trabajos finales de graduación.

- Reflexionar sobre la caracterización de los objetos de estudio desde aspectos subyacentes a los supuestos teóricos y epistemológicos de los modelos conceptuales de práctica.

Marco teórico

La Terapia Ocupacional y las ciencias que constituyen su cuerpo de conocimiento.

Desde una perspectiva Latinoamérica, Da Rocha Medeiros (2008) expresa que el cuerpo de conocimiento de T.O se encuentra constituido principalmente por las ciencias de la salud, sociales y desde 1980 por la reciente ciencia de la ocupación, cuando busca conocer al sujeto psicológico y social como ser ocupacional.

Por su parte, Kielhofner y Burke (1985) buscaron en otras disciplinas científicas una perspectiva de la Biología y Física en relación a la teoría general de los sistemas para elaborar el Modelo de la Ocupación Humana y fundamentar así la teoría del comportamiento ocupacional

En complementariedad a lo antes mencionado, Pimental; Oliveira, y Araujo (2009), Morrison, Vidal (2009) y los defensores de la Ciencia de la Ocupación explican que T.O se enfrenta con dificultades complejas propias de las ciencias humanas dado que tiene como objeto de estudio al hombre en sus innumerables ocupaciones.

La Filosofía de la Ocupación Humana y los paradigmas en Terapia Ocupacional.

Terapeutas Ocupacionales como Olivares y Vidal (2011) describen la filosofía de la ocupación humana como perspectiva histórica –epistemológica meta-analítica que permite identificar por qué y cómo los fundamentos teóricos se relacionan, sirven o vinculan con los propósitos de la disciplina.

En ese sentido, la propuesta de paradigmas que establece Kielhofner (2004) de acuerdo a los planteos de Khun permitió evocar la idea de paradigma para este estudio como una cultura integradora y una visión sobre los fenómenos.

Autores como Tornebohm (1985) afirma que el paradigma en T.O proponen una perspectiva conceptual a través de un punto de vista acerca de cómo debe realizarse la práctica.

Por su lado, Macintyre (1980) explica que el paradigma opera como una cultura profesional que otorga sentido y orienta la acción profesional.

Paradigmas en T.O

- El Pre- paradigma de la ocupación: (finales del siglo XIX)
- El paradigma de la Ocupación (Principios del siglo XX).
- El paradigma Mecanicista. (Finales de la década del 40 y principios de los 50)
- El paradigma Contemporáneo (Comienza replanteos en los 70 hasta el inicio de los 90)
- El paradigma social de la ocupación (Siglo XXI)

Modelos actuales en Terapia Ocupacional: Modelos Conceptuales de Práctica.

Autores como Kielhofner (2004) expresa que los modelos conceptuales de práctica son expresiones complejas de los paradigmas desde una perspectiva global y unificadora de la Terapia Ocupacional.

Por su lado, Da Rocha Medeiros (2008) expresa que los modelos teóricos de actuación tienen un rol preponderante porque comunican las creencias de los paradigmas.

Ambos autores sostienen que cada modelo se focaliza sobre algún fenómeno específico o área de la ocupación humana

Para Kielhofner (2004), un modelo desarrollado tiene las siguientes características:

- Se construye sobre una base interdisciplinaria del conocimiento.
- Articula la teoría para explicar los fenómenos particulares.
- Brinda una tecnología (p.ej., procedimientos y materiales) para la aplicación.

Se comprueba a través de la investigación.

En esa dirección Kielhofner, G (2004) identifico los siguientes siete modelos conceptuales de práctica:

1. Modelo Biomecánico.
2. Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional.
3. Modelo de Discapacidades Cognitiva.
4. Modelo Cognitivo-Perceptual.
5. Modelo de la Ocupación Humana.
6. Modelo de Control Motor.
7. Modelo de Integración Sensorial.

Metodología

El estudio se corresponde con un diseño descriptivo, cualitativo y de tipo transversal. La estrategia metodológica se sustenta en el análisis documental a partir de la selección, clasificación e interpretación de los textos.

El estudio estuvo constituido por veinte (20) trabajos finales de graduación defendidos durante el período 2010-2011. Corresponden a aquellos producidos para alcanzar el título de Licenciado/a en Terapia Ocupacional (Plan 1997).

Se utilizó la técnica de análisis documental a partir de la lectura e interpretación de los supuestos teóricos y epistemológicos subyacentes en el contenido de los trabajos finales de graduación.

Resultados

Diez de los veinte trabajos analizados (4, 7, 8, 9, 11, 15, 16, 17, 18 y 20) revisten un fuerte interés para investigar sobre poblaciones en vulnerabilidad social en materia de promoción comunitaria, pueblos originarios, niños y adolescentes con derechos vulnerados y en conflicto con la ley penal, personas privadas de su libertad y niños y adolescentes en situación de calle. Se definieron algunas concepciones de sujeto rescatando expresiones que vinculan las ideas de sujeto con la dignidad humana. Las concepciones de salud reflejan el tratamiento de las enfermedades pero se identifican nuevos enfoques relacionados a la salud como la perspectiva de atención primaria de la salud, salud colectiva y comunitaria. Las concepciones de ocupación quedan alineadas a la idea que la misma es indispensable para el logro de un equilibrio dinámico del hombre.

Los trabajos relacionados con la rehabilitación física de niños y adultos son cuatro (1, 2, 13 y 19). Expresando conceptualizaciones del paradigma mecanicista reducibles a variables y dicotomía. Las concepciones de sujeto surgen de un paradigma apoyado sobre procesos internos intrapsíquicos, neurológicos y Kinesiológicos. Las concepciones de salud destacan que la capacidad del sujeto para el desempeñarse satisfactoriamente en ocupaciones depende de relaciones causales entre el sistema nervioso, musculoesquelético e intrapsíquico.

Por último, cinco de los trabajos (8, 9, 14, 15 y 16), no utilizaron los modelos conceptuales de práctica en T.O propuestos, y de acuerdo al planteo de Kielhofner (2004). Entre las concepciones de sujeto se expresa que las personas se constituyen a sí mismas por el sentido que otorgan a las ocupaciones dentro de su narrativa de vida. Las concepciones de salud tienen vinculación con reconocer que los problemas ocupacionales deben ser reinterpretados desde marcos más holísticos orientados hacia el bienestar y la calidad de vida. Los supuestos acerca de la ocupación como un fenómeno social incluyendo las dimensiones económicas, políticas, sanitarias y culturales.

Conclusiones

La literatura analizada en los trabajos finales de graduación indica que T.O de acuerdo a los modelos propuestos por Kielhofner (2004) debería integrar en sus modelos conceptuales de práctica nuevos aportes de otras disciplinas en el campo de las ciencias sociales y humanas. Se infiere que la disciplina debe elaborar nuevos enfoques teóricos que superen la crisis teórico-práctica y epistemológica de los modelos actuales en el plano regional y latinoamericano. Los aportes permiten complejizar las propuestas pedagógicas con una mirada crítica sobre la contribución de los modelos conceptuales de práctica existentes y otros enfoques ajenos al campo disciplinar.

De los siete modelos conceptuales de práctica propuestos por Kielhofner (2004) existe el predominio del Modelo de la Ocupación Humana sobre los otros. Se reconoce la impronta del paradigma social de la ocupación como marco teórico y analítico para abordar los objetos de estudio en área comunitaria.

Para finalizar, las diferencias ocultas y manifiestas de las discusiones expuestas aquí van más allá de las teorías, métodos, supuestos epistemológicos, valores y creencias en Terapia Ocupacional. Las discrepancias entre los mismos arrojan un planteo trascendental que supera el aspecto teórico e instrumental de este estudio. Tales discrepancias se expresan en una manera de afrontar la vida e impulsan la idea de que la creación y la motivación son la respuesta ante la insatisfacción que provocan las diversas teorías y paradigmas subyacentes en el modo de pensar la investigación en el campo de la Terapia Ocupacional

Bibliografía

- De Alba, Al (1996) Teoría y Educación. Un entorno del carácter científico de la Educación. Madrid. Siglo XXI. Pg 33-45.
- Burke, JP (1985). Definición de Ocupación. Introducción y organización del conocimiento interdisciplinar. Buenos Aires Panamericana. Pg 110.113.
- Da Rocha Medeiros, H (2008). Un enfoque epistemológico y social.. Argentina. Ediciones UNL. Santa F. Pg 35-39.
- Khun, T (1972). La estructura de las revoluciones científicas. . Fondo de la Cultura. México. Pg 78-87.
- Miller, JR (1993).Perspectivas teóricas para la práctica de la Terapia Ocupacional. American Journal of Occupational Therapy. EEUU. 56-65
- Morrison, R J (2010): La retórica de la ciencia. Descripciones y reflexión crítica respecto a la conformación del conocimiento. Aportes para la Terapia Ocupacional.. Santiago de Chile. RETCHO. N° 11. Universidad de Chile. 24.29
- Morrison, R (2011). Metáforas. Conceptos y perspectivas para la reflexión crítica desde de Filosofía de la Ocupación Humana. Disponible en <http://www.espaciovenezuela.com/revista.html>.
- Morin, E. (1997). Introducción al pensamiento complejo. Barcelona, España . Gedisa
- Sautu, R y col (2010). Manual de metodología. Construcción de marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología.. Prometeo. Buenos Aires Argentina. 68-71
- West, W (1958) Psychiatre Occupational Therapy. NY American Journal of Occupational Therapy, 13-.16. Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional. 3a Edición. Panamericana. Buenos Aires. Argentina. . Pg 78.
- Wainerman, C &Sautu, R(2011). La trastienda de la investigación.. Buenos Aires. 34.37.

Aportes de Terapia Ocupacional para la reducción y prevención de riesgos de desastres.

Reflexiones de una investigación-acción participativa.

Autores: Ariño, Rosana Verónica; Boffelli, Mariana Margarita; Boggio, Carla Rosana; Chiapessoni, Daniela Verónica; Demiryi, María de los Milagros; Quinteros, Cristian Alberto
Correo electrónico: rosana.arino@gmail.com

Resumen

Introducción

Este trabajo presenta una experiencia desarrollada por el equipo INTOCA (Investigación e intervención de Terapia Ocupacional en catástrofes), de la Universidad Nacional del Litoral, Santa Fe, Argentina. La experiencia se inició en octubre de 2013 y aún está en desarrollo.

Objetivos

- Contribuir a mejorar la construcción de mapas de riesgo que incluyan la dimensión humana
- Elaborar bases de metodología participativa para la elaboración de mapas de riesgo ante las inundaciones.

Material y métodos

Se proyectó la investigación denominada: "*Análisis de mapas de riesgo disponibles en organismos oficiales de la ciudad de Santa Fe y de la percepción del riesgo por parte de los pobladores. Un aporte a la construcción de ciudades resilientes*". (Aprobada por Resol.C.S. N°321.UNL. Período: 2013-2015). Se seleccionó un diseño cualitativo de tipo investigación-acción participativa. Participantes: pobladores de zonas inundables de la ciudad y autoridades e integrantes de organismos oficiales locales, en particular la Dirección de Gestión de Riesgo de la Municipalidad de Santa Fe.

Resultados esperados

- Se espera lograr la producción de conocimientos que contribuyan a mejorar la construcción de mapas de riesgo que incluyan la dimensión humana.
- Se aspira a que los aportes producidos sean incorporados a los mapas de riesgo y sentar bases de una metodología participativa para la elaboración de mapas de riesgo ante las inundaciones en la ciudad de Santa Fe.

Conclusiones preliminares

- No se dispone de mapas de riesgo oficiales en Santa Fe
- La Dirección de Gestión de Riesgos ha propuesto al equipo iniciar una experiencia piloto para la construcción de mapas de riesgo.
- El mapa de riesgo funcionó como instrumento puente entre el saber popular, la toma de decisiones y el saber académico.
- Las personas que viven en zonas inundables perciben como riesgos actuales: inundación, seguridad y salud. Poseen propuestas para afrontarlos.

Introducción

Santa Fe es una ciudad con riesgo de inundaciones, por su geografía rodeada de ríos, por las políticas aplicadas y por su historia de desastres (inundaciones 2003-2007). Si bien es sólo uno de los riesgos existentes, amerita especial consideración por las poblaciones expuestas y por su recurrencia. El riesgo y la vulnerabilidad son una construcción social y un proceso acumulativo que combina múltiples factores del desarrollo y construcción de nuestro hábitat. Se construyen y distribuyen espacial y socialmente. La teoría social (1), los asocia a la modernidad y sus consecuencias como el aumento de estados débiles y frágiles, la creciente afectación a los derechos humanos y los precarios avances en la reducción de la pobreza, entre otros. El enfoque político-ecológico, la escuela de vulnerabilidad (2, 3) y la teoría social del riesgo (4), aportan a su comprensión. Resumiendo, se trata del resultado de un proceso precedente con una cuenta ambiental negativa, un modelo de desarrollo que desatendió la cuestión de la equidad y que no ha discutido con las organizaciones y grupos sociales, los procesos de ocupación (5). Constituyen serios problemas de salud pública que afectan recurrentemente a las poblaciones más vulnerables de la ciudad desnudando injusticias estructurales del sistema económico, social y político en que vivimos.

La Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (6), el mayor organismo representativo de la profesión, viene otorgando especial relevancia a la apertura hacia un área emergente de práctica: la intervención en situaciones de desastres, en cualquiera de sus fases.

Terapia ocupacional es una profesión comprometida con la promoción de la salud y el bienestar de las personas y poblaciones a través de la ocupación. La Federación Mundial, en este sentido, recomienda que los terapeutas ocupacionales nos involucremos en las acciones de preparación y respuesta a desastres. Como tal asumimos el compromiso de brindar servicio a las poblaciones más desfavorecidas para el ejercicio de la participación ocupacional como derecho, el acceso a la justicia ocupacional y la lucha contra las injusticias. El Marco de Justicia Ocupacional, el posicionamiento de la WFOT sobre Derechos Humanos (7), Preparación y Respuesta ante Desastres (6) y Desplazamientos Humanos (7), sustentan la propuesta.

Antecedentes y diagnóstico

Santa Fe se sigue inundando con recurrencia. Esto implica poblaciones, familias, barrios, sometidos a sufrimiento, dolor, daños y pérdidas evitables. La Conferencia Mundial sobre la Reducción de los Desastres, al aprobar el Marco de Acción de Hyogo para 2005-2015, puso de relieve la necesidad de: "Elaborar, actualizar periódicamente, definir y difundir mapas de riesgo...", (8) como así también la de apoyar el mejoramiento de los métodos y capacidades científico-tecnológicas de evaluación de riesgos mediante la investigación y la formación. El gobierno de la ciudad ha adherido al mencionado Marco.

La experiencia acumulada por el equipo responsable de este trabajo y los conocimientos construidos en prácticas de servicio e investigación permiten afirmar que si bien se ha avanzado con algunas medidas, éstas no alcanzan a erradicar el problema. Existen aspectos claves de fuerte gravitación en lo local. Entre ellos: a) una concepción y práctica del poder y la política (referido a los gobiernos), que no propicia la auténtica participación ciudadana y comunitaria para la toma de decisiones que competen a la vida cotidiana. La población es concebida como objeto. Constituye un campo de tensión y disputa permanente. b) la subestimación y/o parcialización en la concepción del riesgo. Existe más conciencia del riesgo hídrico que de la construcción cotidiana del riesgo. La percepción de riesgo es mayor en afectados directos que en el resto de la ciudadanía. (9).c) la posición social y la ocupación territorial determinan la noción de riesgo. Coexisten dos ciudades que no se perciben como parte de un conjunto más amplio. d) la presencia de una brecha entre el saber académico y el saber popular acumulado por la experiencia y formas desintegradoras de pensar las ciencias y la gestión urbana. Razones epistemológicas dificultan la comprensión más integral de estos problemas.

Ninguno de estos aspectos funciona por separado sino como componentes del sistema. Existe una dialéctica de relaciones complejas y contradictorias, por momentos más armónica y por momentos más tensionada.

Propuesta, objetivos y metodología

En base a los elementos expuestos se diseñó la investigación denominada: *"Análisis de mapas de riesgo disponibles en organismos oficiales de la ciudad de Santa Fe y de la percepción del riesgo por parte de los pobladores. Un aporte a la construcción de ciudades resilientes"*. (Resol.C.S. Nº321.UNL. Período: 2013-2015).

Esta propuesta ha tomado el mapa de riesgo como instrumento por la efectividad demostrada en diversas poblaciones a nivel internacional para prevenir desastres y reducir sus consecuencias. (10). Un mapa de riesgo es la representación de las amenazas y vulnerabilidades de una comunidad, que pueden representar riesgos para la salud de las personas (11).

La investigación tiene por objetivos: - Contribuir a mejorar la construcción de mapas de riesgo que incluyan la dimensión humana y - Elaborar bases de metodología participativa para la elaboración de mapas de riesgo ante las inundaciones.

El diseño cualitativo de tipo investigación-acción participativa fue seleccionado porque desde la perspectiva epistemológica pondera el conocimiento experiencial y requiere la participación activa de los actores involucrados. Quienes construyen conocimiento a través de la reflexión de las propias experiencias y concepciones. Los participantes: pobladores de las zonas inundables de la ciudad y autoridades e integrantes de organismos oficiales locales, en particular la Dirección de Gestión de Riesgo (en adelante DGRM), aportan diferentes perspectivas y percepciones de riesgo fundadas en la historia, experiencia personal y subjetiva. Son las fuentes de información y construcción de conocimientos que se realiza mediante entrevistas en profundidad, grupos focales y talleres. Junto al análisis del corpus de documentación.

Desarrollo de la experiencia

En la línea de acción del proyecto, se comenzó por indagar acerca del estado de conocimiento sobre el tema. En búsqueda de fuentes que aportaran información necesaria, se recolectó y analizó la documentación oficial existente. Los participantes se definieron según el criterio de pertenencia a los distritos de mayor vulnerabilidad. La búsqueda de datos socio-demográficos y epidemiológicos de los distritos, resultó un proceso dificultoso por la dispersión, parcialidad y ausencia de los mismos.

Se realizaron reuniones periódicas con el equipo de D.G.R.M. y un taller sobre "Mapas de Riesgo". Participaron quince agentes municipales de distintas áreas con actuación directa en la emergencia de la última inundación (2014).

A nivel comunitario, se organizaron reuniones con asociaciones vecinales y organizaciones sociales que están en desarrollo. Al momento de escribir esta presentación, la recolección y análisis de datos se encuentran en proceso.

Se realizó un curso sobre el tema para estudiantes de terapia ocupacional. Un grupo de participantes realizó como trabajo final el mapa de riesgo del barrio Centenario

Inicialmente se realizó la entrada al campo en las tres zonas más vulnerables que sufrieron la última inundación: Colastiné Sur, Vuelta del Paraguay y Bajada Distéfano. Se realizaron entrevistas en profundidad a informantes claves, referentes barriales, miembros de organizaciones territoriales y vecinos. En Bajada Distéfano se realizaron 6 entrevistas a vecinos, en Colastiné 1 entrevista al Presidente Vecinal y se está organizando una reunión con la Comisión en pleno y para luego convocar a los vecinos. En Vuelta del Paraguay se realizaron 3 entrevistas a vecinos y dos reuniones con integrantes del Proyecto Revuelta única organización territorial con actuación en el lugar). Estos últimos brindaron documentación de producción propia (Censo 2014 y Proyectos de la organización) y se está organizando una reunión

grupal con integrantes de la organización. En el Distrito Suroeste se dispone de un Mapa de riesgo realizado por un grupo de vecinos y alumnos que realizaron esta actividad como parte del Trabajo final obligatorio del Curso desarrollado en el marco de esta investigación. Se está organizando una reunión con los vecinos participantes para profundizar sus percepciones sobre riesgos. Funciona como instancia de validación. Recientemente se inició la recolección de datos en el Distrito Noroeste. Se realizaron 2 entrevistas.

Conclusiones preliminares

En relación a la existencia de mapas de riesgo a nivel oficial en la ciudad de Santa Fe:

- Se puede afirmar que no existe sistematización y disponibilidad de datos socio demográficos y epidemiológicos de los distritos de la ciudad de Santa Fe. Esto obliga a salir a censar cada vez que se presenta una situación de emergencia, lo que de por sí constituye una situación de riesgo por desconocimiento.

- El corpus de la documentación oficial existente consiste en el Plan de Contingencia y la organización en distritos acorde a nivel de vulnerabilidad. La identificación de riesgos se limita a los fenómenos de precipitaciones y crecida de ríos. No refleja la concepción integral de proceso y construcción que se sostiene discursivamente y que se ha recabado en las entrevistas y reuniones realizadas.

- Se ha producido la evidencia que la Municipalidad de Santa Fe no posee mapas de riesgo elaborados.

- Algunos agentes municipales poseen un conocimiento y visión más cercanos a la de los pobladores de las zonas inundables, que la que tienen las autoridades.

- La D.G.R.M. ha propuesto al equipo iniciar una experiencia piloto para la construcción de mapas de riesgo. Se ha iniciado la planificación conjunta de la propuesta. Este indicador es un logro de incidencia en la política pública.

- El mapa de riesgo ha funcionado como instrumento puente entre el saber popular, la toma de decisiones y el saber académico.

Respecto a la percepción de riesgo de los pobladores de los barrios:

- Las personas que viven en zonas inundables poseen una percepción de riesgos que actualmente identifican en: inundación, seguridad, salud y el de no permanencia en el lugar por permanentes amenazas de re-localización ligada a negocios inmobiliarios privados.

- Poseen propuestas para afrontar los riesgos basados en los aprendizajes adquiridos por la experiencia. El conocimiento del lugar y la organización propia les sirve para definir qué hacer.

- Predomina el descrédito de gran parte de pobladores hacia las instituciones en general y hacia los organismos oficiales en particular. Expresan una situación de vulnerabilidad institucional que amplifica el riesgo.

La propuesta avanzará durante 2015 para incrementar la participación popular en las decisiones de política pública sobre prevención de riesgo de desastres, con el respaldo de evidencias científicas.

Referencias bibliográficas

Giddens, A. 1994. "Consecuencias de la modernidad". 2a. edición en Alianza, Editorial S.A. (Madrid). **S.I.**15-59.

Blaikie, P., T. Cannon, I. David and B. Wisner. 1996. "Vulnerabilidad: el entorno social, económico y político de los desastres". Red de Estudios Sociales en Prevención de desastres en A. Latina. La Red. (Ciudad de Panamá). **I.**2-26. Disponible en:

http://www.desenredando.org/public/libros/1996/vesped/vesped-Intro_sep-09-2002.pdf

- CEPAL. Comisión Económica para la América Latina y el Caribe. 2005. "Elementos conceptuales para la prevención y reducción de daños originados por amenazas sionaturales. Cuatro experiencias en América Latina y el Caribe". Cuadernos de la CEPAL N° 91. (Santiago de Chile). 9-26. Disponible en: <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/1/23711/lcg2272e.pdf>.
- Beck, U. 2000. "Retorno a la teoría de la sociedad en riesgo". World Risk Society, Polity Press Cambridge. Bulletin de AGE, Nro. 30, (Inglaterra). 9 a 20.
- Poggiese, H. 2004. "Movimientos sociales, formulación de políticas socio-gubernamentales y redes mixtas". M.U. Universidad Nacional de Quilmes. 16. Disponible en: <http://www.mundourbano.unq.edu.ar/index.php/ano-2002/56-numero-16/88-3-movimientos-sociales-formulacion-de-politicas-socio-gubernamentales-y-redes-mixtas>.
- World Federation of Occupational Therapy. Disaster Preparedness and Response (DP&R). 2005. Disponible en: <http://www.wfot.org/Practice/DisasterPreparednessandResponseDPR.aspx>
- World Federation of Occupational Therapy. Human Rights CM 2006; Human Displacement revised CM2014. Disponible en: <http://www.wfot.org/ResourceCentre.aspx>
- Estrategia Internacional para la Reducción de Desastres. EIRD. 2005. "Marco de Acción de Hyogo para 2005-2015: aumento de la resiliencia de las naciones y las comunidades ante los desastres". Conferencia Mundial sobre Reducción de Desastres. Naciones Unidas. (Ginebra, Suiza). 7. Disponible en: www.unisdr.org
- Lungo, M. y Baires, S. 1996. "De terremotos, derrumbes e inundados". Red de Estudios Sociales en Prevención de desastres en A. Latina. La Red. (Ciudad de Panamá). 47-72. Disponible en: http://www.desenredando.org/public/libros/1996/dtdei/DTDEI_cap03-RSCPMdra_ene-7-2003.pdf
- Ribera Masgrau, L. 2004. "Los mapas de riesgo de inundaciones: representación de la vulnerabilidad y aportación de las innovaciones tecnológicas". En: Documento de análisis geográfico. Universidad de Girona (España). 43, 153-171. Disponible en: <http://www.raco.cat/index.php/DocumentsAnalisi/article/viewFile/31812/31647>
- Organización Panamericana de la Salud. 2006. "Guía para la elaboración de mapas de riesgos comunitarios". OPS. (Quito, Ecuador). Pp. 15-16

Experiencia en la implementación de la estrategia docente Aprendizaje Basado en Problemas, en la cátedra de Ortesis y Ortopedia de la UNdMdp

Autoras: Lic. De Falco, Rosanna; Lic. Lis, Delia; Lopez, Marcela; Lic. Porro, Sandra
Correo electrónico: rosdef@yahoo.com

Resumen

En este trabajo haremos referencia a los orígenes y principales características de la metodología Aprendizaje Basado en Problemas (en adelante ABP) finalizando con el análisis crítico de su implementación en el dictado de la asignatura Ortesis de la Carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. En nuestro país no hemos hallado en la enseñanza de nuestra profesión experiencias con respecto a la implementación de esta metodología.

El Proyecto se implemento a partir del año 2012 siendo éste el tercer periodo consecutivo en que la materia se organiza exclusivamente a través del ABP. Durante este tiempo se han mejorado las estrategias de organización de la asignatura.

El porcentaje de aprobación de la asignatura durante los tres años de experiencia se ha modificado notablemente, pasándose de 70% a un 85 % de aprobación.

Estos resultados alentaron a los docentes de la Cátedra de Ortopedia, la cual se cursa el cuatrimestre previo a Ortesis y es base de la misma, a implementar este método y generar una estrategia en continuidad entre ambas cátedras.

El ABP también ha permitido el intercambio con instituciones de la ciudad que proveen de los casos para trabajar, de modo que los alumnos abordan casos de pacientes reales a quienes donan posteriormente la producción de ortesis; realizada bajo rigurosidad científica, en el contexto del trabajo en equipo y del aprendizaje auto dirigido.

En el marco de este proceso de transformación, y en plena coincidencia con autores correspondientes a diferentes líneas de pensamiento, consideramos que la Universidad debe repensar su misión, y en ese contexto el quehacer y rol de la Docencia universitaria. La formación profesional ya no puede solo centrarse en el desarrollo de ciertas habilidades especializadas, sino debe dotar a los futuros graduados de la capacidad para resolver creativamente los problemas que se le presentarán en su futura práctica laboral.

En este trabajo haremos referencia a los orígenes y principales características de la metodología Aprendizaje Basado en Problemas (en adelante ABP) finalizando con el análisis crítico de su implementación en el dictado de la asignatura Ortesis de la Carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata (UNdMdp) de la cual somos docentes. El Proyecto se implemento a partir del primer cuatrimestre del ciclo lectivo 2012.

El ABP es concebido como: "Un método de aprendizaje basado en el principio de usar problemas como punto de partida para la adquisición e integración de los nuevos conocimientos" (BARROWS, 1986), una "Estrategia metodológica para facilitar el aprendizaje activo, crítico y reflexivo de los estudiantes" (REVISTA INTERUNIVERSITARIA DE FORMACION DEL PROFESORADO, Zaragoza, España, 2008).

Aunque la propuesta educativa se originó y se adoptó primero en las escuelas de medicina de diferentes universidades de prestigio, los logros alcanzados han motivado que la misma sea adoptada en una gran variedad de instituciones y especialidades en todo el mundo, incluida Terapia Ocupacional.

En nuestro país no hemos hallado en la enseñanza de nuestra profesión experiencias con respecto a la implementación de esta metodología.

La búsqueda de nuevos recursos docentes surge a partir del análisis de los datos obtenidos de los últimos 10 años de cursada. El promedio de desaprobados en los exámenes parciales era del 50% , y en la instancia recuperatoria, se observaba solo un 20% de aprobación, lo que indica que quedaban un 30 % de re- cursantes en cada ciclo lectivo.

Intentando hacer un diagnóstico de situación a los efectos de encontrar posibles soluciones a esta problemática arrastrada por tantos años, y basándonos fundamentalmente en la indisoluble interrelación de la tríada "alumno-conocimiento-docente", realizamos encuentros de reflexión con alumnos y el equipo de la cátedra.

Los mismos apuntaban a valorar tres aspectos que considerábamos podrían representar "la medula" del conflicto planteado.

- Ausencia/presencia de conocimientos previos de los alumnos, constatado a través del porcentaje de aprobación de las asignaturas básicas relacionadas con el área específica de Ortosis,
- Pertinencia y acceso al conocimiento, mensurable a través de la bibliografía aportada por la cátedra y el contenido de las clases tanto teóricas como prácticas, y
- Opinión de los alumnos sobre las estrategias docentes utilizadas por los responsables de la cátedra.

Del análisis de los datos recabados se desprendió la necesidad de implementar un cambio rotundo de la estrategia docente que se venía aplicando.

En el marco de este proceso de transformación, y en plena coincidencia con autores correspondientes a diferentes líneas de pensamiento consideramos que la Universidad debe repensar su misión, y en ese contexto el quehacer y rol de la Docencia universitaria. La formación profesional, ya no puede solo centrarse en el desarrollo de ciertas habilidades especializadas, sino debe dotar a los futuros graduados de la capacidad para resolver creativamente los problemas imprevistos que se le presentarán en su futura práctica laboral. Tal como se expresa al respecto Alberto Romero (2001):

"se requiere que el egresado sea no solo la suma de conocimientos acumulados en su cerebro, sino que adquiera una formación integral, que le permita influir creativamente en la transformación de su entorno"... "la Universidad no debe limitarse solo a la formación de profesionales, sino que como centro de producción de conocimientos, le corresponde la búsqueda de soluciones a los problemas del medio en que transcurre su accionar. Para ello es necesario salir de los muros universitarios e interactuar con el entorno, así como estar al día con las tendencias de la ciencia y la tecnología a nivel mundial".

Dentro del marco de finalización de la carrera de posgrado de Especialización en Docencia Universitaria se realizó una investigación con el objetivo principal de analizar críticamente la implementación de la metodología ABP en el dictado de la asignatura Ortosis de la Carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMdP) de la cual somos docentes.

La metodología que se utilizó para evaluar los resultados de la implementación de esta estrategia docente fue la siguiente:

- Aplicación de una encuesta inicial cerrada a toda la población de alumnos cursantes de la asignatura, y
- Aplicación de una encuesta final a la misma población con la cual se evaluarán los resultados obtenidos de la implementación de esta metodología.

El ABP: Transitando nuevos caminos. Desafiando estrategias conocidas.

Teniendo como eje central el hecho de que los alumnos sean conscientes de que deben "aprender a aprender", de que su papel en la clase debe pasar a ser activo, mientras que el

profesor abandona su puesto tradicional para pasar a desempeñar un papel orientador o facilitador, nos propusimos la implementación de la metodología ABP.

Objetivos del ABP

1.Desarrollar la habilidad para identificar problemas relevantes que garanticen una discusión posterior así como el estudio autónomo, dentro del contexto de la Terapia Ocupacional.

2.Desarrollar un conocimiento básico necesario para definir y comprender los problemas de salud del paciente, incluyendo los factores físicos, emocionales y sociales.

3.Reforzar el desarrollo del razonamiento clínico incluyendo destrezas que permitan sintetizar el problema, generar una hipótesis, plantear una crítica, analizar los datos disponibles y tomar decisiones.

4.Cultivar las destrezas necesarias para llegar a ser un estudiante autónomo, reconociendo las necesidades educativas propias y del grupo, realizando un uso efectivo de los recursos de aprendizaje.

5.Reconocer, desarrollar y mantener las características y las actitudes para un profesional del área de ciencias de la salud.

6.Desarrollar el proceso de razonamiento clínico incluyendo destrezas tales como: plantear hipótesis, valorar un problema, plantear una crítica, analizar datos o tomar decisiones.

7.Desarrollar las habilidades necesarias para organizar su propio aprendizaje, haciendo un uso efectivo de los recursos disponibles.

8.Desarrollar habilidades relacionadas con la presentación de casos clínicos, participación en ateneos, presentaciones científicas en ámbitos de formación profesional, etc.

Proceso de Intervención Pedagógica. Metodología que se desarrollará en las clases teórico/prácticas. Estructura de las clases.

La forma de trabajo seleccionada se conoce como "formal learning groups". El grupo se establece para llevar a cabo una tarea conjunta. En una primera instancia se realizara la presentación de los casos, los cuales serán resueltos en forma grupal. Cada grupo deberá desarrollar una alternativa de equipamiento para el caso dado, el cual deberá construir y presentar posteriormente en un ateneo frente al resto de los grupos.

Cada tema se desarrollara en dos clases teórico-práctica bajo la coordinación del JTP, y la confección del equipamiento se realizara durante los trabajos prácticos con la asistencia del docente auxiliar. Los ateneos de presentación y discusión de casos serán coordinados por el docente titular.

Conclusiones

La experiencia de ABP fue implementada por primera vez en la carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional en el año 2012 en la cátedra de Ortesis y por consiguiente consistió en la primera experiencia tanto para docentes como para alumnos. Este fue un período de transición, de cambio, en el que desde la perspectiva de los alumnos se mantuvo muy presente la necesidad de continuar apegados al método de enseñanza tradicional, tal como lo expresaron en los pedidos de más cantidad de clases teóricas, dirección, materiales para estudiar.

A pesar de estas opiniones, el método fue valorado muy satisfactoriamente y los estudiantes consideraron que han podido desarrollar y afianzar habilidades tanto genéricas como específicas del rol profesional.

Durante el primer año de aplicación del método se realizó una investigación dentro del marco de finalización de la carrera de posgrado de Especialización en Docencia Universitaria con el objetivo principal de analizar críticamente la metodología aplicada.

Para evaluar los resultados de la implementación de esta estrategia docente se realizo una encuesta inicial cerrada a toda la población de alumnos cursantes de la asignatura y una en-

cuesta final a la misma población; con la cual se evaluaron los resultados obtenidos de la implementación de esta metodología. Estas mismas evaluaciones se aplican en cada nuevo ciclo.

Esta experiencia se puso en marcha por primera vez en el año 2012 y se ha continuado hasta el presente, siendo éste el tercer año consecutivo en que la materia se organiza exclusivamente a través del ABP. Durante este tiempo se han mejorado estrategias de organización, y los alumnos aceptan más naturalmente la experiencia.

El porcentaje de aprobación de la asignatura durante los tres años de experiencia se ha modificado notablemente, pasando de tener de 70% a un 85 % de aprobación.

Estos resultados alentaron a los docentes de la Catedra de Ortopedia, la cual se cursa el cuatrimestre previo a Ortesis y es base de la misma, a implementar este método y generar una estrategia en continuidad entre ambas catedras.

El ABP también ha permitido el intercambio con instituciones de la ciudad que proveen de los casos para trabajar, de modo que los alumnos abordan casos de pacientes reales a quienes donan posteriormente la producción de ortesis; realizada bajo rigurosidad científica, en el contexto del trabajo en equipo y del aprendizaje auto dirigido.

Quedan marcados varios caminos para continuar investigando, profundizar desde el punto vista cualitativo y cuantitativo los diversos aspectos de la experiencia del ABP, especialmente la instancia de evaluación y las características del proceso de aprendizaje que realizan los estudiantes.

Muy especialmente queda abierto al camino para difundir esta estrategia pedagógica y contagiar a otros docentes de la carrera a incorporarla paulatinamente en sus planes de trabajo docente, de manera de contribuir a un currículo universitario abierto, flexible y que particularmente promueva en los estudiantes el desarrollo de competencias profesionales que les permitan, en un futuro no muy lejano, desenvolverse de acuerdo a las demandas de la profesión.

Bibliografía

Amato Dante; Novales-Castro Xavier de Jesús. Aceptación del aprendizaje basado en problemas y de la evaluación entre pares por los estudiantes de medicina. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, Tlalnepantla de Baz, Estado de México, México.

Baños, Josep Eladi (Universidad Pompeu Fabra, España); García Diéguez, Marcelo (Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca, Argentina). Aprendizaje basado en problemas. X CONGRESO Latin CLEN, VI Reunión de la Red Cochrane Iberoamericana

Barrows, H.S. (1986). A Taxonomy of problem-based learning methods, Medical Education, pp 481-486; 2006.

Beillerot, Jacky. LA formación de formadores. Ediciones Novedades Educativas.

Conferencia Nacional de Decanos y Directores de Escuelas Universitarias de Terapia Ocupacional. "Proyecto de convergencia Europea de título de grado de Terapia Ocupacional", 2004.

ENOTHE (European Network of Occupational Therapy in Higher Education) "Approaches to Teaching and Learning 'Practical' Occupational Therapy Skill", 2004.

Fasce E.; Calderón María; Braga Luis; De Orúe Manuel; MayersHiedi; Cid Soledad. Utilización del aprendizaje basado en problemas en la enseñanza de física en estudiantes de medicina. Revista Médica de Chile Nº 9, 2009.

Flores Robaina, Noelia E. Proyecto de Innovación Docente: adquisición de competencias en el grado de terapia ocupacional, a través del desarrollo de estrategias docentes entre el profesorado de la titulación. Convocatoria 2011.

- Gómez Magallón, Catalina. El método de Aprendizaje Basado en Problemas: una alternativa en la enseñanza médica actual. Ciencias de la Educación.
- Iglesias, Juan. El aprendizaje basado en problemas en la formación inicial de docentes. Universidad de Atakama, Chile. Perspectivas, vol. XXXII, n° 3, septiembre 2002.
- Litwin, Edith. Las configuraciones didácticas. Una nueva agenda para la enseñanza superior. Editorial Paidós.
- Morales Bueno, Patricia; Landa Fitzgerald, Victoria. Theoria, Ciencia, Arte y Humanidades. Aprendizaje basado en problemas. Pontificia Universidad Católica del Perú, Departamento de Ciencias, Sección Química, Lima, Perú Vol. 13: 145157, 2004.
- Pérez Miguel Ángel. La efectividad del ABP. Universidad de Murcia. Modelo pedagógico con la perspectiva de Terapia Ocupacional. Universidad de Pamplona.
- Pozo, J.I. y Pérez Echeverría, M. (compiladores). Psicología del aprendizaje universitario: la formación en competencias. Ediciones Morata, 2009.
- Revista Electrónica de Terapia Ocupacional. Diseño del Programa Educativo y Convergencia Europea.
- Roldán Borassi M. Introducción al aprendizaje basado en problemas. Material del curso: Capacitación docente en servicio: la intervención didáctica en el aula. Cursos ADUM de formación y capacitación docentes en el marco del convenio paritario entre Universidad Nacional de Mar del Plata y ADUM (CONADU-CTA).
- Tarazona, José Luis. Reflexiones acerca del ABP. Una alternativa en la educación médica. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, Vol 56, No 2. 2005, pag 47-154.
- Vicerrectorado académico, instituto tecnológico y estudios superiores de monterrey. El aprendizaje basado en problemas como técnica didáctica. Dirección de investigación y desarrollo educativo. 2004 [Disponible en <http://www.ub.es/mercanti/abp.pdf>]
- Vizcarro Carmen; Juárez Elvira. LA METODOLOGÍA DEL APRENDIZAJE BASADO EN PROBLEMAS. Universidad Autónoma de Madrid.
- World Federation of Occupational Therapist. "Revised Minimum Standards of O.T. programs". 2002.

Laboratorio de Tecnologías de Apoyo en la carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional, Universidad Nacional de Villa María

Autora: Bustos, Andrea Alejandra; Flores, Mariana.
Correo electrónico: andreaabustos@gmail.com.

Resumen

El gran desarrollo de diseño y producción de productos como recursos que permita a las personas con dificultades en el funcionamiento ocupacional desenvolverse en distintos entornos de desempeño, y la evolución del concepto que derivó en el diseño universal o diseño para todos, fue constituyendo un campo científico-tecnológico amplio y complejo bajo el nombre de Tecnología Asistiva o Asistida, o Ayudas Tecnológicas en el marco de la discapacidad.

El avance tecnológico hizo necesario reevaluar la terminología y los servicios sustituyendo el término Ayudas Técnicas por el de Productos de Apoyo (nueva clasificación internacional ISO 9999:2012), los que constituyen tecnologías de diversa complejidad.

La creación de un Laboratorio de Tecnología de Apoyo en la UNVM, responde a una necesidad académica y pretende contribuir al desarrollo de la disciplina en el campo de las ayudas tecnológicas.

Pretende generar un espacio propicio para adquirir habilidades sobre manipulación de materiales, diseño y fabricación de ayudas tecnológicas. Promover la transferencia teórico-práctica y generar conocimientos a través de la investigación en lo que refiere a ayudas tecnológicas y que compete al rol del Terapeuta Ocupacional. Posicionar el Laboratorio de Tecnología de Apoyo como referente para la comunidad brindando servicios relacionados a las ayudas tecnológicas.

Entre los métodos a destacar para el desarrollo de las actividades del Laboratorio se encuentran: análisis de actividad y resolución de situaciones problemáticas, diseño y fabricación de productos de apoyo, goniometría, técnicas de manejo de variados materiales, ergonomía, trabajos de investigación y tecnología 3D.

El Laboratorio constituye una oportunidad para el desarrollo académico y de investigación en la disciplina. Entre sus resultados se destacan la creación de un Equipo de Investigación, las Jornadas Provinciales anuales de Tecnologías de Apoyo, la creación de un Nomenclador en coordinación con CIAPAT (Centro Iberoamericano de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas).

Introducción

“La Terapia Ocupacional es el uso terapéutico de las actividades de autocuidado, trabajo y juego para incrementar la función independiente, mejorar el desarrollo y prevenir la discapacidad. Puede incluir la adaptación de las tareas y el entorno para lograr la máxima independencia y mejorar la calidad de vida.” (American Occupational Therapy Association –AOTA).

El gran desarrollo de diseño y producción de productos como recursos que permita a las personas con dificultades en el funcionamiento ocupacional desenvolverse en distintos entornos de desempeño, y la evolución del concepto que derivó en el diseño universal o diseño para todos, fue constituyendo un campo científico-tecnológico amplio y complejo bajo el nombre de Tecnología Asistiva o Asistida, o Ayudas Tecnológicas en el marco de la discapacidad.

Las Ayudas técnicas son una amplia gama de dispositivos, servicios, estrategias y prácticas concebidas con el fin de disminuir los problemas que enfrentan los individuos con discapaci-

dad. Según la complejidad pueden dividirse en baja, mediana y alta tecnología y su fabricación puede ser estándar o personalizada según necesidades específicas del usuario, naturaleza y finalidad del dispositivo lo que define distintas categorías.

El avance tecnológico hizo necesario reevaluar la terminología y los servicios ofrecidos en este campo, sustituyendo el término Ayudas Técnicas por el de Productos de Apoyo (nueva clasificación internacional ISO 9999:2007 y posteriormente 2012), los que constituyen cualquier producto (incluyendo dispositivos, equipos, instrumentos, tecnologías y software) fabricado especialmente o disponible en el mercado para prevenir, compensar, controlar, mitigar o neutralizar deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación.

En este marco, en el ámbito de la Universidad Nacional de Villa María y atendiendo a los adelantos en este campo de intervención se piensa el proyecto del Laboratorio de Tecnologías. La creación de un Laboratorio de estas características en la UNVM, responde por un lado a una necesidad en el orden de lo académico y en función de la Lic. en Terapia Ocupacional y por otra parte pretende iniciar un trayecto de desarrollo tecnológico dentro de la disciplina en el área de las ayudas tecnológicas.

La elaboración de estos productos requiere necesariamente un ambiente adecuado con mobiliario, herramientas, materiales y condiciones que estimulen la creatividad del alumnado y genere un ambiente que invite a explorar, manipular, probar y comprobar; investigar. La apertura del Laboratorio de Tecnologías de Apoyo favorece sin duda este proceso y permite además ampliar las experiencias prácticas brindando las condiciones necesarias para complejizar las mismas.

Objetivos generales

- Establecer un espacio propicio para el desarrollo de habilidades de razonamiento clínico y procedimentales en la temática de por parte de los alumnos de la Lic. en Terapia Ocupacional
- Generar un medio dentro de la universidad y con apertura hacia la comunidad que permita el desarrollo de proyectos de distinta índole que puedan nuclear alumnos, docentes y/o instituciones de la comunidad.

Objetivos específicos

A corto plazo:

- Brindar las condiciones físicas necesarias para que los alumnos:
- Exploren, manipulen y trabajen con materiales, herramientas y equipos de variada complejidad.
- Se entrenen en selección de materiales según propiedades y condiciones de éstos.
- Se entrene en técnicas de diseño, evaluación y elaboración de ayudas tecnológicas.
- Se entrene en medidas de seguridad y cuidados tanto en relación a los materiales y herramientas como a los procesos de elaboración/confección.
- Aplique en condiciones reales los contenidos teóricos con la práctica concreta en lo que refiere a ayudas tecnológicas y que compete al rol del terapeuta ocupacional.

Mediano plazo:

- Brindar un espacio para el desarrollo de actividades académicas tales como investigaciones, talleres, experiencias de prácticas compartidas, espacios de profundización, etc. que articule la Lic. en Terapia Ocupacional con otras disciplinas de la universidad.

Largo plazo:

- Posicionar el Laboratorio de Tecnología de Apoyo como referente de consultas, asesoramiento y proyectos interinstitucionales para la comunidad en particular instituciones educativas y de salud que requieran servicios relacionados a las ayudas técnicas.

Métodos

Los siguientes métodos permiten el desarrollo de las actividades del Laboratorio de Tecnologías de Apoyo:

Análisis de la Actividad y resolución de situaciones problemas: mediante ellos los alumnos pueden identificar distintas problemáticas que requieran de la utilización de productos de apoyo.

Diseño de equipamiento y ayudas técnicas: incluye ayudas para el cuidado personal, la movilidad, las tareas del hogar, mobiliario y adaptaciones para diversos ambientes de desempeño, comunicación, información, ocio y tiempo libre, entre otros.

Medición goniométrica, elaboración de moldes y guías de fabricación para ortesis estáticas y dinámicas.

Técnicas de manejo de materiales: textiles, termoplástico, PVC, yeso, espuma de poliuretano, etc.

Aplicación de principios ergonómicos en el diseño de utensilios, objetos y herramientas para la vida cotidiana.

Trabajos de investigación, trabajos finales de grado relacionados a la temática, actividades de extensión, etc.

A finales del 2014 se incorporó materiales para Tecnología 3D.

Resultados y conclusiones

El Laboratorio constituye una oportunidad para el desarrollo académico y de investigación en la disciplina. Para sustentar sus actividades se creó en el 2012 un Equipo de Investigación, conformado por docentes de diversas disciplinas y alumnos de la carrera de la Lic. de Terapia Ocupacional que al día de la fecha transita su segundo trabajo de investigación.

Desde el año 2013 se realizan anualmente las Jornadas Provinciales de Tecnologías de Apoyo, convoca a profesionales e instituciones que comparten prácticas que aportan productos y servicios para apoyar la autonomía personal y que contribuyen a mejorar la calidad de vida.

En coordinación con el CIAPAT (Centro Iberoamericano de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas) se desarrolla la creación de un Nomenclador de Productos de Apoyo (existentes en el mercado) acorde a las normas ISO 9999, pero que además aporta datos entre los que se destacan los de carácter ergonómico.

El impacto del Laboratorio de Tecnologías de Apoyo trasciende el ámbito de la universidad para posicionarse en la comunidad general como un espacio que a través de sus producciones y servicios contribuye a mejorar la calidad de vida de las personas que puedan verse beneficiadas por él, con la pretensión de que se transforme en un ámbito sostenido en el tiempo y en constante crecimiento tanto sea por la demanda a generar como por la actualización de los equipamientos.

Bibliografía

- AENOR. Asociación Española de Normalización y Certificación. 2007 "Productos de Apoyo para personas con discapacidad. Clasificación y Terminología". (ISO 9999-2007). AENOR. España. Págs. 7-90
- Jhon D. Hsu, Jhon W. Michael, Jhon R. Fisk. 2009. "AAOS. Atlas de Ortesis y Dispositivos de ayuda". 4º Edición. Editorial Elsevier. España. Pág. 3-7, 179-199
- López, Araceli María del Carmen. 2002. "Organización y Administración en Terapia Ocupacional". Universidad Nacional de Quilmes. Bs. As. Págs. 31-57

- Mercado Padín Rosa, Ramirez Ríos Alicia. 2010. "Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional. Dominio y Proceso. 2da. Edición". Colegio de Profesionales de Terapia Ocupacional de Puerto Rico. Puerto Rico. Págs. 44-52
- OMS. 2001. "Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud". IMSERSO. España. Págs. 20-45
- Periago Zambudio, Ramón. 2009 "*Prótesis, Ortesis y Ayudas Técnicas*". Ed. Elsevier Masson. España. Págs. 9-14

Experiencias de Aprendizaje Prácticas para la Formación de Terapeutas Ocupacionales en un currículo basado en competencias

Autoras: Soto Reyes, Paula Andrea; Hanne Altermatt, Christel
Correo electrónico: psoto@med.uchile.cl

Resumen

La instalación de un currículo basado en competencias, para la formación de terapeutas ocupacionales, presenta el desafío de gestión docente en la planificación de experiencias de aprendizaje prácticas, coherentes con las competencias comprometidas en el perfil de egreso, que considere la heterogeneidad de ámbitos del quehacer del terapeuta ocupacional.

Objetivo: Construir una propuesta para la gestión docente de las Experiencias de Aprendizaje Prácticas para la formación profesional, que apoye el logro del perfil de egreso declarado en el currículum innovado basado en competencias, de una escuela de Terapia Ocupacional.

Material y Métodos: Metodología mixta a través de estrategias como (1) revisión bibliográfica de documentos afines e informes, (2) construcción y aplicación de un cuestionario a 15 actores claves relacionados con el problema que se busca investigar y (3) realización de un grupo de discusión con otro grupo de 10 actores claves que aportan información desde otra perspectiva. Finalmente a través de la triangulación de estos datos e información, se generó una entidad razonable y comprensiva, como base para la construcción de la propuesta de experiencias de aprendizaje prácticas para la formación de Terapeutas Ocupacionales.

Resultados: Los resultados y su análisis permiten distinguir, al menos 3 experiencias de aprendizaje práctico consistentes con las competencias del perfil de egreso y al menos 3 características vinculadas con la complejidad de las experiencias necesarias,

Conclusiones: Se propone un modelo de gestión docente para la selección, diseño y planificación de las experiencias de aprendizaje práctico, en la formación profesional. Como aspectos de la planificación se describen el escenario, y el grado de presencia y guía del docente práctico, como elementos relevantes para el diseño de las experiencias prácticas.

Además los hallazgos del estudio son consistentes con los descritos en la literatura respecto al aprendizaje experiencial y la formación basada en competencias.

Introducción

El presente estudio ha sido motivado por la reciente implementación del nuevo currículo en la Escuela de Terapia Ocupacional de la Universidad de Chile y la consiguiente necesidad de contar con una gestión del currículum práctico, coherente con la formación universitaria basada en competencias de las escuelas de la salud.

Los desafíos de la educación superior en las últimas décadas, en la formación profesional basada en competencias a partir de la Declaración de Bologna, han hecho que el mundo académico reflexione en torno a su quehacer y a la necesidad de diseñar planes de formación más coherentes y pertinentes a la sociedad del conocimiento post positivista (1). Latinoamérica y especialmente Chile, sigue un recorrido similar, con experiencias de innovación en diversas áreas del conocimiento, especialmente en el área de las ciencias de la salud, donde tradicionalmente la resolución de problemas cotidianos de la personas, son un contexto privilegiado para la formación, sin embargo estos espacios no siempre están bien definidos y planificados en los programas formativos.

Este estudio pretende proporcionar información que dé cuenta de las experiencias de aprendizaje prácticas utilizadas por los docentes en la actualidad, en contextos clínicos y profesionales reales en que se desenvuelve el terapeuta ocupacional, se propondrán elementos para el diseño de experiencias de aprendizaje prácticas coherentes con el nuevo plan formativo. Por lo tanto se espera que los resultados del estudio, sean el punto de partida en la propuesta, diseño, organización y puesta a disposición de experiencias de aprendizaje prácticas fundamentales en la formación del terapeuta ocupacional, que busquen garantizar la habilitación en las competencias comprometidas.

El concepto de competencia, forjado en el mundo laboral y de la empleabilidad, se traslada al espacio universitario a fines del siglo pasado, en el contexto de grandes cambios en el quehacer universitario, cuando las instituciones de educación superior, se miran a sí mismas, para generar una relación más cercana con la sociedad, atendiendo a sus necesidades de formación para el trabajo, en esta sociedad del conocimiento, la sociedad de la información.(2)(3)(4)(5)(6).

Naturalmente, este cambio generó debates y controversias, que polarizaban posiciones respecto a, no sólo el concepto de competencias y su utilización en el espacio universitario, sino directamente sobre los fines de la educación superior y el rol de las universidades en la sociedad del conocimiento.(7)(4)(5)

Para la Terapia Ocupacional, por la naturaleza de nuestro objeto de estudio disciplinar y la de las personas que requieren de nuestras acciones, la prioridad es responder a la satisfacción de las necesidades sociales, como universidad pública que somos. Ello nos motiva a alejarnos del reduccionismo del concepto de competencia, que en muchos proyectos educativos es una forma de referirse al dominio de un "saber hacer", procedimental, técnico y prescrito.

Por el contrario, esperamos en nuestros estudiantes un "saber actuar" de manera pertinente en diversas situaciones y contextos, para enfrentar problemas propios de la profesión y la ciudadanía, con claros criterios de calidad y humanidad, para lo cual se seleccionan y movilizan recursos internos (conocimientos, experiencias, etc.), de contexto y de redes (de datos, de personas), estando en condiciones de dar razón de las decisiones y actuaciones, y haciéndose cargo de los efectos e impactos de las mismas"(8), lo que nos desafía no solo en la etapa de conceptualización del currículo sino el reto mayor aparece en el momento de construir los programas de curso y diseñar las metodologías, los espacios didácticos y los dispositivos evaluativos necesarios, finalmente así consolidar la articulación requerida, para lograr el dominio de un "saber actuar" en los ámbitos de realización del terapeuta ocupacional de hoy y la próxima década.

Considerando lo anterior, surge el problema de investigación, ya que la comprensión de las experiencias de aprendizaje prácticas en los contextos clínicos y profesionales reales en que se desenvuelve el terapeuta ocupacional, junto a evaluar su pertinencia con un currículo basado en competencias, durante las etapas de diseño e instalación inicial, permitirá tanto a académicos, docentes de práctica y estudiantes, reconocer la habilitación creciente, generar confianza en el proceso formativo y finalmente el ejercicio exitoso de su función profesional. Por otra parte, las experiencias de aprendizaje prácticas en contextos profesionales reales, aportan a la identidad del profesional (9), impactando positivamente en la capacidad de asumir el rol profesional en forma temprana en la formación.

El desarrollo de este estudio pretende responder a las preguntas ¿Cuáles son los elementos de las experiencias de aprendizaje prácticas, que apoyan la habilitación en las competencias comprometidas en el perfil de egreso del terapeuta ocupacional de la Universidad de Chile? ¿Cómo estos elementos se articulan para generar un conjunto de conocimientos, metodologías y procedimientos, en torno a la práctica formativa?

En consecuencia el objetivo general del estudio es: Construir una propuesta para la gestión docente de las Experiencias de Aprendizaje Prácticas para la formación del Terapeuta Ocupacional, que apoye el logro del perfil de egreso declarado en el currículum innovado basado en

competencias, de la escuela de Terapia Ocupacional de la Universidad de Chile. Para ello contemplan los objetivos específicos: (1) Analizar el dominio profesional del perfil de egreso de la escuela de Terapia Ocupacional de la Universidad de Chile de acuerdo a una matriz categorial, generada a partir de la revisión de la literatura, (2) Caracterizar las experiencias de aprendizaje utilizadas por los docentes de práctica, en el ámbito de acción del terapeuta ocupacional en el área infanto juvenil, en términos de la matriz de análisis, aplicada al dominio profesional del perfil de egreso y (3) Relacionar el dominio profesional del perfil de egreso con las experiencias de aprendizaje prácticas, en términos de los elementos analizados en ambos constructos.

Desarrollo del Estudio:

Esta investigación desplegó metodología mixta (10)(11)(12) a través de la aplicación de estrategias como (1) revisión bibliográfica de documentos afines e informes, (2) construcción y aplicación de un cuestionario a 15 actores claves (Docentes de práctica) relacionados con el problema que se busca investigar y (3) realización de un grupo de discusión con otro grupo de 10 actores claves (Estudiantes de últimos niveles de formación) que aportan información desde otra perspectiva. A todos los participantes se les aplicó consentimiento informado. Finalmente a través de la triangulación de estos datos e información, se generó una entidad razonable y comprensiva, como base para la construcción de la propuesta de experiencias de aprendizaje prácticas para la formación de Terapeutas Ocupacionales.

El análisis de resultados se realizó en dos etapas: La primera etapa consistió en revisión bibliográfica de literatura, con validez institucional y teórica, respecto al concepto de competencias y sus implicancias en las actividades curriculares de los planes formativos. Los elementos de la revisión se fueron vertiendo en una matriz categorial, para el levantamiento de las categorías del constructo conceptual "Experiencia de Aprendizaje Práctica" y "Competencia de egreso" y también las categorías del constructo conceptual "Dominio Profesional del Perfil de egreso del Terapeuta Ocupacional de la Universidad de Chile", a su vez, estos elementos serán los reactivos que formarán parte del Cuestionario, y orientarán la generación de preguntas que formarán parte del guión del grupo de discusión.

En esta etapa, surge la necesidad de construir el concepto de "Experiencia de Aprendizaje Práctica" (EdAP), entendiendo este constructo como "Escenario de aprendizaje, planificado y seleccionado, que cuenta con la guía del docente de práctica. Esta situación de aprendizaje debe ser mediada por la vivencia y la reflexión del estudiante, brindándole la oportunidad de desarrollar destrezas, desplegar actitudes y construir conocimiento, como elementos esenciales de un actuar competente en un contexto de desempeño profesional real".

En la segunda etapa, posterior a la aplicación del cuestionario, los datos fueron analizados considerando las frecuencias de respuesta a las distintas opciones, y la relación de concordancia con el dominio profesional del perfil de egreso. Posterior a la realización del grupo de discusión, la información resultante fue sometida a análisis de contenido.

Los datos obtenidos, dan cuenta que la muestra de docentes de práctica (en adelante DP) que responden el cuestionario son, en términos de género, todas (15/15) mujeres; en términos de edad, cerca de la mitad (7/15) está en el grupo etáreo de 30 a 39 años; en términos de experiencia en docencia práctica, casi la mitad (7/15) cuentan con 6 a 10 años y un tercio (5/15) tiene entre 11 y 20 años de experiencia; finalmente, otra de las características exploradas es el nivel formativo en que imparte la docencia práctica, los resultados muestran que casi la mitad (7/15) lo hace en al menos 2 niveles formativos. Estas características son consistentes con la idoneidad necesaria para brindar la información que se busca en este estudio.

La caracterización de las EdAP, se estableció a través de tres criterios que emergen desde el dominio profesional: frecuencia (más utilizadas por docentes y reconocidas por estudiantes), tipo de demanda (en cuanto a conocimientos, habilidades y/o actitudes) e intensidad de la demanda (en términos cuantitativos, alta, media, o baja)

Las EdAP más utilizadas, en que coinciden DP y estudiantes son (1) "Interacción con usuarios y cuidadores para evaluación e intervención", (2) "Establecimiento de vínculo terapéutico con usuarios y/o familiares" y (3) "Dar cuenta de su razonamiento profesional, al registrar y/o entregar información de su/s caso/s"

De acuerdo a los tipos de demandas reconocidas por DP y estudiantes, estos últimos hacen referencias al enfrentamiento de actuaciones terapéuticas que combinan demandas de conocimientos y de habilidades, como por ejemplo al planificar sesiones, o desenvolverse en diferentes contextos: clínicos, educativos, comunitarios. Los estudiantes en los grupos de discusión, valoran la interacción con sus docentes de práctica: por una parte es relevante para lograr la síntesis teórica, y por otra, el apoyo y empatía para orientar el aprendizaje y aclarar la dudas que les genera la experiencia. Además, para los estudiantes la experiencia de "Dar cuenta de su razonamiento profesional..." es muy significativa ya que valoran la posibilidad de reconocer y hacer la síntesis entre la práctica cotidiana y lo que han aprendido teóricamente.

Por otra parte, para los estudiantes, el "Establecimiento del vínculo terapéutico.....", es considerada una de las EdAP más significativas y esenciales, que refuerzan su compromiso y responsabilidad con el quehacer práctico:

La intensidad de las demandas por EdAP es calificada por los DP como mayoritariamente alta (73% al 57%). Los tipos de demanda: conocimientos (comprender y relacionar conceptos y modelos.....) y actitudes (valoración de la autonomía y el bienestar...), se destacan dentro de estas calificaciones de alta demanda (73 y 72% respectivamente). Para los estudiantes, las altas demandas se reconocen y asocian a factores como: (1) el despliegue de habilidades "blandas por parte del estudiante", (2) la disponibilidad del tutor a brindar orientación y apoyo, y (3) la experiencia previa en niveles más bajos del programa formativo.

Al relacionar el dominio profesional y las EdAP, emergen cuatro de ellas, que muestran opiniones concentradas de alta intensidad para los tipos de demandas, que a su vez son subcategorías de la matriz que se despliega a partir del concepto Dominio profesional (declarado en el perfil de egreso). Las mismas, se relacionan con lo señalado en los grupos de discusión, en términos de EdAP más referenciadas por los estudiantes.

Conclusiones

El análisis de los textos y documentos relevantes del proceso de innovación curricular, a través de una matriz categorial, permite descomponer en elementos operativos el plan de formación. Así mismo, brinda coherencia y pertinencia a las EdAP que son parte de él, considerando las categorías de la matriz en el momento de seleccionar nuevas EdAP que se requieran.

Las características de las EdAP que emergen al analizar los resultados del cuestionario y grupos de discusión, a partir de las categorías de la matriz categorial, (tipos e intensidad de las demandas), refuerzan la posibilidad de que sean considerados en la planificación de estas actividades, junto a los DP y mantienen el eje articulador del dominio profesional del perfil de egreso, en su diseño, planificación e instalación.

Considerando todos estos elementos relacionados, es posible construir una propuesta para la planificación minuciosa y secuenciada de las EdAP, que se comprenden como fundamentales en la instalación de las competencias declaradas en el proceso formativo de terapeutas ocupacionales.

La literatura es enfática en señalar (16)(17) que la formación basada en competencias debe desplegarse a través de realizaciones en contextos profesionales, sean estos simulados o reales, lo que coincide con el aporte de esta investigación. Las proyecciones de este estudio son esencialmente prácticas, ya que se espera la implementación de un Modelo para la gestión Docente de las EdAP, que considera los siguientes elementos:

Escenario de la experiencia: Donde se describan las actuaciones que se propician para el estudiante, el contexto y la complejidad específica de sus aportes.

Presencia del Docente Práctico: Considera específicamente el tiempo que requiere la presencia del docente práctico junto a los estudiantes

Guía del Docente Práctico: Considera el rol docente propiamente tal, de brindar apoyo y orientación, así como de retroalimentación efectiva.

Bibliografía

- (1) Parra Castrillón, E. Román M, C.E., (2005). Formación por competencias: una decisión para tomar dentro de posturas encontradas. Rev. Virt.U. Cat. del Norte. **16**, 3: 1-34
- (2) Macdonald, D., (2003). Curriculum change and the post-modern world. Journal Curriculum Studies. **35**, 2: 139-149. <http://www.tandf.co.uk/journals> DOI: 10.1080/00220270210157605
- (3) Hernández, F. 2004. Los fines de la educación. Educar para la sabiduría: propuesta de Alfred North Whitehead. Rev. Digital Universitaria, **5**, 1: 2-10 ISSN: 1067-6079 <http://www.revista.unam.mx/vol.5/num1/art5/portada.htm>
- (4) Perrenoud, P., Carreras J. 2005. La universidad entre la transmisión de contenidos y el desarrollo de las competencias, en "El debate sobre las competencias en la enseñanza universitaria", ICE (Barcelona) Universitat de Barcelona: 26-48.
- (5) Braslasky C., Acosta F. 2006. La Formación en Competencias para la gestión y la Política Educativa: Un desafío para la Educación Superior en América Latina. REICE. Rev. Elec. Iberoamericana sobre Calidad Eficacia y Cambio en Educación, **4**, 2e: 27-42. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55140203>
- (6) Romero, M. 2010. El aprendizaje experiencial y las nuevas demandas formativas. Revista de Antropología Experimental, **10**, 8: 89-102.
- (7) Enríquez Clavero, J.O., 2005. Educación Superior: tendencias y desafíos. Educación Médica, **8**, 4: 6-10.
- (8) Departamento de Educación en Ciencias de la Salud. DECSA. 2012. "Modelo Educativo de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile". (Santiago) **I**. 5-27
- (9) Zamorano Pabón, I. C. 2008. Identidad profesional en enfermería: un reto personal y profesional. Investigación y Educación en Enfermería, **XXVI**. 2: 168-171. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105215278017>
- (10) Amescua, M., Gálvez T. 2002. Los Modos de Análisis en Investigación Cualitativa en Salud: Perspectiva Crítica y Reflexiones en Voz Alta. Rev. Esp. Salud Pública, **76**, 5: 423-436. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17076505>
- (11) Merlino, A., Martínez, A. 2007. Integración de métodos cualitativos y cuantitativos: Construyendo e interpretando clusters a partir de la teoría fundamentada y el análisis del discurso. Forum: Qualitative Social Research. **8**, 1: 1- 16
- (12) Pereira, Z. 2011. Los diseños de método mixto en la investigación en educación: Una experiencia concreta. Revista Electrónica Educare. **XV**, 1: 15-29.
- (13) Cassis A. J. 2011. Donald Schön: Una Práctica Profesional Reflexiva En La Universidad. *Compás Empresarial*, **3** 5: 14-21. http://qacontent.edomex.gob.mx/idc/groups/public/documents/edomex_archivo/dregional_tol_pdf_docfor_09.pdf
- (14) Lifshitz A., 2006. Aprender de la experiencia: la teoría experiencial del aprendizaje. Seminario El Ejercicio Actual de la Medicina. Universidad Nacional de México. Ponencia. http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2006/mar03_ponencia.html
- (15) Jonnaert P., Barrette J., Masciotra D., Yaya M., 2008. La competencia como organizadora de los programas de formación: hacia un desempeño competente *Profesorado*. Revista de Currículum y Formación de Profesorado, **12** .3: 1-32. <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=56712875004>

- (16) Villa Sánchez, A. & Poblete Ruiz, M. 2004. Practicum y evaluación de competencias. Rev.Curr. y Form. de Prof. **8**, 2:1-19. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56780203>
- (17) Tejada, J. 2005. El trabajo por competencias en el prácticum: cómo organizarlo y cómo evaluarlo. Revista Electrónica de Investigación Educativa, **7.2**: 3-32. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15507211>

Mesa 2

Emprendimientos y ciudadanía

Emprendiendo Libertades: Facilitando encuentros de un usuario con su hacer

Autores: Andrade, Araceli Marisa; Manghi, Mirta Elena

Correo Electrónico: ara.andrade70@yahoo.com.ar

Lugar de realización: Emprendimiento Social de Salud Mental Artesanal BA .
Hospital José T. Borda

Este trabajo científico intenta describir algunas intervenciones, y acciones conjuntas realizadas desde un abordaje terapéutico a un paciente/usuario que padece Trastorno Mental Severo. La misma fue realizada y facilitada a través de una mirada holística, mediante trabajo en red entre Hospital de Día y el Emprendimiento Social de Salud Mental (ESSM) Artesanal BA. Siendo Terapia Ocupacional el eje en la coordinación de dicha estrategia.

Hospital de Día

Paciente que ingresa al servicio de Hospital de Día abúlico, se observa disfunciones en Actividades de la Vida cotidiana, marcada por la cultura y costumbres familiares. Su presencia transmitía silencio, quietud y observación.

Le cuesta integrarse a la dinámica del dispositivo, pareciera que lo hace por obligación y repite en los distintos espacios que está todo el tiempo en la tintorería de sus padres.

A partir de estas observaciones, citamos a su familia para un mejor abordaje.

Sostenemos la importancia de "considerar a la familia como partícipes del tratamiento, teniendo en cuenta las posibilidades del paciente y su entorno" (5).

Familia que viene de Japón en el año 51, tiene a sus hijos en Argentina, pero en su casa se habla prioritariamente japonés y se mantienen las costumbres. Desde el año 82 al 85 vuelven a Japón con la intención de quedarse, pero por problemas laborales retornan a nuestro país.

Su padre de 74 años es tintorero y plantea que no puede concurrir por trabajo a la Asamblea Multifamiliar, la madre se hace presente, responde monosilábicamente y comenta "mi hijo se porta bien" .

La madre que (incluye a su marido en el discurso) manifiesta, creemos que Daniel cuando se recupere puede seguir con la empresa familiar, diciendo es "su obligación", el paciente con respecto a esto verbaliza "a mí me cuesta mucho levantar la cortina del negocio todos los días, pesa muchísimo y no me dan las fuerzas", tarea que continua en la actualidad y la cual obtura su autonomía.

De acuerdo al rol sostenido desde lo familiar se nota la disfunción y su tendencia a la abulia y la apatía. Lo social está postergado, no tienen tratos con vecinos, ni familiares y el paciente solo se ve con un primo para ver fútbol.

Nos planteamos ¿Cómo rehabilitar en este caso? Recordamos los conceptos vertidos por Grimson (2) de "como dar sentido conjuntamente con el paciente, restablecer al ciudadano, dignificarlo, acompañarlo. La recuperación de los espacios no protegidos, más socialmente abiertos"

Se realiza evaluación ocupacional poniendo el acento en la dimensión formativa, laboral y conductual de Daniel (3).

El paciente tiene primaria y secundaria completa, curso Japonés. Como antecedentes laborales a los 21 años trabajó como operario de una fábrica de automotores en Japón y trabajos de Electrónica también, deja estas tareas cuando vuelven a nuestro país.

Pareciera que el desarrollo laboral solo pudo realizarlo en Japón.

Después de un tiempo en Hospital de Día, Daniel comienza a integrarse en el dispositivo, a vincularse con los compañeros, vemos la necesidad de incentivarlo a que participe en distintos juegos como ping, pong, ajedrez y que comience a cocinar (dos situaciones que el paciente acepta, pero sin motivación propia).

Al pasar los meses se reflexiona sobre las dificultades de comunicación (que es un tema de conflicto para todo el grupo) y él manifiesta que en la casa no se dialoga, solo se hacen cosas y que "El está sobreviviendo".

Desde el equipo se sugiere que D puede hacer tareas y tener ocupaciones diferentes en su ámbito cotidiano.

Se realiza una devolución de sus posibilidades y Daniel comienza a cambiar su comportamiento, ya las actividades no parecen cumplirse por obligación, sino que se transforman para él en una búsqueda, comenzamos a creer que puede salir de lo pre- establecido, de esos mandatos familiares tan estrictos e inamovibles (8).

Las obligaciones familiares pierden vigor, como equipo, empezamos a estimular el Hacer Productivo, a pensar junto al usuario, en actividades por fuera del Hospital para los fines de semana, (salidas con compañeros, ir a la cancha, visitar museos, cine etc.). Continuando con el abordaje interdisciplinario en una multifamiliar la familia acepta que el paciente siga cumpliendo su rol en la tintorería en los ratos libres(9).

Se observa una actitud de liderazgo dentro del grupo, la tarea siempre es lo que lo convoca y a partir de esto Daniel despliega un actuar distinto marcado por el interés y sostenido desde el hacer con otros.

Con el equipo se considera la posibilidad de derivarlo a un emprendimiento social para motivar lazos de tal forma que pueda reconstruir una iniciativa personal donde pueda explorar sobre otros roles.

Ingreso al Emprendimiento Social de Salud Mental Artesanal BA

En un segundo momento de este proceso se considera y se realiza la derivación del usuario al Emprendimiento Social *Artesanal Buenos Aires* en donde se enfoca dicho abordaje en el empoderamiento de sus derechos, construcción de Ciudadanía e Integración socio laboral, entre otros, utilizando como medio la producción de objetos, la capacitación en tarea y la comercialización de bienes y /o servicios resultado de su actividad (4).

Luego de la toma de datos y una breve evaluación el usuario participa en forma grupal de una capacitación en armado de productos realizados a partir del reciclado de desechos de algodón, grabado y serigrafía. A continuación interviene en la compra de materiales, herramientas, equipamiento y en tareas de organización administración del emprendimiento. Sumando a esto participa de actividades de intercambio con otras organizaciones, red de emprendedores, ferias artesanales, centros culturales, entre otros.

Como efecto de la participación en estos espacios señalaremos algunas intervenciones a través de la actividad que a nuestro parecer fueron pilares en este proceso:

Se le propicio un espacio de Capacitación en tarea. Lo que facilitó a posterior su rol de capacitador a compañeros que ingresaban al emprendimiento, en un plano de horizontalidad, solidaridad y construcción colectiva.

Luego Intervino del armado y administración del Stand de exposición y venta de productos en distintas ferias artesanales. Primero concurría a las mismas como observador, transcurrido el tiempo organizaba y capacitaba a compañeros en las distintas acciones desarrolladas durante las mismas. Recordamos aquí un concepto de la Empresa social la cual valora calidad del trabajo y sobre todo calidad en las relaciones, de los procesos y de los contextos de producción las cuales implica restituir la confianza y el respeto de sí, la integridad, libertad, la autonomía y la responsabilidad de las personas que lo conforman Rotelli y Mauri (6).

Ante la concreción del Programa Promover de Ministerio de Trabajo se lo convoca a ser tutor del mismo. Actividad que le presenta un desafío en su inicio, logrando desempeñarlo con compromiso y responsabilidad durante los dos años. Es aquí donde despliega todo su saber sobre aspectos organizativos, computación. Saber que se desconocía por parte del coordinador y compañeros del grupo. Comienza a manejar planillas de Excel, costos, listados de precios y a dialogar de una manera más fluida con sus compañeros.

Comenta acerca de los cambios en las tareas que realiza en el negocio de sus padres. De envasado de líquidos comienza a manejar presupuestos, compra a proveedores, sacar costos de los productos entre otros.

Por otro lado ante su presencia en el espacio de ferias se enfrenta a la oportunidad de realizar una capacitación en un curso de Sonido en un Centro de Formación Profesional. Se lo incentiva desde Terapia Ocupacional a realizar el mismo. Al principio se muestra reticente luego se inscribe. A raíz de esta inserción termina siendo integrante de un equipo que realiza los arreglos de sonido de la Feria, recitales y de las milongas de dicho centro. Actividad que lo nombra como integrante de un equipo de trabajo, ante las personas que organizan la feria, ante sus compañeros, en la comunidad. A medida que transcurre el tiempo realiza comentarios respecto a que le gustaría trabajar en forma independiente en realización de sonido en fiestas.

Durante este proceso vamos observando, acompañando, facilitando acciones que Daniel va emprendiendo, un camino por donde él quiere seguir construyendo y al cual nosotros desde nuestro rol de Terapia Ocupacional tratamos de acompañar y por momentos de facilitar.

Estas acciones a nuestro parecer fueron significativas del cambio conductual y ocupacional que le permitieron ir Integrándose libremente en espacios que estaban obturados por un mandato familiar, signado por la orden de ser cumplido.

Reflexionamos sobre los conceptos de Galheigo (1) quien sostiene al TO como uno de los trabajadores sociales y de la salud, el cual tiene como tarea favorecer la organización de lo colectivo posibilitando así la construcción de la ciudadanía plena. A su vez agrega que para la constitución de sujetos de derechos y de sujeto colectivo primero estará la constitución de sujeto, esto es, de aquel que desea y sueña, piensa y hace, se expresa y crea, confía y siente placer por sus capacidades de creación, expresión y producción.

Conclusiones

Creemos que nuestra intervención tuvo como uno de sus pilares promover la exploración de diferentes espacios en donde el usuario pudo encontrar y encontrarse con aquello que le interesa, que lo gratifica dentro de un *espacio saludable* y en *libertad*.

El trabajo en red fue realizado entre los equipos de los dos dispositivos. Cuando decimos trabajo en red lo que sostenemos no fueron, ni son redes en sí, sino redes para, como medio, como forma de dar mejor respuesta a las dificultades de las personas que atendemos. Necesitamos "enredarnos" para movilizarnos en el sentido de dar respuesta a la salud de las personas Rovere (7).

Lo más importante fue facilitar el cambio a través de la participación social demostrada en la acción o actividad para propiciarle una salida de ese sistema cerrado marcado por la patología, el encierro y los mandatos familiares. Romper con su pensamiento rígido de creer que nada podía cambiarse. Lo más significativo es que Daniel pudo elegir, intentar y actuar en relación a distintas propuestas que incentivaron su conducta, que aportaron un cambio social y laboral para su vida.

Bibliografía

- (1)Galheigo, Sandra M. (2003). O Social: Idas e Vindas de um Campo de Ação em Terapia Ocupacional. Libro: Terapia Ocupacional. Teoria e Prática. Elisabete M. Marchesini de Pádua; Lilian Vieira Magalhaes (orgs.). Cap. II. Ed. Papirus. Campinas. Brasil.
- (2)Grimson, Ricardo (2002). "La cura y la Locura". Ed. Búsqueda.
- (3)Kielhofner, G. (2004) . Terapia Ocupacional. Modelo de laOcupacion Humana-Teoría y Aplicación ·3 ra Ed. Panamericana.
- (4)Ley 448 de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- (5)Liberman, Robert (2005). "Iniciación al análisis y terapéutica de la conducta". Ed. Panamericana.
- (6)Rotelli, Franco; Mauri, Diana y otros (1995). Libro "La Empresa Social". Ediciones Nueva Visión.
- (7)Rovere, Mario (1999). Redes en Salud; Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad. Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte (reimpresión). Pag19-20. Rosario. Argentina.
- (8)Saraceno, Benedeto (1996):"Clinica de la Vulnerabilidad". Ed. San Pablo Brasil.
- (9)Stolkiner, Alicia (2002) "La interdisciplina, entre la epistemología y las prácticas" Ed. Panamericana.

Trabajo intersectorial en la gestión y acompañamiento de prácticas laborales con usuarios del dispositivo Hospital de Día

Autor: Bartoli, Luciano; Rodriguez, Anabella; Yujnovski, Natalia
Correo electrónico: anabellarodriguez85@hotmail.com

Introducción

El presente escrito plantea algunas aproximaciones a la cuestión del trabajo como derecho de los usuarios de servicios de salud mental, considerándolo un articulador social, indicador de procesos de inclusión y construcción de autonomía y ciudadanía. Nos referiremos a la intersección de salud mental y trabajo en un dispositivo de Hospital de Día de un Hospital de Salud Mental.

La exclusión del acceso al trabajo de las personas con sufrimiento mental es uno de los modos en que se expresa y construye su situación de vulnerabilidad. La problemática laboral es planteada por los usuarios de los servicios de Salud Mental en el marco de sus procesos de atención y demanda la construcción de alternativas de intervención. Pocos usuarios han tenido o tienen un empleo formal, algunos crean modalidades de trabajo por cuenta propia, pero experimentan diferentes dificultades para su sostenimiento y desarrollo. Por otra parte notamos que la oportunidad de sostener actividades laborales trae aparejada la ampliación de lazos y circuitos de intercambio social y con ello la potenciación de la autonomía.

De acuerdo con lo planteado, y en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental, consideramos que el trabajo constituye un ámbito insoslayable en la construcción de prácticas de salud, y nos referiremos en el presente escrito a algunas de las estrategias desarrolladas desde el Hospital de día del Hospital Escuela de Salud Mental.

Desarrollo

En la construcción de las prácticas vinculadas a la restitución del derecho al trabajo en los usuarios de salud mental desde el Hospital de Día del Hospital Escuela de Salud Mental (HESM) pueden identificarse tres líneas: a) La creación de espacios de trabajo en el marco de los efectores de salud: microemprendimientos y talleres laborales; b) la gestión y acompañamiento de experiencias en la comunidad: emprendimientos personales, pasantías laborales en empresas o comercios; c) la articulación con políticas del Ministerio de Trabajo para personas con discapacidad.

Los espacios creados en el Hospital, como emprendimientos o talleres laborales han posibilitado y posibilitan experiencias potenciadoras de salud para los usuarios. A su vez se visualiza que estos espacios no logran constituir una fuente de ingresos significativa, y por ello se identifica la necesidad de que se articulen a políticas más amplias de salud mental y trabajo. Estas experiencias se han sostenido en una escala "micro" y funcionan más al modo de un "ensayo" de trabajo con las posibilidades y limitaciones que esto supone.

Por otro lado, las experiencias de pasantías laborales en la comunidad posibilitan circuitos nuevos para los usuarios, alejados de los circuitos de la asistencia, y plantean la posibilidad de trabajar directamente en relación al imaginario social respecto del sufrimiento mental en los escenarios donde los usuarios realizan estas experiencias.

Por último, cabe señalar que la articulación con políticas del Ministerio de Trabajo para personas con discapacidad desocupadas viene siendo una opción posible para potenciar las dos modalidades anteriores.

En este trabajo desarrollaremos específicamente dos experiencias realizadas a partir de la articulación de las líneas de acción "B" y "C" antes mencionadas, desde el Hospital de Día. Nos referiremos a un proceso de intervención que implicó una articulación con el Programa de Entrenamiento Laboral del Ministerio de Trabajo de la Nación, a partir del cual dos usuarios del dispositivo realizan una contraprestación en una empresa gastronómica de la comunidad.

Estos dos usuarios venían siendo atendidos en el servicio Hospital de Día desde hace algunos años y ambos habían formado parte del Microemprendimiento con base en el Servicio. El tratamiento allí implicó para ambos un proceso de reconstrucción y ampliación de sus lazos sociales y su autonomía, y la dimensión del trabajo venía planteándose para ellos y sus equipos como un paso más a dar en ese proceso. M es alguien que atravesó numerosas y diversas experiencias formativas, sin lograr pasar del lugar de "estudiante" al de "trabajador". Participó de la creación del primer emprendimiento que se armó en el servicio, siendo esta experiencia una marca en su proceso. P, a diferencia de M, disponía de un título universitario y una experiencia laboral en una industria. La pérdida de este empleo queda ligada a la enfermedad y significa la pérdida del reconocimiento social de este título y este saber. Al mismo tiempo esta experiencia laboral funcionaba para ella como un "ideal de trabajo" que le impedía considerar otras alternativas laborales y la mantenía en condiciones de pobreza y desafiliación.

Construcción de la experiencia

El desarrollo de este proceso de intervención requirió la construcción de diferentes ejes: la gestión del proceso, la sensibilización de los actores participantes y el acompañamiento de los usuarios tanto en el lugar de trabajo como en espacios destinados a tal fin en el Hospital.

En relación a la gestión del proceso señalaremos la existencia de un trabajo territorial que incluyó tanto la búsqueda activa de posibles empresas para la inclusión de los usuarios como la relación interinstitucional con el Ministerio de Trabajo.

El trabajo de sensibilización se refiere a una intervención dirigida al imaginario social de la locura a partir de encuentros con los directivos de la empresa gastronómica y los trabajadores de la misma. Si bien a priori dudamos en abordar un trabajo de este tipo al considerar la posibilidad de que constituya un refuerzo del estigma, luego nos pareció pertinente dadas las inquietudes planteadas en la empresa ("¿cuáles son sus gatillos?", si se les podía hacer chistes y dudas en relación al uso coloquial del lenguaje, ej. referirse a ellos diciéndoles "che, loco").

El acompañamiento lo pensamos como un espacio para la elaboración de los efectos de esta experiencia en la vida de los usuarios, tiempo crucial para la producción de estrategias en relación a las vicisitudes de la vida cotidiana y la apropiación de herramientas para el afrontamiento de situaciones novedosas, desafiantes o conflictivas. Nos situamos como articuladores en estos procesos complejos, intentando construir acciones colectivas (que incluyen a los usuarios y su entorno, al equipo tratante, a los empresarios y compañeros de trabajo) y abordajes significativos, sostenidos en el tiempo para acompañar a los usuarios en el proceso de construcción de lazos sociales significativos que los representen.

Para dar cuenta de lo trabajado, a continuación señalaremos brevemente algunos hitos de estos procesos. En primer lugar cabe destacar que en ambos casos los equipos interdisciplinarios que se encontraban trabajando con estos usuarios ubicaron esta intervención en el área laboral a través de la contraprestación del PEL por fuera de la institución, en el marco de una estrategia clínica considerando la integralidad de los sujetos.

Comenzamos a trabajar con M, la posibilidad de realizar el PEL en una empresa de la comunidad. En las primeras entrevistas nos centramos en conocer su experiencia laboral, habili-

dades e intereses. M señala estar interesado en realizar tareas administrativas o de gestoría. Se acuerda que buscaría lugares donde realizar la contraprestación del Programa. Por nuestra parte encontramos una empresa gastronómica que manifiesta su interés en que M. realice allí su contraprestación, realizando tareas de cocina. Le hacemos la propuesta a M para que decida si quería comenzar o no esta experiencia, manifiesta estar interesado en lograr "training laboral". Cuando comienza a trabajar, en las entrevistas refiere una sensación de malestar y ansiedad al salir a la calle luego de finalizar su jornada, lo relaciona con "estar expuesto" y en las ocasiones en que esto le sucede la solución es tomar un remis a su casa. En las entrevistas con su psicólogo se trabaja la incorporación de una AT y M sugiere que ella lo espere fuera del establecimiento al finalizar la jornada. Registra la situación conflictiva y plantea una estrategia de afrontamiento que le resultó efectiva. A lo largo del proceso se observa que M logra cierta flexibilidad en relación a situaciones en que mostraba rigidez (horarios, comidas) y que dificultaban su circulación, logra relativizar ideas que dificultaban su relación con los demás y tuvo lugar la construcción de un "hacer-oficio", que a posteriori le permitió conseguir un nuevo trabajo en una carnicería. En palabras de M: "cambié mucho, mi forma de hablar, de andar... me siento realizado como persona y ser humano".

El proceso con P: inicialmente manifiesta interés en desarrollar tareas administrativas. Se le plantea la posibilidad de desarrollar alguna actividad vinculada a su título de Ingeniería Química pero teme que sus crisis en Salud Mental hayan afectado sus conocimientos. Al comenzar la búsqueda de empresas, damos con una interesada en el estudio de la trazabilidad de sus productos gastronómicos y la elaboración de un manual de procedimientos para la cocina. Acepta la propuesta y luego de algunas entrevistas con el equipo y con los empresarios, se manifiesta entusiasmada, refiriéndose a esta propuesta como: "es una apertura, aire puro", "me abre un gran panorama a mí porque es lo mío". Primer movimiento del temor al entusiasmo y la posibilidad de recuperar un saber socialmente valorado que ella creía olvidado. El proceso iniciado llevó a que P logre reapropiarse de una ocupación y nombre que se relaciona con su historia, el de ingeniera química, sostenido y reconstruido por su hacer actual, al punto de haber recibido y aceptado una propuesta laboral de una empresa de fumigaciones que se hizo cargo del pago de la matrícula. De este modo no solo ella se reconoce como portadora de un saber socialmente productivo, sino que es además reconocida y nombrada de este modo por los demás y por el Colegio que regula su profesión. En los últimos encuentros dice: "lo mejor que veo es que he madurado yo antes era jefa en una empresa, pero era una pelotuda... ahora me siento renacida", además sitúa que en el marco del PEL seguiría trabajando pero que de necesitarse su firma "me la tienen que pagar".

Conclusiones

La posibilidad de reinventar prácticas en el ámbito de la salud mental pública se plantea como condición para llevar adelante lo que los actuales marcos regulatorios proponen. La reinvención de esas prácticas supone entonces la posibilidad de hacer lugar a nuevos escenarios y actores implicando un corrimiento respecto de las modalidades tradicionales de atención. Los resultados de ese movimiento renuevan a los equipos y fundamentalmente abren posibilidades en las vidas de los usuarios.

De esta manera lo laboral se nos presenta como un vehículo para favorecer la participación social comunitaria territorial de los usuarios, reconociéndolos como sujetos con necesidades económicas y sociales concretas. La práctica laboral y la participación social, generan intercambios de todo tipo con diferentes personas, en distintos roles, en diferentes ámbitos.

Bibliografía

NICÁCIO, F.N; MANGIA, E.F; GHIRARDI, M. I.G. 2005. Projetos de incluso no trabalho e emancipação de pessoas em situação de desvantagem: uma discussão de perspectivas. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v.16, n. 2, p. 62-66, maio./ago.

- CORREA OLIVER, F; DIAS BARROS D. 2007 Bs. As. "Autonomía, derechos y participación social: directrices para la atención y rehabilitación Psicosocial de base comunitaria/territorial. En: Paganizzi, Liliana y otros. Terapia Ocupacional Psicosocial. Escenarios Clínicos y Comunitarios. Parte II, cap. 8. Editorial Polemos.
- PAGANIZZI, L. 2007 Bs. As. "Avatares de la participación social. En cuanto a la disminución de la minusvalía económica". En: Paganizzi, Liliana y otros. Terapia Ocupacional Psicosocial. Escenarios Clínicos y Comunitarios. Editorial Polemos. Parte III, pág. 155-174.
- GALHEIGO, S M. 2007 España. "Terapia Ocupacional en el ámbito social. Aclarando conceptos e ideas". En Terapia Ocupacional sin fronteras. Kronenberg. simóAlgado. Pollard. Secc. 2. Cap. 7. Pág. 85. Editorial Panamericana.

La ludoteca escolar: Una experiencia de trabajo colectivo. Promoviendo conciencia colectiva

Autores: Bottinelli, María Marcela; Albino, Andrea Fabiana
Correo electrónico: mmbottinelli@yahoo.com.ar

Resumen

El programa de extensión universitaria que presentamos se propone articular los conocimientos teórico-técnicos de profesionales y estudiantes de terapia ocupacional con los de escuelas de educación media, en un espacio que estimula el trabajo colectivo, generando interacciones entre los diferentes actores, ponderando así y contribuyendo al compromiso de la universidad respecto de la retroalimentación social.

El propósito del programa es que los jóvenes se involucren en un proceso de trabajo colectivo en el contexto de las necesidades de su entorno como espacio social y cultural. En este sentido, la interacción que se genera entre los diferentes actores, la experiencia del trabajo colectivo, la dinámica de compromiso y grado de participación que ello implica, favorece la construcción de conciencia ciudadana en los jóvenes a partir de la participación activa en la toma de decisiones conjuntas, así como de una reflexión personal y colectiva sobre los lugares, actividades y relaciones sociales emergentes durante el proceso.

La participación de los estudiantes de la escuela media es voluntaria. La universidad cumple una función de andamiaje, promoviendo que los jóvenes experimenten diferentes responsabilidades y tareas, así como la potencia que tiene el trabajo colectivo. Se organizan y dividen las tareas y responsabilidades en grupos de trabajo, que permite a los jóvenes explorar e identificar capacidades, intereses y competencias para desempeñar diversos roles ocupacionales de su elección, constituyéndose en sujetos activos y reflexivos de la propia realidad y de la de su comunidad.

La participación de los jóvenes en la ludoteca les permitió interactuar con pares y miembros de la comunidad educativa, en un espacio andamiado donde prevalece la horizontalidad, el reconocimiento y la socialización de los saberes individuales y colectivos en pos de un objetivo común. De esta manera se promueve conciencia ciudadana entendiendo la ciudadanía como una co-construcción desde y con otros.

Introducción

"La Universidad cumple una función de retroalimentación social de la educación superior y la investigación científica, debe involucrarse en los procesos de construcción colectiva de la comunidad, desde una perspectiva de derechos, por su compromiso de reciprocidad y colaboración conjunta"^{1 2 3}. En este sentido, a través de sus programas de extensión se propicia el acercamiento de los estudiantes a las realidades que conocen conceptualmente. Se articulan, difunden, comparten y transfieren los conocimientos teóricos y técnicos adquiridos en las aulas, transformándolos en acciones concretas de acuerdo al análisis de la realidad social de la comunidad en la que se inserta, colaborando de esta manera con los problemas específicos. La retroalimentación que se produce genera un proceso de aprendizaje de todos los actores involucrados.

El programa que presentamos se desarrolla en el marco de las actividades de extensión propuestas por la cátedra de Metodología de la Investigación y Estadística de la carrera de Terapia Ocupacional de la Facultad de Psicología de Universidad de Buenos Aires. Los conocimientos y habilidades específicas en relación a la investigación, como las herramientas teóri-

cas y técnicas que adquieren los estudiantes, les permiten hacer observaciones y lecturas de la realidad de las comunidades donde se insertan, favoreciendo el pensamiento reflexivo, crítico y la toma de posición epistemológica en relación al quehacer profesional. Esta posibilidad de participar de espacios comunitarios permite a los estudiantes tener una mirada disciplinar, crítica y reflexiva de las necesidades y problemas que surgen de la propia comunidad, y en este sentido, comprender y vivenciar los efectos que tiene nuestro accionar profesional en la realidad social en la que nos involucramos, implica una posición ética y política de nuestro quehacer profesional¹.

La actividad se articula con Escuelas de Educación Media del Conurbano Bonaerense ya que consideramos que en la escuela media, los jóvenes ensayan la vida en sociedad, anticipan roles que deberán adquirir en el mundo adulto, ejercitan la toma de decisiones y la responsabilidad que ello implica. Es un período de incertidumbre, el contexto social, las dificultades para entrar al mercado laboral sumado a las dificultades en establecer lazos en el tránsito de la endogamia familiar a la exogamia social incierta, así como las diferentes realidades socio-económica y laboral familiares, enmarcan sentimientos de inseguridad e indecisión al momento de hacer elecciones de vida, vocacionales y ocupacionales y adquirir responsabilidades⁴.

El programa se implementa en la Escuela de Educación Secundaria Nro. 16, "Reconquista" del distrito de Tigre de la provincia de Buenos Aires. La escuela se encuentra en la localidad de Dique Luján, en el mismo edificio funciona la escuela primaria que cuenta con comedor escolar. La escuela secundaria funciona en dos turnos mañana y tarde. La población se caracteriza por ser de nivel socio-económico medio-bajo y bajo, con dificultades de conducta y un alto grado de repitencia recurrente. Muchos jóvenes trabajan luego del horario escolar o los fines de semana con empleos remunerados, otros son responsables de los quehaceres del hogar y del cuidado de hermanos o familiares menores que ellos. Viven en la misma comunidad o en localidades cercanas. La realidad familiar no les permite visualizar variedad de opciones posibles al terminar la escolaridad, más que trabajar y colaborar con la economía familiar.

En relación a las dinámicas de interacción de los jóvenes con sus pares y la participación de las propuestas escolares como de las actividades específicas, se observa poca participación, hay un alto grado de ausentismo, muy pocos vínculos establecidos entre pares, produciéndose formas de interacción agresivas, que generan situaciones conflictivas, hay una pasividad general ante el hacer, el compromiso y la responsabilidad tanto en relación a la escuela como a la comunidad, generándose una naturalización de estos modos de relacionarse con los otros.

La localidad donde está insertada la escuela tiene pocos habitantes y se encuentra alejada de las localidades cercanas, con poca frecuencia de los transportes públicos. Esto hace que haya poca oferta de actividades extraescolares recreativas y culturales para niños y adolescentes que les permita participar de experiencias grupales fuera de la escuela.

En este sentido, la falta de propuestas de actividades en la comunidad y de redes sociales que faciliten la interacción entre los actores, favorece en los jóvenes el desinterés por la realidad social, poca participación social y desinterés en el hacer con otros⁵.

Entendemos que es un deber de los educadores en la actualidad, y un compromiso con la sociedad, formar jóvenes ciudadanos interesados en la realidad de su comunidad, comprometidos con ella, con una posición activa, crítica y reflexiva, que conozcan sus derechos y participen en prácticas colectivas con el compromiso que ello conlleva⁶.

La construcción de la ludoteca propicia un espacio que permite a los jóvenes explorar, producir y potenciar actividades articuladas con diferentes espacios y actores de la comunidad. Se realizan actividades que posibilitan la identificación de intereses y capacidades sociales, permite identificar situaciones problemáticas y conflictivas, buscar todas las posibilidades de resolución y elegir la más adecuada. Se genera un espacio de participación colectiva autogestora que contribuye a la producción de saber y de conocimiento de sus vidas y ser artífices de

los cambios que en ella se producen⁷. Este tipo de prácticas colectivas que posibilitan relaciones sociales donde prevalecen la horizontalidad y socialización del saber⁸ permite a los jóvenes explorar y desarrollar intereses, capacidades y competencias para el desempeño de roles ocupacionales pudiendo elegir dentro de todas las posibilidades que se presentan. Además, permite a docentes y estudiantes de la carrera de terapia ocupacional que van andamiando este proceso, colaborar en el desarrollo y crecimiento de ciudadanos participativos⁹. Entender que somos co-constructores del saber propio y de los otros, permite experimentar en una dimensión menor la dinámica de participación social, donde cada uno está comprometido y es responsable con los otros y participa de procesos con objetivos comunes, construyendo y desarrollando conciencia ciudadana¹⁰.

Metodología

El programa tuvo una fase preliminar en el último trimestre del ciclo lectivo 2012, en la que se desarrollaron encuestas y entrevistas a docentes, personal no docente y estudiantes de los dos últimos años para establecer un diagnóstico de situación en relación a la participación de los jóvenes en las actividades curriculares y extracurriculares, el desempeño general dentro de la institución, actividades extra escolares culturales y recreativas, intereses y perspectivas para el futuro próximo, se indagó sobre la realidad socioeconómica y laboral de las familias.

Durante el primer año el programa comenzó a convocando a los estudiantes del último año próximos a egresar y a tener que tomar decisiones vocacionales y ocupacionales nuevas, abriéndose luego la convocatoria a los estudiantes de quinto año para propiciar la continuidad del programa al año siguiente. La modalidad de participación fue voluntaria. La actividad central de la ludoteca consiste en la construcción de juegos para su uso en momentos de recreación u horas libres dentro de la escuela, generar jornadas recreativas con los estudiantes de otros años, con la escuela primaria con la que comparten el edificio, con el jardín de infantes de la comunidad y otras organizaciones (sociedad de fomento, centro de jubilados). Se establecieron pequeños grupos de trabajo con actividades de diferentes características. Las tareas a realizar en cada grupo son administrativas, de gestión, publicidad, coordinación de grupos, actividades manuales y de oficio. Es obligación de todos los participantes rotar por todos los equipos de trabajo para que puedan vivenciar distintas experiencias, asumir responsabilidades diferentes acordes a la tarea y el compromiso con sus pares y/o los actores involucrados. Al mismo tiempo, participan de situaciones que los invitan a explorar competencias y habilidades, y a poner en juego el bagaje de conocimientos previos en articulación con otros.

Esta modalidad de trabajo propicia que los jóvenes deban tomar decisiones. Entre ellas, la identidad del grupo, las actividades a realizar, como dividir las tareas y la forma de participación en cada una. Del mismo modo, son los participantes de la ludoteca quienes toman decisiones en relación a la forma de articular con la escuela y otros actores, instituciones y organizaciones de la comunidad, y establecer a través de acciones de autogestión la organización de actividades conjuntas.

En el segundo año del programa, se abrió la propuesta a todos los estudiantes de la escuela en función de la experiencia y de las sugerencias de los estudiantes que habían participado el primer año. Se realizaron modificaciones en las actividades de acuerdo a las problemáticas y necesidades que se observaron y que fueron planteadas por los directivos, docentes y preceptores, en relación a la realidad de los grupos y la dinámica escolar. Esta vez, se realizaron actividades lúdicas recreativas para favorecer el diálogo, la escucha, el respeto mutuo y el compromiso con el ambiente escolar, la palabra, el hacer y los actores involucrados pares y adultos responsables del programa.

Los docentes y estudiantes de la carrera de licenciatura en terapia ocupacional, actúan como facilitadores, andamiando y potenciando la participación de los estudiantes de la escuela media dentro del proceso de producción colectiva, propiciando la participación activa, el com-

promiso con sus compañeros y la tarea, brindando las herramientas que necesitan para vivir su propia experiencia.

Conclusiones

La ludoteca permite la confluencia de diferentes actores (estudiantes, docentes y auxiliares de la escuela de educación media y docentes y estudiantes de la carrera de terapia ocupacional de la UBA) modos de ser y praxis que se articulan, dialogan y entretejen nuevos modos colectivos de resolución y de respuestas a necesidades locales. Se genera una relación dialéctica entre la realidad individual y particular de quienes participan y su compromiso con la construcción colectiva. En este espacio todos acceden a la información, se decide de manera conjunta, se experimentan experiencias de co-gestión, partiendo del reconocimiento y análisis de la realidad territorial, identificación de necesidades y fortalezas locales que generan estrategias de resolución de problemas y de participación ciudadana¹⁰.

La experiencia y el ejercicio de la ciudadanía en espacios de participación y construcción colectiva, ayudan a comprender y vivir que la identidad individual es el resultado de la interacción dialéctica que da en el intercambio con otros en la comunidad de la que se es parte, entendiendo a la ciudadanía como una práctica activa¹¹.

Bibliografía

1. Bottinelli, M. M.; Albino, A. F. (2014) **Terapia Ocupacional y Educación Media: la construcción de una ludoteca itinerante como promoción de lazos comunitarios y culturales desde la participación social de los jóvenes**. En III Jornadas de extensión del Mercosur. Compiladores: Daniel Eduardo Herrero y Bernardete Dalmolin. E-book. 1ª Ed. Tandil, Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires. ISBN 978-950-658-351-4.
2. Samaja, Juan (1993). **Epistemología y Metodología. Elementos para una teoría de la investigación científica**. Edición Ampliada. Partes I, III y IV. 3ª Ed. 10ª reimpresión. Buenos Aires. Eudeba, 2010.
3. Bottinelli, M. M. (2007) **La producción de conocimientos y las publicaciones científicas en la práctica profesional. Reflexiones metodológicas sobre la producción de artículos científicos**. En: Cuadernos de trabajo del Centro de investigaciones en teorías y prácticas científicas, Nro. 6. Diciembre de 2007 (cr.) 62-91. Universidad Nacional de Lanús Depto. Humanidades y Artes. Ediciones EDUNLA. Buenos Aires.
4. Guajardo, A. Reflexiones en torno a los 50 años de la TO en Chile. Una aproximación crítica.
5. Aisenson, D.; Virgili, N.; Siniuk, D.; Polastri, Graciela E.; Rivero, M.; Rivarola Britez, M.; Schwarcz, J.; Palma Arce, C. (2010) **Acerca de las valoraciones de jóvenes que participaron en el programa de orientación. Transición: terminando la escuela secundaria y anticipando mi futuro**. II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XII Jornadas de Investigación. Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. 22, 23 y 24 de noviembre de 2010.
6. Sirvent, M. T. (2001). **El valor de educar en la sociedad actual y el "Talón de Aquiles" del pensamiento único** Publicado en la revista de la facultad de Filosofía y Letras. UBA.
7. Dabas, E. (1993) **Red de redes. La práctica de la intervención en redes sociales**. Introducción. (pp. 15 – 30). 1º Edición. Ed. Paidós. Buenos Aires.
8. Freire, P. (2009) **Pedagogía da esperança. Um reencontro com a Pedagogia do oprimido**. Traducido al español por Mastrangelo Stella. 2ª ed. 1ª reimp. Siglo Veintiuno Editores. Buenos Aires.

9. Zaldúa, Graciela; Bottinelli, María Marcela. (Compiladoras)(2010) **"Práxis psicosocial comunitaria en salud. Campos epistémicos y prácticas participativas"** Cap. VI 3. Zaldúa, G., Sopransi, M., Nabergoi, M., Longo, R., Maldonado, S., Veloso, V. "Ciudadanía, accesibilidad a la salud y afecciones subjetivas" 1ª Ed. Eudeba. Buenos Aires.
10. Duart, D. (2006) **Ciudadanía, aprendizaje y desarrollo de capacidades.** En Persona y Sociedad. Universidad Alberto Hurtado. Vol. XX. Nº 3. P. 113 – 131.
11. Campos, G. (2009) **Método Paideia: Análisis y co-gestión de colectivos.** Lugar Editorial, Buenos Aires.

Efectos de Visibilización, Discriminación y Racismo en el Desempeño de Terapia Ocupacional en el Sistema Público

Autor: García Ariceta, Verónica; Popritkin, María Cecilia
Correo Electrónico: vegaric@hotmail.com

RESUMEN

En el marco de la residencia de Terapia Ocupacional (TO), participamos del Proyecto METUIA (San Pablo, Brasil), donde se desarrollan actividades con la perspectiva de TO Social vinculadas a una organización No Gubernamental -Casa Das Áfricas.

A partir de actividades de campo ligadas a población migrante, comenzamos a percibir situaciones vinculadas a la discriminación y al racismo. El presente trabajo trata sobre algunos de los efectos en nuestra práctica cotidiana en hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires luego de atravesar estas experiencias.

Nos disponemos a avanzar en la garantía del derecho de la atención a la salud y la interculturalidad. Iniciamos el camino partiendo del registro de la presencia de las otredades culturales, de aquellas personas y grupos minoritarios, con sus conocimientos y costumbres que han sido invisibilizados a lo largo del tiempo por los diversos poderes hegemónicos.

Nos proponemos reflexionar acerca de posibles efectos en la atención; cómo la visibilización de la diversidad cultural, las construcciones acerca de la salud y los modos de atenderla tiene implicancias en aspectos significativos de las construcciones identitarias individuales y colectivas, y cómo pueden verse afectados los sujetos y sus tratamientos a partir de vínculos que conocen o no las singularidades en sus historias geopolíticas, saberes, costumbres, cotidianeidades, representaciones sociales. Consideramos que la construcción a partir de estas experiencias da lugar a que nuestra práctica se aproxime a visiones más integradoras y acordes a la realidad cotidiana con que nos encontramos. Para así articular, dar sentido, observar y valorar la manifestación de ciertas construcciones e iniciar un acercamiento a la TO como estrategia o metodología de mediación del conflicto y de la negociación cultural.

Introducción

En el marco de la residencia de Terapia Ocupacional (TO) tuvimos la posibilidad de viajar a San Pablo (Brasil), a fin de profundizar nuestra formación. Participamos en el Proyecto METUIA donde se desarrollan actividades en el marco de la TO Social¹. El mismo se haya vinculado a una organización No Gubernamental -Casa Das Áfricas-; sus acciones buscan dar visibilidad a la contribución de lxs africanxs para el país y producir espacios de relación. Nuestra inclusión en estos espacios implicó realizar diversas actividades de campo ligado a población migrante que nos permitió percibir situaciones vinculadas a la discriminación y al racismo. El siguiente trabajo trata sobre algunos de los efectos en nuestra práctica cotidiana en hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires luego de atravesar estas experiencias.

Desarrollo

“Nos-Otros”

Estando en Brasil, poco tiempo nos tomó percibir situaciones vinculadas a la discriminación y al racismo. Nos manifestamos sorprendidas, aún sabiendo que contábamos con ello: el relato del fallecimiento de una mujer boliviana en un hospital público por falta de atención debido a su nacionalidad; la vinculación del trabajo esclavo y la trata de personas particularmente de

poblaciones migrantes; la manifestación de un joven valorando la posibilidad de acceso a una producción audiovisual donde estuviera representada la identidad y la cultura "negra", dada su escasa representatividad en los medios. Así comenzamos un análisis con colegas, reflexionamos y cuestionamos su sentido en la organización socio-cultural, e intentamos discernir qué acontecimientos históricos y actuales marcaban las diferencias entre Brasil y Argentina. Con su reflejo nos posibilitaron re-encontrarnos con situaciones que estábamos invisibilizando -"...pero si ustedes tienen a los cabecitas..."- Palabras que se supieron hacer suficientes.

"Otros-Nos"

1 "TO Social (...) toma como base la complejidad de los intercambios sociales y los contextos socio-históricos, involucrándose en la elaboración participativa de proyectos que promuevan la garantía de derechos que amplíen la potencia de las actividades del cotidiano como formadoras y reguladoras de las relaciones entre personas, ambientes y contextos." (1)

De regreso en Argentina, un nuevo punto de partida...el marco de la salud pública..."claro, nosotrxs también tenemos de eso"...de eso del estigma, de la discriminación, de la invisibilización y del racismo. Segato(2) conceptualiza a la raza como signo corporal leído histórica y geopolíticamente, "...como marca de pueblos despojados y ahora en re-emergencia; es decir, raza como trazo viajero, cambiante, que a pesar de su carácter impreciso, podrá servir de instrumento de ruptura de un mestizaje políticamente anodino y disimuladamente etnocida, hoy en vías de deconstrucción"

Nos disponemos a avanzar en la garantía del derecho de la atención a la salud y la interculturalidad. Iniciamos el camino partiendo del registro de la presencia de las otredades culturales, de aquellas personas y grupos minoritarios, con sus conocimientos y costumbres que han sido invisibilizados a lo largo del tiempo por los diversos poderes hegemónicos. Nos apoyamos en el re-conocimiento de que la población es singular y heterogénea en diversos términos y que una de sus implicancias, es que existe una gran diversidad en las construcciones de las condiciones de salud y de los modos de atenderla. Nos advertimos de que los diferentes grupos cuentan con recorridos propios por distintos modelos de atención de sus padecimientos. Reconocer cotidianamente a las prestaciones que brindamos como una más, a la vez que complementaria, dentro de la variedad de modos y modelos(3) que conforman la construcción sobre el concepto de salud y las elecciones de atención que realizan los sujetos y grupos, nos permite intentar generar diversas maneras de articular nuestras prácticas; partiendo de la escucha activa, del reconocimiento del uso de los saberes populares de las personas que atendemos, apuntando a la habilitación de un espacio donde hacer visible aquello que se presume oscuro, ocultable.

Consideramos que la construcción a partir de estas experiencias da lugar a que nuestra práctica se aproxime a visiones más integradoras y acordes a la realidad cotidiana con que nos encontramos en la atención de la salud en los hospitales públicos.

En relación al acceso al derecho a la salud, Cerruti(4) profundiza su análisis en poblaciones migrantes, y refiere que existen dos tendencias: Por un lado, la que considera a la población migrante del mismo modo que la nativa, siendo atendida con el mismo tipo de prácticas y desconociendo las singularidades presentes posibles, donde las especificidades quedan "varadas en la puerta de la institución". La otra, es la de quienes sostienen que la forma de garantizar la igualdad en el acceso y la atención es teniendo en cuenta las singularidades de la población. Si bien los procedimientos no varían, se ensayan modos particulares de abordar y se buscan formas de comprensión.

Según Cerruti, el esfuerzo por comprender y atender estas diferencias traería aparejada la modificación de las prácticas y los modos de acercamiento a los efectores.

Brindando Atención – Modificando las Prácticas.

Nos proponemos reflexionar acerca de posibles efectos en la atención; cómo la visibilización de la diversidad cultural, de las construcciones acerca de la salud y los modos de atenderla tiene implicancias en aspectos significativos de las construcciones identitarias individuales y colectivas, y cómo pueden verse afectados los sujetos y sus tratamientos a partir de vínculos que conocen o no las singularidades en sus historias geopolíticas, saberes, costumbres, cotidianidades, representaciones sociales. Acerca de alternativas de atención en salud basadas en la interculturalidad, Mombelo(5) expresa: "El conflicto con la atención...pone de relieve cómo la necesidad de establecer nuevas fronteras con los "otros" forma parte del complejo proceso de relación integración con la sociedad (...) Los conflictos aparecen allí donde la noción de derecho no sólo juega un papel importante a la hora de garantizar un servicio básico a la comunidad... sino que además implica un modo concreto de integración"

Según Segato(2), la raza es signo "...es el que podrá guiarnos en la dirección de la reconstitución de pueblos enteros, a la recuperación de viejos saberes, de soluciones olvidadas".

Tanto Cerrutti(6) como Mombello(5), mencionan experiencias vinculadas a la privatización del acceso al derecho a la salud como respuesta a los obstáculos encontrados ante las necesidades de atención. Según refieren, los obstáculos se encontrarían vinculados a actitudes discriminatorias, a la incompreensión y a la intolerancia; ambas manifiestan como respuesta posible mejorar la calidad de atención al propiciar relaciones de confianza. Según Mombello, la "relación de confianza" se caracteriza por: 1) La cercanía simbólica entre los actores, 2) El rescate del origen del paciente como valor y base de la estima, 3) La ponderación del tiempo y espacio necesarios para lograr un nivel importante de comunicación.

Entonces nos preguntamos...¿Propiciar cercanía simbólica, cómo? ¿de qué modos tomar distancia de ciertos imaginarios sociales y aproximarse hacia los otros singularizados? ¿Cómo evitar caer en valorizaciones estereotipadas e intentar el rescate de los orígenes? ¿Cómo intervenir sobre la tensión existente en el encuentro con el otro, y la "ponderación del tiempo y espacio necesarios", y las infinitas listas de espera y los escasos recursos disponibles Samira Lima Da Costa y otras(7), en el "Estudio de/con comunidades tradicionales" plantea una vía de acción, "la posibilidad de utilizar a la memoria social de la comunidad, a través de la historia oral y del uso de la imagen como estrategia para la valorización de la historia local, de la memoria colectiva y de los recursos naturales regionales"-

Los intentos por brindar atención ponderando el tiempo y los espacios necesarios, favoreciendo la libre expresión en la comunicación, apostando a la generación de relaciones de confianza que habilitan, a su vez, la recuperación de viejos saberes y de soluciones olvidadas, nos permitió encontrarnos con elementos indispensables para los abordajes como: "el agua fría me enferma", "todos los días tomo té de anís estrellado", "le hice curar de los nervios", "antes de venir al hospital lo tratamos con el chamán".

Conclusión

A partir del análisis de la dimensión histórico-socio-político-cultural es que comenzamos a problematizar la relación entre Terapia Ocupacional, la atención en salud y la Interculturalidad, y nos proponemos el desafío en la concientización y visibilización de su existencia tanto en las instancias de formación profesional como durante el ejercicio de la misma.

Segato(2) expresa que "Solamente si comprendemos que la realidad a la que llamamos raza resulta de una selección cognitiva de rasgos que pasan a ser transformados en diacríticos para marcar grupos poblacionales y atribuirles un destino como parte de la jerarquía social y, muy especialmente, en las relaciones de producción, podremos dar cuenta de la franca movilidad propia de ese proceso siempre instrumental al poder en el desarrollo de su capacidad expoliadora."

Una de nuestras intenciones es colocar la atención en la visibilización de la interculturalidad y en la contribución de las multiplicidades a la sociedad, rescatando los saberes de grupos poblacionales, y propiciando la producción de espacios de relaciones rizomáticas que

habiliten a la expresión y el respeto de la diversidad cultural, incluidas las elecciones de los modos, procesos y modelos de atención de la salud.

Para finalizar, queremos remarcar que a partir de estas experiencias es que creemos que logramos profundizar el articular, dar sentido, observar y valorar como se manifiestan algunas construcciones e identidades culturales y su relación en la atención de la salud; y así iniciar un acercamiento a la TO como estrategia o metodología de mediación del conflicto y de la negociación cultural(9). Condición que estimamos propiciada por la posibilidad de recorrer nuevos espacios que habilitan el encuentro con perspectivas críticas y que entran en tensión con los discursos imperantes.

Bibliografía

1. Costa, S. L. 2012. Terapia Ocupacional Social: dilemas e possibilidades da atuação junto a Povos e Comunidades Tradicionais. Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos. 20, 1: 43-54
2. Segato, R. 2010. Los cauces profundos de la raza latinoamericana: una relectura del mestizaje. CyE. 2, 3: 11-44
3. Menéndez, E. 2003. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. Ciência e Saúde Coletiva. 8, 1: 185-207
4. Cerrutti, M. 2010 "Salud y migración internacional: mujeres bolivianas en argentina". Ed. Latingráfica S.R.L. (Buenos Aires) 1-143
5. Mombello, L. 2006. Alternativas de atención en salud basadas en la interculturalidad: La cercanía barrial y la acción institucional en Jelin E (dir.) "Salud y Migración Regional: Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural"- Ides. Cap. 6: 103-116.
6. Cerrutti, M. 2006. Problemas de Salud, utilización de servicios y conductas preventivas de los migrantes limítrofes en la Argentina en Jelin E (dir.) "Salud y Migración Regional: Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural" Ides. Cap. 1: 15-32.
7. Costa, S. L.; Alvarenga, L.; Alvarenga, A. M. 2007. Estudo de/com comunidades tradicionais: cultura, imagem e história oral. Série Documenta Eicos. Comunidades, Meio Ambiente, Desenvolvimento -UFRJ. Online. 17, 1-13
8. Dias Barros, D. 2004. Terapia Ocupacional Social: O caminho se faz ao caminhar. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo. 18, 3: 90-97.

Mesa 3

Formación y Universidad

Estado, Universidad y Territorio: "Inclusión ocupacional, participación comunitaria y Promoción de Derechos"

Autores: Lic. Gómez Pineda, Roberto; Lic. Gil Puentes, Ximena; Baiud, Alejandra.

Correo electrónico: topineda@gmail.com

Introducción

El trabajo presenta el proyecto ocupacional que se desarrolla desde del Instituto de Ciencias de la Rehabilitación y Movimiento (ICRyM) y de la UNSAM y que ha sido aprobado y acreditado por Secretaria de Políticas Universitarias del Ministerio de Educación de la Nación en el año 2012. El proyecto es acompañado por la dirección de la carrera de Lic. en terapia ocupacional quien propició la vinculación de la Cátedra de Prácticas Clínicas, y su intersección con las Dinámicas Ocupacionales en la Comunidad, con la Cátedra De Análisis de la Actividad y la Cátedra de Ocupaciones Terapéuticas V. En él, equipos docentes, alumnos y comunidad despliegan diferentes acciones que le dan un fuerte impulso a la currícula. Según las incumbencias de la ley de ejercicio profesional de TO, se orienta a los alumnos para que se apropien de diversos espacios socio-comunitarios, (3) completen su formación y realicen la práctica en territorio.

(10) El presente trabajo destaca la importancia de la vinculación entre Universidad y comunidad a partir del proyecto descripto y propone fortalecer las redes de intercambio. Haciendo transferencia, la Universidad realiza un significativo aporte al territorio y, a la vez, ese trabajo de campo retroalimenta a las currículas teóricas de T.O. y contribuye a la formación de los estudiantes.

Desarrollo

(4)En la creciente expansión de los micro-emprendimientos, el desarrollo de mercados solidarios y los fundamentos de la empresa social desde un nuevo paradigma en la Atención Primaria de la Salud (APS) para las poblaciones vulnerables, no solo se trata de asistir sino también, de generar herramientas de fortalecimiento y empoderamiento a los actores/ usuarios involucrados quienes toman así una postura activa y participativa. Esto favorece la salud en líneas de atención comunitaria. Allí los agentes de salud se convierten en promotores territoriales respetando las diversas culturas pero (10) *generando prácticas proactivas de cambios sociales; no impartiendo ni imponiendo, sino construyendo con los colectivos sociales nuevas realidades desde el constructo sociedad/comunidad Universidad/Estado de derecho y la planificación de políticas territoriales.*

Para que este escenario sea posible resulta clave que los actores involucrados en esas experiencias socio-productivas, cuenten con dispositivos apropiados de capacitación, asistencia, apoyo técnico, vinculación y transferencia universitaria. La Cátedra de Dinámicas Ocupacionales en la Comunidad desde su equipo docente impulsa el proyecto ocupacional ya mencionado, trabajando en la capacitación de los agentes y haciendo aportes a la salud pública para mejorar la calidad de vida de las personas y el desarrollo comunitario.

Pasada la fase inicial de este proyecto de intervención en salud desde APS se consideró necesario impulsar el accionar de un número más grande de profesionales y estudiantes de terapia ocupacional que permita enriquecer y fortalecer la estrategia de promoción de la salud. Se sumaron miembros de la comunidad educativa, agentes de salud, promotores territoriales y se formó una red interdisciplinaria incorporando otras carreras de la UNSAM, entre ellas: Lic. Psicopedagogía, Lic. Educación Física, Ortésis y Prótesis, Comunicación Social, Turismo y

Educación Especial. Interactúan además Centros Comunitarios o Culturales, Parroquias, Comedores Escolares, diferentes ONG e Industrias.

Disfrutar del grado máximo de salud constituye un derecho humano fundamental. El proyecto busca garantizarlo desde el armado de un constructo territorio/comunidad en las poblaciones más vulnerables de la zona San Martín. Todo esto con un enfoque centrado en la promoción y prevención de la salud, tendiendo a realizar acciones para favorecer la incorporación de prácticas individuales y comunitarias saludables, así como la modificación de condiciones sociales, ambientales y económicas. En definitiva se busca hacer un aporte desde la praxis con el fin de reducir las desigualdades sanitarias.

La estrategia de la APS (7) (8) abordada desde la TO pretende que la persona y la comunidad conozcan, y tomen decisiones sobre su propia salud, adquiriendo así responsabilidades sobre ella. La única forma posible de lograrlo es que la comunidad pueda tomar conciencia por sí misma y hacer que sus miembros sean actores partícipes, empoderándolos como sujetos de derechos en la prevención y promoción de la salud. Esta toma de conciencia y participación no brota espontáneamente en la comunidad si no es propiciada a través de la apertura de espacios de discusión y reflexión sobre los problemas que más la afecta. Aquí entra el colectivo salud comunitaria y la praxis de T.O como creadora de esos lugares de debate para implicar responsablemente a la persona y la comunidad en la toma de decisiones y en la defensa y promoción de la salud. La estrategia de APS con la mirada de T.O fomenta la organización comunitaria mediante la reflexión crítica de aquellos factores sociales, políticos y ambientales, que inciden en el estado de salud de una población. En función de acciones concretas y organizadas para transformarla.

La APS con los aportes de la Teoría y práctica de T.O propicia y favorece un espacio de intercambio entre distintas formas de saber, tales como el conocimiento técnico/científico y otras formas de conocimientos cultural/social instaladas en la localidad de San Martín. No se pretende erradicar estas creencias y valores acerca de la salud, sino por el contrario, realizar un diálogo democrático. La disciplina de T.O reconoce la pluralidad cultural en que se desarrollan las ocupaciones humanas facilitando un encuentro horizontal entre diversas posturas, costumbres y creencias que atraviesan a estas personas con alta vulnerabilidad.

Durante los años 2013-2014 se trabajó en la formación de 40 promotores sociales con asistencia técnica de docentes universitarios y miembros de la comunidad en la UNSAM para formular diagnósticos y acciones de territorialidad en Villa Lynch, Villa Concepción, Villa Zagalá, Villa San Andrés, Barrio San Ignacio de Loyola y José León Suarez. Se trabajó también en la capacitación de operadores en salud comunitaria y en gestión de emprendimientos de talleres ocupacionales con 100 integrantes de la comunidad de San Martín, promoviendo la inclusión a la red nacional de apoyo al trabajo popular (ATP) – INTI y UNSAM – ICRyM. Asimismo se facilitó asistencia técnica a 10 emprendimientos socio-productivos en los centros laborales de José León Suarez, junto con los CIC y el Municipio.

El proyecto brinda asesoramiento en los siguientes aspectos: organización grupal, producción, gestión, comercialización y dinámicas en la comunidad, (3) a sociedades de fomento, comedores comunitarios y centros culturales del partido vinculados a la UNSAM, a los programas de extensión universitaria y de bienestar estudiantil de la Universidad. Fueron capacitados 60 sesenta docentes, inspectores regionales, directores de escuela y profesionales en formación y gestión de emprendimientos en economía social. Alumnos avanzados en la carrera de Terapia Ocupacional monitoreados por docentes universitarios confeccionaron material de información y capacitación, como folletería y videos, que se difundió por diferentes canales.

La propuesta planteada involucra (5) a la comunidad en actividades de inclusión ocupacional, de participación comunitaria, de promoción de derechos y, por consiguiente, abre caminos a otras formas de compromiso para el individuo con su propio desarrollo, con la familia y con su entorno.

Conclusiones

Con este programa de transferencia se ha construido un sólido vínculo entre la comunidad territorial y la comunidad universitaria en San Martín formando una fuerte red de intercambio. Desde esta experiencia se abre la posibilidad de crear una red más grande buscando el enlace con las Universidades metropolitanas, que es una meta que podemos alcanzar, a través de planificación y gestión.

Bibliografía

- Werner, David & Sanders, David, (2000), *Cuestionando la solución, Las Políticas de Atención Primaria de Salud y Supervivencia Infantil*, Healthwrights, California.
www.healthwrights.org/publications.htm
- OMS 2001 "La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la Salud" CIF
- The American Journal of Occupational Therapy, Nov 2002 Volume 56 Number 6,609-639 Occupational Therapy practice Framework: Domain and process.
- Kronenberg-S. Algado 2006 "Terapia Ocupacional Sin Fronteras" ed. Buenos Aires Medica Panamericana
- Coordinación con el Primer Nivel de Atención a la Salud, en: OPS, 2005, Atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos, Washington D.C.
- Poplin, D. (1972) "Communities: A Survey of Theories and Methods research" en Community Based rehabilitation, Ed Sounders, London 16
- Axel Kroeger 1992 "Atención Primaria de la Salud/Principios y Métodos" Ed. Organización panamericana de la Salud y Pax. México
- Elizabeth Blesedel, Crepeau.Cohn. "Teoría y práctica de Terapia Ocupacional" Cap. 17 en Crepeau.Cohn. Schell "Terapia Ocupacional" 10º Ed. Buenos Aires: Medica Panamericana, 2005
- Levav 1992 "Temas de Salud mental en Comunidad" Ed. Organización Panamericana de la Salud Serie Paltext
- Compiladores: Daniel Eduardo Herrero, Bernadete Dalmolin, Roberto Gómez Pineda E-Book El voluntariado universitario, una metodología inclusiva para el trabajo COMUNITARIO DESDE TERAPIA OCUPACIONAL 1a ed. – Tandil, Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires, 2014. ISBN 978-950-658-351-4

Los estudiantes universitarios como actores de cambio en Salud Mental.

Lecturas a partir de las prácticas de Terapia Ocupacional

Autoras: Yujnovsky, Natalia; Vinzón, Valentina; Micozzi, Florencia Inés
Correo electrónico: nataliayuj@yahoo.com.ar

Introducción

El presente trabajo forma parte del Proyecto de Investigación "Ocupación y Salud Mental: supuestos y concepciones de los integrantes de equipos de Salud Mental a partir de la implementación de ley provincial de Salud Mental N° 10772/91" que se desarrolla en la UNL.

En el marco del mismo se han conformado sub-equipos de trabajo que abordan diferentes aspectos del problema de investigación.

Lo que aquí se comparte es un primer avance del estudio que se viene construyendo a partir de la lectura de los registros que los estudiantes de Terapia Ocupacional realizan en el marco de sus prácticas de pre-grado en el campo de la Salud Mental en diversos espacios institucionales.

Planteo del problema

El plan de estudios de la Licenciatura en Terapia Ocupacional contempla el desarrollo de diversas prácticas profesionales en instituciones de la ciudad y la región. La presencia de las prácticas en la currícula señala la necesidad de ofrecer oportunidades de aprendizaje a partir del encuentro real con escenarios institucionales y personas que requieren o podrían requerir de la intervención profesional. Una de ellas es la Práctica Profesional IV en Salud Mental. A partir de esta propuesta curricular los estudiantes transitan un período de cuatro meses participando en instituciones vinculadas al campo, algunas de ellas en efectores del sistema de salud, enmarcadas tanto en el ámbito de lo público como privado, tales como Hospitales y Centros de Día. Otras ligadas a políticas de infancia, adolescencia o tercera edad. Y otras en áreas de intervención como ser instituciones vinculadas con cultura, desarrollo social y trabajo. Estos últimos espacios fueron incorporándose a la propuesta académica de la práctica en función de la necesidad de situar el aprendizaje en salud mental más allá de los espacios tradicionalmente ligados a la atención del sufrimiento mental. La instancia de práctica establece una vinculación concreta de la Universidad con las instituciones y sus equipos profesionales, lo que nos permite pensarla como un dispositivo de diálogo entre la formación (lo académico) y las prácticas actuales de los profesionales en las instituciones, con los supuestos y concepciones desde los cuales los equipos las sostienen.

Se propone entonces un trabajo de lectura de los registros de los estudiantes, entendiendo a los mismos como instrumento pertinente para conocer y analizar supuestos y concepciones de los integrantes de los equipos respecto de Ocupación y Salud Mental, cómo la Universidad, en el encuadre particular de una carrera, dialoga con éstos y cómo se entrelazan en una formación posicionada en el cambio de paradigma que proponen tanto la Ley Nacional 26.657, como la Ley Provincial 10.772.

Ahora bien, ¿a qué nos referimos cuando situamos la búsqueda de los supuestos y concepciones emergentes de los equipos de trabajo?

Dentro de lo que enunciarnos como disciplinas inherentes al trabajo con la salud mental se puede situar un conjunto de prácticas sociales que conforman este campo de acción e inter-

vención. Al decir de Alicia Stolkiner en lo referente a la salud mental "(...) coexisten y antagonizan cuerpos conceptuales diversos, entran en contradicción formas hegemónicas y alternativas, se imbrican ideologías y teorías. Es en este espacio en donde se devela en forma más clara el carácter indefectiblemente político de toda práctica en salud."

En este sentido "(...) Consideramos que no hay una distinción tajante entre ciencia e ideología, esta relación no es de ruptura sino de articulación (...)", implica un develamiento, el cual conlleva la decodificación de ciertos supuestos filosófico-ideológicos que subyacen de las concepciones ideológico-políticas constituyendo los pilares de las prácticas institucionales en el ámbito de la Salud Mental.

El proceso de práctica implica a un estudiante aprendiendo en la acción concreta y cotidiana, un estudiante "ensayando" un rol en determinados escenarios con actores institucionales que acompañan, desde ciertas lógicas institucionales, dimensión que nos habla del espacio socio-histórico-político donde aprenden los estudiantes de T.O. y que recorta algunas preguntas: la Universidad, ¿logra promover procesos de formación acordes a los marcos regulatorios vigentes respecto de las prácticas en el campo de la Salud Mental? Las instituciones, ¿acompañan estos procesos? ¿Es posible pensar que la presencia de la Universidad en los espacios institucionales, a través de los estudiantes/practicantes de Terapia Ocupacional, interpela las prácticas de los equipos?

Objetivos

Analizar los procesos de intercambio que acontecen en los espacios institucionales donde los estudiantes de TO desarrollan sus prácticas en Salud Mental desde la perspectiva de los marcos regulatorios vigentes (Ley Nacional 26657 y Ley Provincial 10772).

Identificar cómo dialogan los supuestos y concepciones que los estudiantes llevan desde su formación con los que sostienen los actores institucionales en sus prácticas cotidianas.

Metodología

Esta propuesta de investigación corresponde a un diseño descriptivo, cualitativo. La estrategia metodológica consiste en un análisis de contenido, a partir de la lectura de los registros que realizan los estudiantes en el transcurso de su práctica. Las unidades de análisis son las crónicas diarias que los mismos realizan como requerimiento de la cátedra.

Algunos avances

En los registros de los estudiantes aparece lo que el encuentro con la práctica produce: el dolor, lo pesado, la angustia, la desazón y también el entusiasmo, la curiosidad, la alegría del logro, la experiencia de habilitarse en una función, de apropiarse de un saber, de ofrecer y sostener una propuesta destinada a dar respuesta a situaciones concretas. Los estudiantes miran a los profesionales/equipos en acción, los miran hacer, les preguntan. Los profesionales/equipos reciben a los estudiantes, les muestran, se muestran, se dejan preguntar, se miran a partir de la mirada de los estudiantes, y así reconocen su lugar con "ojos nuevos". Al mirarse y mirar su lugar, los profesionales revisan, critican, potencian, desarmen y rearmen. En algunos registros aparece la mirada crítica del estudiante y el intento de intervenir para modificar algo de lo que en lo institucional aparece naturalizado. Las secuencias de estos registros dan cuenta de procesos de cambio sutiles, pero profundos, que acontecen en muchos de los espacios institucionales. Así mismo, la posición de algunos equipos que apuestan a la construcción de prácticas de salud mental acordes a la perspectiva de las leyes, representa para la Universidad una interpelación constante acerca de los recursos que está ofreciendo a los estudiantes para el desarrollo de tales prácticas, permitiendo revisar y resituar la propuesta académica de la asignatura Práctica en Salud Mental de la Lic en Terapia Ocupacional.

En lo trabajado hasta el momento se han tomado tres escenarios institucionales con características diferentes: un hospital psiquiátrico, un centro de día para personas adultas con discapacidad y un espacio cultural (vinculado también al desarrollo social). La diversidad de escenarios permite identificar cómo las propuestas institucionales, sostenidas en los supuestos y concepciones que las sustentan, hacen posible a los estudiantes experiencias diversas, instalando ciertas preguntas y promoviendo determinada mirada respecto de la población, los problemas y las respuestas que construyen los profesionales/equipos. Es así que en alguna serán los "pacientes", en otra los "chicos", o las "bandas", en otra los "concurrentes" nominaciones que están ligadas a concepciones respecto de quién es el destinatario de las prácticas y de qué prácticas se trata (asistenciales, rehabilitadoras, promocionales). En términos generales, y en el inicio de este estudio, es posible identificar que en todas ellas, los estudiantes se encuentran con situaciones que rápidamente les plantean la pregunta respecto de los derechos de las personas usuarias de estos servicios, ya sea por la restricción de la libertad y la autonomía que aparece en algunos de ellos, o por las realidades de sus vidas cotidianas que ubican a las personas en condiciones de extrema vulnerabilidad.

Reflexiones finales

El análisis de estos tres contextos a la luz de las crónicas nos permite una primera aproximación a las lógicas en juego en las prácticas de los equipos/profesionales de los diversos espacios institucionales. En los dos primeros, que podríamos englobar como efectores de salud, es posible identificar cómo en el proceso de las estudiantes aparece el malestar ligado a las respuestas institucionales-emergentes de los supuestos y concepciones vigentes-, que objetivizan a las personas. La distancia entre lo que se enuncia o se presenta como "misión institucional" y lo que en el transcurso de las experiencias van identificando en las prácticas cotidianas, produce por un lado, cierto desconcierto o "desilusión", pero a la vez provoca el desafío de demostrar/se que es posible otra cosa, otro modo, otras respuestas. La posibilidad de construir "otras respuestas" resulta algunas veces del encuentro con determinados actores institucionales y otras son los estudiantes quienes plantean iniciativas que son tomadas y acompañadas por otros, situación que nos permite pensar a los estudiantes como actores de cambio.

En el tercero, que no es un efector de salud, aparece una primera dificultad vinculada al tener que situarse en un escenario donde no hay "pacientes esperando atención", sino personas o grupos que circulan buscando espacios donde desarrollar alguna actividad.

La llegada de las estudiantes como agentes externos a la institución produce movimientos, rompe con lo naturalizado poniendo algunos interrogantes a las prácticas sostenidas cotidianamente. Las respuestas son diversas: más persecutorias, de apertura, negación, recepción, alianza, habilitación. Pero sin dudas su presencia, es promotora de cambios: resquebraja lo estereotipado, renueva las miradas, infunde movimiento, generando pequeñas instancias saludables en "los pacientes" y de transformación en los equipos de profesionales. Esto se muestra por momentos con cierta aceptación, incluyendo y reconociendo su labor dentro de la institución y en otros momentos con rechazo y desvalorización a sus propuestas, como si algo de lo que llega de afuera lograra interpelar el anquilosamiento de las lógicas institucionales.

Este primer acercamiento general nos lleva a preguntarnos por los modos en que construyen sus prácticas los actores de estas instituciones, estando del lado de los efectores de salud las prácticas más objetivantes y "vulneradoras" de derechos y del lado de un espacio cultural prácticas menos estigmatizantes y más preocupadas en la inclusión, la promoción y la participación social. Las estudiantes, formadas para la asistencia, ingresan con mayor "comodidad" a las primeras, suponiendo que allí está claro su rol y función, y progresivamente se van "incomodando" ante el encuentro con situaciones que identifican en un polo opuesto a la producción de salud. De modo inverso, en la institución de cultura aparece en primer lugar la

"incomodidad" y la ansiedad por no saber bien "a quién tenemos que atender" y cómo y en el transcurso del proceso van pudiendo construirse respuestas (intervenciones) que permiten apropiarse de un rol ligado a la producción de salud en términos de inclusión, participación social y promoción de derechos.

Bibliografía

- Amarante P., 2009. "Superar el manicomio. Salud Mental y atención psicosocial." Editorial Topía (Buenos Aires)
- Da Rocha Medeiros M. H., 2008. "Terapia ocupacional. Un enfoque epistemológico y social." 1ra edición. Ediciones UNL (Santa Fe)
- Galende E., 1994. "Psiocoanálisis y Salud Mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica." Editorial Paidós (Buenos Aires)
- Ley Nacional de Salud Mental, Ley Nº 26.657, Decreto reglamentario 603/2013.
- Ley Provincial de Salud Mental, Ley Nº 10772, 1991.
- Souza Minayo M. C., 2004. "Investigación Social. Teoría, método y creatividad. Lugar Editorial.
- Stolkiner A. Y Ardila S., 2012. Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la Medicina Social/Salud Colectiva Latinoamericanas. Vertex-Revista Argentina de Psiquiatría.

Transformando escenarios educativos: Propuesta de Innovación curricular para alumnos de Psicología General de primer año de la Licenciatura en Terapia Ocupacional (UNL)

Autores: Abi Saad, Vanina Margarita; Rondina, María Celeste
Correo electrónico: vaninaabisaad@hotmail.com

Resumen

Esta comunicación libre tiene por objetivo compartir reflexiones acerca de un proyecto que está llevándose a cabo en las clases teóricas y prácticas de Psicología General de la Licenciatura en Terapia Ocupacional. Presenta una propuesta de innovación curricular que apunta a *convertir el aula en un espacio de encuentro y diálogo entre la Universidad y las Organizaciones de la Sociedad Civil*, invirtiendo la tradicional relación entre ambas, y permitiendo que sea la sociedad (representada en esta ocasión por distintos referentes de variadas OSC) la que visite los claustros universitarios. Transformando, a partir de este encuentro, los escenarios educativos.

La participación de los integrantes de las OSC permitirá abordar los contenidos del programa de cátedra desde nuevas y más atractivas perspectivas a la vez que posibilitará exponer el valor, los matices y contradicciones del conocimiento en función de las experiencias de la vida cotidiana y profesional. Asimismo, este intercambio dialógico favorecerá que los saberes construidos en el ámbito universitario vuelvan a los actores sociales y a la práctica para iluminarla, fundamentarla y, acaso, reorientarla.

Introducción

La renovación metodológica constituye un reto irremplazable para los docentes, con vistas a la mejora de la calidad educativa y en busca de alternativas que permitan acompañar las transformaciones que las instituciones de estudio superior vienen experimentando en las últimas décadas, entre las que destacan , aquellas caracterizadas por la expansión de la matrícula y la diversificación del sistema, trayendo nuevas demandas sociales y pedagógicas, generadas por los cambios de la población que accede a ella.

En esta comunicación libre queremos compartir reflexiones acerca de un proyecto de innovación curricular presentado en la FBCB de la UNL y encaminado a generar aprendizajes significativos en el alumnado, a partir de una metodología original, activa y colaborativa consistente en la programación sistemática de "visitas" de representantes de Organizaciones de la Sociedad Civil (profesionales de diferentes disciplinas que destaquen por llevar adelante un trabajo científico innovador, usuarios de servicios de terapia ocupacional, sus familiares y otros actores sociales) a las clases teóricas y/ o prácticas de Psicología General de la Licenciatura en Terapia Ocupacional, generando condiciones de encuentro y diálogo con la realidad social, en nuevo escenario: el aula.

Dichos encuentros son planificados con antelación por el equipo de cátedra en función de los contenidos y ejes temáticos de la asignatura, y trabajados previa, durante y posteriormente con los alumnos para que, no queden en el plano de una simple actividad curiosa o diferente, sino que configuren un eslabón más del proceso de aprendizaje, esencial para la claridad, profundidad y alcance de los conocimientos construidos.

Transformando el escenario educativo: propuestas de innovación curricular

Las Organizaciones de la Sociedad Civil (en adelante OSC)- también denominadas ONGs u organizaciones con fines sociales- han adquirido un protagonismo creciente en el campo del desarrollo social y en la búsqueda de respuestas innovadoras a las diferentes problemáticas y desafíos que enfrentan las sociedades contemporáneas. Podemos sostener que tienen en la actualidad un rol fundamental en la consolidación de los sistemas democráticos, la defensa de los derechos y la participación ciudadana en la construcción de lo público.

La Universidad, por su parte, reconoce la importancia de estas organizaciones y cree profundamente en el enriquecimiento mutuo que implica que esta institución académica y las OSC se involucren en proyectos compartidos. De hecho la gran variedad de alternativas de extensión e investigación que encontramos en la UNL así lo reflejan.

Desde la Cátedra de Psicología General, de la Licenciatura en Terapia Ocupacional, deseamos propiciar el encuentro de estos sectores sociales, la Universidad y las OSC, generando condiciones de diálogo en el aula. En este sentido, si bien el programa de cátedra contempla que el alumno adquiera una serie de contenidos teóricos, básicos y fundamentales para comprender la ciencia de la Psicología en tanto conocimiento vinculado e interactuante con la Terapia Ocupacional, consideramos que su valor para la formación y ejercicio profesional puede visualizarse a la luz de experiencias concretas. Dado que la materia se inscribe en el primer cuatrimestre del primer año del plan de estudios, razón por la cual los alumnos aún no se encuentran habilitados a realizar experiencias que le permitan acercarse a las instituciones, consideramos posible que las OSC se acerquen a la Universidad.

En la Universidad en general y en particular en los proyectos de extensión, se destaca históricamente que la Universidad genera acciones de intervención social, contribuyendo al cambio y mejora de las comunidades al tiempo que se transforma y enriquece a sí misma.

Ahora bien **¿qué sucede cuando se produce una intervención inversa, siendo los actores sociales los que intervienen la Universidad?** Sin lugar a dudas, promueve fisuras en las clases que se desarrollan tradicionalmente y abre el juego a nuevos interrogantes y mejores posibilidades de comprensión de la articulación de la Universidad con Organizaciones de la Sociedad Civil.

El encuentro con referentes de OSC, en un original escenario, el aula, promueve novedosas posibilidades formativas... Genera en primera instancia un factor de innovación o sorpresa, que en sí mismo estimula un estado de curiosidad y expectativa acerca del desarrollo de la actividad, lo que dirán, cómo se comunicarán, qué transmitirán, colaborando en volver significativa la participación de todos (alumnos, docentes, invitados, saberes, etc.). También genera un estado de ansiedad para quienes somos los anfitriones, cómo será nuestra acogida, cómo propiciaremos el intercambio, cuáles podrían ser nuestros aportes, etc. Y entre tantos interrogantes, comienza un diálogo en el que los saberes teóricos y experienciales también son interpelados, deconstruidos y resignificados, volviendo más dinámicos y comprometidos los procesos de enseñar y aprender.

Sostenemos que el encuentro en estos nuevos escenarios de formación profesional transforman y enriquecen a todos los actores implicados, posibilitando a:

La Universidad

Profundizar la reflexión conceptual que contribuya a la mejor comprensión de la articulación de la Universidad con Organizaciones de la Sociedad Civil.

Reconocer y detectar actividades de fortalecimiento de la sociedad civil que puedan constituirse en "prácticas ejemplares" en el nivel de grado, posgrado, cooperación técnica extensión e investigación

Instalar nuevos escenarios de encuentro entre Universidad, Organizaciones de la Sociedad Civil y el Estado.

Los alumnos y docentes

Construir aprendizajes significativos a partir de recursos novedosos y atractivos, que impliquen el desarrollo de habilidades de comunicación, expresión y análisis.

Inferir, cuestionar y significar el valor simbólico de las teorías para su desempeño profesional.

Acceder a los contextos institucionales y experiencias personales con los que se encontrarán como profesionales, generando mayor compromiso y responsabilidad con su actual proceso formativo

Vislumbrar líneas posibles de investigación y extensión que sigan favoreciendo y profundizando el diálogo entre la Universidad y la Sociedad

Descubrir nuevas propuestas curriculares que poniendo en tensión los conceptos de calidad y equidad educativa, permitan que los saberes fluyan significativamente entre los distintos sectores de la sociedad, descentralizándose de los claustros universitarios y permitiendo el acceso de la mayoría a los mismos.

Los representantes de las organizaciones de la sociedad civil

Hacer públicas aquellas prácticas que suelen permanecer invisibilizadas hacia el interior de las instituciones

Nutrir sus experiencias y conocimientos desde los interrogantes y comentarios manifestados por el alumnado, los docentes y las teorías trabajadas

Repensar sus prácticas, analizarlas, revalorizar las fundamentaciones teóricas que las sostienen

Participar en la construcción de los conocimientos desarrollados en el aula a partir de sus narrativas

Fortalecer y/o enriquecer el sentido de su participación y misión en la sociedad

Para concluir queremos destacar que, en gran medida, la fortaleza de esta propuesta de innovación curricular para la formación de los futuros Licenciados en Terapia Ocupacional, se vincula con la convicción de que sólo el diálogo y encuentro permanente entre la sociedad la Universidad posibilitará que la misma desempeñe un papel verdaderamente significativo en la actualidad, dando respuestas a las demandas del presente siglo. El conocimiento generado en los contextos sociales, destaca, interroga, y compromete a los conocimientos dados en el aula.

El encuentro y participación con los integrantes de las OSC permite abordar los contenidos del programa de cátedra desde diversas perspectivas a la vez que posibilita exponer el valor, los matices y contradicciones del conocimiento en función de las experiencias de la vida cotidiana y profesional. Asimismo, estas clases compartidas favorecen que la teoría vuelva a los actores sociales y a la práctica para iluminarla, fundamentarla y, acaso, reorientarla.

Bibliografía

Congreso iberoamericano de docencia universitaria y de nivel superior (2014). Libro de Resúmenes VIII. Universidad Nacional de Rosario. (Rosario).

CONTRERAS DUARTE, A. "Tensiones entre calidad y equidad en la educación superior en Chile". XX Seminario Latinoamericano de Escuelas De Trabajo Social. http://200.16.30.67/~valeria/xxseminario/datos/1/1chContrerasDuarte_stamp.pdf Recuperado 15/02/15

LITWIN, E. (2000). "Las configuraciones didácticas. Una nueva agenda para la enseñanza superior". Editorial Paidós. (Buenos Aires).

LITWIN, E. (2007) "La clase inaugural y la clase ilustrada: nuevas perspectivas para el análisis de las configuraciones didácticas del aula universitaria".

http://fba.unlp.edu.ar/metodologiadelasasigprof/materiales/37_Edith_Litwin.pdf Recuperado: 12/07/14

- LITWIN, E. (2009) "Controversias y desafíos para la universidad del siglo XXI". Conferencia inaugural, I Congreso Internacional de Pedagogía Universitaria (UBA). http://www.uba.ar/imagenes_noticias/image/conferencia2.pdf Recuperado: 15/07/14
- MANUALE, M. (2012) "Repensar la docencia universitaria". Revista de Publicaciones de Investigación en Pedagogía Aula Universitaria Nº 13. EDICIONES UNL. (Santa Fe).
- MENENDEZ G. et col. (2013) "Integración docencia y extensión. Otra forma de enseñar y aprender". Ed. De Secretaría de Extensión. Universidad Nacional del Litoral. (Santa Fe).
- MUÑOZ ESPINOSA, I. (2007) "La formación de terapeutas ocupacionales desde un interés crítico de la educación"
- <http://www.revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/80> Recuperado: 17/05/13
- PERKINS, D. (1992). "La escuela inteligente". Editorial Gedisa. (Barcelona).
- RONDINA, M.C PRIMO, G ABI SAAD V. (2014- 2015) Diálogo Universidad – OSC: Nuevos espacios de encuentro y aprendizaje. Proyecto de innovación curricular. ESS. FBCB. UNL
- SKLIAR, C. (2011) "Diez escenas para narrar lo pedagógico". En Dialnet-DiezEscenasEducativasParaNarrarLoPedagogicoEntreLo-3801058.pdf desde dialnet.unirioja.es Recuperado: 12/07/14
- UNESCO. (2009) "Conferencia Mundial sobre la Educación Superior La nueva dinámica de la educación superior y la investigación para el cambio social y el desarrollo". Recuperado: 20/02/15
- http://www.unesco.org/education/WCHE2009/comunicado_es.pdf

La tutoría en investigación. Posibilidades y aportes a la formación permanente de terapeutas ocupacionales de la actividad de construcción de proyectos

Autor: Lic.T.O. Capozzo, Marcela Alicia
Correo electrónico: marelacapozzo@hotmail.com

Resumen

Introducción

A través de diferentes experiencias compartidas con alumnos y colegas en el proceso de construir un proyecto de investigación, he podido observar sobre el particular modo de docencia que constituye la tutoría, puntos que me plantean una reflexión sobre esta actividad que propongo compartir en este trabajo.

Objetivo

Promover la reflexión sobre el papel de la tutoría en la formación en investigación desde la perspectiva de terapia ocupacional.

Material y métodos:

Análisis de textos sobre la docencia en investigación, el rol de la tutoría en la investigación, para contextualizar la temática planteada.

Reflexión a partir de los conceptos teóricos y la observación de experiencias de tutoría en investigación en terapia ocupacional.

Conclusiones

La modalidad de la tutoría implica una forma de docencia particular, que incluye la transmisión de conocimientos, pero propone una reflexión y un trabajo conjunto, en la construcción del proyecto.

Es en este sentido que la actividad se torna significativa en la medida de que los tutores pueden identificar en el proceso su particular modo de pensarse y hacer como sujetos de investigación.

Asimismo contribuye a la formación permanente desde una posición crítica sobre la realidad y su relación con las prácticas profesionales de los terapeutas ocupacionales.

Introducción

A través de diferentes experiencias compartidas con alumnos y colegas en el proceso de construir un proyecto de investigación, he podido observar sobre el particular modo de docencia que constituye la tutoría, algunos puntos que me plantean una reflexión sobre esta actividad que propongo compartir en este trabajo.

Mi formación transitó además de la específica de Terapia Ocupacional, por un postgrado en metodología de la investigación científica, y antes que eso ya me había desempeñado como ayudante de cátedra y luego como docente en la carrera de grado.

Posteriormente a pedido de colegas que estaban realizando su ciclo de complementación curricular para obtener su título de licenciado, me inicié en la tarea de ser tutora de tesis.

A partir de allí lo hice como una tarea habitual con alumnos y colegas, ya sea en el rol de tutora, directora, o como docente en taller de diseño de trabajo final, incluyendo la actividad de las tutorías en su dictado.

Más allá de los formatos particulares de cada carrera, de sus reglamentos, de su historia académica, el común denominador es que plantean el planificar y/o desarrollar una investigación, con los requerimientos que ello conlleva y en esa tarea se centra la labor de la tutoría.

Docencia de y en la investigación

La investigación, es el proceso a través del cual se produce conocimiento, definición básica de la misma y de su relación con la metodología.

"Así considerada la investigación "aglutina a todo un conjunto de procesos de producción unificados por un campo conceptual común, organizados y regulados por un sistema de normas e inscriptos en un conjunto de aparatos institucionales materiales" (Ducoing et. al., 1988: 23).¹

Enmarcada en la dimensión más amplia de la formación, la investigación no debe ni puede ser transmitida como un objeto, sino que ha de entenderse como un proceso en constante desarrollo, como un permanente abrir y cerrar, como un camino fundamentado en preguntas que darán lugar a nuevos interrogantes.

Los conocimientos teóricos son fundamentales para la praxis investigativa, pero no suficientes; porque investigar es una práctica que retorna sobre sí misma, que se apropia de las operaciones, acciones y caminos recorridos, y utiliza sus errores para reformularse. En este sentido, es reflexiva, es un proceso en continua construcción y reconstrucción, y en ningún caso es algo estático.

Teniendo en cuenta estas características, la forma más propicia para la enseñanza de la investigación es desde la práctica, es decir enseñar a investigar investigando.

La enseñanza de la metodología y las técnicas de investigación no deben asumirse como sinónimos de la enseñanza de la investigación. La metodología se puede enseñar de forma expositiva, la enseñanza de la investigación, implica la transmisión de actitudes, herramientas y habilidades para la práctica investigativa.

Sólo se puede enseñar a investigar desde la práctica, transmitiendo modos de hacer, operaciones y habilidades a los estudiantes, y más importante aún, con los estudiantes.

Enseñar a investigar implica, también, la construcción de sujetos epistémicos particulares: los estudiantes. Es necesario además tomar en cuenta que éste aprendizaje potencia su eficacia, si se logra que el estudiante entienda la investigación como algo en lo que está involucrado.

La función de la tutoría en la formación en investigación

Según Carruyo (2007), " la elaboración de trabajos de investigación no es un proceso lineal o fijo, sino que es un entramado de construcción social y epistémico del conocimiento, micro-cultural y educativo, que conduce a la formación profesional en investigación, donde cada estudiante entreteje su propia trayectoria con incertidumbre, y con la participación de intereses, creencias, decisiones personales, compromisos, parámetros institucionales, espacios y tiempos definidos ; donde la relación tutor (asesor) - tutorando (asesorado), son fundamentales."²

¹ GARCÍA, D. M. R. (2006). ENSEÑAR A INVESTIGAR INVESTIGANDO. Experiencias de investigación en comunicación con estudiantes de la Licenciatura en Comunicación y Cultura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

² MORRILLO MORERO, MARYSEL C. (2009). Labor del tutor y asesor del trabajo de investigación .Experiencias e incentivos. Revista Educere. EDUCERE. Artículos Arbitrados. ISSN 1316-4910. Año 13, N° 47- Julio, Agosto , Septiembre 2009. Facultad de Humanidades y Educación Escuela de Educación. Universidad de Los Andes, Mérida-Venezuela (919-930).

La tutoría, es una actividad académica que consiste en orientar y ayudar al alumno en actividades relacionadas con el aprendizaje. La asesoría toma niveles diversos que incluye desde la orientación de un alumno que presenta dificultad o asesoramiento con cierto tema, hasta la asesoría de un alumno que presenta una disyuntiva vocacional o motivacional. El asesor desempeña un conjunto heterogéneo de funciones y roles diversos: la asesoría en el desarrollo de una investigación, la asesoría combinando su labor docente e investigador, y la asesoría en un grupo durante un proceso de enseñanza-aprendizaje.

Las labores del tutor, incluyen al asesor, y pueden ser concebidas como procesos de enseñanza –aprendizaje, de preparación, que culminan de manera satisfactoria con la graduación del alumno; es un proceso formativo, sistemático y cualitativo, porque conduce a la mejora y al aprendizaje continuo del tutorando (asesorado).

El proceso de tutoría (asesoría), requiere de una interacción permanente y constante, denominada consultas, que permita la orientación, el intercambio de ideas, la reflexión y por ende el avance de un proyecto de investigación hasta su terminación y presentación pública.

Aunque el producto de la tutoría es el trabajo de grado y la consecución del grado académico o título por parte del alumno, no debe entenderse como un proceso sumativo, que origina una cifra al término de entrega de un trabajo. Es importante destacar que en cada una de las etapas la relación de colaboración entre el tutor y el tutorando debe ayudar a encontrar y desarrollar habilidades y conocimientos en un campo específico del saber, específicamente en el tutorando se deben generar y desarrollar conocimientos, y habilidades para la investigación.

Este desarrollo posibilita además el entender los problemas del ámbito académico y laboral.

La actividad de tutoría desde la perspectiva de T.O; algunas consideraciones

En la experiencia que me ha tocado compartir con quienes han sido alumnos, o tutorados, el proceso que desarrollan es posible vincularlo al que se puede observar al plantearse llevar a adelante cualquier otra actividad significativa.

Como tal plantea momentos de decisión, de construcción, y de apreciación por parte de quien la realiza, de lo hecho.

En este sentido, el rol que desempeña es el acompañar en ese proceso, aportando los conocimientos que sobre la técnica, en este caso como docente y tutor, para que el alumno y/o tutorado, recorra el camino que propone esta actividad, que frecuentemente se trata de una experiencia inaugural.

Hay en este recorrido puntos claves, que implican decisiones que determinan en parte el modo en que se desarrollará el proyecto. Uno de ellos es la elección del tema a investigar.

Aquí se despliega un sinfín de posibilidades, que requieren de un trabajo conjunto para ir acotando y a la vez aproximándose dentro del "tema", a centrarse en la pregunta que define el interés por él mismo.

Generalmente provienen de experiencias observadas en el campo del ejercicio profesional, cuando se trata de colegas, y del campo de lo observado o vivenciado en las prácticas o inquietudes surgidas en las cursadas de las materias en el caso de los alumnos.

Es posible a partir de ello, pensar que en gran parte la orientación de los proyectos de investigación apuntan a la búsqueda de respuestas a interrogantes más cercanos a lo que se conoce, pero no se ha estudiado desde la perspectiva de las posibilidades que la investigación aporta.

Esto se enmarca además en la "necesidad de evidencia", de "construcción de teoría", de la cual nuestra profesión pareciera estar siempre en falta, que surge de los cánones del llamado "rigor científico", que en ocasiones funciona como un obstáculo epistemológico a vencer en la realización de esta actividad.

El proceso de construir un proyecto o plan de investigación, es un bosquejo de la misma, en el que se inscriben los trazos que la definen y a la vez constituye la estructura sobre la cual el desarrollo de la misma se apoya.

La tarea de acompañar este proceso se basa en orientar, asesorar y colaborar para que el asesorado, pueda ir encontrando su modo personal de realizarlo.

En este sentido, las preguntas sobre lo que puede no ser evidente, ayudan a definir el tema, el problema de investigación como planteo del o de los interrogantes iniciales, los cuales se concretizan al definir los objetivos, el supuesto inicial, y la metodología que se utilizará.

También es necesario delimitar la perspectiva teórica que los contendrá, donde el que investiga aporta su formación, su mirada, define determinadas concepciones sobre el tema que se plantea investigar, fijando entonces su posición como investigador, siendo éste el eje que guía y sobre el cual se despliega el proyecto.

El proceso se caracteriza por momentos de transitar distintos tipos de incertidumbres, según el estilo, el tiempo y las características de cada cual, para posibilitar la asunción del rol del autor de su propio producto intelectual.

Algunos lo hacen individualmente, otros en grupo, pero la idea es que todos arriben a la posibilidad de apropiarse del proyecto, vivenciando y reflexionando sobre el proceso, pudiendo identificar en él, sus debilidades y fortalezas, para poder reconocer sus posibilidades, sus dificultades, como un logro más allá del académico en sí.

La propuesta se inicia a partir de la necesidad de aprender sobre el proceso de investigación diseñando el proyecto, y avanzando en los pasos que conlleva y finaliza, con la concreción del producto intelectual que posibilita en la mayoría el logro académico.

Este final implica también una apreciación personal que permita evaluar como fue el proceso para cada uno, las posibilidades, las dificultades y el aprendizaje de nuevas habilidades, en este caso, investigativas

Conclusiones

La modalidad de la tutoría implica una forma de docencia particular, que incluye la transmisión de conocimientos, pero propone una reflexión y un trabajo conjunto, en la construcción del proyecto.

Es en este sentido que la actividad se torna significativa en la medida de que los tutorados pueden identificar en el proceso su particular modo de pensarse y hacer como sujetos de investigación.

La terapeuta ocupacional Heloisa da Rocha Medeiros sostiene que: "El proceso de formación debería estimular la capacidad de reflexión, de sensibilizarse con el mundo circundante y de crear.

Para poder percibir las modificaciones del mundo circundante, que claman por nuevas posturas, es necesario una disposición interna que posibilite ver las cosas bajo otro prisma, otras representaciones, otros conceptos.

La educación permanente no tiene que ver solamente con la exigencia de nuevos cursos y supervisiones técnicas sino con la disposición interna que permite responder y replantear diversas cuestiones en el proceso de la vida profesional.

Contradictorios, coherentes, angustiados, instigadores, los planteos siempre surgen..."³

Si algo de esto se posibilita con esta actividad, el objetivo de la tarea como tutor estará en camino de ser un aporte a fomentar el interés en el desarrollo de la investigación y junto con ellos el crecimiento de la profesión.

³ DA ROCHA MEDEIROS (2008). "Terapia Ocupacional .Un enfoque epistemológico y social." Ediciones UNL. Secretaría de Extensión .Universidad Nacional del Litoral, Santa Fe. Argentina (71-89).

Bibliografía

- DA ROCHA MEDEIROS (2008). "Terapia Ocupacional .Un enfoque epistemológico y social." Ediciones UNL. Secretaría de Extensión .Universidad Nacional del Litoral, Santa Fe. Argentina (71-89).
- DUCOING, PATRICIA, (et. al.) (1988). La formación en investigación en el Colegio de Pedagogía. Un análisis metodológico en la perspectiva del plan de estudio. Cuadernos del CESU, Núm. 9, México: UNAM.
- GARCÍA, D. M. R. (2006). ENSEÑAR A INVESTIGAR INVESTIGANDO. Experiencias de investigación en comunicación con estudiantes de la Licenciatura en Comunicación y Cultura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México. Disponible en: <http://test-departamento.pucp.edu.pe/comunicaciones/images/documentos/cap01-mrizo.pdf>
- MORRILLO MORERO, MARYSEL C. (2009). Labor del tutor y asesor del trabajo de investigación .Experiencias e incentivos. Revista Educere. EDUCERE. Artículos Arbitrados. ISSN 1316-4910. Año 13, N° 47- Julio, Agosto , Septiembre 2009. Facultad de Humanidades y Educación Escuela de Educación. Universidad de Los Andes, Mérida-Venezuela (919-930).

Mesa 4

Comunidad y atención primaria

Espacios de juego comunitarios: Un proyecto de extensión

Autores: Polinelli Silvia Noemí; Paiva Karina Edith

Correo electrónico: silviapolinelli@gmail.com

Institución: Universidad Nacional De Quilmes

Resumen

Porque "jugar por jugar" es un *Derecho*. Porque podemos jugar con los pensamientos, las ideas, con las ilusiones, proyectos, utopías y realidades en búsqueda de una realidad que nos haga protagonistas del cambio. Porque el juego nos facilita aprender a elegir, a escuchar, a compartir, a dialogar, a colaborar con el otro y con la "comunidad", a buscar alternativas colectivas a la resolución de problemáticas, de construcción o cambio de reglas y maneras, a ejercer libremente las posibilidades que cada sujeto posee y puede construir con el otro. Porque nuestra comunidad nos muestra una realidad sociocultural con múltiples problemáticas, que pueden ser resueltas a través de la libertad, la creatividad y la educación en valores presentes en los diferentes espacios de juego, espacios de derecho. Y es desde esta mirada que surge en conjunto entre la Secretaría de Desarrollo Social de la Municipalidad de Quilmes, la Universidad Nacional de Quilmes, y la comunidad de dicho partido, el Proyecto de Extensión Universitaria "Juegotecas Comunitarias".

Un proyecto que sienta sus bases en la Educación Popular, enfatizando el desarrollo de la conciencia crítica de los niños/as y los adultos para la implementación de actividades y juegos, que estarán íntimamente ligados a los recursos disponibles y diseñados por los mismos participantes, a los intereses y a las necesidades de los niños, niñas y adolescentes verdaderos protagonistas del espacio de juego. Durante los encuentros se fomenta un clima de libertad de expresión facilitando relaciones democráticas entre los sujetos de la comunidad. Durante la construcción de juegos se promueve el desarrollo en la toma de decisión sobre qué juegos hacer, de qué color pintarlo y con qué recursos; en la juegoteca los participantes construyen los juegos teniendo en cuenta la participación ocupacional, el desempeño ocupacional y la habilidad ocupacional, pudiéndose integrar durante las actividades.

"Es en el juego y sólo en el juego que el niño o el adulto como individuos son capaces de ser creativos y de usar el total de su personalidad, y sólo al ser creativo el individuo se descubre a sí mismo."

Donald Winnicott

Introducción

Pensar en espacios de juego es pensar en abrir la puerta a la creatividad, a la expresión de los sujetos, al reconocimiento de los demás, al compromiso afectivo, mental y corporal. Espacios de juego como forma de conocimiento acerca de las cosas, de sí mismos, de los demás. Espacios facilitadores del encuentro con el otro, del otro colectivo donde se comparten objetivos, se establecen actividades conjuntas, empoderándose y creciendo juntos; promoviendo la solidaridad y la integración, tanto individual como grupal, generando el reconocimiento de las potencialidades, de los límites, recursos, carencias, conflictos, problemas y diferentes abordajes para la búsqueda conjunta de soluciones.(5)

Desde la Educación Popular, proponemos la emancipación y conciencia crítica de todos los participantes del proyecto, el juego como motor y como medio para tener una mejor calidad

de vida, para la realización de todos los derechos de los participantes de los espacios de juego. Espacios en los que proponemos el intercambio de experiencias, el escucharse, el tener en cuenta al otro, como espacio de aprendizaje y creatividad.

Si tomamos al juego como actitud vivencial de la libertad, es esta actitud la que facilita su valor creativo. Poveda (1973)(1), reflexiona: "Al hablar del juego en relación a la creatividad es necesario tener en cuenta dos aspectos: uno, que la creatividad es la facultad por excelencia del juego, y otro, que el juego es uno de los medios más idóneos para ejercitar y desarrollar la creatividad." Es esa libertad que tiene el niño de elegir, de decidir, de aprehenderla como derecho y por tal, de vivir así al juego como forma enriquecedora de dialogar con la vida.

Nacemos con la capacidad de jugar, es a través del juego donde nos conocemos, conocemos al mundo, nos relacionamos con otros, canalizando nuestros propios deseos y frustraciones. Transformamos hechos, objetos y relaciones y logramos resolver las situaciones que se nos presentan. Cuando jugamos, lo hacemos con todo el cuerpo, jugamos con los ojos a través de la mirada, con las manos a través de las posturas y los movimientos, con los labios a través del lenguaje, las palabras, jugamos con otros, con animales, con objetos, con juguetes.(6)

Porque "jugar por jugar" es un *Derecho*. Porque podemos jugar con los pensamientos, las ideas, con las ilusiones, proyectos, utopías y realidades en búsqueda de una realidad que nos haga protagonistas del cambio.(4) Porque el juego nos facilita aprender a elegir, a escuchar, a compartir, a dialogar, a colaborar con el otro y con la "comunidad", a buscar alternativas colectivas a la resolución de problemáticas, de construcción o cambio de reglas y maneras, a ejercer libremente las posibilidades que cada sujeto posee y puede construir con el otro. Porque nuestra comunidad nos muestra una realidad sociocultural con múltiples problemáticas, que pueden ser resueltas a través de la libertad, la creatividad y la educación en valores presentes en los diferentes espacios de juego, espacios de derecho. Y es desde esta mirada que surge en conjunto, entre la Secretaría de Desarrollo Social de la Municipalidad de Quilmes, la Universidad Nacional de Quilmes, y la comunidad de dicho partido, el Proyecto de Extensión Universitaria "Juegotecas Comunitarias".

Un proyecto de extensión que busca abrir espacios de diálogo, diálogo como encuentro con el otro, Freire (1973)(2) refiere, "el diálogo es el encuentro amoroso de los hombres, que mediatizados por el mundo, lo pronuncian, ... lo transforman y transformándolo, lo humanizan para la humanización de todos...". Sostenemos la extensión no como la transmisión de un saber desde la Universidad hacia los niños, sino como práctica de la libertad, donde cada uno de los participantes del proyecto, niños/as, adolescentes y adultos siente que es verdadero protagonista de la transformación, donde no hay lugar al "yo juego" sino al, "nosotros jugamos", donde la construcción es colectiva y por tanto la extensión deja de ser la mera transmisión de conocimiento a un sujeto transformado en objeto, sino a un sujeto que se apropia de lo aprendido, lo transforma en aprehendido y lo recrea.

Metodología

Para la puesta en marcha es importante contar con 3 actores principales: la comunidad que participa en cada barrio, comenzando por los niños/as y siguiendo por los adultos que esperamos sean luego los facilitadores de las juegotecas, además de los compañeros permanentes del juego; la Secretaría de Desarrollo Social del Municipio de Quilmes y la Universidad, articulando entre las diferentes carreras universitarias en tanto formación de estudiantes, graduados y docentes y en la construcción conjunta del campo de abordaje entre los futuros profesionales y el juego como instrumento de promoción de derecho, y es desde este pensar que se ofrece a los estudiantes de las diferentes carreras de la Universidad a participar activamente de las juegotecas comunitarias, concurriendo a las mismas, aportando sus conociemien-

tos, aprendiendo de lo que los chicos y adultos protagonistas del espacio de juego tienen para ofrecer y generando nuevas propuestas.

La implementación de actividades y juegos está íntimamente ligada a los recursos disponibles y diseñados por los mismos participantes, a los intereses y a las necesidades de los niños, niñas y adolescentes, verdaderos protagonistas del espacio de juego. Durante los encuentros se fomenta un clima de libertad de expresión facilitando relaciones democráticas entre los sujetos de la comunidad. Durante la construcción de juegos se promueve el desarrollo en la toma de decisión sobre qué juegos hacer, de qué color pintarlo y con qué recursos; en la juegoteca los participantes construyen los juegos teniendo en cuenta la participación ocupacional, el desempeño ocupacional y la habilidad ocupacional, pudiéndose integrar durante las actividades.

Conclusiones

Queremos resaltar que las juegotecas comienzan a encontrar su lugar comunitario, a vehicular el cambio social, donde el juego aparece como actividad privilegiada y los niños/as como verdaderos protagonistas del juego. Calzetta (2005) (3) plantea "El niño que puede jugar tiene más posibilidades de un desarrollo saludable" y es ahí cuando los espacios pasan a ser facilitadores del encuentro con el otro, del otro colectivo donde se comparten objetivos, se establecen actividades conjuntas, empoderándose y creciendo juntos; promoviendo la solidaridad y la integración, tanto individual como grupal, generando el reconocimiento de las potencialidades, de los límites, recursos, carencias, conflictos, problemas y diferentes abordajes para la búsqueda conjunta de soluciones. La Juegoteca es ese espacio y la Terapia Ocupacional tiene herramientas para abordar dicha problemática.

Asimismo el proyecto de extensión favorece un doble aprendizaje de los estudiantes, en la teoría y en la empiria misma, y por otro lado, el aporte de nuevas miradas, propuestas, y actividades en los espacios de juego.

Bibliografía

- (1) Poveda, D. (1973). "Creatividad y teatro". Ed. Narcea, Madrid. Pag. 1-166
- (2)Freire Paulo (1973) "¿Extensión o comunicación? La concientización en el medio rural." Ed. Siglo XXI Bs.As. pag. 1-109.
- (3)Calzetta Juan Jose, Cerda María R., Paolicchi Graciela (2005), "La Juegoteca: Niñez en riesgo y prevención", Ed. Lumen Bs. As. Pag. 1-157.
- (4)Calcedo Adriana y otros (2012)" Sobre el derecho del niño a jugar (por jugar)". Arte y Ciudadanía. El aporte de los proyectos artísticoculturales a la construcción de ciudadanía de niños, niñas y adolescentes. Unicef. Bs.As.Pag. 1-62
- (5)Brites de Vila, Gladys; Müller Marina.(1990) "Un lugar para jugar" Espacio imaginario. Ed. Bonum. Bs.As.Pag. 1-119.
- (6) Solé María Borja, Martinez Mireia Martín. (2006) "La intervención educativa a partir del juego. Participación y resolución de conflictos". Textos docents. Departament de Didáctica i Organització Educativa. Facultat de Formació del Professorat. Universitat de Barcelona. Pag. 1-79.

La inclusión de Terapia Ocupacional en un Centro de Salud de la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Autora: Lic. TO Julieta Briglia.

Correo Electrónico: julietabriglia86@gmail.com

Resumen

El presente escrito dará cuenta de algunas conceptualizaciones de terapia ocupacional (TO) en un Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) de la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Las mismas se fueron construyendo a partir de la inclusión de la disciplina en este dispositivo en el año 2014.

El objetivo de este trabajo es reflexionar sobre la perspectiva de terapia ocupacional en el CeSAC, y, particularmente, en un equipo de "área" con acción territorial y trabajo interdisciplinario e intersectorial.

Los equipos de áreas del CeSAC tienen múltiples lógicas intervinientes, y su complejidad y riqueza en la acción nos permite un posicionamiento frente a las problemáticas sociales complejas desde la promoción del ejercicio de la ciudadanía de las familias y colectivos que habitan el barrio.

Desde este encuadre, las características del barrio enunciadas en el texto no sólo muestran un "contexto", sino que son el "texto" de nuestro accionar como profesionales de la salud, teniendo en cuenta que desde un primer nivel de atención de la salud, las prácticas de TO tienen como horizonte lo *preventivo-promocional*, con la idea de favorecer la participación colectiva y las relaciones de interdependencia en el territorio que habitan los sujetos. Vemos cómo entonces este modo de hacer pone en juego cuestiones subjetivas y de responsabilidad colectiva y territorial, de re-armado de redes sociales, oponiéndose a la lógica individualista y productiva capitalista.

Se observa que la acción territorial como abordaje a las situaciones familiares y colectivas complejas favorece la accesibilidad al sistema de salud y la posibilidad de articulación con organizaciones sociales y sectores como justicia, vivienda, cultura, desarrollo social, trabajo, educación y recreación, entre otros.

Introducción

El objetivo del presente escrito es reflexionar sobre la perspectiva de terapia ocupacional en un CeSAC de la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y, particularmente, en un equipo de "área" con acción territorial y trabajo interdisciplinario e intersectorial. Para lograr una breve contextualización de los escenarios donde transcurren las prácticas, se plantean recorridos institucionales; algunos indicadores del barrio, y se explica el proceso de "*gentrificación*" que afecta de manera alarmante a sus pobladorxs históricxs.

Terapia ocupacional (TO) es una disciplina nueva en el Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) nº9ⁱ desde el 2014, y su inserción comprende un nuevo núcleo profesionalⁱⁱ (1), que se encuentra en íntima relación con campos más amplios, como pueden ser la salud colectiva y la salud mental. Estos campos se plantean tomando como referencia tanto mis experiencias en la formación de posgradoⁱⁱⁱ, como el proceso de replanteo teórico-organizacional que viene desarrollándose en el CeSAC hace varios años. El mismo tiene que ver con un viraje desde la atención de la salud organizada en programas a pensarla enmarcada en la *salud colectiva* desde equipos de referencia en articulación con programas específicos (2).

La salud colectiva se caracteriza por ser pluridimensional, con gran énfasis en las ciencias sociales, y es considerada un movimiento ideológico comprometido con la transformación social, contemplando la articulación con nuevas miradas del objeto "salud-enfermedad-cuidado" que respeten su historicidad e integralidad (3).

Desde mi incorporación en el CeSAC 9, participo de varios espacios con diferentes grupos etarios y diversos objetivos. Considero que todos aquéllos tienen en común en sus prácticas apostar a un abordaje preventivo-promocional, con discusión interdisciplinar, intrasectorial, y muchas veces, intersectorial. Estos son: entrevistas conjuntas, micro-dispositivos para el abordaje familiar, talleres de promoción de lectura y juego en sala de espera, talleres para adolescentes en diversas instituciones, "adultos en movimiento", talleres con adultas mayores, espacios de orientación, visitas domiciliarias, intervenciones en la vía pública y en los espacios de vivienda colectiva, mapeos colectivos, festejos barriales, entre otros. Además, se realizan algunos seguimientos individuales desde TO.

En un primer nivel de atención^{iv}, el foco de las acciones de TO son las actividades y los contextos cotidianos, en los que se propone entender e intervenir sobre las manifestaciones y discontinuidades de la cotidianidad ocasionadas por situaciones diversas de sufrimiento (4), de malestar y/o estrés sobre todo en contextos en los que se dan condiciones de vulnerabilidad y desafiliación psicosocial (5).

El trabajo preventivo-promocional realizado desde este efector de salud, favorece el acceso a otros dominios sociales y culturales. Por ello se trabaja con recursos como la lectura, el juego, las actividades manuales y artísticas, entre otras, que abren posibilidades para la invención, la estética y el acceso y uso de algunos bienes culturales.

La estética es considerada como una experiencia sensible que conecta al sujeto sensorialmente con su entorno y, al mismo tiempo, ofrece otro espacio-tiempo donde armar preguntas, explicaciones, y *desarmar* algunos modos habituales de lidiar con algunas situaciones cotidianas. La experiencia estética inventa nuevos modos de llevar a cabo el proceso de singularización (6) en una población que generalmente está marcada por la exclusión, la homogeneización y la falta.

El barrio de La Boca

El barrio se encuentra atravesando un proceso de "gentrificación" (7), es decir, una reconversión de la configuración social con el fin de cambiar su perfil y atraer a pobladores de alto poder adquisitivo, provocando la expulsión y desplazamiento de sus históricos habitantes (por encarecimiento de viviendas, servicios públicos, alimentos, etc.). Este proceso es promovido por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA)^v, en connivencia con distintos grupos empresarios, y trae consecuencias violentas -desalojos compulsivos, conflictos sociales - incertidumbre, y precariedad habitacional.

Aproximadamente el 20% de la población en el barrio tiene las necesidades básicas insatisfechas (NBI) y son elevados los índices de morbi-mortalidad (8). Esta población se caracteriza además por tener un bajo nivel de escolaridad, precarización del empleo, subocupación o desempleo y condiciones ambientales deficientes -inadecuado acceso a bienes y servicios, contaminación ambiental, plagas, déficit de cloacas y agua corriente^{vi}. Todos estos graves indicadores no sólo muestran un "contexto", sino que son el "texto" de nuestro accionar como profesionales de la salud ya que nos marcan un modo de abordaje de las problemáticas complejas desde la promoción del ejercicio de la ciudadanía^{vii} de las familias y colectivos que habitan el barrio.

Equipo de "Área"

Los "equipos de área" están compuestos interdisciplinariamente y se caracterizan por tener acciones territoriales e intentar constituirse como una "referencia" para las familias o colecti-

vos que se encuentran atravesando una situación de vulnerabilidad y riesgo, con una articulación con otros equipos y organismos. Se trabaja en función de los ejes: promocional/preventivo, asistencial y de seguimiento, con una visión integral de la salud -incluyendo las dimensiones ético-políticas- y comprometiéndose con la salud, en tanto derecho humano fundamental.

Para intentar abordar desde alguna arista este modo de intervención "complejo", cito desde la rehabilitación psicosocial a Benedetto Saraceno (9), quien nombra tres maneras de fortalecer el poder contractual y contribuir a la participación social y al acceso de los derechos humanos:

- Organizar la vida diaria de manera simbólica y material
- Tener poder de decisión en el espacio que habita
- Tener un lugar donde poder desarrollar lazos afectivos

Estas acciones claramente se podrán ver limitadas cuando las personas y grupos atraviesen situaciones de vulnerabilidad psicosocial (10), luchas de poder, violencia de género y diversos malestares presentes en sus realidades cotidianas.

Para este escrito, mi interés es abordar algunos intersticios en el trabajo en los equipos de áreas reivindicando la importancia que Saraceno le otorga a los espacios y lugares a habitar.

Como se ha explicitado anteriormente, en el barrio nos encontramos con mudanzas, cambios repentinos de lugares, pérdidas de espacios, no-lugares o lugares negados para los vecinos.

Me gustaría detenerme en la pregunta: ¿qué aspectos del "territorio" tomar para pensar el trabajo de áreas?

Milton Santos define al territorio como "*el espacio socialmente construido*" (11). Para este autor, los elementos del espacio serían los hombres, las empresas, las instituciones, el llamado medio ecológico y las infraestructuras. Es así como piensa al espacio como un sistema de relaciones y estructuras, sin perder de vista su dimensión histórica (12).

"El territorio es sinónimo de apropiación, de subjetivación cerrada sobre ella misma. El territorio puede desterritorializarse, es decir, abrirse, implicarse en líneas de huída, partirse en estratos y destruirse. La reterritorialización consistirá en una tentativa de recomposición de un territorio comprometido en un proceso desterritorializante"(13).

En una reunión con otro equipo de área, surgió la necesidad de contar con un diagnóstico participativo utilizando como técnica de acercamiento el "*mapeo colectivo*"(14). El objetivo que nos planteamos al elegir esta técnica es visualizar aspectos y lugares que generen placer y malestar en el barrio. Al discutir sobre esta temática, aparece además la idea de poner en circulación los recursos que utiliza la gente que muchas veces permanecen invisibilizados. La concepción procesual de territorio no se contradice con este intento de "fotografía", que propone el mapeo, ya que dicho abordaje implica una construcción colectiva, contraponiéndose a las maneras cotidianas de abordaje de las situaciones.

¿Cómo apoyar el desarrollo de proyectos que incluyan formas alternativas de convivencia y participación social? Es necesario, entre otras variables, no perder de vista las demandas y posibilidades de la familia, la necesidad de fortalecimiento de sus redes y las exigencias sociales (15).

Desde este complejo entramado, TO intentará entonces favorecer las relaciones de interdependencia en el territorio que habitan los sujetos. En este sentido, el sujeto "individual" se transforma en sujeto colectivo.

Conclusión

Para finalizar, considero que la promoción de la salud puede pensarse como una manera de fomentar la realización de actividades colectivas que presten un nombre y un sentido de existencia a ese hacer que sin posibilidad de circulación social caería como resto, como desecho. Vemos cómo entonces este modo de hacer pone en juego cuestiones subjetivas^{viii} y de responsabilidad colectiva y territorial, de re-armado de redes sociales, oponiéndose a la lógica individualista y productiva capitalista.

Cuando lo siniestro se presenta y se reproduce, uno se pregunta cómo armar micro-dispositivos que den un lugar, que ofrezcan la posibilidad de ensayar la toma de decisiones, a las re-territorializaciones que transformen la cotidianidad. Este proceso de acompañamiento es complejo, y requiere de un trabajo reflexivo hacia el interior del equipo, y de la articulación intrasectorial e intersectorial con organizaciones sociales, justicia, vivienda, cultura, desarrollo social, trabajo, educación y recreación, entre otros.

Los equipos de áreas del CeSAC tienen múltiples lógicas intervinientes, y su complejidad y riqueza en la acción nos permite un posicionamiento frente a las problemáticas sociales complejas desde la promoción del ejercicio de la ciudadanía de las familias y colectivos que habitan el barrio.

Referencias bibliográficas

- Galheigo, S.M. 2008 "Terapia ocupacional, a produção do cuidado em saúde e o lugar do hospital: reflexões sobre a constituição de um campo de saber e prática". Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo ISSN 1415-9104 19,1 : 6-7
- Para profundizar sobre el concepto de equipo de referencia y apoyo matricial consultar: De Souza Campos, G. 2001 "Gestión en Salud. En Defensa de la vida". Lugar Editorial. (Bs. As.)
- Nunes, E. D. 2014 "Paradigmas de la salud colectiva: breve reflexión" Rev. Salud Colectiva, 10, 1:57-65
- Galheigo, S.M. 2012 "Perspectiva crítica y compleja de terapia ocupacional: actividad. Cotidiano, diversidad, justicia social y compromiso ético-político". Rev. TOG Coruña, España. Monog.5 :176-187.
- Kronenberg F. ; Simó Algado, S. ; Pollard, N. 2007 "Terapia Ocupacional sin fronteras- Aprendiendo del espíritu de supervivientes". Ed. Panamericana. (Bs. As.; Madrid) 148.
- Caruso Mecca, R. 2008 "Experiencia estética na terapia ocupacional em saúde mental: gestos na materia sensível e alojamento no mundo humano". Disertación presentada en la Faculdade de Medicina da Universidade de Sao Paulo para la obtención del título de Maestría en Ciencias. Supervisora: Prof. Dra. Eliane Dias de Castro. Sao Paulo, Brasil. 39
- Salinas Arreortua, L.A. 2013 "Gentrificación en la ciudad latinoamericana. El caso de Buenos Aires y Ciudad de México". *GeoGraphos*. Grupo Interdisciplinario de Estudios Críticos y de América Latina (GIECRYAL) de la Universidad de Alicante, 4, 44: 283- 307.
- Fuente: Dirección General de Estadística y Censo – Año 2010
- Saraceno, B. 1999 "La liberación de los pacientes psiquiátricos. De la rehabilitación psicosocial a la ciudadanía posible". Editorial Pax (México).
- Galheigo, S.M. 2012. Op.cit.
- Risler, J.; Ares, P. 2013. "Manual de mapeo colectivo: recursos cartográficos para procesos territoriales de creación colaborativa" 1ed. Ed Tinta Limón. (Bs As.) 3
- Fleury, S. "La ciudad de los ciudadanos" Trabajo presentado en el X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Octubre de 2005, Santiago de Chile. Publicado en la Biblioteca Virtual TOP.

Guattari, F. 1995 "Cartografías del deseo" Ed. La Marca (Buenos Aires) 240

Risler, J.; Ares, P. 2013. Op.cit.

Almeida, M.C., Soares, C. R.; Dias Barros, D; Galvani, D. 2012 "Processos e práticas de formalização da Terapia Ocupacional na Assistência Social: alguns marcos e desafios". *Cad. Ter .Ocup. UFSCar*, São Carlos, 20, 1: 33-41.

Notas aclaratorias

ⁱ Mi cargo de terapeuta ocupacional de planta permanente en el CeSAC n°9 dependiente del Área Programática del Hospital C. Argerich, se efectivizó en abril de 2014, siendo la primera TO en el dispositivo.

ⁱⁱ El núcleo vislumbra una aglutinación de saberes y prácticas, que conforma una cierta identidad profesional y disciplinar. "El núcleo demarcaría la identidad de un área de saber y de práctica profesional, y el campo, un espacio de límites imprecisos donde cada disciplina y profesión buscaría en otras apoyo para cumplir sus tareas teóricas y prácticas (...)"

ⁱⁱⁱ La formación de posgrado a la que hago referencia es una Residencia en el campo de la salud mental, con sede en el Hospital de Emergencias Psiquiátricas T. de Alvear (CABA) y varias rotaciones en dispositivos de salud comunitaria.

^{iv} Ver definición y criterios de organización del primer nivel de atención de la salud en Art.s 18 y 19 de la Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires n°153, 1999

^v El GCBA denomina a un conjunto de barrios que La Boca ocupa un lugar central, como el Distrito de las Artes, al que define como "el área del Ministerio de Desarrollo Económico del Gobierno de la Ciudad que impulsa el crecimiento del sector artístico y afianza a Buenos Aires como ciudad cultural" <http://www.buenosaires.gob.ar/distritodelasartes/mapa>

^{vi} Según relevamientos realizados por el CeSAC n°9 entre los años 2005-2010

^{vii} La ciudadanía se entiende e interpreta "(...) a partir de los actos reivindicativos que efectúan los individuos, en base a articular las demandas de justicia mediante la creación de nuevos sitios y lugares de lucha. Estos 'actos de ciudadanía' les dan voz a los individuos que necesitan ser escuchados por su condición de desigualdad estructural. Carman M.-Janoschka, M. Presentación del dossier "Ciudades en disputa: Estudios urbanos críticos sobre conflictos y resistencias" Rev. QUID 16 Revista del Área de Estudios Urbanos Instituto de Investigaciones "Gino Germani" 4, 4 :3-4.

^{viii} Las subjetividades se consideran como un "conjunto de condiciones por las que instancias individuales y/o colectivas son capaces de emerger como Territorio existencial sui-referencial, en adyacencia o en relación de delimitación con una alteridad a su vez subjetiva". Guattari, F. 1996 "Caosmosis" Ed. Manantial (Buenos Aires) 20.

Foco, Clic: Espiritualidad.

Análisis del contenido del Concurso Fotográfico 2014

“La espiritualidad en la ocupación de crianza de niños”

Autores: Cacciavillani, María Fabiana; Seijo, Florencia Cecilia; Delfino, Marcela Andrea; Bertolotto, Mari-
cel Edith; Leegstra, Rut Cristina; Prada, María Cecilia; Anderson, Mariela; Cristiani, Liliana Sandra; Re-
mesar, Sergio Esteban; Polinelli, Silvia; Torres, Noelia
Correo electrónico: cacciavillani@unq.edu.ar

Resumen

Introducción

El presente texto se aboca al análisis del material fotográfico y de textos presentado en el 4to Concurso Fotográfico 2014 “La espiritualidad en la ocupación de crianza de niños”. Busca identificar la espiritualidad en la crianza de los niños.

Metodología

Estudio exploratorio descriptivo cuali-cuantitativo. El análisis aborda 9 obras presentadas donde se analizaron: el número de personas, género, edad, vínculo, lugar, función, espiritua-
lidad, sentimiento y foco.

Resultados y conclusiones

Son parciales sobre 9 obras y arrojan datos cuantitativos como cualitativos que permiten decir que “la crianza de los niños es representada por los participantes como una actividad principalmente relacionada a un vínculo entre un niño y un adulto, en su mayoría los pa-
dres. Las actividades fotografiadas muestran el cuidado, el juego y en ocasiones la enseñan-
za. La espiritualidad pareciera quedar vinculada al significado de la actividad donde puede identificarse fuertes sentimientos afectivos que llevan a su participación, y los profundos de-
seos de transmitir identidad, conocimientos y cuidados. El rasgo distintivo que pareciera mar-
car la crianza y la espiritualidad presente es el enorme amor y placer de las actividades com-
partidas que se observa en los fotografiados.

Introducción

El siguiente trabajo pertenece a una actividad satelital de un proyecto mayor¹, dicho pro-
yecto tiene como objetivo general: Identificar la participación de los padres y madres en acti-
vidades de auto cuidado, productividad y tiempo libre, antes y después de la crianza del pri-
mer hijo.

Entre las diversas actividades desarrolladas durante el proyecto de investigación se en-
cuentra el Concurso fotográfico 2014² actividad que se articula con la Dirección de la Carrera
de Licenciatura en Terapia Ocupacional y el curso de Teoría de Terapia Ocupacional I.

¹ Proyecto de investigación “Desempeño ocupacional de madres y padres luego de la crianza del primer
hijo” Director Rut Leegstra. Codirector Sergio E. Remesar RCS N° 503/14

² Concurso Fotográfico 2014 “ La espiritualidad en la ocupación de crianza de niños ” RCD 144/14

El concurso fotográfico se ha desarrollado desde el año 2009, invita a la comunidad de Terapista Ocupacionales a presentar una fotografía y un texto que incluya forma, función y significado del tema central "La espiritualidad en la ocupación de crianza de niños".

Dada la complejidad de los temas a abordar en el proyecto, "crianza de los niños" y "espiritualidad" y el escaso material propio del campo disciplinar, sobre este último término, es que nos llevo a la búsqueda de diversas estrategias para abordar la temática en cuestión. El concurso fotográfico es una de ellas, con el posterior análisis de las fotografías y los textos presentados.

Para ello, se invitó a participar a la comunidad de Terapista Ocupacionales en formación y graduados, llevándose a cabo entre septiembre y noviembre de 2014, con exposición y entrega de premios.

Las temáticas que abordó el concurso incluyen una actividad instrumental de la vida diaria: la crianza de los niños; considerada como una co-ocupación que incluye múltiples actividades destinadas a supervisar y cuidar las necesidades de los niños. (1) Diversos actores están involucrados en esta ocupación entre ellos los padres, abuelos y otros miembros de la comunidad (7). Algunos autores sostienen que nunca se termina aunque si varía sus formas acorde a las edades de los niños que luego serán adultos (5)

Nos preguntamos si hay cambios en la participación ocupacional de los padres al nacer un niño? y ¿ Que motiva esos cambios ? para ello la espiritualidad se presenta como un aspecto del ser humano , complejo para comprender y estudiar . Entre las definiciones de espiritualidad encontramos que se trata de una experiencia profunda de significado (5), que busca responder a la preguntas de la vida (1) e influye en la elección de las ocupaciones (6).

El análisis que se realizó sobre el material presentado al 4to concurso fotográfico incluyó las imágenes fotográficas y los textos, busca describir algunos aspectos que se encuentran en la crianza de los niños y relacionarlo con la espiritualidad .Comprende los siguientes temas: Número de personas, género, edad, vínculo, lugar, función, espiritualidad, sentimiento y foco.

Objetivos

Identificar y analizar el material fotográfico y textos presentados al 4to Concurso Fotográfico 2014 "La espiritualidad en la ocupación de crianza de niños"

Objetivos Específicos

Identificar y analizar el **número de personas**.

Identificar y analizar el **género**.

Identificar y analizar la **edad**

Identificar y analizar el **vínculo** entre las personas.

Identificar y analizar el **lugar** en el que ocurre la fotografía.

Identificar y analizar la **función que se realiza**.

Identificar y analizar **la representación de la espiritualidad**.

Identificar y analizar los **sentimientos** transmitidos en la foto.

Identificar y analizar en la imagen el **foco principal**.

Material y métodos

Estudio exploratorio descriptivo cuali-cuantitativo (6) basado en el estudio de casos. Se analizaron los núcleos temáticos emergentes del material fotográfico y de los textos presentados.

Resultados y Conclusiones

El 4to concurso fotográfico recibió 10 obras .Todas completas, de las cuales solo una fue eliminada ya que no se observa co-actividad.

A partir de la identificación y el análisis del material presentado podríamos decir que en la mayoría de las fotos hay presente dos **personas** y en una un grupo numeroso de personas.

Género de las personas es variado presentándose hombre –mujer en tres fotografías, mujer –mujer en una fotografía, hombre –hombre en cuatro fotografías y grupo hombre- mujer en una fotografía.

Edad: nueve niños, ninguna preadolescente ni adolescente, siete adultos, un adulto mayor.

Vínculo entre los fotografiados es: en cuatro casos padre -hijo, un caso, madre-hijo, una caso cuidador –niño, una caso nieto-abuelo, una caso maestro –alumnos. En una foto no se identifica o aclara el vínculo.

Lugar de la fotografía es en seis presentaciones, íntimo (casa), y en tres presentaciones comunitario, representado en plazas y parques.

Función en la crianza de los hijos está representada por actividad de juego en seis presentaciones, actividades de cuidado (alimentación, baño) en cuatro presentaciones, enseñanza en cuatro presentaciones, participación social en dos presentaciones.

Concepto de espiritualidad podríamos identificarlo en expresiones afectivas (amor/ cariño), la necesidad de transmitir (herramientas, conocimientos, identidad, ideales), en sentimiento intensos referidos (pasión, compañerismo, solidaridad y fé)

Sentimientos transmitidos, compromiso, amor, actividad de goce, felicidad.

Foco principal de las fotos resultó el punto de contacto físico entre las personas. Por ejemplo: la mano del niño con la boca del padre, las manos de la madre y el niño. En las restantes el foco se encuentra entre la persona y el objeto.

Análisis Cualitativo parcial del material presentado

Del análisis conjunto de las fotografías y los relatos podemos destacar el hecho de rememorar o revivir su propia infancia, así lo relatan en la mayoría del material presentado.

Obra: "Goleando con el Alma"....." *se vivencia por parte del adulto una línea invisible que une los recuerdos de su niñez, ocupando su rol de hijo con su nuevo rol paterno."*

Obra: "Enseñar mi ser"....." *ella mientras lo observa, recuerda su infancia y los primeros contactos con la música"*

Obra: Reflejo....." *La mamá de Catalina considera un aspecto importante la calidad de sus alimentos, por lo tanto realizó este proyecto en su casa y como la fotografía lo demuestra transmite ese valor e incluye a Catalina en el proceso."*

Otro aspecto que pareciera ser el motor de la participación de la crianza de los niños, por parte del adulto, es el deseo de transmitir:

Obra: "En tus ojos me veo " *el significado es muy extrínseco y subjetivo está ligado a la satisfacción de poder transmitir sus conocimientos e ideales a los más pequeños, generando un sentimiento de utilidad y herramientas hacia el niño."*

A partir de la identificación y el análisis parcial del material presentado podríamos decir que "la crianza de los niños es representada por los participantes como una actividad principalmente relacionada a un vínculo entre un niño y un adulto, en su mayoría los padres .Las actividades fotografiadas muestran el cuidado, el juego y en ocasiones la enseñanza. La espiritualidad pareciera quedar vinculada al significado de la actividad donde puede identificarse fuertes sentimientos afectivos que llevan a su participación, y los profundos deseos de transmitir identidad, conocimientos y cuidados. El rasgo distintivo que pareciera marcar la crianza y la espiritualidad presente es el enorme amor y placer de las actividades compartidas que se observa en los fotografiados.

Recomendaciones y comentarios

El presente trabajo es el resultado de una actividad satelital de la investigación anteriormente citada y docencia. Los resultados no son generalizables pero nos abren a la reflexión de poder pensar en esta compleja dimensión y vínculos entre ocupaciones y espiritualidad.

Bibliografía

- American Journal of Occupational Therapy (2008) **Marco de Trabajo para Práctica en Terapia Ocupacional. Dominio y proceso.** 2da.Edición. Estados Unidos. Traducción española 2009: (pág 2-12;69)
- Case-Smith, J. (2005) **"Occupational Therapy for children"** Editorial Elsevier Mosby. Estados Unidos . (pág. 521-526)
- Colmellas , Maria Jesús (1986) **Como medir y desarrollar los hábitos personales.** Ed CEAC ,SA , Barcelona España .(Pág 9-36)
- Crepeau .Cohm . Schells (2009) **Willard & Spakman Terapia Ocupacional** 11 ava edición. Panamericana, Bs As , Argentina . (pág 90 – 96)
- Francis-Connolly, E. (2000) ***Toward an Understanding of Mothering: A Comparison of two Motherhood Stages.*** The American Journal of Occupational Therapy (pag 281-289)
- Kielhofner G. (2006) ***Research in Occupational Therapy . Methods of Inquiry for enhancing practice*** .USA. Editorial FA Davis Company.(pág 58 a 63)
- (7) Larson; Elizabeth, (2000). ***Mothering: Letting Go of the Past Ideal and Valuing the Real.*** The American Journal of Occupational Therapy.

Rayuela: construcción conjunta y articulación de saberes. Del lado de acá y de ambos lados

Autoras: Lic. Liliana N. Arce, Dra. Ma. Cristina Chardon
Correo electrónico: lence@unq.edu.ar

Resumen

El objetivo de este trabajo es el de difundir una experiencia, enmarcada en el Proyecto "Rayuela" de Extensión Universitaria de la Universidad Nacional de Quilmes. "Rayuela" plantea sus objetivos desde una perspectiva interdisciplinaria en espacios de cuidado comunitario, orientado al cambio social: atender al derecho de las/os niñas/os a la educación, la construcción de una mejor calidad de vida y la formación y fortalecimiento de las redes sociales de apoyo. En cuanto a la curricularización dentro de las aulas, se propone transferir los conocimientos que se construyen en las universidades a la comunidad, y viceversa para que luego puedan reorientar a la investigación y a la docencia. Cuando pensamos en niñas/os es importante recuperar la perspectiva de la ciudadanía infantil que los reconoce como actores de su propio desarrollo, lo cual implica, el derecho a expresar libremente sus opiniones y a recibir y buscar información, como herramientas centrales para la participación genuina. Esto significa que los adultos no solo tienen que garantizar la protección integral sino también construir espacios que habiliten la participación infantil en la toma de decisiones y en la ejecución de las acciones comunitarias. A la fecha, se han desarrollado las siguientes acciones: Talleres de Cuidado del medio ambiente, de AVD; de Narración de Cuentos; de Muralismo; de estimulación temprana para cuidadoras y madres de las niñas/os; encuestas a referentes de la comunidad, para su análisis y posterior sistematización, entre otros. El marco teórico lo ofrece la Terapia Ocupacional Comunitaria y la Convención de los Derechos del Niño. Se está trabajando con la perspectiva de los Derechos Humanos, con sentido amplio e inclusivo y se ha logrado un vínculo entre los niños y los libros; la capacitación de las cuidadoras, la siembra de semillas (cuidado) de plantas hortícolas, frutales, etc.; la sistematización de encuestas a referentes de la institución, entre otras.

Introducción

Este trabajo se plantea en el marco del proyecto de investigación "Instituciones y sujetos del cuidado. Transformaciones actuales de las representaciones y prácticas en el ámbito de la educación, la salud y las familias", con sede en el Dto. de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Quilmes. En él se intenta reflexionar sobre las características del proyecto de extensión "**Rayuela**" como un dispositivo de cuidado comunitario con el objeto de aportar un análisis teórico sobre una experiencia de la práctica profesional e institucional en, desde y para la comunidad, que descubre y/o evidencia el conjunto de fuerzas que operan en los espacios donde los niños y niñas se educan, y construyen espacios de autonomía, confianza y seguridad. En la Argentina, los problemas sociales de la población tienen en las distintas disciplinas, un papel no menor y prácticamente identificatorio del trabajo comunitario junto con lo político (1).

Don Bosco es una ciudad situada en el Nordeste del Municipio de Quilmes (sur del Gran Buenos Aires). En esta ciudad, se encuentra la Villa Itatí, ocupando un territorio de 5 km. cuadrados (36 manzanas irregulares), y comprende una zona crítica por la complejidad socio territorial. Es uno de los asentamientos de mayor densidad de Latinoamérica, poblado por migrantes de distintos orígenes. En la Villa Itatí fue fundado hace 25 años atrás

el Jardín Comunitario "Obrador". La iniciativa surge de las madres que trabajaban en el servicio doméstico, y necesitaban un lugar seguro para dejar a sus niños/as mientras se encontraban fuera de su hogar.

La pobreza es un fenómeno económico y social capaz de reproducirse a sí mismo. Se expresa en privaciones que afectan las potencialidades para el desarrollo y, en consecuencia, afectan la capacidad de ejercer plenamente la ciudadanía política y social, insertarse en el mercado de trabajo, obtener recursos y acceder a niveles de bienestar suficientes para romper la cadena de transmisión intergeneracional. La infancia es el período de la vida en que las personas desarrollan capacidades físicas, psíquicas, (cognitivas y emocionales) sociales y de aprendizaje. En los tres primeros años de vida, los niños desarrollan su capacidad para pensar y hablar, para regular sus emociones, para aprender y razonar, estableciéndose las bases de sus comportamientos futuros. La pobreza infantil abarca tres dominios interrelacionados, la privación, es decir la falta de condiciones y servicios materiales esenciales para el desarrollo; la exclusión, entendida como el resultado de procesos de desajuste, a través de los cuales la dignidad, la voz y los derechos de los niños son negados o sus existencias amenazadas; y la vulnerabilidad, que es definida como la ineficiencia de la sociedad de poder controlar amenazas existentes en sus entornos que atentan contra esta población(2). Nuestra propuesta es la de trabajar siguiendo los lineamientos instaurados por la Convención de los Derechos del Niño, que fue adoptada por Argentina a través de la sanción de la Ley Nº 23.849 por el Congreso de la Nación (3). A partir de ese momento se instala en nuestro país la concepción del niño/a como sujetos de derecho, dando paso a la perspectiva del niño como actor social que tiene el derecho a la participación plena en todos los ámbitos de la vida social. Se ha priorizado el desarrollo de acciones asociativas que garanticen una mejora en la calidad de vida de las/os ciudadanas/os, incluyendo tanto la propuesta de ideas innovadoras, el acceso a recursos y servicios y la capacidad de organización y participación real en la gestión. Se desarrollan prácticas profesionales de manera conjunta, estimulando la construcción de redes de apoyo, pues se sabe que a través de éstas, se logra la protección de quienes la integran. Rayuela se genera en el espacio de extensión de la UNQ, que ha venido desarrollando una política de articulación con la comunidad, a través de actividades académicas, de investigación y de extensión, poniendo de manifiesto y reafirmando que una de las tareas sustantivas de la formación de los estudiantes universitarios en una Universidad Pública, tiene que ver con el compromiso ético con la sociedad que la sostiene y, al mismo tiempo, con brindar oportunidades en la formación que permitan tener en cuenta los problemas sociales y proponer intervenciones en beneficio de la población y del estudiantado. Estudiantes, graduados, docentes y referentes comunitarios, comparten una praxis vinculante con el entorno, considerando un deber formativo, asumiendo la responsabilidad institucional de una nueva ciudadanía social y a la vez ratificando su compromiso de futuro. La intervención propuesta está dirigida a 100 niños/as cuyas edades oscilan entre los 6 meses y los 6 años que concurren al Jardín Comunitario "Obrador". Al iniciar las actividades, luego de realizar una observación etnográfica, se entrevistó a referentes comunitarios, seleccionando una metodología cualitativa. De los problemas comunes que se destacaron surgieron una serie de necesidades y es sobre algunas de ellas que el equipo de trabajo hizo hincapié: Niñas/os en situación de vulnerabilidad social; Alto porcentaje de madres adolescentes; Falta de integración a redes comunitarias; Problemática ambiental (terrenos inundables, grandes concentraciones de basura, etc.).

Las/os niñas/os que concurren al Jardín Obrador, denotan escaso desarrollo de las capacidades de asociación, abstracción y análisis, sumándose la falta de estímulos y motivación de sus familias. El cumplimiento del derecho de las niñas a la educación es, ante todo, una obligación y un imperativo moral que garantiza nuestra Constitución Nacional. Esta posición obliga a rever los espacios educativos y sanitarios en los que interactúan adultos, niños y niñas. Tradicionalmente estos espacios se sostienen en la sumisión a la autoridad y la inclusión infantil en un orden jerárquico predeterminado que los considera objeto de tutela en lugar de verlos como sujetos de derecho (4) El estado de indefensión en la infancia se evidencia en el

deterioro del comportamiento ocupacional, que, según dichos de las/os niñas/os manifestados en una encuesta implementada recientemente, se manifiesta por el escaso desempeño de actividades lúdicas (los niños comentan que juegan al fútbol en "la canchita" si no está inundada, mientras que las niñas solo miran televisión en sus hogares). La sistematización de las encuestas están disponibles para profundizar estos temas en futuras investigaciones.

Aquí proponemos a Rayuela como un espacio de construcción de ciudadanía. Experiencias que promueven la participación infantil muestran que niñas/os se comprometen activamente cuando son convocados para transformar sus situaciones de vida cotidiana y que pueden construir su participación junto con los adultos (5). La intervención se realiza a través de:

- Reuniones de equipo en las instalaciones de la UNQ (dirección, co-dirección, docentes, estudiantes, graduados), donde se definen los distintos talleres a desarrollar en el Jardín y cuáles serán los marcos teóricos y metodologías que se implementarán y darán el marco adecuado a las actividades.

- Reflexiones teóricas compartidas por el equipo (dirección, co-dirección, docentes, estudiantes, graduados) que dan marco a las actividades a desarrollar, en las instalaciones de la UNQ. Por otro lado, en materias de la Licenciatura en Terapia Ocupacional, Licenciatura en Comunicación, Licenciatura en Hotelería y Diplomatura en Ciencias Sociales, implementando en las aulas la curricularización de la Extensión Universitaria, las/os alumnas/os, luego de reflexionar sobre las necesidades percibidas han confeccionado distintos proyectos desarrollando técnicas y teorías propias de cada disciplina y que luego fueron entregados en el jardín luego del desarrollo de los talleres (Ej.: confección de frazadas para las cunas de los niños cuya franja etaria oscila entre los 6 y los 3 años, implementando técnicas de estimulación temprana; confección de toallas, se estimulará a los niños, a través del juego, a incorporar y/o fortalecer actividades de higiene; confección de pizarras abordando distintas temáticas, donde los niños, a través del juego, podrán explorar y compartir (Modelo de Mary Reilly); confección de alfombras de estimulación para de los niños cuya franja etaria oscila entre los 6 meses y los 3 años, implementando técnicas de estimulación temprana, entre otras). Debido a las necesidades detectadas en la comunidad, estudiantes voluntarias, han creado un ropero comunitario para abastecer las demandas de la comunidad. Además se han desarrollado los siguientes talleres: de Salud, de Educación, de AVD, de Narración de Cuentos, de Muralismo, de estimulación temprana para cuidadoras y madres de las niñas/os, Cuidado del ambiente y Formación de agentes multiplicadores, entre otros, y encuestas a referentes significativos de la comunidad, para su análisis y posterior sistematización que brindará datos para futuras investigaciones. El eje central de los talleres que se implementan, es la participación social y el desarrollo comunitario, cuyas acciones se orientan al mejoramiento de las condiciones de vida de los actores sociales. El desarrollo de los talleres generó un espacio donde, a través del juego, abundaron las emociones, el goce, la risa, el estrechar vínculos, el asombro, la creatividad, el disfrute del placer, la alegría y la ansiedad por el próximo encuentro. Se está trabajando en el armado de los siguientes talleres: Confección de instrumentos musicales con materiales reciclados, reforzar la capacitación a madres y cuidadoras en la aplicación de técnicas de estimulación temprana, Relatos de cuentos infantiles (Crear y/o fortalecer el vínculo con el libro), entre otros.

Algunas conclusiones desde las voces de todas/os

La continuidad de las acciones se dará en el fortalecimiento de las relaciones con los referentes comunitarios ya que "Rayuela" tendrá permanencia en el territorio hasta el año 2015. El proyecto planteado desde la extensión universitaria se propone transferir los conocimientos que se construyen en las universidades a la comunidad, y viceversa para que luego puedan reorientar a la investigación y a la docencia. La Universidad comienza a ser visibilizada por la comunidad como un lugar del espacio público al que se puede acceder, del que se pueden apropiar y con el que cuentan. Aparece en algunos miembros de la comunidad la necesidad

de seguir estudiando, apropiándose de los espacios creados, generando sinergias. Desde estas perspectivas es posible plantear a "Rayuela" como dispositivo de cuidado que, entre sus objetivos, plantea construir y desarrollar estrategias para la promoción de la salud, la inclusión social y la participación en actividades de formación e integración, en el marco de un conjunto planificado de acciones de transferencia de conocimientos y vinculación universitaria con, desde y para la comunidad, tendiendo al desarrollo y el armado y fortalecimiento de lazos comunitarios. En este sentido vemos que incluye la búsqueda de maneras de cuidado diferentes; adoptando posturas en que a sus integrantes se les devuelva una imagen propia y de comunidad valiosa. Percibir a las niñas/os, vecinos, alumnos y docentes como miembros efectivos de la red, permite aumentar la red social personal, que constituye una de las claves de la experiencia individual de identidad, bienestar, competencia y de la calidad de vida. Se fomentan las condiciones que permitan crear una historia común, compartir experiencias comunes, desarrollar relaciones emocionales en la comunidad, y una pertenencia al grupo. Es necesario concentrar las fuerzas políticas, culturales, educativas, económicas para unidireccionarlas tras un mismo objetivo, reforzando las condiciones democráticas y de derechos de las personas. El impacto esperado es que en la reflexión y estrategias a fortalecer, la función social de la Universidad Pública, ofrezca el espacio público institucional para generar instancias en que la comunidad universitaria y las organizaciones de la sociedad civil puedan encontrarse para entablar un intercambio fluido y permanente en torno a la identificación de las necesidades, las demandas y las potencialidades de desarrollo de la comunidad y a la discusión y elaboración de políticas sociales.

Bibliografía

- Bokser, M. (2001). ¿Qué significa la Convención Internacional de Derechos del Niño en las prácticas educativas. En *Derechos del niño, prácticas sociales y educativas*. Ediciones Novedades Educativas. Noviembre/ Diciembre de 2001. Año Nº 8. Nº 41.
- Arango, C (1996) en Sánchez Vidal Musitu Ochoa *Intervención comunitaria Aspectos científicos técnicos y valorativos*.1996 Barcelona
- Ley Nº 23.849 (. Convención de los Derechos del Niño. Congreso de la Nación Argentina
- CARLI, S. (2008). Notas para pensar la infancia en la Argentina. Figuras de la historia reciente (1983-2001). En *La cuestión de la infancia. Entre la escuela, la calle y el shopping*. Buenos Aires: Paidós.
- Chardon, Ma. C.; Arce, L.;(2014) "*Construir comunidad: ejercer libertad y ciudadanía*", En *Cuerpo y Subjetividad*, Comp. Trimboli, Grande. Raggi, Fantin, Fridman, Bertran. 1º Edición, Pág. 431, 432 y 433. ISBN 978-987-23478-9-5.

Mesa 5

Rehabilitación en miembro superior

Revisión sobre los Avances en la rehabilitación en personas con Lesión medular, rehabilitación de los Miembros Superiores, ¿estamos cerca?

Autor: Mariana Bonetto
Correo electrónico: mbonetto@yahoo.com.ar

Resumen

Introducción

Como ya sabemos una lesión medular trae daños motores y sensitivos por debajo de lesión y trastornos de esfínteres y sexuales. Raineteau y Schwab ⁹ definen una lesión en la médula espinal como una lesión en la médula espinal que resulta en la interrupción de haces de fibras nerviosas que transmiten ascendentes y descendentes información sensorial motor. Una lesión de la médula espinal nivel cervical da como resultado tetraplejía, la pérdida de la mano y la función del miembro superior con deterioro o pérdida de motor y / o la función sensorial. En las lesiones medulares incompletas, algunas transmisiones neuronales pueden todavía pasar a través de la médula espinal, pero a menudo es fragmentaria o distorsionados que conduce a complicaciones neurológicas adicionales, tales como dolor crónico o espasticidad.

De mi experiencia en el trabajo con personas que han sufrido una lesión medular, nos encontramos con personas generalmente jóvenes adultos, demandantes, cognitivamente sin dificultades. A su vez debido a la interrupción traumática de su rutina diaria y a la falta de actividades físicas, tienen mayor tiempo para pensar generándose dudas y preguntas sobre su nueva condición y sobre el pronóstico posible. Aun más en los tiempos actuales, donde los avances tecnológicos han permitido el acceso a información por internet, o redes sociales y no siempre esta información tiene rigor científico y se actualiza permanentemente.

Es un requerimiento para los profesionales de la salud que trabajamos con esta población de pacientes estar siempre informado con respecto a todo lo que surja en cuanto al tratamiento de los síntomas, o avances dentro de la rehabilitación en esta patología.

El objetivo de la siguiente presentación es realizar una revisión sobre los avances en la rehabilitación en lesión medular haciendo foco en la recuperación de los miembros superiores (MMSS).

Desarrollo

Si observamos el perfil de las demandas del paciente con lesión medular se centran en volver a caminar, controlar los esfínteres y en el caso de lesiones altas: mover las manos.^{9 12 15 18}

En la última década se ha dedicado mucha investigación y dinero en el desarrollo de dispositivos para facilitar la marcha o volver a caminar. Dentro de los últimos avances para volver a caminar, se han desarrollado tecnología de diferentes dispositivos de marcha, como el treadmill, lokomat ^{3 20} por ejemplo, como también los dispositivos mas sofisticados como son el rewalk20. Los primeros (treadmill o lokomat) asisten al entrenamiento en la marcha de pacientes con lesión incompleta, los cuales tiene la posibilidad de marcha ya sea domiciliaria o comunitaria. Los segundos (rewalk) intentan ser utilizados para la vida diaria pero que aún están en etapas de desarrollo y a su vez continúan siendo mejorados para lograr a mayor utilidad en todo tipo de terreno y a menor costo. En estos casos los pacientes tiene que tener parcial control de tronco y funcionalidad completa de los miembros superiores (MMSS).

En cuanto a cirugías el avance en células madres continúa intentado recrear el trabajo de motoneuronas y sus conexiones dentro de la medula pero aun no se ha logrado reconectar las zonas dañadas y así devolver la funcionalidad necesaria. Siguen avanzado a grandes pasos pero aun no es masiva su utilidad y los reportes expuestos en internet no están presentes en revistas científicas específicas.^{21 22}

Se continúa investigando en el uso de interfaces para conectar las funciones y ordenes del cerebro por encima de lesión y que transmitan esa información puenteando la zona lesionada y así mejorar funciones tanto de miembros superiores, miembros inferiores y esfínteres. Estos estudios también continúan en fases de investigación, aun no se realizan masivamente en todo el mundo como otras prácticas cotidianas.(cita

Si bien el mayor interés de los pacientes con lesión medular es volver a caminar, como terapeutas ocupacionales sabemos de la importancia de los MMSS para lograr la mayor independencia y autonomía posible por eso consideramos muy importante hacer hincapie en la rehabilitación específica de MMSS

Tenemos en cuenta que nuestra casuística de pacientes atendidos en la institución es similar a los datos expuestos en otros países , donde entre el 40% al 50% de los pacientes presentan compromiso de las extremidades superiores debido a que presentan lesión medular a nivel cervical.

La pérdida de la función de la mano o del brazo en general, puede restringir severamente la capacidad de un individuo para llevar a cabo de forma independiente actividades básicas de la vida diaria, como también instrumentales y la mayoría de las actividades laborales. Recuperar la función de la mano es una alta prioridad para las personas con lesiones a nivel cervical.

Siguiendo con el desarrollo de la exposición, yendo a lo más actual en cuanto al tratamiento de miembros superiores para personas con lesión medular se han desarrollado diferentes dispositivos , dentro de las llamadas neuroprotesis.

Algunos son conocidos en el mercado como por ejemplo : NESS H200 (anteriormente Handmaster). Fue desarrollado en Israel y consiste de una ortesis de mano muñeca ajustable especialmente diseñado con cinco electrodos de superficie integradas para extensores y flexores de dedos y el pulgar, son capaces de generar lateral y prensión palmar y apertura por estimulación. Un cable flexible conecta la ortesis a un externo portátil unidad de control con la apertura programada previamente con patrones de estimulación y cierre. En resumen estimulación eléctrica funcional (FES) a las ramas motoras del nervio periférico afectado, los músculos estimulados eléctricamente se contraen, lo que sustituye las señales eléctricas del cerebro.

Otras neuroprotesis como free hand sistem donde se implantan electrodos y se manejan con un dispositivo externo. Realizan ocho movimientos de pinza y toma activándolos con el hombro contralateral. Actualmente se continua en estudio nuevos modelos .

El uso de neuroprótesis parece beneficiar a las personas con tetraplejia nivel C5-C7. Los estudios demuestran que mejora la pinza y agarre, pueden usarse para AVD básicas y los pacientes tienen alta satisfacción en su uso. Como desventajas, los casos de estudios son pocos. El abandono del uso del dispositivo son por la longitud de tiempo y la cantidad de ayuda necesaria para poner y quitar el dispositivo y el impacto en su uso no siempre genera mayor funcionamiento del proporcionado por tratamiento estándar. Muchos de los dispositivos sólo están disponibles en los centros de rehabilitación especializados y siguen siendo sólo está disponible en los ensayos clínicos. El costo sigue siendo alto y la necesidad de personal especializado encarece este tipo de tratamiento.

Se ve un futuro prometedor en cuanto a tecnologías.... donde estamos parados actualmente con nuestros pacientes en nuestro país y con los recursos al alcance?

En una de las últimas revisiones sobre diferentes topics de tratamiento mas allá de lo expuesto anteriormente, encuentra que mucho de lo que hacemos a diario tiene su sustento como practicas basadas en la evidencia. Esto nos hace pensar en lo importante que es para nuestra práctica profesional, profundizar en la lectura, en actualizaciones, en reveer los objetivos a corto y largo plazo para llegar a esos estándares o avances señalados en la bibliografía.

En una revisión realizada sobre los efectos en el entrenamiento de miembros superiores (MMSS) después de una LM ¹, se plantean como las intervenciones mas importantes teniendo en cuenta los mejores trabajos escritos como destacables: el uso de electroestimulación tipo fes, actividad motora, ejercicio físico.

Si tomamos los modelos que utilizamos dentro de nuestra disciplina para este tipo de patologías como por ejemplo el modelo biomecánico, teniendo como objetivo mejorar la movilidad, la fuerza muscular, la estabilidad, la coordinación y la resistencia para, a través de ello, mejorar la función, avala lo expuesto en diferentes trabajos sobre el uso de actividades ejercicio. Como también el uso de actividades graduadas, repeticiones, generalizar el movimientos en diferentes ambientes.^{10 13 12}

El modelo rehabilitador nos apoya en el uso de dispositivos para lograr estos objetivos. ya que fundamenta el uso de adaptaciones o dispositivos con el fin de compensar aquellas funciones que no están presentes. Esto condice con el uso de diferentes dispositivos tecnológicos que se han desarrollado.

Se ha estudiado por varios autores que la actividad física y ejercicios de estiramiento de MMSS reduce la intensidad de dolor originado en hombros y muñecas. Como también el uso de equipamiento adecuado, buen posicionamiento en las tareas cotidianas, evitar movimientos repetitivos, minimizar el sobre esfuerzo mediante le aprendizaje de estrategias de cuidado articular y buen uso de la energía.⁹

El uso de actividades aeróbicas desde el inicio del tratamiento que colabora en mejorar la tolerancia, disminuir el impacto secundario de la enfermedad^{9 23}. Estas actividades pueden ser trabajadas desde Terapia Ocupacional mediante la incorporación de actividades de tiempo libre en todas las etapas de tratamiento, esto también influirá positivamente en la motivación y el ánimo del paciente.

En últimas revisiones ^{14 15 17} sobre cirugías reconstructivas de MMSS, continúan avanzando en técnicas de trasplante de tendón o de trasplantes de nervios,²⁴ donde cada vez más pacientes pueden mejorar la calidad de función. Varios trabajos publicados validan que este tipo de cirugías aumentan la capacidad de realizar AVD básicas como también mejoran la calidad de vida. Las cirugías de transferencias de tendón son práctica común también en nuestro país, aunque aun el alcance no se da en todos los pacientes. Esto también es un punto de estudio en otros países y llegaron a la conclusión que los médicos cirujanos no tiene contacto permanente con centros de rehabilitación, por lo que se pierde el seguimiento de los pacientes cuando concluyen el tratamiento.

El trabajo post cirugía principalmente es parte del proceso de rehabilitación de Terapia Ocupacional por lo que es importante estar instruidas en el manejo de cirugía de mano, en la etapa de pre entrenamiento y post entrenamiento de los músculos transferidos y qué actividades puede realizar según su nivel de lesión. Es importante el trabajo conjunto con el equipo de cirugía para poder delimitar objetivos específicos y funcionales.

A partir del desarrollo de consolas de juego y la incorporación de las mismas en los programa de rehabilitación a partir de la década de los 90'. El uso de la realidad virtual , o dispositivos como kinetic , wii son utilizados para lograr objetivos funcionales como para aumentar rango, mejorar calidad de movimiento, incorporar el MS el espacio , esto aporta un variabilidad de actividades, aumentar la cantidad de sesiones las cuales permiten trabajar bajo supervisión o trabajar con mas de un paciente.

Hay autores ^{5 6}que investigan sobre el uso de realidad virtual en lesionados medulares y definen que la RV es una simulación de un entorno real generada por computadora en la que, a través de una interfaz hombre-máquina, se va a permitir al usuario interactuar con ciertos elementos dentro del escenario simulado. Existe una gran variedad de interfaces para interactuar con el entorno virtual, que comprenden desde los dispositivos más comunes, como un mouse, un teclado o un joystick, hasta complejos sistemas de captura de movimiento o dispositivos hápticos que pueden proporcionar un feedback táctil y darle al usuario la sensación de que está manipulando objetos reales.

Se basan también en modelos de rehabilitación tomando que la repetición es importante para el aprendizaje motor y para que tengan lugar los cambios corticales que los originan, debe ir ligada a un feedback sensorial sobre el resultado de cada una de las realizaciones.

Es fundamental la motivación del sujeto, que se consigue al enfocar las diferentes actividades que conforman la terapia como un videojuego, de forma que las sesiones de tratamiento sean mucho más atractivas. Esto puede ser utilizado en terapia con niños como también con adultos siendo una herramienta aplicable para la neurorrehabilitación.^{5 6}

Conclusión

Los avances continuos en la investigación y el desarrollo tecnológico, obligan a los profesionales de salud y en este caso en particular a los terapeutas ocupacionales a mantenernos actualizados y buscar información para mejorar nuestra práctica cotidiana.

Consideramos también importante estar a la vanguardia de la información para poder transmitirles tranquilidad y seguridad a nuestros pacientes sobre todas las posibilidades y alternativas en el proceso de recuperación.

Sabemos que muchos avances están en instancias de experimentación y no impactan en la vida cotidiana de nuestros pacientes, pero también sabemos que hay avances que se pueden incorporar a nuestra práctica cotidiana ya que el costo y el acceso nos lo permite, como el uso de consolas de juegos, las cirugías, etc.

Esta demanda permanente de mantenernos "online" hace que nos demanden continuamente variabilidad, eficacia, mejorar tiempos de ejecución, utilizar diferentes estrategias, actualizar los métodos de atención.

Trabajar la motivación del paciente con diferentes herramientas las cuales demuestran que la persona que se inserta más rápido y mejor a su comunidad, trabajar actividades de tiempo libre mejora su funcionalidad general

Bibliografía

- 1-Lu X, Battistuzzo, C, Zoghi M, Galea M. Effects of trainig on upper limb function after cervical spinal cord injury: a systematic review. Clinical rehabilitación. 2015; Vol 1 3-13
- 2-Zaroffa, J Kapadia N, Kramer JLK, Taylor et al. Feasibility and efficacy of upper limb robotic rehabilitation in a subacute cervical spinal injury population. Spinal Cord 2012 .50 220-226
- 3-Harkema Susan, Hillyer Jessica, Schmidt-Read , Ms .et al . Locomotr Trainig: AS a Treatment of Spinal Cord Injury and the Progression of Neurologic Rehabilitation. Arch Phys Med Rehabil Vol 93, Septiembre 2012.
- 4-French Jennifer, Frazier Charlene. Neurotech Network. May 2011
- 5-Peñasco- Martin B, Reyes Gusman A, Gil-Agudo A, Bernal-Sahun A. et al. Aplicación de la realidad virtual en los aspectos motores de la neurorehabilitación. Rev Neurol 2010; 51 (8): 481-488
- 6-Gil-Agudo A, Dimbeadyo- Terrer, Peñasco- Martin B , Reyes Gusman A, Bernal-Sahun A, Berbel- Garcia A. Experiencia clínica del sistema de realidad TOyRA en la neurorehabilitación de pacientes con lesión medular. Rehabilitación. Diciembre 2011.42-48

- 7-Curt Armin, Oess Ninja P. Neurorahabilitation y tecnologia. The Advanced Appreciation of Upper Lmb Reahabilitation in Cervical Spinal Cord Injury. Ed: Spring Verlag London Limited. 2012
- 8-Bryden Anne, Peljovich A, Nemunaitis G, et al. Surgical Restoration of Arm and Hand Function in People with Tetraplegia. Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation/ Winter 2012
- 9-Conolly S, Mehta S, Foulon B, Teasell R, Aubut J. Upper Limb Rehabilitation Following Spinal Cord Injury. Spinal Cord Injury Rehabilitation Evidence. www. Scireproject.com
- 10-Kielhofner. Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional. Cap 6 Ed: Panamericana ° edición
- 11-KT Ragnarsson .Functional electrical stimulation after spinal cord injury: current use, therapeutic effects and future directions. Spinal Cord (2008) 46, 255–274
- 12-Begoña Polonio López. Terapia ocupacional en discapacitados físicos: teoría y práctica. Madrid: Editorial Panamericana. 2004
- 13-Moron Casellas S. Terapia Ocupacional en la rehabilitación de la mano tetraplégicos. Revista TOG.Nº 6 2007.
- 14-Dunn JA , Hay-Smith EJ, Whitehead LC , Keeling S. Issues influencing the decision to have upper limb surgery for people with tetraplegia. Spinal Cord. 2012 50, 844–847
- 15-Curtin C, Hayward R, Kim M, Gater D , Chung K .Physician Perceptions of Upper Extremity Reconstruction for the Person With Tetraplegia. The Journal of Hand Surgery / Vol. 30 No. 1 2005
- 16-Fouad K , Tetzlaff W . Review: Rehabilitative training and plasticity following spinal cord injury. Experimental Neurology 235 2012 91–99
- 17-Bryden A M, Sinnott K A, Mulcahey M J. Innovative Strategies for Improving Upper Extremity Function in Tetraplegia and Considerations in Measuring Functional Outcomes. Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation. Spring 2005
- 18-Byrnes M, Beilby J, Ray L, McLennan R, Ker J, Schug S. Patient-focused goal planning process and outcome after spinal cord injury rehabilitation: quantitative and qualitative audit. Clinical Rehabilitation 26 1141-1149. 2012
- 19- Talaty M, Packel A, Saulino M. The ReWalk powered exoskeleton to restore ambulatory function to individuals with thoracic-level motor-complete spinal cord injury. Am J Phys Med Rehabil. 2012 Nov; 91:911-21.
- 20- See comment in PubMed Commons belowWinchester P, Query R. Robotic orthoses for body weight-supported treadmill training. Phys Med Rehabil Clin N Am. 2006 Feb;17 (1):159-72.
- 21- Dasari V, Veeravalli K, Dinh D. Mesenchymal stem cells in the treatment of spinal cord injuries: A review. World J Stem Cells 2014 April 26; 6(2): 120-133
- 22- Ghobrial G, Haas C, Maulucci C, Lepore A, Fischer I, Harrop J.Promising Advances in Targeted Cellular Based Therapies: Treatment Update in Spinal Cord Injury. J Stem Cell Res Ther 2014, 4:2
- 23- Pelletier C, Graham Jones M, Latimer-Cheung A,. Warburton D Hicks D. Aerobic Capacity, Orthostatic Tolerance, and Exercise Perceptions at Discharge From Inpatient Spinal Cord Injury Rehabilitation. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 2013;94:2013-9
- 24- Van Zyl .n, Hahn J, cooper C, Weymouth M, Flood S, Galea M. Upper Limb Reinnervation in C6 Tetraplegia Using a Triple Nerve Transfer: Case Report. J Hand Surg Am. Vol 39, September 2014.

Recuperación motora del Miembro Superior: Observación de la acción y estimulación de nervio periférico, como herramientas complementarias en la rehabilitación de pacientes con Accidente Cerebro Vascular (ACV) Sub Agudo

Autores: Lado, Vanina; Bonamico, Lucas; Portela, Manuel.

Correo electrónico: vlado@fleni.org.ar

Resumen

Introducción

La observación de una acción (OA) y la estimulación eléctrica de nervio periférico (ENP) son herramientas que se basan en teorías de aprendizaje motor y neuroplasticidad para complementar el tratamiento habitual del miembro pléjico, aunque, por ahora, los estudios no son concluyentes ni aplicables a todos los casos. Con el objetivo de complementar la escasa información clínica ya existente, se presenta a continuación un estudio de la aplicación de estas 2 alternativas en un programa de rehabilitación de pacientes con Accidente Cerebro Vascular (ACV) sub agudo. *Objetivo:* Comparar la recuperación motora analítica y funcional de la extremidad superior en pacientes hemipléjicos con diagnóstico de ACV en periodo sub agudo. *Material y Método:* Consistió en un estudio de prueba terapéutica prospectivo realizado a pacientes con diagnóstico de ACV hemisférico, isquémico o hemorrágico y déficit motor severo de la extremidad superior. Se randomizaron 3 grupos de pacientes y se utilizó terapia convencional, combinada con OA y combinada con ENP por 4 semanas, evaluando al inicio, al mes y 3 meses de iniciado el tratamiento; en forma abierta por médicos, terapeutas físicos y terapeutas ocupacionales. Las evaluaciones utilizadas incluyeron: la escala Fugl Meyer de MMSS y el FIM (Functional Independence Measure). *Resultados:* Se observó una tendencia favorable en los pacientes que recibieron terapia con observación de una acción, comparados con ENP y terapia convencional. *Conclusión:* Presentamos a la Observación de la Acción como una posible herramienta terapéutica complementaria en la rehabilitación motora en miembro superior.

Marco Teórico

El Accidente Cerebro Vascular (ACV) constituye la primera causa de discapacidad en países desarrollados siendo la disfunción motora el déficit más frecuente, en un 80% (1,2). La consecuente dificultad que le significa al individuo la reinserción en sus actividades de la vida diaria justifican la importancia de la rehabilitación.

Variadas vertientes de rehabilitación motora han tratado de mejorar el rendimiento de las terapias habituales, sin embargo por ahora, los estudios no son concluyentes ni aplicables a todos los casos (3).

El conocimiento a fondo de sistemas neuronales que participan en el aprendizaje motor y la teoría de neuroplasticidad, son una propuesta para el desarrollo de terapias que favorezcan la creación de nuevas redes neuronales para suplir y recuperar la función perdida en forma más eficaz (4,5). La estimulación eléctrica de nervio periférico (ENP) y la observación de una acción (OA) son herramientas que se basan en estas teorías para complementar el tratamiento habitual, en espera de mejores resultados.

La información somatosensorial contribuye con cambios en la plasticidad de la corteza motora (6); Lo que se corrobora en humanos mediante estimulación magnética transcraneal al

observar incremento de la excitabilidad de la vía cortico espinal al realizar ENP (7). De esta forma la activación de los aferentes musculares para aumentar la excitabilidad de la corteza motora podría contribuir con la reorganización. Diversos trabajos pequeños con distintos protocolos de estimulación (1 vs 3 nervios), tiempo (30-60 minutos) y número de sesiones han evidenciado resultados favorables de la ENP en pacientes con ACV, sin embargo solo se han realizado en etapa crónica (8-13).

La teoría de neuronas en espejo, se basa en investigaciones realizadas por Rizzolatti (1995) quien describe, en monos macacos, la activación del área motora al observar un movimiento intencional efectuado por otro sujeto (14). De esta forma se define un sistema neuronal que se activa tanto al realizar como al observar un acto motor, permitiendo que un estímulo sensorial visual se transforme en información motora y contribuya al aprendizaje motor (15-17). Estudios posteriores en humanos con estimulación magnética transcranial, magnetoencefalografía y electroencefalograma han podido establecer la homología de ésta función en sujetos sanos al observar un video de movimiento simple de la mano (18-20); localizando a este sistema en la corteza premotora ventral, porción caudal del giro frontal inferior y en el lóbulo parietal inferior (21). Un estudio controlado de 8 casos realizado en pacientes luego de 6 meses de un ACV compara la terapia convencional con la OA, evidenciando diferencia significativa en la mejoría funcional y motora en el grupo experimental (22).

Con el objetivo de complementar la escasa información clínica ya existente, se presenta a continuación un estudio de la aplicación de estas 2 alternativas complementarias a la terapia convencional en un programa de rehabilitación de pacientes con ACV sub agudo.

Objetivos

Primario: Comparar la recuperación motora analítica y funcional de la extremidad superior en pacientes hemipléjicos con diagnóstico de ACV en periodo sub agudo, al utilizar terapia convencional, combinada con ENP y combinada con OA por 4 semanas, evaluando al mes y 3 meses de iniciado el tratamiento.

Secundarios:

Aportar evidencia de otras terapias combinadas en la recuperación motora y funcional del miembro superior de pacientes en etapa sub aguda del ACV.

Evaluar si persisten beneficios de las terapias combinadas en comparación con la terapia convencional en el seguimiento a los 3 meses.

Material y método

El estudio fue prospectivo, randomizado y controlado. Consistió en un estudio de prueba terapéutica realizado a pacientes con diagnóstico de ACV hemisférico, isquémico o hemorrágico y déficit motor severo de la extremidad superior. Estos pacientes fueron admitidos en el programa de internación en FLENI Escobar. Las evaluaciones se realizaron al ingreso, mes y tres meses en forma abierta por médicos, terapeutas físicos y terapeutas ocupacionales con la escala Fugl Meyer de MMSS y el FIM (Functional Independence Measure).

La escala Fugl Meyer Motor Assessment (24) evalúa los estadios de recuperación motora. Contiene sección para MMSS y MMII. La Sección de extremidad superior valora la movilidad activa del MS afectado en un rango de 0 a 66.

Para medir los niveles de independencia en las AVDB utilizamos la Medida de Independencia Funcional (23) (FIM, Uniform Data System For medical Rehabilitation, 1997) que nos permite valorar los niveles de desempeño real de las AVDB siendo éstas alimentación, higiene, vestido de tren superior y tren inferior, toilet, control de esfínteres, transferencias, deambulación, interacción social y comunicación. Los valores que adjudica esta evaluación van desde el Nº 1 al Nº 7, desde la asistencia total a la independencia total. Esta escala estandarizada presenta entonces un Total FIM con rango de 18 a 126.

Los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión se dividieron de forma randomizada en 3 grupos : (A) tratamiento convencional (control), (B) tratamiento convencional + observación de la acción y (C) tratamiento convencional + estimulación de nervio periférico.

Durante 4 semanas el grupo (A) recibió el tratamiento Kinésico convencional * y de Terapia Ocupacional convencional **. El grupo (B), además del tratamiento antedicho, fue estimulado mostrándole un video con una frecuencia de la estimulación de 5 minutos 2 veces por día durante las 4 semanas. El video muestra 2 movimientos de Miembro Superior:

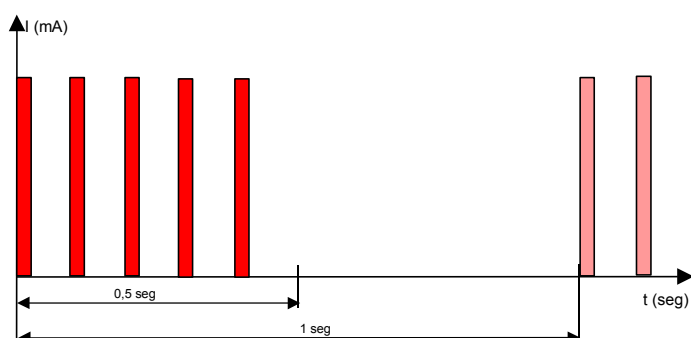
Tomar un vaso (sinergia flexora) y acercarlo a la boca.

Retornar (sinergia extensora) el vaso hasta apoyarlo sobre la mesa.

Para asegurar la atención , en forma randomizada, hubo un movimiento no válido y el paciente debió señalarlo con sistema de botón-tecla, siendo válido para la prueba una precisión superior al 80%.

Durante las mismas 4 semanas, el grupo (C), además del tratamiento convencional recibió una sesión diaria de 60 minutos de ENP. El equipamiento utilizado genera un tren de pulsos controlado por corriente, de onda monofásica, con una frecuencia de 10 Hz y un ancho de pulsos de 0,3 mseg. El patrón del tren de pulsos consiste en la emisión de 5 pulsos con las características señaladas precedentemente siguiendo con la supresión de los siguientes cinco pulsos. Así sucesivamente durante todo el tiempo de tratamiento.

Se utilizaron tres pares de electrodos sobre los nervios mediano, radial y cubital, con la intensidad suficiente para evocar potenciales de acción motor pequeños (50 μ v) en el 50 % de los trials, en ausencia de contracción motora, pudiendo evocar una sensación leve de parestesias pero en ningún caso dolor.



*** Tratamiento kinésico convencional:** Son ejercicios que faciliten maximizar la actividad motora voluntaria y funcional. Esta consiste en:

- Movilización pasivo asistido de tronco y extremidades.
- Movilización de nervios periféricos.
- Estabilidad y movilidad de tronco.
- Tolerancia progresiva a la sedestación y bipedestación.
- Reeducación y entrenamiento de la marcha.
- Actividades funcionales con los miembros superiores.
- FES en caso de pacientes con atrofia y debilidad en grupos musculares comprometidos.

**** Tratamiento de Terapia Ocupacional convencional:** Los objetivos generales de tratamiento que se trabajan desde Terapia Ocupacional en esta etapa son los siguientes:

- Cuidados posicionales
- Entrenamiento en Actividades de la vida Diaria Básicas
- Entrenamiento de actividades prefuncionales
- Reeducación sensitivo- motora del MS en actividades funcionales.
- Entrenamiento en Actividades de la Vida Diaria Instrumentales

- Clínicas familiares
- Adaptaciones ambientales

Criterios de inclusión

Pacientes hombres y mujeres post ACV (isquémico o hemorrágico) con una evolución de 0 a 6 meses que tengan entre 18 y 80 años inclusive.

Déficit motor severo, definido por la escala Fugl Meyer. Valores inferiores a 11/66

Sin contraindicaciones para recibir estimulación eléctrica periférica.

Pacientes que logren desempeñar con éxito la evaluación neurocognitiva de atención sostenida (Test de Atención Sustained Attention superando los tres bloques). CTP II V.5

Consentimiento del paciente aprobado por el comité de ética institucional.

Criterios de exclusión:

Excesivos trastornos cognitivos y/o de lenguaje, que le impidan comprender las consignas de los protocolos a implementar.

Pacientes que hayan sufrido otro tipo de injuria cerebral.

Trastorno en agudeza visual que impida observar el video de neuronas en espejo.

Pacientes que estén participando en otro protocolo de rehabilitación o medicamentoso.

Imposibilidad de estar presente durante todo el protocolo.

Resultados

42 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión antes expuestos y fueron randomizados en los 3 grupos de tratamiento. De los 42 pacientes, 4 no finalizaron la intervención por alta prematura o problemas técnicos y 8 no fueron contactados para la evaluación del seguimiento los 3 meses.

De la muestra formaron parte 6 mujeres y 24 hombres. El 57% tenían lesión derecha y el 43% lesión en hemisferio izquierdo. Las lesiones de etiología hemorrágica fueron 6 mientras que el resto fue de etiología isquémica. El promedio de edad de la muestra fue de 50 años con un rango de 18 a 77 años.

El promedio de FIM general al inicio fue de 65/126, observándose asistencia moderada en la mayoría de las AVD básicas. Al inicio se observan leves diferencias en el promedio de los 3 grupos (OA: 68.9; ENP 67.5; TC 57). Sin embargo a lo largo del tratamiento y también en el seguimiento a los 3 meses se observa una homogeneidad en el desempeño de las actividades del FIM en los 3 grupos.(Figura I). Esto nos lleva a pensar que, independientemente de la función motora alcanzada por los pacientes, estos últimos logran incorporar de manera similar las estrategias para el desempeño independiente en las AVD básicas.

Por otro lado las evaluaciones motoras mediante la Fugl Meyer muestran cierta tendencia a favor de la terapia de observación de la acción. Si bien todos inician el tratamiento con un promedio similar (OA: 4.5; ENP 4.2 y TC:5.1), hacia el seguimiento de los 3 meses se registra un promedio favorable para la terapia de observación de la acción (OA: 19.3; ENP: 11.8 y TC: 16.1 (Figura II).

Conclusiones

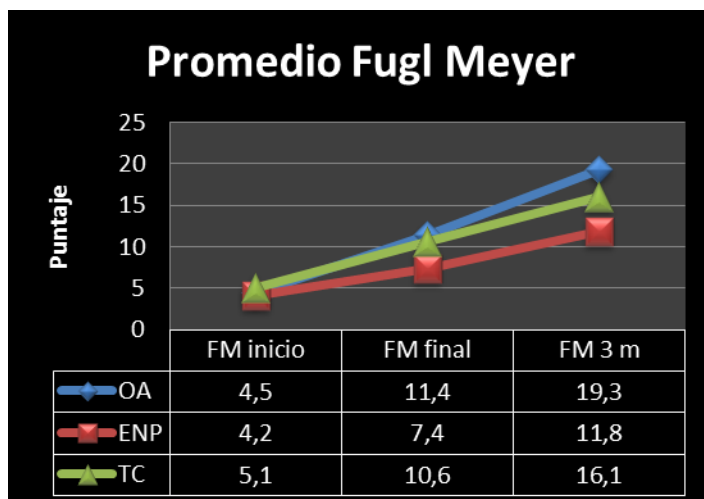
Cabe aclarar que los resultados que se presentan en este trabajo son obtenidos a través de un análisis preliminar básico de los datos obtenidos por lo cual se plantea, a futuro, aumentar el número de casos de pacientes tratados con observación de la acción, junto a un análisis estadístico detallado y pertinente, para observar si esta tendencia es estadísticamente significativa como para afirmar que éste tipo de intervención es una herramienta complementaria fiable para el abordaje interdisciplinario de los pacientes con ACV.

Se observó una tendencia favorable en la recuperación motora del miembro superior afectado de los pacientes incluidos en la terapia de observación de la acción, comparada con los tratados solo con terapia convencional y los que fueron sometidos a estimulación de nervios periféricos. Presentamos a la Observación de la Acción como una posible herramienta terapéutica complementaria en la rehabilitación motora en miembro superior.

Figura I



Figura II



Bibliografía

- Mackay J, Mensah G.A. 2004. "The atlas of heart disease and stroke". Geneva, World Health Organization. (Switzerland)
- Hendricks HT, Van Limbeek J, Geurts AC, Zwartz MJ. 2002. "Motor recovery after stroke: a systematic review of the literature". Arch Phys Med Rehabil 83,11 1629-1637.
- Langhorne P, Coupar F, Pollock H. 2009. "Motor recovery after stroke: a systematic review". Lancet Neurol 8:741-54.
- Ertelt D, Small S, Solodkin A, Dettmers C, McNamara A, Binkoffskin F. 2007 "Action observation has a positive impact on rehabilitation of motor deficit after stroke". Neuroimage 36: 164-173.
- C. Pavlides, E. Miyashita, H. Asanuma. 1993. "Projection from the sensory to the motor cortex is important in learning motor skills in the monkey". J Neurophysiology, 70;2. 733-741
- A.R. Luft, A Kaelin-Lang, T.K Hauser et al. 2002. "Modulation of rodent cortical motor excitability by somatosensory input". Exp brain Res, 142;4. 562-569.

- A Conforto; A Kaelin-Lang; L Cohen. 2002. "Increase in hand muscle strength of stroke patients after somatosensory stimulation". *Ann neurol.*, 51;1 122-125.
- A Conforto; A Kaelin-Lang; L Cohen. 2002. "Increase in hand muscle strength of stroke patients after somatosensory stimulation". *Ann neurol.*, 51;1 122-125.
- J Mapp; M Ridding; S Hillier; P Thompson; T Miles. 2003. "Does induction of plastic changes in motor cortex improve leg function after stroke?". *Neurology*; 61: 982-984
- Kimberley; S Lewis; E Auierbach; L Dorsey; J Lojovich; J Carey. 2005. "Electrical stimulation driving functional improvements and cortical changes in subjects with stroke". *J Exp Brain Res*; 154: 450-460.
- C Wu; H Seo; L Cohen. 2006. "Influence of electric somatosensory stimulation on paretic-hand function in chronic stroke". *Arch Phys Med Rehabil*; 87: 351-357.
- L Sawaki, CWH Wu, [A Kaelin-Lang](#), [LG Cohen](#). 2006. "Effects of somatosensory stimulation on use dependent plasticity in chronic stroke". *Stroke*; 37: 246-247.
- A.b Conforto, L.G. Cohen, R.L. Dos Santos, M. Scaff, S.K. Mare. 2007. "Effects of somatosensory stimulation on motor function in chronic cortic-subcortical strokes". *J Neurol*, 254;3 333-339.
- Rizzolatti G, Fadiga L. 1998. "Grasping objects and grasping action meanings: The dual role of monkey rostroventral premotor cortex (F5)". *Novartis Foundation Symposium*, 218, 81-95
- Small S, Buccino G, Solodkin A. 2010. "The mirror neuron system and treatment of stroke". *Dev Psychobiol.* Nov 24.
- Rizzolatti G, Fadiga L, Gallese V, Fogassi L. "Premotor cortex and the recognition of motor actions". *Brain Research Cognition Research*. 3(2) 131-141.
- Fabbri-Destro M, Rizzolatti G. 2008. "Mirror neurons and mirror systems in monkeys and humans". *Physiology*. 23: 171-179.
- Fadiga L, Fogassi L, Pavesi G, Rizzolatti G. 1995. "Motor facilitation during action observation: A magnetic stimulation study". *Journal of Neurophysiology*, 73(6), 2608-2611.
- Hari R, Forss N, Avikainen S, Kivessari E, Salenius S, Rizzolatti G. 1998. "Activation of human primary motor cortex during action observation: A neuromagnetic study". *Proceedings of the national academy of sciences of the United States of America*, 95(25), 15061-15065.
- Cochin S, Barthelemy C, Roux S, Martineau J. 1999. "Observation and execution of movement: Similarities demonstrated by quantified electroencephalography". *European Journal of Neuroscience*, 11(5), 1839-1842
- Wheaton KJ, Thompson JC, Syngieniotis A, Abbot DF, Puce A. 2004. "Viewing the motion of human body parts activates different regions of the premotor, temporal and parietal cortex". *Neuroimage*, 22: 277-288.
- Ertelt D, Small S, Solodkin A, Dettmers C, McNamara A, Binkoffskin F. 2007. "Action observation has a positive impact on rehabilitation of motor deficit after stroke". *Neuroimage*, 36: 164-173.
- Buffalo (NY): State Univ New York (1996). Guide for the Uniform Data Set for Medical Rehabilitation (including the FIM instrument) at Buffalo.
- David J. Gladstone, Cynthia J. Danells, and Sandra E. Black, 2002. "The Fugl-Meyer Assessment of Motor Recovery after Stroke: A Critical Review of Its Measurement Properties". *Neurorehabil Neural Repair* (vol. 16 no. 3 232-240)

Abordaje en Síndrome del Túnel Carpiano: Análisis de tratamientos conservadores

Autor: Rodriguez Canitrot Gabriela; Santoro, Aguirre Romina V. ;Silva Emilia.
Correo electrónico: gabriroca@hotmail.com.

Resumen

El Síndrome del Túnel Carpiano es una patología compresiva del nervio mediano a nivel de la muñeca, que es frecuentemente tratada por Terapia Ocupacional, y que interfiere en el desempeño ocupacional de la persona. Objetivo: Describir y analizar los resultados de los tratamientos conservadores aplicados en personas con diagnóstico de Síndrome del Túnel Carpiano tratadas en el HIGA "Gral. San Martín" en el período comprendido entre enero 2013 y octubre 2014. Metodología: estudio de tipo cuantitativo, descriptivo y retrospectivo. Los datos fueron extraídos de historias clínicas. La muestra fue constituida por 27 pacientes. Resultados: el tiempo promedio total de tratamiento de la muestra fue de 13 semanas. El 50% de pacientes cumplieron objetivos de tratamiento abordados con cinta elástica adhesiva en un promedio de 14 semanas; el 25% de pacientes con uso de férula por 3 semanas de uso continuo en 14,5 semanas; y, el 28,6% de pacientes con uso de férula por 8 semanas nocturnas en 46 semanas. Conclusiones: El abordaje con cinta elástica adhesiva con intervenciones complementarias requirió menor tiempo de tratamiento, y obtuvo mayor cumplimiento de objetivos al alta. Por otro lado, el abordaje de uso de férula continua por 3 semanas con intervenciones complementarias obtuvo resultados similares de tiempo, pero con menor cantidad de cumplimiento de objetivos al alta.

Introducción

El Síndrome del Túnel Carpiano es un grupo de síntomas asociados a la compresión del nervio mediano en la muñeca, siendo el diagnóstico más frecuente en la extremidad superior (Green, Hotchkiss, Pederson & Wolf, 2007). En los estadios iniciales el cuadro clínico se caracteriza por parestesias de tipo "cosquilleo" o "adormecimiento" en el pulgar, índice, medio y borde radial del anular. Habitualmente esta sintomatología se presenta durante la noche y luego de haber realizado actividad intensa durante el día. En ocasiones puede presentarse con dolor irradiado a proximal hasta el antebrazo e inclusive hasta el hombro. En la evolución del cuadro que puede tardar años hasta hacer la primera consulta, la sensibilidad puede estar considerablemente disminuida e inclusive presentarse con anestesia total de los dedos afectados. En etapas avanzadas las pacientes refieren debilidad de la mano e impotencia para tomar objetos delicados (Cosentino & Cosentino, 2001).

En la actualidad, es una patología frecuentemente tratada por Terapia Ocupacional, que interfiere en el desempeño ocupacional de la persona, y que cuenta con diversas posibilidades de abordajes de tratamiento conservador. Según la bibliografía consultada, se menciona el uso de férula (Cooper, 2007) (Burke, Higgins, Mc Clinton, Saunders & Valdata, 2006) o aplicación de cinta elástica adhesiva (Kinesio Taping® Association International, 2011). Ambos acompañados de intervenciones complementarias.

Varios estudios acerca del tratamiento de este síndrome comparan la eficacia de diferentes tratamientos conservadores (Gerritsen, de Krom, Struijs, Scholten & de Vet, 2002), o de la combinación del uso de férula, ejercicios y ultrasonido (Baysal, Altay, Ozcan, Ertem & Yologlu, 2006).

El siguiente trabajo tiene como objetivo conocer las diferencias en la evolución de los pacientes según los tratamientos conservadores utilizados en la Unidad de Terapia Ocupacional del HIGA "Gral. San Martín".

Objetivo General

-Describir y analizar los resultados de los tratamientos conservadores aplicados en personas con diagnóstico de Síndrome del Túnel Carpiano tratadas en el HIGA "Gral. San Martín" en el período comprendido entre enero 2013 y octubre 2014.

Objetivos Específicos

-Identificar tipo, características y resultados de los abordajes conservadores efectuados en la Unidad de Terapia Ocupacional.

- Conocer las condiciones del alta de tratamiento.

- Conocer el tiempo de evolución de los pacientes con diagnóstico de Síndrome del Túnel Carpiano al momento de su derivación a la Unidad de Terapia Ocupacional.

Aspectos Metodológicos

Diseño de Investigación: Se realiza un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo y retrospectivo.

Población: se incluyen personas mayores de 15 años de edad con diagnóstico de Síndrome del Túnel Carpiano abordadas en consultorios externos de la Unidad de Terapia Ocupacional del HIGA "Gral. San Martín" de La Plata, provincia de Buenos Aires, durante el período comprendido entre enero 2013 y octubre 2014.

Se excluyen pacientes con tratamiento post-quirúrgico de Síndrome del Túnel Carpiano, aquellos derivados a otra institución al momento de la admisión y aquellos que han asistido únicamente a la entrevista de admisión y luego abandonado tratamiento.

Abordajes utilizados para este estudio:

- uso de férula antebraquial (cock up) en posición neutra con variación en el tiempo de indicación de uso: de 6-8 semanas nocturno y puede ser usada selectivamente durante el día para asistir a la posición de la muñeca en actividades que incrementen la presión en el túnel carpiano (Cooper, 2007), y de 3-4 semanas continuo, seguido de uso nocturno por aproximadamente la misma cantidad de tiempo (Burke, Higgins, Mc Clinton, Saunders & Valdata, 2006).

- aplicación de cinta elástica adhesiva Leukotape K® (Kinesio Taping® Association International, 2011).

Sumado a lo antes mencionado se agregan intervenciones complementarias; es decir, ejercicios de deslizamiento tendinoso y nervioso (Plexo braquial y Nervio Mediano), y modificaciones de actividades diarias y laborales.

Aquellas intervenciones que no respetan estas metodologías se consideran, en esta investigación, como "Otros abordajes".

Tipo de registro y procedimiento: Se recolectaron datos de fuentes secundarias extraídos de las Historias Clínicas de la Unidad de Terapia Ocupacional de pacientes diagnosticados con Síndrome del Túnel Carpiano abordados durante el período establecido. Dado que se realizó una revisión de historias clínicas, este estudio no viola la confidencialidad de los pacientes. No revela detalles individuales, por lo que respeta así la privacidad de los mismos. Por ello, no fue necesario el uso de consentimiento informado.

Los datos que se extrajeron fueron: sexo, edad, ocupación, dominancia manual, miembro superior/es involucrado/s, servicio médico derivador, tiempo de evolución del síndrome al

momento de la derivación, antecedentes médicos, tratamiento previo de Síndrome del Túnel Carpiano, tipo de tratamiento seleccionado, tiempo de tratamiento, cumplimiento del tratamiento, indicación de intervenciones complementarias, condición de alta: Abandono en etapa de tratamiento, Abandono en etapa de control, Cumplimiento de objetivos, o Resolución quirúrgica.

Todos los pacientes fueron evaluados al inicio y al alta de tratamiento. Se valoró: movilidad global de miembros superiores; musculatura específica inervada por Nervio Mediano a través del Test de Daniel's y Pinzómetro; sensibilidad objetiva a través del Test de monofilamentos de Semmens-Weinsten; presencia de parestesias; dolor y sus características, mediante la Escala Numérica del Dolor; y actividades particulares en las que se presente déficit. Esta evaluación permitió vislumbrar el cumplimiento o no de los objetivos de tratamiento para esta institución, los cuales son: disminuir parestesias y dolor, mantener y/o aumentar fuerza muscular de pinzas y de musculatura específica inervada por el nervio mediano, mantener y aumentar la función de la mano, y que el paciente logre interiorizarse en pautas de cuidados en el desempeño de actividades que desencadenen la sintomatología.

Para el presente trabajo un paciente presenta "Cumplimiento del tratamiento" si en el registro de las historias clínicas el terapeuta ocupacional confirma si el paciente ha cumplido con las pautas indicadas regularmente. En el caso de que el terapeuta ocupacional registre que el paciente no ha cumplido con las pautas indicadas de forma regular sin una causa justificada, se considera "Incumplimiento del tratamiento".

Por otra parte, se define como "Abandono en etapa de tratamiento" cuando el paciente lo efectúa en el período correspondiente al uso de ferulaje o aplicación de cinta elástica adhesiva; en cambio cuando cumplió con el periodo indicado de uso de ferulaje o cinta elástica adhesiva y se encuentra restableciendo fuerza muscular y desempeño ocupacional se denomina "Abandono en etapa de control".

Una vez recolectados y registrados los datos, se identificó la cantidad de tratamientos efectuados a cada paciente (pacientes con diagnóstico bilateral y pacientes que requirieron más de un abordaje conservador) para su posterior análisis.

Resultados

La cantidad total de pacientes con Síndrome del Túnel Carpiano fue de 42, donde se excluyeron: 9 post-quirúrgicos, 4 derivados al momento de la admisión, y 2 que asistieron únicamente a la admisión y luego abandonaron tratamiento.

Finalmente, el tamaño muestral fue de 27 pacientes, de los cuales el 74% fueron de sexo femenino y el 26% de sexo masculino. Los rangos de edades predominantes fueron de 35 a 44 y de 55 a 64 años de edad (Fig. 1, ver anexo Tablas e Ilustraciones). La patología prevaleció en las siguientes ocupaciones: amas de casa, empleadas domésticas y de cooperativa, y operarios de la construcción (Fig. 2, ver anexo Tablas e Ilustraciones).

Se observó que la mayoría de los pacientes fueron derivados por el Servicio de Ortopedia y Traumatología (Fig. 3, ver anexo Tablas e Ilustraciones), entre los 3 y 6 meses de comenzado los síntomas (Fig. 4, ver anexo Tablas e Ilustraciones), y sin contar con antecedentes médicos de relevancia (Fig. 5, ver anexo Tablas e Ilustraciones). El 74% de la muestra no contó con tratamiento previo para Síndrome del Túnel Carpiano.

Según el compromiso del miembro superior, se registraron 59% de los pacientes con afectación unilateral y el 41%, bilateral; el 69% tuvo concordancia entre el miembro superior afectado y la dominancia manual.

En cuanto a los tipos y características de los abordajes empleados, se registró una prevalencia de tratamiento con Férula de uso de 3 semanas continuas con Intervenciones Complementarias (IC) (n=16), seguido de Otros abordajes (se incluyen en esta categoría aquellos tratamientos que no coinciden con la bibliografía consultada y los que no cuentan con datos

suficientes para el análisis) (n=12). No se encontraron abordajes sin Intervenciones Complementarias; y hubo 2 tratamientos realizados sólo con Intervenciones Complementarias (Fig. 6, ver anexo Tablas e Ilustraciones).

Continuando con las condiciones al alta de tratamiento, se visualiza que la mayor cantidad de pacientes han abandonado en etapa de tratamiento (n=7); seguido del grupo de Cumplimiento de Objetivos (n=6). Se excluyeron los pacientes de la categoría de Otros abordajes (Fig.7, ver anexo Tablas e Ilustraciones). Por medio del análisis se determina que el tiempo promedio de un paciente en tratamiento para Síndrome del Túnel Carpiano en la Unidad de Terapia Ocupacional del HIGA "Gral. San Martín" fue de 13 semanas.

Respecto al cumplimiento de objetivos de tratamientos según el tipo de abordaje recibido, se destaca un mayor porcentaje de pacientes que han recibido tratamiento con cinta elástica adhesiva (50%) y aquellos que únicamente fueron tratados con intervenciones complementarias (50%). Por otro lado, se evidencian resultados similares entre ambos grupos de pacientes que han recibido tratamiento con ferulaje (25% pacientes con uso de ferula por 3 semanas continuas y 28,6%, pacientes con uso de ferula por 8 semanas nocturnas). (Fig. 8, ver anexo Tablas e Ilustraciones). Dentro del grupo de pacientes que recibieron tratamiento, pero que aún así necesitaron resolución quirúrgica, se destaca que el 83,3% cumplió con las indicaciones del tratamiento conservador brindadas. Para el análisis anterior, se han excluido la categoría de Otros abordajes (por lo mencionado anteriormente); y cabe destacar que todos los pacientes que alcanzaron los objetivos de tratamiento cumplieron con las indicaciones brindadas (ferulaje o cinta elástica adhesiva, e intervenciones complementarias). Siguiendo con el análisis de pacientes que han cumplido con los objetivos, se resalta que las categorías que han requerido menor tiempo en tratamiento han sido Cinta elástica adhesiva (14 semanas) y Férula de uso de 3 semanas continuas (14,5 semanas). Por el contrario, la categoría de Férula de 8 semanas nocturnas ha demostrado necesitar mayor tiempo de tratamiento para cumplir los objetivos que los restantes tipos de abordaje (46 semanas) (Fig.9, ver anexo Tablas e Ilustraciones).

Por último, no se pudo establecer que el tiempo de evolución de los síntomas al momento de la derivación, haya sido un factor que influya en el éxito del tratamiento conservador (Tabla 1, ver anexo Tablas e Ilustraciones).

Discusión

En la actualidad existen diversos tratamientos conservadores para el abordaje del Síndrome del Túnel Carpiano. La elección del tratamiento depende de múltiples factores personales y contextuales del paciente (ocupación, uni o bilateral, edad, manifestación sintomática, entre otros), y características de la institución asistencial (recursos humanos y materiales). En este estudio, se describieron diferentes tratamientos para conocer cuál de ellos brinda mejores resultados.

La mayoría de los pacientes analizados (69%) tuvo correlación entre su miembro superior afectado y su dominancia manual, encontrándose una similitud con los hallazgos del estudio de Armenteros Pedrero (2000).

Concordando con los estudios de Armenteros Pedrero (2000), de Zieba, Eliasová & Mikulakova (n.d.) y de Viera (2003) se encontró una prevalencia de ocupaciones relacionadas con tareas manuales y repetitivas (33,3% amas de casa, 18,6% empleadas doméstica y de cooperativa, y 18,6% obreros de la construcción), las cuales son factores que predisponen a la aparición del síndrome.

El 33,3% de los pacientes de la muestra fueron derivados a Terapia Ocupacional entre los 3 y 6 meses de evolución de los síntomas, siendo éste el grupo mayoritario. No se pudo determinar que el éxito del tratamiento conservador haya tenido relación con el tiempo de evolución de los síntomas al momento de la derivación, pudiendo deberse a la falta de datos concluyentes en este trabajo. Según Burke citado en Armenteros Pedrero (2000) ni la duración de los síntomas ni los resultados del electromiograma son factores que deban desestimar el

tratamiento conservador con férula. Mientras que Kruger (1991) sugiere que el resultado óptimo se obtendría si la férula se aplica en los 3 primeros meses del inicio de los síntomas, y que aquellos sin daño estructural pueden tener una respuesta más favorable.

En este estudio se registró que la cinta elástica adhesiva requirió un menor tiempo de abordaje y obtuvo mayor porcentaje (50%) de cumplimiento de objetivos al alta. Para ratificar el resultado mencionado, los autores El Kosery, Elshamy & Atta Allah (2012) concluyen en su trabajo que estadísticamente el tratamiento con cinta elástica adhesiva fue efectivo.

Continuando con el análisis de la presente investigación, se registró que el tratamiento con uso de férula continua por 3 semanas arrojó resultados similares a la cinta elástica adhesiva en cuanto al tiempo de abordaje, pero obtuvo menor porcentaje (25%) de pacientes con cumplimiento de objetivos al alta.

Conclusiones

El Síndrome del Túnel Carpiano es una patología frecuentemente interconsultada a Terapia Ocupacional por diversos servicios médicos. El abordaje con cinta elástica adhesiva con intervenciones complementarias requirió menor tiempo de tratamiento y obtuvo mayor cumplimiento de objetivos al alta. Por otro lado, el abordaje de uso de férula continua por 3 semanas con intervenciones complementarias obtuvo resultados similares de tiempo, pero con menor cantidad de cumplimiento de objetivos al alta.

El abordaje con cinta elástica adhesiva permite mayor libertad de movimiento del miembro afectado que la férula, es liviano y más económico; sin embargo requiere que el paciente concurra a tratamiento con mayor frecuencia para su aplicación. Las intervenciones complementarias favorecen el cumplimiento de los objetivos. Por último, el abordaje de uso de férula nocturna por 8 semanas conlleva más tiempo de tratamiento.

Este estudio presentó limitaciones por el insuficiente registro de las intervenciones en las historias clínicas, los tratamientos fuera de protocolo, el número final de la muestra, y la falta de análisis estadístico.

El número de muestra podría ampliarse para obtener datos determinantes que constaten si existe relación entre el tiempo de evolución de los síntomas al momento de la derivación y el éxito del tratamiento conservador y que enriquezcan el análisis. Así mismo, se podría implementar el seguimiento telefónico a los 12 meses del alta para conocer el desempeño ocupacional de los pacientes y realizar un estudio prospectivo para poder estandarizar el registro y profundizar los dos abordajes que obtuvieron mejores resultados.

Bibliografía

- Armenteros Pedrero J. et.al. (2000) Tratamiento conservador del síndrome del túnel carpiano mediante inmovilización con férulas. *Rehabilitación* 34(4) ,313-319. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-rehabilitacion-120-articulo-tratamiento-conservador-del-sindrome-del-10017830>
- Baysal O., Altay Z., Ozcan C., Ertem K. & Yologlu S. (2006). Comparison of three conservative treatment protocols in carpal tunnel syndrome. *Ltd Int J Clin Pract*, 60(7) 820-828. Recuperado de: <http://nucre.com/Artigos%20-%20M%C3%A3o%20e%20Punho/Comparison%20of%20three.pdf>
- Burke, S.; Higgins, J.; Mc Clinton, M.; Saunders, R. & Valdata, L.. (2006). *Hand and upper extremity rehabilitation*. Estados Unidos: Elsevier Churchill Livingstone.
- Cooper, C. (2007). *Fundamental`s of Hand Therapy: Clinical Reasoning and Treatment Guidelines for Common Diagnoses of the Upper Extremity*. Estados Unidos: Mosby Elsevier.

- Cosentino, R. & Cosentino, R.V. (2001). *Miembro Superior: Semiología con consideraciones clínicas y terapéuticas*. Argentina: Serie Ciencia de puño y letra.
- Gerritsen A., de Krom M., Struijs M., Scholten R., de Veth H., Bouter L. (2002) Conservative treatment options for carpal tunnel syndrome: a systematic review of randomised controlled trials. *J Neurol*, 249: 272 – 280. Recuperado de: http://www.researchgate.net/publication/11376097_Conservative_treatment_options_for_carpal_tunnel_syndrome_a_systematic_review_of_randomised_controlled_trials
- Green, D.; Hotchkiss, R.; Pederson, W. & Wolf, S.. (2007). Operative hand surgery. España: Marbán.
- Kinesio Taping® Association International. (2011) KT1 Fundamental Concepts. KT2 Advanced Concepts and Corrective Techniques. Material otorgado en el Curso oficial de kinesio taping KT1 y KT2, dictado por la Lic. Adriana Moschini. Argentina.
- Kosery Soheir M. E., Elshamy Fayiz F. & Allah Hamid A. A. (2012) Effect of Kinesio Tape in the Treatment of Antenatal Carpal Tunnel Syndrome. *Indian Journal of Physiotherapy & Occupational Therapy Letter* 6 (3), 122-126. Recuperado de <http://www.indianjournals.com/ijor.aspx?target=ijor:ijpot&volume=6&issue=3&article=024>
- Kruger V.L., Kraft G.H., Deitz J.C., Ameis A. & Lincoln Polissar (1991). Carpal Tunnel Syndrome: Objective Measures and Splint Use. *Arch Phys Med Rehabil* 72(7), 517-20.
- Viera A.J. (2003). Management of Carpal Tunnel Syndrome. *American Family Physician* 68(2). Recuperado de <http://www.aafp.org/afp/2003/0715/p265.html>
- Zięba H.R., Eliasová A. & Mikulaková W. (n.d.) Neuromobilization and taping as a non-intensive method of treating carpal tunnel syndrome. Recuperado de http://www.google.com.ar/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CBwQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.pulib.sk%2Fweb%2Fkniznica%2Felpub%2Fdokument%2FDernarova6%2Fsubor%2F34.pdf&ei=6c75VLK8MsS4UcGtgrAE&usg=AFQjCNG3LBigz9-zsmdmBw2OOK_UnMnieQ&sig2=brBeaNwZokxSch7fk1RnkA&bvm=bv.87611401,d.d24

Realización de un Dinamómetro para la evaluación objetiva de los músculos motores del brazo en un proceso de investigación interdisciplinaria

Autores: Ing. Cicilino, Adrián; Ing. Márquez, Aníbal; Lic. De Falco, Rosanna; Lic. Porro, Sandra; Ing. Bisio Lucas; Ing. Gutiérrez, Gastón; Ing. Esteves, Álvaro; Ruiz, Ducos; L., Saugar, M.S., Fontan M.N.; Lic. Schroh, Jorge

Correo electrónico: rosdef@yahoo.com

Resumen

Las pruebas de fuerza muscular proporcionan información fundamental para el diagnóstico diferencial, pronóstico y tratamiento de los trastornos neuro-musculares y músculo-esqueléticos del miembro superior. Las evaluaciones más utilizadas en la actualidad se basan en métodos manuales que utilizan escalas de registro ambiguas que dependen y se relacionan con la capacidad muscular del examinador sobre la del evaluado.

Con la finalidad de disponer de una metodología objetiva para valoración de la capacidad funcional del miembro superior estamos finalizando el proceso de realización de un dinamómetro para la medición instrumentada de las fuerzas de los grupos musculares motores primarios del brazo. El diseño propuesto resulta en una aparatología discreta, portátil y con adquisición computarizada de los datos. Al mismo tiempo, posibilita el necesario contacto entre el examinador y el evaluado para realizar las maniobras de fijación, estabilización y verificación de tonicidad muscular.

El proceso se encuentra en su fase final, habiendo sido completadas las fases de diseño, construcción de prototipo y puesta a prueba, protocolización de uso, estandarización de fuerza en flexo extensión de codo.

Nos encontramos en las fases finales de estandarización de la fuerza del Hombro y diseño final,

Este trabajo se está realizando en la Universidad Nacional de Mar del Plata con la participación en conjunto de la Dto. De Ingeniería Mecánica de la Facultad de Ingeniería, el Dto. de Diseño Industrial, de la Facultad de Arquitectura y el Dto. de Terapia Ocupacional de la Facultad de Cs de la Salud.

Introducción

El cuerpo humano es un complejo sistema psico-mecánico y además nuestra herramienta principal para la integración social y laboral. Dada la importancia de la vinculación de los miembros superiores con el medio que los circunda estos cumplen quizás el papel más importante en nuestra actividad diaria, por lo que las afecciones inflamatorias o degenerativas son muy comunes, en especial en el complejo articular del hombro.

Las afecciones del Complejo Articular del Hombro es la causa más frecuente de consulta en el ámbito de la atención del Miembro Superior, en especial en procesos crónicos, por lo cual es fundamental profundizar en la investigación objetiva de los mecanismos lesionales y su evolución.

Es en este contexto que el presente trabajo presenta un equipo de banco para la medición de las fuerzas musculares del miembro superior con el objetivo de disponer una metodología objetiva que sirva para el diagnóstico, evaluación, control de evolución y planificación de tratamientos de rehabilitación en pacientes con alteraciones anátomo-funcionales.

Materiales y Métodos

La fuerza muscular es la expresión de la tensión muscular transmitida al hueso a través del tendón. El método de evaluación de fuerza muscular más difundido es el de valoración manual. Este método utiliza una escala de registro basada en la capacidad de un músculo en realizar el desplazamiento de las palancas en relación a la gravedad y a la resistencia manual del examinador.

El método de valoración manual presenta una serie de limitaciones. Por un lado la acción de la gravedad sobre el desplazamiento de palancas es un factor que interviene solo en el 60% de los músculos de las extremidades, por lo que la escala de valoración no es regular para la evaluación de todos los músculos del miembro superior. A su vez, los conceptos de resistencia moderada y resistencia máxima son ambiguos y dependen más de la capacidad muscular del examinador que la del evaluado [2]. Kendall et al [1] refiriéndose a las pruebas musculares de valoración manual observan que "los resultados solo son útiles cuando se registran con exactitud, ya que una prueba inadecuada solo puede conducir a confusión" y además agregan que "las mismas representan un procedimiento que depende del conocimiento, destreza y experiencia del examinador".

Se propone en este trabajo diseñar un dispositivo sencillo y portátil que sirva para valorar en forma objetiva las fuerzas musculares del miembro superior.

Resultados

Las Figuras 2 y 3 presentan vistas del diseño propuesto. En la Figura 2 se indica la posición del paciente y la geometría del dispositivo plegado, mientras que en la Figura 3 se indican sus movimientos principales. Se trata de un dispositivo totalmente pasivo que es en esencia una balanza electrónica orientable con la posibilidad de registrar la posición de los sensores para tener repetitividad en las mediciones.

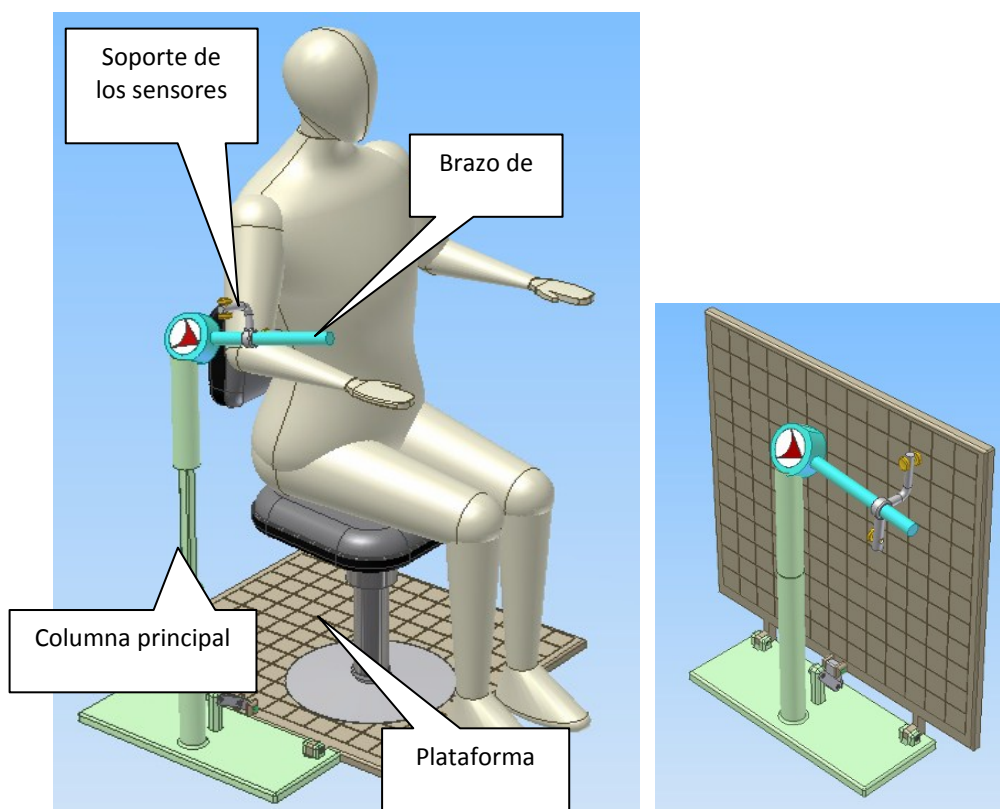


Figura 2: Modelo tridimensional del dispositivo de medición en referencia la posición del paciente. A la derecha posición plegada.

El dispositivo fue diseñado para medir las fuerzas de los cinco movimientos principales del brazo según el procedimiento que se resume en la Tabla 2. Este procedimiento es una adaptación del utilizado por el método de valoración manual (ver Kendall et al [1]) para la utilización del dispositivo propuesto. Es interesante notar que para la secuencia de posiciones de la Tabla 2 el brazo del paciente describe aproximadamente un cono con vértice en la articulación del hombro. Sobre la base de esta observación se estudió la cinemática del dispositivo de manera tal que sea posible, para todas en las posturas indicadas, ubicar los sensores de fuerza en posiciones conjugadas a las del brazo del paciente.

El dispositivo consta de una columna vertical principal que sostiene y posiciona en altura al brazo de medición. La columna tiene un mecanismo telescópico neumático de longitud regulable y bloqueo mediante una válvula hidráulica, similar a las utilizadas en el pie de los muebles de oficina. Esto permite su posicionamiento a diferentes alturas compensando el peso de la estructura superior.

El brazo de medición sirve de guía para el soporte de los sensores. El brazo de medición gira alrededor de un eje solidario a la columna e inclinado 30° grados respecto de la horizontal. El giro del brazo de medición puede bloquearse en posiciones predeterminadas mediante una traba ubicada en la articulación del brazo de medición y la columna.

El soporte de los sensores puede deslizarse y girar sobre el brazo de medición. Su posición se fija mediante un mecanismo de fricción contra el brazo de medición. El posicionamiento de los sensores a lo largo del brazo de medición, con el control de altura de la columna, permite adaptar el dispositivo a la contextura de cada paciente. El desplazamiento y el giro de los sensores y la altura de la columna pueden ser medidos mediante escalas graduadas y registrados junto con los datos de fuerza para asegurar la repetitividad de la medición.

La fuerza ejercida por el paciente es medida por los sensores de fuerza y registrada en forma continua a través de un sistema de adquisición y acondicionamiento de señal conectado a una PC a través de una interfase USB. Los sensores están dispuestos en alojamientos en el soporte mediante trabas magnéticas o velcro. Se prevé la utilización de tres sensores, uno para la medición de bíceps y tríceps, uno para deltoides medio y otro para anterior y posterior. Eventualmente se pondrá utilizar un solo sensor, alternado su colocación en los diferentes alojamientos.

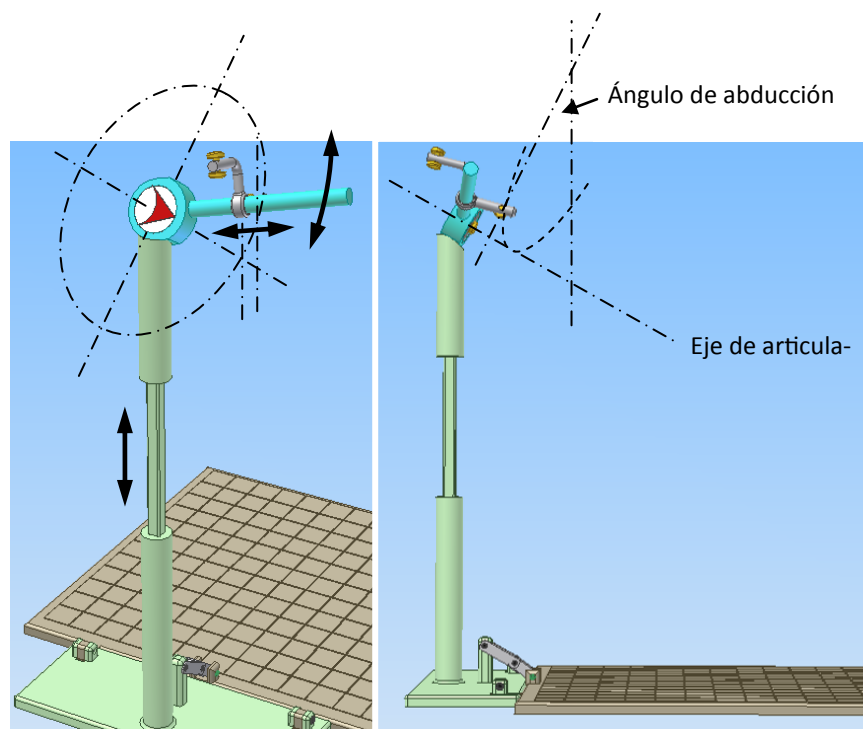


Figura 3: Descripción de los movimientos para el posicionamiento del dispositivo

Los datos adquiridos son procesados por programa desarrollado en el entorno de software LabVIEW. El programa cuenta con una interfase amigable para el usuario para la toma de datos y el archivo de los parámetros de la prueba (altura del brazo, posición de los sensores, etc.).

A partir de la base del soporte de la columna principal se despliega una plataforma rebatible sobre la que se coloca la silla. El peso propio del paciente sobre la plataforma brinda estabilidad al sistema. Dependiendo de la posición de la silla sobre la plataforma el dispositivo sirve para el examen de ambos brazos. Esta disposición se adoptó con el objetivo de reducir el espacio necesario para el almacenamiento del dispositivo cuando está fuera de uso y facilitar su transporte en el caso de prácticas fuera del consultorio (domiciliarias o en hospitales). Desde el punto de vista estructural todos los elementos están dimensionados para presentar la necesaria rigidez frente a las máximas fuerzas que pueda ejercer un paciente, así como para el rango máximo de medición (100 Kg).

El diseño esbelto del dispositivo de medición permite al evaluador tener un acceso cómodo al paciente y de esta forma realizar las maniobras de fijación, estabilización y verificación de tonicidad muscular.

Luego de la fase de construcción y prueba se realizó la protocolización de uso del dispositivo, a partir de lo cual se realizaron los ajustes necesarios de equipamiento y se tomaron en cuenta las variables presentadas para completar el diseño final.

A posteriori se realizó la estandarización de la fuerza de flexión y extensión de codo, en base a una población aleatoria de 300 individuos adultos, obteniendo resultados similares a estudios realizados con otros equipamientos de medición objetiva en diversas investigaciones.

En la actualidad nos encontramos realizando la estandarización de la fuerza en flexión, abducción y extensión de hombro y completando el proceso de diseño final y manuales instructivos.

Conclusiones

Se presenta el diseño de un dispositivo para la medición cuantitativa y objetiva de las fuerzas de los músculos motores principales del miembro superior. La metodología propuesta involucra la adquisición y registro de datos mediante PC y deja a cargo del evaluador las maniobras de fijación, estabilización y verificación del tono muscular durante la medición.

El peso y las dimensiones del dispositivo propuesto lo hacen apto para la práctica en consultorios con espacio limitado y transportable para prácticas hospitalaria y domiciliaria.

El dispositivo presentado se encuentra en la actualidad en sus fases finales.

Agradecimientos

Este trabajo ha sido financiado por el proyecto PICT 12-14114 "Biomecánica del Miembro Superior" de la Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica.

Bibliografía

- Kendall F.P., Kendall E. y Mc Creary E. "Músculos, Pruebas y Funciones". Ed. Jims. Barcelona. 1985.
- Hunther J.M., MacKin E.J. y Dallahan A.D. "Rehabilitation of the Hand: Surgery and Therapy", Ed. Mosby, 1995
- Lafayette Manual Muscle Test System, Lafayette Instrument Company, Lafayette, IN 47903 USA. (<http://www.lafayetteevaluation.com>)
- Department of Physical Medicine & Rehabilitation, Universidad Johns Hopkins, Baltimore, Maryland, USA. (<http://www.hopkinsmedicine.org/Rehab/research/biomech.html>)

Quantitative Muscle Assessment, Aeverl Medical, Gainesville, Georgia, USA.

(<http://www.qmasystem.com>)

ANDREWS A.W., THOMAS M.W., BOHANNON R.W. "Normative values for isometric muscle force measurements obtained with hand-held dynamometers". Phys. Ther. 76:248-259. 1996.

BECHTOL C.O. "The use of a dynamometer with adjustable handle spacings". J Bone Joint Surg Am. 36:820-830. 1954.

BOHANNON R.W., ANDREWS A.W. "Standards for judgments of unilateral impairments in muscle strength". Percept. Mot Skills. 89:878-880. 1999.

CROSBY C.A., WEHBÉ M.A., MAWR B. "Hand Strength: normative values". J. Hand Surg. 19A: 665-670. 1994.

KJERLAND R.N. "Age and sex differences in performance in motility and strength tests". Proc. Iowa Acad. Sci. 60:519-523. 1953.

LUNA E., MARTIN G., RUIZ J. "Valores normales y límites de la normlidad de la fuerza de la mano determinados con dinamometría". Nutricion

Hospitalaria. Vol XIX. Supl. 80. 2004.

PETERSEN P., PETRICK M., CONNOR H., CONKLIN H. "Grip strength and hand dominance: challenging the 10% rule". Am. J. Occup. Ther. 43:444447. 1989.

SCHMIDT R.T., TOEWS J.V.

Ortopedia de inmovilización 3d.

Estructura de inmovilización para miembro superior

Autores: Mato Pagano, Alan Javier; Tamareu, Flavio Misael.

Correo Electrónico: alanja_mato@hotmail.com

Resumen

Introducción

Las fracturas, luxaciones y esguinces son problemas que ocurren a diario afectando a gran parte de la población. En la actualidad (y hace más 200 años) el tratamiento más utilizado y conocido, para inmovilización del miembro afectado, es la colocación de una estructura de yeso, la cual es útil aunque presenta grandes desventajas. Además existen casos especiales no cubiertos, como artritis Reumatoidea, dedos en resorte, desviaciones por alteración en las partes blandas, fracturas con quemaduras y heridas superficiales que precisan tratamientos y curaciones cicatrizantes.

Objetivos

En busca de nuevas alternativas, surge este proyecto, ODI3D (Ortopedia De Impresión 3D) que reduciría las desventajas y presenta grandes beneficios.

Resultados y Conclusiones

Para lograr la impresión de la estructura (ODI3D) es necesario abordar cuatro puntos: elegir el material a utilizar, conseguir una imagen digitalizada del miembro superior (escaneo) en base a ésta generar la estructura digital que se adapte perfectamente al miembro y analizar el papel que cumplen los Terapistas Ocupacionales (TO) en el proceso. En el presente trabajo se detallaran los procedimientos llevados adelante para la implementación de estos puntos.

Introducción

ODI3D es una investigación que surge como idea proyecto en el marco de la tesis de grado para la carrera de Bioingeniería gracias al aporte y apoyo de profesionales de la Terapia Ocupacional y Traumatólogos.

Las fracturas, luxaciones y esguinces son problemas que ocurren a diario afectando a gran parte de la población. En la actualidad el método más utilizado consiste en realizar vendajes para formar una cáscara sólida dentro de la cual el miembro roto puede sanar.

Históricamente, el material de elección ha sido el yeso de París, este al solidificarse brinda una estructura continua y rígida. También se utilizan otros materiales para lograr estos tipos de carcasas como plásticos termocontraíbles y composites de fibra de vidrio. Sin embargo, no importa el material de estos moldes, generalmente sufren los mismos problemas: son susceptible al agua, dificultades a la hora del baño (llegando provocar posibles problemas higiénicos), pueden ser incómodos, molestos, así como voluminosos y pesados.

La gran versatilidad de la tecnología de impresión 3D nos permite obtener una estructura de inmovilización polimérica que se ajusta perfectamente a las dimensiones del paciente. (1)

La impresora toma el filamento, enrollado en un carretel ubicado en su extremo superior, y comienza a fundirlo a una temperatura de entre 180 y 220 grados. Con el plástico fundido, la máquina crea una capa; se eleva unas décimas de milímetro y pinta una nueva capa, conti-

nuando de forma sucesiva hasta finalizar la impresión del objeto de acuerdo con el diseño inicial.

La impresora elegida podrá utilizar dos tipos de polímeros: el acrilonitrilo butadieno estireno (ABS) y el ácido poliláctico (PLA), siendo éste último el más eficiente para nuestro estudio dado que es un plástico biodegradable e ideal para las piezas huecas con paredes finas. (2)

Una vez impreso el molde se deja desarmado en dos mitades, de modo que se puede montar alrededor del usuario para luego cerrar, utilizando elementos de fijación. Incluso cuando está cerrado, la extremidad todavía está abierta al lavado (el propio molde es resistente al agua) al mismo tiempo es lo suficientemente delgado como para que la manga de una camisa regular pueda pasar.

La estructura polimérica tomaría algún tiempo para imprimirse a partir de los planos diseñados mediante software, pero una vez producida sería inmediatamente rígida; eso es una importante diferencia de los moldes existentes, que exigen un período de hasta tres días para conformarse completamente en sólido.

Existen numerosas ventajas, como la resistencia al agua, mejorando claramente la higiene, permitiendo que el paciente pueda tomarse una ducha. Su estructura reticular permite ventilar la piel evitando dermatitis y otras afecciones.



Ilustración I

Es mucho más delgado, liviano y estético, pudiendo personalizarse a gusto del paciente, creando una experiencia única que traspasa los límites de la imaginación. En la Ilustración I se observa una estructura de inmovilización creada por el diseñador Jake Evill de Nueva Zelanda.

Desarrollo

Objetivos

La idea proyecto busca reemplazar estas estructuras tradicionales por otro material que brinde mejores prestaciones y que nos permita tratar casos especiales propios del miembro superior tales como artritis Reumatoidea, dedos en resorte, desviaciones por alteración en las partes blandas, fracturas con quemaduras y heridas superficiales que precisan tratamientos y curaciones cicatrizantes.

En la búsqueda de nuevos métodos y materiales para superar estas desventajas surge ODI3D, Ortopedia de Impresión 3D.

Para la concreción del prototipo deberemos transitar tres etapas, la primera consiste en la investigación de los materiales para su impresión, analizar la biocompatibilidad de los mismos, así como también su resistencia a la tracción, compresión, flexión y torsión. Cabe señalar que otro factor importante en este punto es el valor en el mercado de estas materias primas, dado que algunas suelen ser muy costosas.

En la segunda etapa se persigue lograr la conformación de una imagen tridimensional digital del miembro superior, para ello se debe buscar y elegir aquellos programas necesarios para el escaneo y para el procesamiento digital de imágenes 3d.

Actualmente finalizamos satisfactoriamente la primera etapa y estamos transitando la segunda.

La tercera y última etapa tiene como finalidad lograr la impresión de nuestro primer prototipo, el cual consistirá en una estructura polimérica reticulada para un paciente que presente fractura radio distal, conformada por varios módulos que se unirán en dos mitades para luego ser ensambladas en el miembro superior.

Materiales y métodos

Existen numerosas impresoras 3D que imprimen en un inmenso abanico de materiales, el desafío de esta investigación es la elección de un material que sea fundamentalmente resistente y biocompatible, en el mercado se ofrecen muchos que cumplen estas condiciones aunque no todos están a nuestro alcance, por diferentes motivos, ya sea por su costo o simplemente porque no se producen en esta región. Analizando todos estos factores es que se eligió una impresora 3D que pueda generar nuestra estructura en ácido poliláctico (PLA).

Debido a que el ácido láctico es un intermediario común en el metabolismo de los carbohidratos en nuestro organismo, el uso de este hidroxácido es generalmente visto como la situación ideal desde el punto de vista toxicológico. El PLA es actualmente utilizado en clavos para la unión de ligamentos y reparación de meniscos, suturas, tornillos y clavos para la fijación de fracturas y cirugía maxilofacial, liberación de fármacos y stents para cirugía cardiovascular. Una de las aplicaciones más recientes del PLA es en el campo de la Ingeniería de Tejidos, la cual se basa en generar tejidos a partir de células del mismo paciente cuyo crecimiento es guiado in situ mediante andamios reabsorbibles. (3)

El PLA puede ser tan duro como el acrílico o tan blando como el polietileno, rígido como el poliestireno o flexible como un elastómero. Puede además ser formulado para dar una variedad de resistencias. Las resinas de PLA pueden ser sometidas a esterilización con rayos gama y es estable cuando se expone a los rayos ultravioleta. Al PLA se le atribuyen también propiedades de interés como la suavidad, resistencia al rayado y al desgaste. (4)

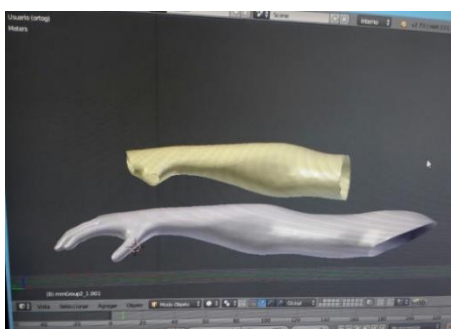


Ilustración II

En la etapa de generación de la imagen 3D, primero se realiza un escaneo 3D del miembro lesionado, es decir la obtención de un modelo digital del brazo para luego poder procesarlo, existen diversos métodos para lograrlo, lo más recomendable es la utilización de un dispositivo portable, liviano y de gran precisión llamado escáner 3D. La imagen tridimensional se va construyendo al hacer girar el aparato alrededor del miembro para que el software que trabaja en conjunción con él muestre el proceso de escaneo.

En este proyecto utilizamos una técnica que consiste en tomar numerosas fotografías axiales del miembro, para luego a través de un análisis digital crear la imagen 3D. El software que nos permite lograrla es denominado Autodesk 123D Catch, es un programa de uso gra-

tuito que se trabaja con conexión a internet, cabe destacar aquí que la imagen lograda es fiable aunque tiene una precisión reducida, también debemos tener en cuenta que el proceso de obtención de la imagen es muy laborioso debido a que la curva de aprendizaje es larga. Otra gran desventaja de este método es la cantidad de fotografías que deben tomarse (alrededor de 60) con el paciente lo más inmóvil posible, afecta aquí también la iluminación constante, la distancia focal, el ángulo de captura y la resolución de la cámara, entre otras variables.

Luego de finalizado el modelo 3D del paciente debemos diseñar la ortopedia propiamente dicha, es aquí donde elegiremos un nuevo software de diseño 3D, en nuestro caso utilizamos el Blender, es un programa de uso libre y de código abierto, es decir, que no tiene costo alguno y nos permite reprogramarlo en base a nuestra utilización específica. El proceso de diseño consiste fundamentalmente en la generación de lo que se denomina "capa", que es la que le dará el aspecto reticulado a nuestra estructura. Una vez obtenida la capa se puede personalizar a gusto del diseñador, su diversificación estará a la luz de las patologías a tratar, diseños personalizados y requerimientos estéticos específicos.

Una vez finalizado el diseño de la ortopedia, el archivo se exporta a otro programa que lo prepara para la impresión y que le indica a la impresora a qué velocidad y con qué resolución operar para crear la pieza.

En la implementación del proyecto los TO cumplen un papel fundamental antes, durante y después del uso de ODI3D.

Primeramente el TO es quien recibe al paciente y analiza el tipo de ortopedia para el tratamiento, en base a su funcionalidad, buscando brindar sostén, realizar correcciones o inmovilización, decide cuál es el tratamiento a seguir.

En caso de que decida usar ODI3D, será el encargado de realizar la evaluación de la posición anatómicamente correcta en relación a la patología. A partir de aquí se podrá realizar el escaneo del miembro.

Adjunta a la imagen tridimensional del miembro (escaneo) el TO podrá describir: la correcta distribución de tensiones, puntos de apoyo y demás requisitos que considere necesarios para el tratamiento, esta información es fundamental para el diseño de la ortopedia.

Después de realizar el modelo computacional el TO podrá realizar una devolución del diseño proponiendo las correcciones y recomendaciones que crea necesarias.

Luego de la aprobación del diseño por parte del TO se procede a realizar la impresión de la ortopedia y su posterior colocación en el paciente. Teniendo en cuenta las características de ODI3D y el acompañamiento del TO se podrá colaborar con el paciente en las actividades de vida diaria y cotidiana (AVD-AVC).

Conclusión

Existen numerosas aplicaciones y proyecciones en tecnología de impresión 3D, en medicina se están implementando este tipo de impresiones con distintos biomateriales para implantes en odontología, traumatología, cardiología, etc. También se puede avanzar en tecnologías de electro-estimulación aprovechando las interfaces ventiladas de esta estructura. Otras de las tendencias en este rubro abarcan el diseño especializado de distintas tramas y la impresión de frases incluidas en el modelo, entre otros. En relación al material elegido, creemos que sus propiedades físicas, mecánicas y de biocompatibilidad cumplen satisfactoriamente con los requerimientos planteados, una de las proyecciones en este sentido es realizar los estudios pertinentes en un banco de prueba bajo las normativas específicas.

Consideramos que la técnica de escaneo utilizada requiere mucho tiempo y dedicación, a pesar de esto, se logró un escaneo aceptable del miembro. Concluimos que a los fines prácticos no sería aceptable, aunque nos permitió lograr el modelo 3D satisfactoriamente, es por esto que la técnica más recomendable es la utilización de un dispositivo de escaneo 3D.

El software de diseño nos permitió obtener una "capa" automáticamente y su posterior formateo con gran velocidad y facilidad.

Aunque hasta el momento no contamos con un prototipo impreso confiamos que ODI3D es una estructura de inmovilización reticulada que reemplazará con muy buenos resultados los métodos actuales y dará soluciones a patologías que actualmente no tienen tratamientos concretos.

Creemos que ODI3D no puede concretarse sin una correcta y fluida comunicación con los TO ya que son estos quienes brindas los parámetros necesarios para el diseño e implementación de la ortopedia, es por esto que este proyecto es totalmente transdisciplinario.

Bibliografía

Caldana, Roberta Bosco y Stefano. 2013. diferencias entre ABS y PLA. El Pais. 13 de junio 2013.

Lunt, James. 1998. Polylactic acid (PLA): properties, market and perspectives. Biodegradable Polymers and Macromolecules 59. 9-11.

Ramirez, Ramirez Carlos. 2000. Biomateriales Poliméricos. Comportamiento Fisico de los Biomateriales. (Santa Fe) I. 122-125.

Rivas, Celeste. 2014. Cómo funciona una impresora 3D. Infobae 13 julio 2014 .

Mesa 6

Prácticas en salud mental

Terapia ocupacional: prácticas y sus transformaciones en el entramado de las leyes de salud mental y la salud colectiva

Autoras: Testoni, Cecilia Rita; Ingui, Patricia Rosa
Correo electrónico: testonicecilia@gmail.com

Resumen

El presente trabajo es un recorte de tareas de investigación, específicamente hacemos referencia a la construcción del contexto conceptual y del diseño metodológico, llevadas a cabo en el marco de un Proyecto CAI+D/ESS-UNL (1) y su articulación con la práctica de un equipo de salud implementada en tres Centros de Salud de la región costera santafesina. A partir de esta vinculación realizamos un recorrido por algunas conceptualizaciones acerca de la relación entre ocupación y salud mental en el marco de la legislación vigente en salud mental (2) (3) y ubicamos algunas prácticas de la terapia ocupacional desde los supuestos de la salud colectiva (4) (5) y la identificación de espacios saludables, lo que nos anticipa la posibilidad de incluir en nuestro diseño metodológico a la cartografía social (6).

Salud colectiva y la mirada de la epidemiología crítica latinoamericana

Breihl reconoce que, desde la postura de la epidemiología crítica (7), existen posibilidades de construcción de herramientas técnicas para operar en salud, aunque desde la práctica aún no reconozcamos propiamente la construcción de dichas herramientas, sí todo el tiempo reconocemos que se crean condiciones con la comunidad, en los estilos y modos de vida de las personas.

Desde los desarrollos latinoamericanos de la epidemiología crítica, el autor señala a la determinación social como una herramienta diagnóstica para la salud colectiva, en tanto que incluye la particularidad, la generalidad y la transformación.

Esta postura propone incluir desde la formación académica, a las determinaciones sociales como categorías teóricas críticas, que podrían modificar los modelos dominantes. En ese paradigma, la determinación social implica una concepción participativa e intercultural de la gestión académica, cuyas principales relaciones se sintetizan en los ejes: Estado, universidad pública y colectividades, a partir de las relaciones de poder (económico, político, administrativo, cultural y científico-académico) e intereses de grupo (clase, género y etnia), con producciones (cultural, social, económica, de salud y ambiente).

El enfoque se considera superador por la posibilidad de la inclusión de los procesos contextuales de determinación -en lugar de establecer "factores determinantes"- para afirmar la idea de "determinantes sociales de la salud". Lo que es destacable ya que incorpora elementos de la epidemiología crítica anglosajona para darle un giro interpretativo latinoamericano. *"En América Latina, la reflexión sobre una teoría crítica de la salud ha ligado tres elementos interdependientes: la salud como objeto, la salud como un concepto metodológico y la salud como un campo de acción."* (8). Nuestro trabajo pretende bordear esta interdependencia.

La salud mental como construcción colectiva. Articulaciones con la legislación vigente

Con la intención de actualizar los significados que se le otorgaron a la salud desde la perspectiva de la APS en los '90, se puede recurrir a una serie de categorías arraigadas en la epidemiología crítica y que tienen por ejes teóricos el concepto de salud como capacidad huma-

na (9), y la salud colectiva (10) como formas de su organización, y en este sentido estructura que la aloja. Retomamos aquí la legislación vigente para salud mental, a través del art. 3 de la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) sobre la presunción de capacidad de la personas con padecimiento psíquico. Dentro de ese paradigma, el concepto de salud colectiva aparece ligado al de salud emancipatoria. Breihl señala que la salud colectiva latinoamericana eslabona *"la construcción integral del objeto salud, con una práctica integral de transformación"* (11) aludiendo a la salud como derecho individual y colectivo, que se liga con una sumatoria de derechos que hacen al "vivir saludable".

Recurriendo nuevamente a la LNSM, se define a la Salud Mental *como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona...*" (artículo 3) (12)

Esa sumatoria compleja de componentes, así como la preservación y el mejoramiento de la salud confiadas a modalidades de abordajes sostenidos en una trama social y en el enfoque de los derechos humanos, se enlaza con estrategias basadas en los principios de la atención primaria de la salud (13) (14) con un marco legal en la LNSM en su art. 9 y su reglamentación, que en su espíritu señala acerca de pensar nuevas alternativas a las lógicas hegemónicas de la salud pública "convencional" (15) en referencia a la manicomial.

La Ley Provincial de Salud Mental de Santa Fe (16), en su art. 18 dispone promover la transformación de los hospitales psiquiátricos, se esbozan los nuevos dispositivos a construir para el trabajo inter y extra institucional, que implican creatividad, compromiso y la promoción de participación social, como atributos deseables de quienes lleven adelante esa tarea. Se pone el acento en la incorporación de la dimensión subjetivo-social y el respeto por las particularidades culturales locales en la estrategia de atención primaria.

Se encuentra una amplia diversidad de significados acerca de promoción de salud cuando comparamos lo que se dice de ella y cómo eso que se dice se lleva a la práctica.

Concebir la salud como capacidad humana nos remite a la promoción de salud emancipatoria, porque considera que cada ser humano es constructor de su futuro, reconstructor de su pasado y organizador de su presente, y nos permite focalizar en una dimensión política al situar al sujeto en la elección de salidas alternativas desde lo individual a lo colectivo, desde lo hegemónico a lo emancipatorio. Solidaridad, cooperación, decisión, transformación son propiedades de una dimensión ético-política de la salud para acentuar lo comunitario. De ahí surge la relevancia de los espacios colectivos como formas de organización de los sujetos por fuera de las instituciones tradicionales, sino más bien "pautadas en el afecto, en la solidaridad, en la libertad y en la justicia" siendo esto el gran desafío para la praxis de la salud colectiva. (17).

Si miramos lo sucedido en Latinoamérica se puede observar que la atención de la salud mental desde un enfoque "tradicional" de salud pública está impregnada del modelo médico hegemónico, lo que incluye, según Granda (18): *"una metáfora dominada por el presupuesto filosófico-teórico de la enfermedad y la muerte, el método positivista, el estructural funcionalismo y el reconocimiento del poder del Estado como fuerza privilegiada para asegurar la prevención de la enfermedad"* Esta concepción es puesta en cuestión desde el modelo APS como fundamento de la reforma en salud.

La salud colectiva sienta la posibilidad de hacer presente la discusión del sentido político de las prácticas en salud, al mismo tiempo que permite establecer su proyección en la definición y formulación de políticas públicas con un compromiso ético hacia la promoción de la salud emancipatoria, necesariamente ligada la construcción colectiva de valores, conocimientos y habilidades para "cuidar" de la salud en forma conjunta entre profesionales y miembros de la comunidad donde se juega la vulnerabilidad como vector de trabajo para la salud mental. Así, la intervención promete un abordaje "transformador" (19).

Desde el encuadre teórico que se viene describiendo se considera a los seres humanos como sujetos éticos capaces de construir conocimientos independientes de los expertos o de las instituciones; dando así significado, valor y sentido a su mundo práctico (20). Este conocimiento actuaría como un insumo genuino para la promoción de la salud emancipatoria. Esta concepción avala una propuesta metodológica que se proponga escuchar los climas locales, en relación a tiempos, espacios, políticas, actores y maneras o modos de vida que tienen para diseñar y decidir acerca de su vínculo con la salud.

Espacios colectivos emergentes en las prácticas en TO

Desde la experiencia del trabajo en el nodo 3 Santa Fe subregión de la costa, en tres centros de salud: Rincón pueblo, Rincón norte, Rincón potrero. Se propuso una estrategia de abordaje para los tres en un mismo escenario. Al realizar la planificación estratégica se hace hincapié en las siguientes categorías de análisis: a) el poder, b) la accesibilidad, c) las demandas, d) recursos y equipos de salud y e) territorio.

a) Desde la perspectiva de la salud colectiva quien colabora en el diagnóstico la epidemiología crítica, que también, como ya se dijo, toma esta categoría. Entonces, en los tres centros se trabajó con ese diagnóstico estratégico. Al realizarlo emergieron algunos elementos a tener en cuenta en relación al poder. Al respecto, acumulación de poder en determinados sectores (comuna, instituciones educativas y las ONG), mientras que la comunidad se mantiene pasiva, por fuera, con sus saberes desplazados y reemplazados por los de los expertos. Esto llevo a plantearnos, que desde la perspectiva de la salud colectiva el camino debe ser el inverso: recuperar los saberes, la capacidad de corporizar una problemática, realizar elecciones respecto a su resolución, tomar decisiones y diseñar respuestas. En este sentido el trabajo del territorio tiene como prioritaria generar políticas comunitarias surgidas en la comunidad misma.

b) La accesibilidad como vínculo estaba a veces interrumpido, otras lastimado y otro olvidado. Los actores de ese vínculo –trabajadores de la salud y personas que asisten a los centros de salud- muestran un desgaste en relación a la dignidad “esperable” respecto dar y recibir la atención, lo que entendemos una naturalización del maltrato, pensando en la contrarreferencia de la relación entre la menor y la mayor complejidad.

c) Las demandas venían investidas de la lógica hegemónica de la salud “convencional”, pero también, de la educación, de la cultura. Todo era recibido indiscriminadamente, y todo era diagnosticado y tratado sin discriminación, comenzamos a interrogarnos: ¿quiénes demandan/piden/solicitan? ¿Qué? ¿Qué respuestas se daban y se recibían? Esto era una cuestión a re-pensar para abrir un espacio para recibir desde otro lugar desde la escucha, y el reconocimiento conjunto de lo que se demanda, para qué, con qué sentido. De los registros etnográficos surgen: la relación con la demanda no se escucha, y se le supone de ante mano lo que se necesita, se toman decisiones en su gran mayoría sin una reflexión previa siendo que algunas de ella ameritan una estrategia en “red” coordinada.

Desde las ventanas se administra arbitrariamente la respuesta, sobre todo cuando esta no es clara.

En muchas de las situaciones problemas hay una relación de cronificación de “casos” sin resolver, en otras hay un historia de prácticas naturalizadas y no se interpela porque “así se hizo y dio resultado”; la mayoría de las veces no se revé y aun así se continua reproduciendo esa práctica sin sentido. Ejemplo: pedido de turnos para llevárselos a sus casas, sin un trabajo previo de incluirlo en una estrategia general del equipo; la persona no va a la consulta, y se vuelve a repetir lo mismo.

d) Inequidad de recursos, acumulación de recursos en uno de los centros que implicaba acumulación de poder, justificada en la mayor cantidad de población que podría atender y beneficiarse.

En relación a los equipos de salud, las prácticas naturalizadas, a-críticas, son tan riesgosas como las prácticas que derivan de la lógica hegemónica de la salud convencional (manicomialización). Ahora, consideramos a los trabajadores de la salud como sujetos éticos, capaces de construir conocimiento en sus prácticas, pero también entendemos que todos los actores que se relacionan con el centro de salud ponen en juego constantemente en la interacción sus recursos personales, familiares y sociales. Entonces, hay aquí un reconocimiento a la libertad, a la independencia y a la autonomía como componentes de la salud colectiva. Acompañar esos procesos es nuestra responsabilidad.

e) finalmente, llegamos a partir de la idea que ya trajimos de escenarios (21) se hallan diferentes territorios que los contienen. En nuestro caso tenemos un territorio, el que coincide con una parte de la subregión de la costa (delimitación geográfica) donde se inscriben una multiplicidad y diversidad de acontecimientos, nosotros optamos por hablar de escenarios que fuimos conformando como parte del equipo de salud a partir de la estrategia general que decidimos nombrarla propioceptivas, al proponernos respetar lo que cada uno y todos siente acerca de su corporeidad.

Ahora, abordemos nuestra concepción de espacios colectivos, donde hallaremos reflejadas las categorías de análisis hasta aquí detalladas. Por ejemplo, fueron espacios saludables que surgieron de la estrategia diagnóstica: las caminatas costeras en Rincón pueblo, comisión de objetos significativos en Rincón Norte y Potrero, y recuperar los saberes, en Rincón Potrero. La propuesta fue convocar de manera abierta a todas las personas que tenían ganas de participar libremente de este espacio, donde la singularidad permitió proyectarse en una respuesta colectiva. Con respecto a las caminatas el detalle que nos gustaría destacar es que fueron realizadas invitaciones personales que cursó la médica generalista, quien participó de las caminatas, es decir se invitaba, y no se prescribía o derivaba. En todos los espacios se repitió la invitación personal sumada a la pública. En el segundo espacio, los objetos significativos son partes de las historias de las personas que se recortaron a partir de sus narrativas con la intención de recuperar y reconocer las identidades de los habitantes nativos del lugar, este es un ejemplo de articulación intersectorial entretrabajadores de la salud mental y los organizadores de un evento local, que tenía como eje de su convocatoria el tema de la identidad. Con respecto, a la última, recuperar los saberes se dio desde un espacio grupal que con el tiempo se convirtió en colectivo de mujeres, especialmente aquí lo colectivo se construyó a partir de una demanda singular, que surgió de una reunión del equipo de salud a partir de la inquietud de uno de sus integrantes sobre una situación compleja de una persona.

Desde la conceptualización de la Terapia Ocupacional estos espacios fueron apropiados por la misma comunidad, que los continúan aunque ya no sea una convocatoria desde los centros de salud.

Desde las estrategias que venimos desarrollando, el desafío es alcanzar a diseñar de manera colectiva una cartografía social, según Carballada Las cartografías sociales dan cuenta de las posibilidades de acceso que van desde la producción de subjetividad (dentro de un territorio definido) hasta la expresión singular de ésta en el escenario de la actuación. También la cartografía, es la representación de un mapa de los elementos imaginarios y simbólicos de la región. *"Ese mapa se escribe en un territorio. (...) Los límites del territorio, tienen un importante componente subjetivo, son en definitiva, inscripciones de la cultura, la historia y se entrelazan estrechamente con la biografía de cada habitante de la ciudad. Allí, en los límites, es donde comienza a construirse la relación entre territorio e identidad en la esfera de cada sujeto."* (22) Esto esperamos haberlo reflejado en cada uno de nuestros ejemplos de espacios saludables.

Algunas consideraciones finales

Como Trabajadores de la Salud, terapeutas ocupacionales implicados en contextos diversos tenemos que movernos como anfibios, en varios escenarios el desafío sigue siendo la construcción colectiva, trascender la dicotomía individual – colectivo.

Si traemos una definición tentativa de Ocupaciones Colectivas (23) *Ocupaciones en las cuales participan los individuos, grupos, comunidades y/o sociedades en contextos cotidianos; las mismas pueden reflejar una intención hacia la cohesión social o hacia la disfunción, y/o progreso o aversión hacia un bien común.*

Por último, la reflexión que nos hacemos desde el paradigma social de la Terapia Ocupacional es: ésta construcción colectiva tendrá algo más que transmitir cuando hayamos podido dar cuenta de qué es lo que genera que los seres humanos participen y tengan la capacidad de corporizar salidas saludables.

Referencias bibliográficas

- (1) Proyecto de Investigación CAI+D ESS/UNL: Ocupación y Salud Mental: supuestos y concepciones de los integrantes de equipos de Salud Mental a partir de la implementación de ley provincial de Salud Mental N° 10772/91
- (2) Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657- Decreto Reglamentario 603/2013
- (3) Ley Provincial de Salud Mental de Santa Fe- Ley N° 10772- Decreto Reglamentario N° 2155/2007.
- (4) Breihl, J. (2013) "La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)". *Salud Pública*, 31, (1), 13-27. Universidad de Antioquía.
- (5) Granda, E. (2004) "¿A qué llamamos salud colectiva, hoy?", *Rev. Cubana Salud Pública*, 30, (2). Universidad Nacional de Loja. Organización Panamericana de la Salud
- (6) Carballada, Alfredo (2001) *Las Cartografías Sociales y el territorio de la Intervención*. (Bs As).
- (7) Se ubica sus comienzos a mediados de la década del 70 y luego desarrollada y complementada por otros autores especialmente de la corriente latinoamericana. "El punto de partida de esta construcción teórica se fundamenta en una relectura -desde el realismo crítico- de dos vertientes epistemológicas encabezadas por Kuhn y Bourdieu. Del primero para rescatar la visión dialéctica del pensamiento científico, su naturaleza social, transformabilidad y el carácter "revolucionario" dado por la oposición de ideas innovadoras frente a los aspectos "normales", lo que abre puertas a una aproximación sociopolítica de la determinación comunitaria de la ciencia, sus modelos e instrumentos (...). Y el segundo, porque analiza "...la teoría como un modus operandi que orienta y organiza la práctica científica... (y las)...capacidades creadoras, activas, inventivas del habitus..." y el lado activo del conocimiento científico como "...el capital de un sujeto trascendente...de un agente en acción" (Bourdieu, 1998)". (Breihl, 2013, op cit. 13). Con referencias en la medicina social de América Latina.
- (8) Almeida Filho Breihl, J. (2011). "Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud". Capítulo de libro publicado por la Universidad Autónoma Metropolitana de Xochimilco, México, y la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES). (Fue presentado en reunión del Movimiento por la Salud de los Pueblos en Rio de Janeiro durante Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud. Universidad Andina Simón Bolívar, Sede Ecuador). Recuperado de <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SeminarioBreilh03.pdf>, p.36
- (9) Chapeló Mendoza, M. (2007) "Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria". En Jarillo Soto, E. y Guinsberg, E. *Temas y desafíos en salud colectiva*. Bs. As.: Lugar, 345-373

- (10) Almeida Filho, N. de y Silva Paim, J. (1999) "La crisis de la Salud Pública y el Movimiento de la Salud Colectiva en Latinoamérica". *Cuadernos Médico Sociales*, (75), 5-30.
- (11) Brehil, 2011, opcit, 32
- (12) Ley Nacional Salud Mental, op cit.
- (13) Impulsadas por la OMS y la OPS
- (14) Solitario, R., Garbus, P., y Stolkiner, A. (2007). "Atención Primaria de la salud e interdisciplina: dos componentes claves para las reformas en salud mental". *Revista de la Asociación Médica de Bahía Blanca*, 17(3), 63-68. Recuperado de http://www.ambbb.com.ar/trabajosrevistacientifica/1383_RCAMBBvol17_3_pag63_68.pdf
- (15) Granda, E. (2000) "La metáfora de la Vida en el pensamiento de Edmundo Granda" *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, Vol. 18, No. 02, Jul.-Dic. 2000)
- (16) Ley Provincial Salud Mental, op. cit.
- (17) Almeida Filho, 1999 op cit.
- (18) Granda, 2004, op cit.
- (19) Rodríguez, A. (2007) "De la promoción de Salud Mental a la producción de Salud. La concepción de lo comunitario en la implementación de Proyectos Sociales" (Ponencia presentada en el 1er. Congreso Ecuatoriano de Psicología Comunitaria, organizado por la Universidad Politécnica Salesiana, agosto, 2007). *Académica Alteridad*. (2). Facultad de Ciencias Humanas y de la Educación. Universidad Politécnica Salesiana. Ecuador; y en "Memorias del I Congreso Ecuatoriano de Psicología Comunitaria" (2008) Mañana, I. y Boada, M. (comp.), Abya-Yala, (Quito), 105-121.
- (20) Chapeló Mendoza, 2007, op cit.
- (21) Carballeda, 2001, op cit.
- (22) Idem
- (23) Ramugondo, E.; Kronenberg, F. (2013) "Explaining Collective Occupations from a Human Relations Perspective: Bridging the Individual-Collective Dichotomy." *Journal of Occupational Science*. Routledge (London). URL: <http://dx.doi.org/10.1080/14427591.2013.781920>

Antecedentes en la formación interdisciplinaria y comunitaria en salud mental integral. El Servicio de Psicopatología del Htal. Aráoz Alfaro y los posgrados en Salud Mental Comunitaria de la UNLa como propuestas formativas fundantes en salud mental

Autores: Bottinelli, María Marcela; Frankel, Daniel; Nabergoi, Mariela; Remesar, Sergio Esteban; Díaz, Francisco Manuel; Maldonado, Carolina Ruth, Albino, Andrea

Correo electrónico: mmbottinelli@yahoo.com.ar

Institución a la que pertenece/n: Universidad Nacional de Lanús.

Resumen

La salud mental es en la actualidad una problemática prioritaria en el ámbito internacional y nacional. Los problemas de salud mental se encuentran entre las primeras causas de morbilidad y se estima que la brecha de tratamientos es aún muy profunda y con grandes desigualdades regionales. Algunos estudios destacan las implicancias del Servicio de Psicopatología en el Hospital Policlínico de Lanús Araoz Alfaro (1957) en los espacios de gestión, diseño de políticas y de la formación del Área de Salud Mental Comunitaria en la Universidad Nacional de Lanús. Ambas experiencias se destacan por su carácter interdisciplinario y han contado con la participación de terapeutas ocupacionales.

Objetivos: El proyecto de investigación se propone como objetivo general caracterizar los supuestos epistemológicos que subyacen y expresan continuidades y rupturas en las propuestas formativas fundantes del Servicio de Psicopatología del Htal. Aráoz Alfaro y los posgrados en Salud Mental Comunitaria de la UNLa. **Material y métodos:** Se propone para lograrlo un diseño predominantemente cualitativo con triangulación metodológica de fuentes, con el fin de describir, indagar e identificar los aspectos facilitadores, obstaculizadores, reproductores y las relaciones existentes en las propuestas formativas de ambas experiencias. **Resultados:** Se trata de un proyecto que recién se inicia, por lo que aún no se presentan resultados, no obstante se reflexiona sobre lo que "el Lanús" significó para Terapia Ocupacional. **Conclusiones:** Estas experiencias tuvieron impacto en los diferentes núcleos profesionales que participan de y conforman el campo de la salud mental así como en quienes desarrollaron las políticas públicas hasta la actualidad, por lo que se espera generar conocimientos que permitan revisar y potenciar las actuales prácticas formativas en salud mental, tanto en servicio como en el ámbito académico considerando las líneas transformadoras presentes en las experiencias analizadas y la singularidad del campo de la salud mental en nuestro contexto.

Introducción:

La Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26657, sancionada en 2010 y reglamentada en 2013, es considerada mundialmente como una ley de avanzada al focalizar una perspectiva inclusiva de derechos (1). Esta propone un cambio de paradigma que rompe el sintagma enfermedad-locura-peligrosidad-encierro, proponiendo una perspectiva desde los procesos de cuidado de la salud integral, considerando sus determinantes sociales, fortaleciendo la atención primaria en salud (APS) y el trabajo desde los dispositivos sustitutivos al encierro, priorizando las estrategias y propuestas comunitarias. Esta ley, en conjunto con los nuevos marcos normativos promotores de derechos ciudadanos y de grupos poblacionales específicos (Ley Nacional de Salud Mental, leyes de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, Salud Sexual y Reproductiva, Discapacidad, Derechos del Paciente, Plan Integral para el Abordaje de los Consumos Problemáticos), desafían a los trabajadores de la salud

y otros sectores a revisar sus saberes y prácticas, y requieren su participación en los procesos que diariamente construyen y recrean a la salud como campo de producción del proceso salud – enfermedad – atención – cuidados. Asimismo, constituyen un desafío para la imprescindible formación del recurso humano comunitario, interdisciplinario e intersectorial, necesario para viabilizar su implementación.

La sanción de la Ley Nacional de Salud Mental puede ser comprendida como formando parte de un proceso de reforma que va del modelo de atención psiquiátrica tradicional hacia el criterio de cuidados en salud mental en el marco de los derechos humanos.

Dicho proceso encuentra en Lanús aportes disruptivos a la lógica manicomial, que se enmarcan en los procesos de reforma que desde hace más de 50 años fueron desarrollados en la experiencia del Servicio de Psicopatología en el Hospital Policlínico de Lanús Araoz Alfaro (1957), y, en el ámbito académico, por las propuestas formativas y acciones realizadas por el Departamento de Salud Comunitaria de la Universidad Nacional de Lanús.

La singularidad de este proceso define su gravitación en la organización de servicios, en las prácticas, en el diseño de políticas de Salud Mental, en la formación de recursos y finalmente en la reciente sanción y regulación de la Ley de Salud Mental y Adicciones 26.657. La Dictadura Militar en Argentina, desarmó estas experiencias y persiguió a sus participantes, pero con la vuelta de la democracia, y consistentemente con los procesos de reforma de la atención psiquiátrica en los países de América Latina enmarcados por eventos fundacionales internacionales significativos (Declaración de Caracas, 1990; Consenso de Panamá, 2010) como nacionales (Reformas de Río Negro y San Luis) se afianza el Campo de Salud Mental Comunitaria y se entraman las propuestas originales que desde 1997 sostiene la Universidad Nacional de Lanús, enmarcada como una universidad urbana comprometida.

Las experiencias originales del Dr. Mauricio Goldenberg en el Policlínico de Lanús, son reconocidas como fundantes del campo de la salud mental en nuestro país (2) y retomadas en posteriores estudios (3). Estas experiencias ya entonces revelan que la psiquiatría clásica resulta insuficiente, en sus teorías y práctica asilar, para dar respuesta al sufrimiento humano contenido en las enfermedades mentales y, por lo tanto, "que la categoría médica de la enfermedad resulta restrictiva de los problemas que contiene la salud mental" (4). En estos procesos de reforma, las nuevas prácticas destacan:

Comprensión dinámica de la psiquiatría, su incidencia en las prácticas asistenciales, inclusión del psicoanálisis para las transformaciones y prácticas en salud mental, particularmente en instituciones públicas.

Relación interpersonal no discriminatoria por prejuicios raciales, políticos, religiosos.

Compromiso asistencial, participativo, promocional y social interdisciplinario.

Admisión de criterios de la salud mental superadores de los enfoques restrictivos de una psiquiatría basada solo en criterios médicos de enfermedad.

Impulso de un enfoque sensible a los problemas nacionales desestimando una psiquiatría universal abstracta.(4)(5)

A su vez distintos estudios destacan las implicancias del Servicio de Psicopatología en el Hospital Policlínico de Lanús Araoz Alfaro (1957)(3) en los espacios de gestión, diseño de políticas y de la formación del Área de Salud Mental Comunitaria en la Universidad Nacional de Lanús, así como sus implicancias en la organización de servicios y en las prácticas de salud mental (4) (5), en la Política de Salud Mental (Creación del Departamento de Salud Mental de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Buenos Aires, 1968 y su incidencia en el posterior Plan Nacional de Salud Mental en la década de los 80's) y en la formación de recursos (6) (7).

Por otra parte, las propuestas formativas en Salud Mental de la UNLa incluyen: Área de Salud Mental, 1998; Creación de la Maestría en Salud Mental Comunitaria, 1997 y reformulación del Plan de Estudios, 2014 (6); Creación del Doctorado en Salud Mental Comunitaria,

2003, Creación de la Carrera de Especialización en Salud Mental Comunitaria, 2007, Creación del Centro de Salud Mental Mauricio Goldenberg, 2013. Estas son reconocidas como pioneras en Latinoamérica y por su valor como formación de posgrado a nivel nacional con enfoque comunitario e interdisciplinario en el campo. El Área de Salud Mental Comunitaria de la UNLa resulta, pues, en una multiplicidad de aportes curriculares formativos que han enriquecido al campo de la salud mental comunitaria con propuestas y modalidades de abordaje de los problemas psicosociales y de la salud mental consistentes con los procesos históricos. Señalamos entre los principales: promoción de procesos de reforma, erradicación del sistema manicomial, protección de derechos ciudadanos, caracterización desde la salud y no desde la enfermedad, cuestionamiento a la medicalización social, construcción de espacios de encuentro ligados a la vida cotidiana de las personas, desarrollo de prácticas interdisciplinarias e integrales de salud.

En este marco, el presente proyecto de investigación se propone abordar los siguientes objetivos:

Objetivo General:

Caracterizar los supuestos epistemológicos que subyacen y expresan continuidades y rupturas en las propuestas formativas fundantes del Servicio de Psicopatología del Htal. Aráoz Alfaro y los posgrados en Salud Mental Comunitaria de la UNLa.

Objetivos Específicos:

Describir las propuestas formativas del Servicio de Psicopatología del Hospital Aráoz Alfaro y los posgrados en Salud Mental Comunitaria de la UNLa respecto de actores, espacios de trabajo y formación, dispositivos, conceptos/autores y contextos de implementación.

Indagar aspectos facilitadores, obstaculizadores y reproductores en y de las formaciones.

Identificar relaciones (rupturas y continuidades) entre ambas propuestas formativas y sus aportes al nuevo contexto de implementación de la Ley Nacional de Salud Mental y las regulaciones nacionales formativas en el área.

Como supuesto principal esperamos encontrar que hubo estrategias didácticas y dispositivos asistenciales y de formación que encarnan las teorías y conceptos que sostienen las propuestas. También esperamos encontrar que haya una continuidad entre ciertos actores, las teorías y autores y algunos determinantes contextuales históricos, políticos que permitieron que las propuestas se afianzaran. Por otra parte se anticipa que la territorialidad marcó un cierto hito de continuidad a partir de la proximidad territorial entre ambas experiencias, sin desestimar los momentos históricos diferentes y los distintos sujetos y actores. Así, la territorialidad brinda un contexto de significación. A su vez, se da una relación entre lo territorial y las distintas instancias internacionales facilitada y promovida en parte por las experiencias de exilio de algunos de los participantes. Así, se espera encontrar una operación de postas: pasando de un énfasis en las prácticas a una cuestión epistemológica.

En segundo lugar, creemos que estos dispositivos formativos permitieron generar subjetividades transformadoras del campo que superan los límites de la formación disciplinaria de grado. Constituyen subjetividades interdisciplinarias y comunitarias. Construyen interdisciplina. Sus protagonistas y participantes pudieron construir equipos de trabajo y cierta autonomía supervisada. Son referenciados, pero crean gente que puede hacer con referencias. Los que pasan por esas experiencias pueden reproducir la lógica a través de prácticas concretas aprendidas de trabajo y formación. El paso por esos dispositivos opera en las personas como epifanía en los relatos de vida. Ello podría contribuir también a la construcción de esas experiencias como míticas.

En síntesis se esperan encontrar continuidades epistémicas entre las dos experiencias y una reproducción difusa de esas lógicas en las redes de las que participan.

Material y métodos

Para el logro de los objetivos se propone un diseño predominantemente cualitativo con triangulación metodológica de fuentes. Desde un paradigma comprensivista, se busca generar descripciones densas a partir de un trabajo intensivo sobre aspectos locales o particulares que aporten a comprender las significaciones y lógica interna de los puntos de vista de los actores mediante el uso de herramientas de la lingüística, la semiótica y la hermenéutica, a partir de la puesta en relación de los discursos con sus condiciones de producción (8) La elección de esta metodología implica un posicionamiento epistemológico respecto del objeto de estudio que destaca el rol de la subjetividad en la construcción de los procesos históricos y la concepción de la producción de conocimiento como co-construido intersubjetivamente (9) (10) (11) (12). La muestra será de tipo intencional (13) (14) y teórica (15), seleccionando los casos de acuerdo con los objetivos del proyecto y siguiendo los criterios de heterogeneidad y accesibilidad (16) con corte por saturación (16) (17).

El trabajo con fuentes secundarias comprenderá la revisión de los siguientes documentos:

Respecto de la experiencia del Servicio de Psicopatología del Htal. Aráoz Alfaro algunas fuentes a consultar serán Revistas, Actas de congresos y jornadas, bibliotecas y archivos institucionales

Respecto de los posgrados de la UNLa: Planes de Estudio originales, presentación y resoluciones de creación de las carreras, archivo audiovisual de la Biblioteca R. Puiggrós (UNLa), convenios para el establecimiento de redes y espacios de prácticas.

Por otra parte, se realizarán entrevistas en profundidad con la modalidad de relatos de vida (18) o historias de vida tópicas (17), propios del enfoque biográfico a profesionales/ trabajadores de la salud que participaron en las experiencias estudiadas y que tuvieron actuación en el campo de la salud mental desde distintos roles. Los criterios de inclusión serán:

Para el servicio de psicopatología del Hospital Araoz Alfaro: profesionales de planta, residentes y pasantes del Servicio de Psicopatología en el período 1957 y 1976 (período que va entre la creación del servicio y su desarticulación durante la dictadura militar, correspondiente a las jefaturas de Mauricio Goldenberg y Valentín Barenblit), de distintas profesiones/formaciones de grado.

Para los posgrados de la UNLa: estudiantes, graduados, docentes y directivos de las carreras de posgrado, de diferentes cohortes y formaciones de grado.

Los objetivos de la investigación serán explicitados al momento de concertar las entrevistas y reiterados al iniciar las mismas, comentando el proceso de trabajo realizado hasta el momento, con lo que se buscará generar en las entrevistas una situación de co-investigación, que permite potenciar tanto las ventajas de la historia oral como relación social así como las características de la fuente (18). Se prevé también la realización de grupos focales con grupos de estudiantes de los posgrados de Salud Mental de la UNLa.

Se podrán incluir también entrevistas por correo postal y electrónico en el caso de personas que viven en otros países, notas de cuaderno de campo de conversaciones con otros protagonistas y registros escritos y videograbados de conferencias de protagonistas.

Para el análisis de datos se realizará, en función de los interrogantes, supuestos y objetivos, análisis de contenido y análisis crítico del discurso (19) (20).

Algunas consideraciones sobre lo que la experiencia de “el Lanús” significó para Terapia Ocupacional

Dado que se trata de un proyecto que recién se inicia, aún no se presentan resultados en sentido estricto. Sin embargo dado el marco en el cual se presenta este trabajo, es importante destacar que en ambas experiencias (Servicio de Psicopatología y Posgrados en Salud Mental Comunitaria) han participado terapeutas ocupacionales, conformándose así parte constitu-

yente de su construcción interdisciplinaria. En el caso del Servicio de Psicopatología del Hospital Araoz Alfaro, se incluyó la disciplina en el año 1965 por demanda del propio servicio, constituyéndose en el primer espacio de práctica profesional en salud mental en el ámbito público que se desarrolló por demanda del equipo profesional y no en respuesta a una necesidad de formación propia del colectivo profesional (7).

En esta experiencia - de forma similar a sus contemporáneas del Servicio y Hospital de Día a cargo de García Badaracco en el Hospital Neuropsiquiátrico de Hombres (hoy Hospital Borda) y la del Hospital El Sauce en Mendoza- por primera vez la propuesta formativa inicial dada por el equipo inglés de trabajo en equipo en salud mental, logró encontrar oportunidades de práctica en nuestro país en el ámbito público. En estas nuevas inserciones se dejó de trabajar en forma aislada uni-disciplinar y/o en el binomio TO-médico psiquiatra y se comenzó a participar en equipos interdisciplinarios y, con ello, en diferentes actividades conjuntas como ateneos clínicos, reuniones de equipo y definición de diagnósticos y de estrategias terapéuticas compartidas, entre otros. Terapia Ocupacional comenzó a participar de diversas prácticas de formación y asistencia, de la construcción de estrategias terapéuticas conjuntas y de la construcción de los nuevos dispositivos.

Se trata de experiencias interdisciplinarias, reconocidas como paradigmáticas y pioneras en el campo, originadas en nuestro contexto y valoradas por los actores que participaban de la construcción del campo de la salud mental y que, especialmente en el caso del Lanús, conformaron el "laboratorio" de programas y políticas públicas en salud mental en los años que siguieron. Estas propusieron modalidades alternativas a las manicomiales, intensivas, y constituyeron espacios de formación de jóvenes profesionales, de diferentes disciplinas, a diferencia de las inserciones previas de TO en el ámbito público, cuyo objetivo estaba centrado en conformarse como espacios de práctica clínica para sostener la formación profesional (7).

Aquí la propuesta inicial de organización de la asistencia en Terapia Ocupacional se plasmará en el trabajo en modalidades de Internación y de Hospital de Día principalmente, y se intensificará y reconfigurará el lugar dado a profesionales y pacientes con el trabajo con modalidad de comunidad terapéutica. Más adelante, en Lanús, se incluyó también en la modalidad de Club Amanecer y equipos comunitarios. Las prácticas se amplían así a la asistencia de otras poblaciones como niños y adolescentes, y de pacientes psicóticos y neuróticos graves agudos, además de crónicos ya presentes en las anteriores, y comunidad. Aparece asimismo una tendencia a la horizontalidad en las relaciones, tanto respecto de los profesionales como de los pacientes.

Terapia Ocupacional participa tanto en el equipo de planta (sostenido a través de la Fundación ASPA) como a través de las alumnas que realizaban práctica clínica. En estos espacios se producirá, entre otras cuestiones, un giro hacia un mayor énfasis en los aspectos terapéuticos de la actividad, en relación con el énfasis laboral y como medio de independencia económica característico de la propuesta anglosajona. Por otra parte, la inserción de terapeutas ocupacionales argentinas en estos espacios, y de su lugar como práctica clínica en la formación profesional, será determinante en la resignificación de la primera propuesta formativa de la ENTOy dará lugar a la reconfiguración de algunos de sus aspectos iniciales. Entre estos encontramos la inclusión de nueva bibliografía que daba cuenta de los desarrollos del campo de la salud mental en nuestro país, mayor influencia del psicoanálisis en la formación y inclusión de nuevas materias en el plan de estudios como Dinámica de Grupos y otras materias del área "psi" (7).

Por otra parte, en el caso de los posgrados en Salud Mental Comunitaria de la UNLa, terapeutas ocupacionales participaron como alumnos inicialmente, y más adelante como docentes y desde la gestión. Asimismo se graduaron terapeutas ocupacionales en los niveles de Maestría y Doctorado, permitiendo así la validación de conocimientos provenientes de diversas disciplinas en el marco de un campo interdisciplinar y no ya por referencia a un núcleo disciplinar particular.

Conclusiones

La experiencia "del Lanús" fue pionera y paradigmática en la construcción del campo de la salud mental en Argentina. Para Terapia Ocupacional la inserción en este espacio fue significativa y contribuyó a determinar modalidades de conocimiento y práctica interdisciplinaria que se volcaron en la formación y luego en los espacios asistenciales públicos de la Ciudad de Buenos Aires a partir de la implementación del Plan Goldenberg a fin de los años 60's. En estos últimos muchos de los actuales terapeutas ocupacionales se han formado, multiplicando así rizomáticamente valores, formas de ser y pensar los sujetos de la asistencia, la profesión, etc. hasta nuestros días, incluyendo las actuales propuestas formativas tanto de grado como de posgrado. De manera similar, esta experiencia tuvo impacto en los diferentes núcleos profesionales que participan de y conforman el campo de la salud mental así como en quienes desarrollaron las políticas públicas en el área en las décadas siguientes y hasta la actualidad. Es en este sentido que el proyecto de investigación espera aportar a la comprensión de las condiciones que dieron lugar a prácticas y saberes interdisciplinarios en los equipos de trabajo en salud y salud mental. Asimismo, se espera generar conocimientos que permitan revisar y potenciar las actuales prácticas formativas en salud mental, tanto en servicio como en el ámbito académico considerando las líneas transformadoras presentes en las experiencias analizadas y la singularidad del campo de la salud mental en nuestro contexto.

Bibliografía

- Ministerio de Salud de la Nación, 2013. "Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26657" Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/saludmental/index.php/informacion-para-la-comunidad/ley-nacional-de-salud-mental-no-26657>
- E. Carpintero y A. Vainer, 2004. "Las huellas de la memoria: psicoanálisis y salud mental en la Argentina de los años '60 y '70. Tomo I: 1957-1969". Topía (Buenos Aires)
- E.E, Visacovsky, 2002. "El Lanús. Memoria y política en la construcción de una tradición psiquiátrica y psicoanalítica argentina". Alianza Estudio (Buenos Aires).
- E. Galende, 1996 "Mauricio Goldenberg, por su estilo". En Goldenberg, M. "Mauricio Goldenberg: (maestro, médico, psiquiatra, humanista)". Colección: Testimonios para la experiencia de enseñar. Secretaría de Cultura y Bienestar Universitario de la Facultad de Psicología de la UBA (Buenos Aires).
- M. Goldenberg, V. Barenblit, O. FernandezMoujan, V.A Galli.,H. Kesselman, A. Muller, A.Perez,G.L.Ricón,C.E.Sluzki, y G. Stein (4 de enero de 1966). "La Psiquiatría en el Hospital General. Historia y estructura del Servicio de Psicopatología y Neurología del Policlínico Profesor Dr. Gregorio Araoz Alfaro". En sección Psiquiatría de la revista Semana Médica N°1. (Buenos Aires)
- Departamento de Salud Comunitaria- UNLa, Maestría en Salud Mental Comunitaria , Propuesta de reforma y actualización del Plan de Estudios, 2014
- M. Nabergoi, 2013"El proceso de transformación de la atención psiquiátrica hacia el enfoque de cuidados en salud mental en Argentina. Participación de Terapia Ocupacional en la construcción del campo de la salud mental en la Ciudad de Buenos Aires (1957-1976)". Tesis de Doctorado en Salud Mental Comunitaria. UNLa.
- A.L. Kornblit, 2007. "Metodologías cualitativas: modelos y procedimientos de análisis". Biblos (Buenos Aires).
- J. Samaja, 2004. "Epistemología de la Salud". Lugar Editorial (Buenos Aires)
- J. Samaja, 2007."Semiótica de la Ciencia". Cap. I y II. Material de cátedra de la materia "Metodología de la Investigación". Prof. Juan A. Samaja. Cursada en 2007-2008. Maestría en Metodología de la Investigación Científica. UNLa. Inédito.

- M.M. Bottinelli, 2012. "Entre la reproducción y la creación: los procesos de modelización del objeto". En E. Diaz. "El poder y la vida. Modulaciones epistemológicas". Biblos. (Buenos Aires) 285-310.
- M.H. da Rocha Medeiros, 2008. "Terapia ocupacional. Un abordaje epistemológico y social". Ed. Universidad Nacional del Litoral. (Santa Fe).
- J. Rubio y J. Varas, 1999. "El análisis de la realidad, en la intervención social. Métodos y técnicas de Investigación". Ed. CCS (Madrid)
- V. Córdova, 1990. "Historias de vida. Una metodología alternativa para Ciencias Sociales". Fondo editorial Tropykos. Comisión de Estudios de Posgrado. FACES/U.C.V. (Caracas)
- Glasser y Strauss, 1967. "El descubrimiento de la teoría emergente". Traducción de un capítulo del libro Strategy for qualitative research. Ed. Aldine. Mimeo (New York)
- M.S. Valles, 2003. "Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional". Ed. Síntesis (Madrid)
- M.C. Souza Minayo, 2009. "La artesanía de la investigación cualitativa". Lugar Editorial (Buenos Aires).
- H.R. Saltalamacchia, 1992. "Historia de vida. Reflexiones a partir de una experiencia de investigación". CiJUP. (Puerto Rico) Disponible en http://saltalamacchia.com.ar/historia_de_vida.pdf.
- T. Van Dijk, 1999 "El análisis crítico del discurso". Anthropos (Barcelona) 23-36
- T. VanDijk, 2003. "Ideología y discurso". Ariel (Barcelona).

Recorriendo un camino hacia la autonomía

Autores: Abi Saad, Vanina; Mazzón, Ma. Magdalena; Mendieta, Luciana; Quiroga, Carolina; Sturla, Alexis.
Correo electrónico: vaninaabisaad@hotmail.com

Resumen

Esta Comunicación libre se basa en el Proyecto "Recorriendo un camino hacia la autonomía" desarrollado en los años 2013 y 2014 por un equipo interdisciplinario del Centro Ocupacional San José. Dicho proyecto tiene como finalidad la promoción de la vida autónoma de jóvenes y adultos con discapacidad. Participaron personas que cuentan con una larga historia de institucionalización como los que recientemente se integran al Centro, a la vez sus familiares y/o personas significativas. Su metodología de trabajo contempla dos instancias que, si bien diferentes, se articulan y complementan en una dialéctica permanente: talleres grupales de socialización de experiencias individuales y transmisión de conceptos teóricos y abordajes actuales y posibles; además de acompañamientos personalizados en ámbitos significativos de la persona con discapacidad (en adelante PcD).

Cabe mencionar que este proyecto surge tras el análisis de las diferentes modalidades de trabajo con las familias y las personas con discapacidad, realizando un pasaje de aquellas centradas en un modelo médico-rehabilitador de la discapacidad, a otras, mas actuales, focalizadas en un modelo social de la discapacidad.

Introducción

El Centro Ocupacional San José, cuenta con una trayectoria de casi 20 años al servicio de su misión, la cual promoviendo procesos de integración entre la persona con discapacidad y la comunidad, favoreciendo el ejercicio de una ciudadanía activa.

Desde su origen ha procurado generar instancias de articulación con las familias de los jóvenes concurrentes a fin de avanzar hacia la concreción de su misión.

Las primeras experiencias de intercambio estuvieron relacionadas con espacios de entrevistas exclusivamente con los padres de las PcD, en los que los profesionales transmitían déficit visualizados y estrategias terapéuticas implementadas. Esta intervención se fundamentaba en objetivos rehabilitativos, procurando que las familias adhirieran a las propuestas profesionales.

En una segunda etapa, se iniciaron talleres anuales para padres, dispositivos grupales, pero con la misma intencionalidad que las entrevistas, también procurando clarificar la misión institucional.

Estas instancias con las familias tenían coherencia con el Modelo médico de la discapacidad, el cual había surgido como respuesta de las estructuras de poder político-económica del Capitalismo a la "improductividad" de las PCD. Este modelo gobernó las prácticas incluso hasta después de que un grupo de PCD en Inglaterra y EEUU, en los 70s, comenzara a armar un movimiento social (movimiento de vida independiente). Dicho movimiento estudió las causas de la determinación social de las PCD y entendió la realidad como construcción social. Este modelo implica la sustitución de la voluntad de las personas, lo cual resulta en la anulación del individuo en la toma de decisiones que le permite proyectar su propio plan de vida.

En una tercera etapa -año 2012- se concretan, con una frecuencia bimensual, talleres para las familias; esta vez, tendientes a identificar las necesidades e inquietudes de las mismas. En ellas, los familiares manifestaban, casi de manera exclusiva, su preocupación por el futuro haciendo hincapié en el anhelo de una residencia. Estas inquietudes, si bien legítimamente

respetables dados los ciclos vitales familiares, oficiaban de velo para poder centrarse en metas a corto plazo que promovieran compromisos de cambio respecto de la autonomía.

En la institución, paulatinamente, comienza a intervenir en consonancia con los principios de este Modelo social de la discapacidad, el cual considera que la discapacidad es una cuestión de derechos humanos y asumir este enfoque nos comprometió a promover prácticas de desinstitucionalización, promoción de la autonomía en todas sus dimensiones, inclusión y participación social.

Este año, en una coyuntura de transformaciones institucionales y promoción de los derechos de las personas con discapacidad, se producen innovaciones en el estilo de llevarse a cabo los abordajes familiares. Se empieza a considerar, prioritaria la presencia de los jóvenes y adultos concurrentes, alineado a la premisa "*nada sobre nosotros sin nosotros*". A partir de ese momento los diálogos se centraron en los objetivos personales y proyectos de vida. Abriendo así un camino, en el que la voz de éstas personas comienza a escucharse y cobra la importancia que merece.

Luego este recorrido institucional, y ante este momento "bisagra" que permite y/o surge de estas transformaciones, a principios del año 2013, elaboramos el Proyecto "Recorriendo un camino hacia la autonomía", el que se convertiría en una oportunidad de viabilizar un proyecto institucional que posibilitara la articulación de objetivos y prácticas de autonomía pensadas desde el ámbito institucional pero que lo trascendiera, implicando principalmente a las PcD, sus familias y comunidad.

Objetivos

Promover espacios de reflexión y capacitación para que las familias y las PCD generen prácticas de vida autónoma.

Cuestionar las representaciones sociales acerca de la discapacidad ligada al modelo médico.

Facilitar la incorporación de conductas y hábitos familiares que favorezcan la autodeterminación de las PCD.

Identificar y afrontar los temores y las resistencias familiares que se suscitan al posibilitar mayor independencia.

Material y Métodos

Los participantes incluyeron jóvenes/adultos concurrentes, familiares de los mismos, integrantes del Proyecto de Interés Social "Hacia la participación y autonomía de las PcD." de la Universidad Nacional del Litoral y cuatro coordinadores (profesionales de la institución).

Desde el mes de mayo al mes de septiembre inclusive, se llevan a cabo un total de ocho talleres de capacitación, con una frecuencia quincenal y de 2 hs. cada uno. Cada taller consistía en los siguientes momentos: retome de la tarea inter- encuentro; dinámicas para desarrollar el tema del día; entrega de material bibliográfico y presentación de la tarea inter-encuentro.

Los temas tratados en cada encuentro, fueron:

- 1.Familia: subsistemas, reglas, roles y funciones.
- 2.Ciclo vital de las familias: etapas evolutivas de los integrantes y ciclo vital familiar.
- 3.Expectativas de logro: según ciclo vital familiar. Necesidades de cambio.
- 4.Derechos de las PcD: modelo social de la discapacidad. Convención.
- 5.Autodeterminación: componentes.
- 6.Elecciones: Historia de oportunidades y restricciones en las elecciones de vida.
- 7.Objetivos personales: la planificación para el logro de los objetivos.
- 8.Autonomía: Tipos de apoyo que promuevan la autonomía.

Al finalizar este ciclo de talleres, se realizaron encuestas y entrevistas para evaluar el proyecto y se entregó un certificado avalado por la Secretaría de Extensión de la Universidad Nacional del Litoral.

En vistas a los logros percibidos por los participantes, ellos mismos acuerdan dar continuidad a los encuentros en el año 2014.

Durante el primer semestre del año, el quipo coordinador estuvo trabajando en el análisis y sistematización de los conocimientos producidos en los talleres del 2013, a fin de posibilitar un encadenamiento de la experiencia con una futura propuesta de trabajo.

Así, en el mes de julio retomamos la implementación del proyecto. En primer lugar se llevó a cabo una reunión con las familias participantes en el año 2013, a efecto de construir la propuesta 2014. Los acuerdos a los que arribamos fueron: abrir nuevamente la convocatoria a las familias, continuar con talleres grupales compartidos entre jóvenes/adultos y familiares, definir los objetivos a corto y mediano plazo que serán la base de las capacitaciones y de las acciones de acompañamiento familiar y personal de la PcD.

En los meses de septiembre, octubre y noviembre se desarrollaron tres talleres, en los que se trataron los siguientes temas: frases significativas de los participantes, expresadas en los primeros encuentros del año, los miedos y estrategias para afrontarlos.

En el último encuentro realizado el 27 de noviembre, se propone a las familias y los jóvenes/adultos que manifiesten los objetivos a trabajar en los próximos meses, sus motivos y compromiso para generar cambios que permitan alcanzarlos. Para el logro de los mismos, *los profesionales coordinarán entrevistas familiares domiciliarias, realizarán acompañamientos e intervenciones en su hogar y/u otros ámbitos de la comunidad.*

Resultados

En función de lo expuesto, tanto los jóvenes/ adultos, familiares y equipo coordinador consideramos que los espacios grupales con modalidad de taller han posibilitado la apertura de los participantes para compartir inquietudes cotidianas respecto de la autonomía de las PcD. De esta manera, posibilitó el reconocimiento de las preocupaciones actuales, compromisos de cambio, temores, entre otros. El espacio grupal como ámbito de expresión, contención y consejo ha sido, por sí mismo, un recurso de alivio para las angustias y temores, como también de aliento para nuevas iniciativas.

Asimismo, la frecuencia y continuidad de los encuentros han oficiado de soporte de las reflexiones e iniciativas de cambio a lo largo del período en que se sostuvo la capacitación.

También destacamos como experiencia significativa, que se haya habilitado un espacio común en el que los diferentes actores compartamos vivencias personales. En este sentido, ha sido especialmente novedoso y significativo que los jóvenes/adultos hayan podido expresarse sin necesidad de mediadores, interlocutores o intérpretes de sus necesidades, deseos y aspiraciones, adquiriendo especial valor en el contexto grupal. Muchas PcD han logrado dirigir palabras a sus familiares, que en el contexto de su vida hogareña, no habían podido hacerlo.

Consideramos que se ha podido generar un grupo de trabajo, en un plano de igualdad, en el que claramente los actores no eran más o menos importantes y/o necesarios para caminar hacia la autonomía. Avanzamos en conclusiones que tendían hacia la convicción que la promoción de la autonomía incumbe a todos de diferentes maneras, vale decir cada uno puede promoverla o interferir en ella.

El foco de los intercambio estuvo siempre centrado en las posibilidades actuales de cambio y de logro de autonomía personal. Lo que da cuenta de un avance significativo de los participantes, "ocupados por el presente cercano y accesible a sus posibilidades, en vez de preocupados por un futuro lejano e incierto".

Entre los procesos de autonomía, destacamos: Acompañamiento a las familias en el proceso de inclusión escolar de M.R. en un EEMPA; Planificación y desarrollo de programas de ca-

pacitación y entrenamiento para el trabajo, dependientes del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación, en el Centro Ocupacional y Radio Comunitaria FM 100.1; e Implementación de Acompañamiento Terapéutico personalizados en el contexto del hogar y comunidad.

Las diferentes acciones fueron pensadas y ejecutadas en articulación con otros programas y servicios que ofrece el Centro Ocupacional San José. Esto ha posibilitado optimizar los recursos disponibles tanto en el Proyecto como en el Centro Ocupacional, posibilitando una coyuntura que sostenga sólidamente los procesos de autonomía.

Conclusiones

El Proyecto "Recorriendo un camino hacia la autonomía" ha conmovido las formas habituales de encuentro entre las diferentes personas implicadas en los procesos de autonomía de las personas con discapacidad.

Conmover que implica en cierta manera debilitar estructuras, flexibilizar roles, diluir las fronteras que claramente nos distinguían y distanciaban. Sin lugar a dudas, los encuentros entre los profesionales, los familiares, las personas con discapacidad que fueran teñidos por la tradicional modelo médico-rehabilitador, fueron siendo transformados en la medida que los sucesivos talleres grupales nos daban la oportunidad de expresarnos en un ambiente de paridad.

Creemos que la posibilidad de circular por los lugares de enseñar y aprender, que cada uno de los integrantes pudo vivenciar; darnos la oportunidad de jugar a imaginar y ensayar nuevas alternativas a los problemas comunes (y personales), devino en riqueza e impulso para promover autonomía.

En relación a este término, tan nombrado, posiblemente los mayores avances no hayan tenido que ver llanamente con la independencia funcional de las personas con discapacidad sino en **darnos la posibilidad de crear y recrear nuevas normas** que orienten nuestras elecciones, decisiones, objetivos personales, proyecciones, no tanto en las personas con discapacidad, sino en las familias y los profesionales, que parecemos más dependientes de antiguas estructuras que dependientes de convicciones más nuestras, más humanas.

Bibliografía

- CUADERNOS DE BUENAS PRÁCTICAS (2003) Formación en autodeterminación para familias.
- CUADERNOS DE BUENAS PRÁCTICAS (2003) La autodeterminación de las personas con discapacidad intelectual. FEAPS. Madrid.
- CUADERNOS DE BUENAS PRÁCTICAS (2007) Planificación centrada en la persona. FEAPS. Madrid.
- DEL MASTRO A. (COORD. ED.) (2011) El derecho a la autonomía de las PCD como instrumento para la participación social. REDI Red por los derechos de las PCD. Buenos Aires.
- GUAJARDO, ALEJANDRO et al (ED) (2014) Rehabilitación de base comunitaria. Diálogos, reflexiones y prácticas en Chile. Universidad de Andrés Bello. Santiago de Chile.
- MANUALES DE BUENAS PRÁCTICAS (2001) Apoyo a familias. Orientaciones para la calidad. FEAPS. Madrid.
- NUÑEZ, B. (2007) Familia y discapacidad. De la vida cotidiana a la teoría. Lugar. Buenos Aires.
- NUÑEZ, B. (2012) ¿Qué necesitan las familias de las personas con discapacidad? Investigación, reflexiones y propuestas. Lugar. Buenos Aires.
- ONU (2006) Convención Internacional de Derechos para las personas con discapacidad.

- PANTANO L. (1993) La discapacidad como problema social. Un enfoque sociológico: reflexiones y propuestas. EUDEBA. Buenos Aires
- ROSATO A. et al (coord.) (2005) La construcción social de la normalidad. Alteridades, diferencias y diversidad. Ediciones Novedades Educativas. Buenos Aires.
- ROSATO A. et al (coord.) (2009) Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit. Ediciones Novedades Educativas. Buenos Aires.
- SKLIAR, C (2008) Conmover la educación. Noveduc. Buenos Aires.

Importancia adjudicada a la promoción y a la prevención primaria en salud mental por parte de los profesionales de la salud mental

Autor: Lic. Heredia, Ana Verónica

Correo electrónico: ana.heredia84@gmail.com

Resumen

El siguiente trabajo parte de un proceso de investigación centrada en la percepción de los profesionales de salud mental sobre la prevención y promoción como uno de los ejes centrales para facilitar políticas públicas pensadas desde la mirada de la Salud Mental Comunitaria. Los nuevos escenarios contemporáneos que están emergiendo nos permiten pasar de una concepción estática y aislada del ser, epistemológico como ontológico (Najmanovich 2008) hacia una perspectiva en red: interactiva, dinámica y multidimensional. Se establece la comparación entre un abordaje comunitario restringido y una concepción transformadora en función de algunas categorías desde las que frecuentemente se interviene: la intencionalidad de la intervención; la noción de fortalecimiento de redes sociales; el papel de la participación y la autogestión; la sectorización de lo social; el lugar asignado al otro; el análisis del vínculo proyecto equipo-comunidad y del marco político institucional desde el cual se interviene, el tipo de vínculo que se construye entre los operadores de políticas sociales y la comunidad como escenario fundamental para la producción de sentidos que favorezcan procesos de autonomía y autodeterminación, y la innegable influencia del entorno inmediato en los sujetos. El análisis de los datos genera estrategias que facilitan el abordaje de la salud mental desde sus aspectos positivos, produciendo un conocimiento que ayude a sostener una política pública en salud mental desde una mirada holística, en el proceso de salud mental colectiva, donde la interdisciplina tiene un rol importante.

Palabras Claves

Capacitación- Práctica- Promoción -Prevención Primaria- Salud Mental- Salud Pública

Introducción

La salud mental como núcleo de los procesos de intervención desde la promoción y prevención primaria, cuya cosmovisión debe contener valores culturales, ser sensible al contexto y tener como eje central la participación de todos los actores que conforman la red, no solo los servicios de salud, sino que debe ser amplia en su dinámica de conformación (OMS/OPS Mental Health action plan 2013/2020).

Entender la salud mental como una construcción colectiva, permite reflexionar sobre el rol que adquieren todos los que participan de este proceso: sujeto, comunidad, profesionales, instituciones.

Para llevar a cabo esta investigación fue necesaria la elaboración de un cuestionario sobre capacitación y práctica en salud mental (CAP). Este cuestionario permitió el acceso a la información más general sobre la promoción y prevención primaria y las intervenciones desde la salud mental.

Teniendo en cuenta que las actividades de promoción de la salud mental conllevan la creación de condiciones individuales, sociales y del entorno que permiten mejorar la calidad de

vida. Por su parte la prevención primaria de los trastornos mentales, se basa en los principios de salud pública. OPS (2009)

La clasificación de prevención en salud pública -prevención primaria, está compuesta por un continuo que abarca la prevención universal, selectiva e indicada (Gordon 1987)

Promoción y prevención primaria si bien son conceptos diferentes en el caso de la salud mental comparten tanto analogías estructurales como una relación funcional y un objetivo común: mejorar la salud mental.

En cuanto a la práctica en el ámbito de la salud mental es indispensable poder comprender como los profesionales de la salud mental en la actualidad participan, construyen y abordan los aspectos preventivos y de promoción desde el ámbito de la salud pública, para lograr reflexionar sobre los recursos utilizados en la práctica diaria y potenciar aquellos elementos no utilizados (Stolkiner 2008); por eso es que se pone el acento en la práctica y capacitación que los profesionales acceden, reconociendo de esta forma que prácticas son posibles con la comunidad, cuales se pueden mejorar y sobre todo pensar una salud mental accesible en la comunidad, evitando de esta forma que las necesidades en este campo sean resueltas solo desde la asistencia, cuando la emergencia ya está instalada y produce que la capacidad del servicio se desborde.

Objetivo general

"Analizar la importancia adjudicada por parte de los profesionales de la salud mental a la promoción y prevención primaria en salud mental según su capacitación y práctica".

Objetivos específicos

Determinar cuáles son las principales actividades de los profesionales del primer nivel de atención según su práctica diaria.

Identificar la capacitación recibida durante el ejercicio profesional por parte de los profesionales de la salud mental en promoción y prevención primaria en salud mental según profesión: psicología, psiquiatría y trabajo social.

Caracterizar la práctica en promoción y prevención primaria en salud mental de los profesionales.

Describir la importancia atribuida a la promoción y prevención primaria en salud mental por parte de los profesionales de: psiquiatría, psicología y trabajo social.

Nota: no se incluye en la recolección de datos terapia ocupacional, ya que en el ámbito municipal de la provincia de Córdoba no existe dicho recurso.

Conclusiones

En la provincia de Córdoba encontramos un número reducido de profesionales en el campo de la salud mental en el contexto de APS teniendo en cuenta que Córdoba-capital tiene una población de 1.330.023 habitantes, la atención de psiquiatría en algunas de las oportunidades se hacen en coordinación con la dirección provincial de salud mental; la intervención de otras profesiones que tienen incidencias en atención en salud mental como Terapia ocupacional no se encuentra presente en los equipos de salud, teniendo en cuenta que es uno de los profesionales que conforman el equipo básico establecido por la Ley nacional de Salud mental 26657.

Se ha podido demostrar que la implementación de nuevos dispositivos de acción pública tropieza con los hábitos reales de los trabajadores involucrados (Merhy 2012).

Hoy se valora la salud mental, promovida y protegida, los trastornos mentales se previenen y las personas afectadas por estos trastornos son capaces de ejercer toda la gama de los derechos humanos y el acceso a la alta calidad, la salud culturalmente apropiada y la asisten-

cia social de una manera oportuna para promover la recuperación, con el fin de alcanzar el más alto nivel posible de salud y participar plenamente en la sociedad y en el trabajo, libre de estigma y discriminación(plan de acción integral 2013-2020- OMS)

El estigma que gira en torno a la problemática de la salud mental, vinculada directamente a la locura y está relacionada con la peligrosidad, que dificulta el acceso a la atención en salud mental (Levav 2010). Es importante la sensibilización de la población en general para aceptar que la salud mental, nos atraviesa a todo/as, en diferentes contextos, familia, comunidad, trabajo

Es importante reconocer que los datos muestran que hay voluntad por parte de los profesionales en desempeñar tareas que tienen que ver con la promoción y prevención primaria de la salud mental.

Por eso pensar en políticas públicas en salud mental, invita a la voluntad política a generar nuevos modos de intervenir, los resultados arrojados por esta investigación dejan en evidencia que hay una importancia reconocida por los profesionales a intervenir desde nuevos espacios, pero esos espacios deben ser cedidos por el estado, como garante de derechos. No solo alcanza con la buena voluntad de los profesionales, sino que se necesitan de decisiones sustanciales que marquen el cambio del rumbo de la atención en salud mental.

Contar con las condiciones de trabajo es necesario a la hora de desempeñar un rol ocupacional activo, los profesionales en el campo de la salud mental son artesanos de sus producciones, donde la cotidianidad se ve envuelta por la creatividad de poder brindar soluciones a quienes demanda atención, sin contar con redes de apoyos.

No hay estrategias en el ámbito de la salud pública en la provincia de Córdoba, que aborden la salud mental desde un enfoque preventivo, solo se hace desde la atención a las demandas desde signos y síntomas de la enfermedad, el reconocimiento de las estrategias desde los factores de riesgo y protección quedan invisibilizados a la luz de de la patología, hay tendencia de un conocimiento sesgado sobre promoción de la salud, desde la perspectiva de la salud mental separada de la salud física.

Bibliografía

- World Health Organization (2013), Mental Health action plan 2013-2020. World Health Organization, Ginebra (www.who.int)
- Organización Panamericana de la Salud (2009), Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe Washington, D.C.: OPS
- World Health Organization. (2013), Milestones in Health Promotion Statements from Global Conferences World Health Organization
- ENDI: Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad, complementaria del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas (Argentina-2001), fue relevada entre noviembre de 2002 y abril de 2003, publicada en el 2004.
- Servicio Nacional de Rehabilitación (2010) Anuario estadístico nacional de la República Argentina. Ministerio de salud de la nación- organización panamericana de la salud. (www.snr.gov.ar).
- Centro de Estudios Legales y Sociales –CELS- (2007) “Vidas Arrasadas. La segregación de las personas en los asilos psiquiátricos argentinos. Un Informe sobre Derechos Humanos y Salud Mental en Argentina”. Mental Disability Rights International (MDRI)
- Stolkiner A, Solitario R. (2008) Derechos, ciudadanía y participación en salud: su relación con la accesibilidad simbólica a los servicios. Facultad de psicología - UBA / secretaría de investigaciones / anuario de investigaciones / volumen xv
- World Health Organization (2011), Mental Health Atlas World Health Organization

- Dirección Nacional de salud mental y adicciones (2013) Plan Nacional de salud mental, mandato normativo para la aplicación de la Ley 26657 en su decreto reglamentario N° 603/2013
- Mirar tras los muros: situación de los derechos humanos de las personas privadas de libertad en Córdoba /Lucía Bonafé- 1ª ed. Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba; editorial de la Universidad Nacional de Río IV, 2014.
- Giovanella L; Feo O. Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad la integralidad y la equidad / Instituto Suramericano de Gobierno en Salud; (2012), Rio de Janeiro: ISAGS
- Mângia, E. F.; Muramoto, M. T. Modelo de Matriz: ferramenta para a construção de boas práticas em saúde mental comunitária. maio/ago. 2009. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 20, n. 2, p. 118-125
- User empowerment in mental health – a statement by the WHO Regional Office for Europe. (2010) Publicado en inglés por la Oficina Regional para Europa de la OMS. http://www.msp.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Declaracion_Empoderamiento_OMS.pdf
- OPS. Declaración de la conferencia internacional sobre la salud mental comunitaria (2010) <http://new.paho.org/bulletins/dmdocuments/bolivia1.pdf> La Paz-Bolivia
- Merhy, E; Feuerwerker, L. Contribuciones metodológicas para estudiar la producción del cuidado en salud: aprendizajes a partir de una investigación sobre barreras y acceso en salud mental (2012) Salud Colectiva, Buenos Aires, 8(1):25-34.

Mesa 7

Formación de grado y posgrado

Intervenciones de Terapia Ocupacional en los procesos de externación de personas con padecimiento mental, alojadas en el Hospital Escuela de Salud Mental de la ciudad de Paraná, Entre Ríos

Autores: Albrecht, María Eugenia; Carmagnac, Sophie Muriel; Flori, Pamela Evelyn.
Correo electrónico: pameflori_12@hotmail.com

Resumen

La siguiente comunicación libre se presenta a partir de la creación del proyecto de investigación elaborado como trabajo final de grado de la carrera Licenciatura en Terapia Ocupacional: Intervenciones de Terapia Ocupacional en los procesos de externación de personas con padecimiento mental alojadas en el Hospital Escuela de Salud Mental de la ciudad de Paraná. La idea central radica en compartir la experiencia en la cual nos aventuramos como estudiantes avanzadas en la disciplina al elegir esta temática, y plantear desde la misma un proyecto de investigación. ¿Qué nos motivó? En primer lugar, observar que en el marco de nuestras prácticas pre-profesionales, muchas intervenciones de nuestra disciplina no estaban orientadas a un real proceso de externación de los sujetos con quienes se trabajaba, sino más bien a la reproducción de lógicas manicomiales. En segundo lugar, corroborar por medio de un proceso de exploración bibliográfica, que existe escaso material científico referente a las intervenciones de los terapeutas ocupacionales vinculadas a la externación.

El objetivo general en el que se enfoca el estudio, reside en analizar las intervenciones de los Terapeutas Ocupacionales en los procesos de externación de personas alojadas en el Hospital Escuela de Salud Mental. Específicamente, se busca identificar las demandas dirigidas a los Terapeutas Ocupacionales en tales procesos; identificar y caracterizar estrategias y acciones llevadas adelante por los profesionales pertenecientes a los equipos interdisciplinarios, y qué perspectivas teóricas orientan tales procesos.

Se llevarían a cabo entrevistas semiestructuradas y grupos focales. La investigación será Descriptiva de tipo transversal, con una orientación Cualitativa.

A modo de conclusión, cabe aclarar que si bien este proyecto de investigación no llega a ser implementado en el campo, se propone hacer hincapié en la importancia de la producción de conocimiento científico, evitando que dicha temática se limite simplemente a debates o experiencias prácticas.

Desarrollo

El presente estudio se focaliza en una perspectiva histórica respecto del campo de la salud mental, el lugar de los Terapeutas Ocupacionales como actores de dicho campo y los desarrollos que allí se han ido dando, entendiendo que el actual momento histórico ha ido promoviendo prácticas articuladas con perspectivas que enfatizan los derechos humanos y la inclusión social de las personas con sufrimiento mental. Estas prácticas, en el caso de las instituciones de encierro, necesariamente se ven involucradas con la construcción de procesos que permitan a las personas alojadas en las mismas recuperar la posibilidad de vivir en la comunidad, proceso que es denominado "de externación", y en el cual los Terapeutas Ocupacionales vienen actuando junto a otros profesionales. La particular complejidad de estos procesos está dada en gran medida por la trama histórico-política que ha hecho posible el encierro por años de estas personas, de allí la necesidad de situar esta dimensión para abordar e investigar estos procesos.

Este estudio se orienta a partir de los siguientes objetivos:

Objetivo General

- Analizar las intervenciones de los Terapistas Ocupacionales en los procesos de externación de personas alojadas en el hospital escuela de salud mental.

Objetivos Específicos

- Identificar las demandas dirigidas a los Terapistas Ocupacionales en los procesos de externación.
- Identificar y caracterizar estrategias y acciones llevadas adelante por los Terapistas Ocupacionales en el marco de los procesos de externación en los equipos interdisciplinarios.
- Identificar la/las perspectivas teóricas que orientan las prácticas de los Terapistas Ocupacionales en la intervención durante los procesos de externación.

Al momento de posicionarse

Durante el proceso de elaboración del proyecto han surgido los siguientes interrogantes: ¿Qué se entiende por externación?, ¿Cuáles son los indicadores de que un sujeto ha concluido su proceso de externación?, ¿Cuáles son las demandas orientadas a la profesión de Terapia Ocupacional a lo largo de estos procesos?, ¿Cuáles son las herramientas con las que cuenta la disciplina para abordar estos procesos?, ¿Bajo qué fundamentos teóricos se posicionan para intervenir?.

Para poder responder a estos interrogantes se considera necesario, en primer lugar, definir el término "externación de sujetos con padecimiento mental". Luego de un proceso de búsqueda y lectura bibliográfica, se entiende a la misma no como sinónimo de "alta médica", es decir, no es un acto, sino un proceso; es la transición entre el "adentro" y el "afuera", es un espacio de frontera en el cual se procura generar lazos sociales, construir y participar de nuevos escenarios y forjar múltiples herramientas que permitan al sujeto permanecer en ese "afuera" haciendo uso de sus derechos, no sólo como ser humano sino también como ciudadano. Externación implica fundamentalmente la posibilidad de tener una vida fuera del hospital monovalente. Los procesos de externación están orientados a aquella población de sujetos con padecimiento mental alojadas en hospitales durante un largo período de tiempo a raíz de lo cual se encuentran institucionalizadas. ¿Qué se entiende entonces por estar institucionalizado? Es el proceso mediante el cual la persona con un largo período de internación dentro de lo que Goffman (2001) define como "institución total" se encuentra absorbida y totalizada por las reglas y rutinas de las mismas, disminuyendo progresivamente la capacidad de elegir, decidir y su interacción social con el exterior.

Desde una Terapia Ocupacional enmarcadas en una perspectiva de derechos

En su recorrido histórico, la disciplina de Terapia Ocupacional se ve vinculada al campo de la Salud Mental ofreciendo intervenciones que han ido mutando conforme a los cambios experimentados en dicho campo. Es importante destacar que con el advenimiento de la Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657 en el año 2010, las intervenciones de esta disciplina adquieren un marco legal resaltando principalmente la importancia de generar abordajes vinculados a la externación de sujetos institucionalizados, como así también la generación de abordajes en y con la comunidad

Acompañar profesionalmente un proceso de externación implica reconocer los derechos de dichos sujetos en el entramado de una cotidianeidad diferente a la del encierro institucional, es recorrer juntos un camino de desinstitucionalización, ejerciendo la ciudadanía con los desafíos que implica vivir en lo comunitario. Parafraseando a Sandra María Galheigo (2003) en "Lo cotidiano en Terapia Ocupacional: cultura, subjetividad y contexto histórico social":

reconocer la subjetividad del otro, implica resaltar la importancia y considerar los significados, comprensión e interpretación que las personas dan a sus experiencias. Este posicionamiento concibe en sí misma la idea de que "el otro" tiene (o busca tener) la autonomía de determinar el curso de su vida, ejerciendo libremente sus pensamientos y yendo al encuentro de sus deseos y anhelos.

Intervenir desde una perspectiva de derechos, desafía a los profesionales involucrados en los procesos de externación, a romper con las prácticas objetivantes instituidas, y proponer estrategias de subjetivación que permitan a la persona explorar e identificar los sistemas de valores, significados, sentidos y comportamientos que les son propio y que reflejen al mismo tiempo su singularidad. Es importante destacar que tales componentes no están aislados, sino atravesados por la sociedad de la que el sujeto forma parte, al mismo tiempo que es producida y reproducida por él y, por otro lado, le permite relacionarse y comprender a los otros que también conforman esa sociedad y con quienes puede sentirse parte.

A modo de cierre, es importante mencionar que la Ley Nacional de Salud Mental incluye a los profesionales de Terapia Ocupacional en los equipos interdisciplinarios como uno de los actores intervinientes dentro de este campo. Por tal motivo, y teniendo en cuenta también los alcances del título, es posible afirmar que aquellos profesionales que se encuentran desempeñando en dicho campo deben sentirse llamados a la reflexión y acción por la externación de los sujetos alojados en los manicomios.

Bibliografía

- Da Rocha Medeiros, H. (2008): La situación de la Terapia Ocupacional en el sistema de las ciencias. *Terapia Ocupacional: un enfoque epistemológico y social*. 1º Ed. Universidad Nacional del Litoral, Santa Fe.
- Galheigo, S. (2003). Lo cotidiano en Terapia Ocupacional: cultura, subjetividad y contexto histórico- social. Congreso Brasileiro de Terapia Ocupacional y V Congreso Latinoamericano de Terapia Ocupacional. Disponible en: <http://revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rto/v14n3/02.pdf>
- Goffman, E. (2001). Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Editorial Amorrortu.
- Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657. Boletín Oficial. Buenos Aires, Argentina. 3 de Diciembre de 2010.
- Nicácio, F. (1999). Proyectos de inserción en el trabajo: producción de autonomía, itinerarios de ciudadanía, reflexión al respecto. *Materia Prima*. Nº 11. Pág. 23 – 32.
- Paganizzi, L. y otros. (2007). *Terapia Ocupacional Psicosocial. Escenarios clínicos y comunitarios*. Buenos Aires: Editorial Polemos. 1º Edición.
- Saraceno, B. (2003). *La liberación de los pacientes psiquiátricos*. México. Editorial Pax.

Formación extra-curricular en docencia para graduados. Articulación de saberes disciplinares. Psicología General y Terapia Ocupacional.

Oportunidades de transformación en la educación universitaria.

Autores: AbiSaad, Vanina Margarita; Rondina, María Celeste

Correo Electrónico: vaninaabisaad@hotmail.com

Institución: Universidad Nacional del Litoral

Resumen

Las autoras del presente trabajo somos directora y pasante graduada de las pasantías en docencia "Articulación de saberes disciplinares: Psicología general y Terapia Ocupacional". Parte 1 y parte 2; desarrolladas en el espacio curricular Psicología General de la Licenciatura en Terapia Ocupacional, UNL, del año 2012 al 2014.

El desarrollo de esta experiencia surgió a partir del interrogante de cómo generar condiciones para un proceso de enseñanza y aprendizaje significativos, y avanzó conforme a encuentros intensamente anhelados y cuidadosamente trabajados por las autoras, constituyéndose en los andamiajes indispensables para el devenir del proceso pedagógico. A modo representativo, podemos visualizar los encuentros entre: los docentes y los estudiantes; los saberes disciplinares de Psicología General y Terapia Ocupacional; finalmente la Universidad y las Organizaciones de la Sociedad Civil.

A propósito de estos encuentros, se generaron modificaciones en el programa de la cátedra, planificación de las clases prácticas y diseño de los trabajos prácticos.

Transcurridos dos años consecutivos de la implementación de esta Formación Extracurricular en docencia para graduados, hemos observado que pequeñas transformaciones son posibles en el contexto de las condiciones actuales de la universidad.

Introducción

La articulación de saberes disciplinares atraviesa el campo de las ciencias y de las prácticas profesionales. Es necesario que ya desde la formación académica se promuevan instancias permanentes de diálogo inter-disciplinarios vislumbrando la complejidad de las demandas que las disciplinas abordarán.

Para que esta modalidad de diálogo se "instale" como forma imprescindible de trabajo, es necesario que sea sostenida en el tiempo, que las sucesivas clases adquieran esa impronta y sea uno de los más significativos aprendizajes para la vida profesional.

Desde esta perspectiva, el programa de la cátedra de Psicología General propone un itinerario de contenidos y metodologías en el proceso de enseñanza y aprendizaje que cumplen la doble finalidad de proveer los conocimientos básicos de Psicología al tiempo que los resignifican para el ejercicio profesional del Lic. en T.O.

En este sentido, la articulación de saberes posibilita a los alumnos la aprehensión de conocimientos en tanto los concibe como sustanciales para poder "estudiar e intervenir en el desarrollo y desempeño de las ocupaciones significativas", dado que desde esos conocimientos puede comprender al sujeto que se ocupa, cómo se construye a sí mismo, cómo construye los significados y conocimientos, entre otros temas de innegable interés para su ejercicio profesional.

Objetivos

Procurar una activa articulación entre los saberes disciplinares de la ciencia psicológica y la ciencia de la ocupación.

Fomentar la vinculación y anclaje de los contenidos del espacio curricular Psicología General con las características propias del perfil del Licenciado en Terapia Ocupacional.

Iniciar una formación integral que promueva el diálogo y el trabajo interdisciplinario.

Material y métodos

Con estas expectativas se generaron modificaciones en el programa de la cátedra, planificación de las clases prácticas y diseño de los trabajos prácticos, potenciando los tres ejes de encuentros:

**Entre docentes y estudiantes*, rescatando situaciones de la cotidianeidad del aula para analizarlas y enriquecerlas. Esta inquietud ha conducido a docentes y pasante, detenernos en "detalles" que inspiraron un artículo que escribimos "Acontecimientos extraordinarios en la ordinaria escena áulica" y que iluminaron nuevas maneras de propiciar el encuentro. Nos referimos a momentos de la clase, que adquieren especial relevancia ante la mirada atenta del docente y pasante. Desatacamos cuatro acontecimientos:

-Saludo: si educar es promover lo humano, ¿cómo es posible este propósito cuando el saludo se produce velado por el anonimato de los actores?

-Conversación: reconociendo la riqueza del diálogo, ¿cómo favorecer condiciones para que se produzca una textura polifónica, una mixtura de voces interdisciplinar e intersaber?.

-Tomar posesión del espacio áulico: consideramos que en las clases los alumnos no sólo adquieren conocimientos teóricos o técnicos sino que son ocasión para ir forjando posicionamientos que vayan delineando los primeros trazos de una identidad profesional comprometida. Por ello nos preguntamos ¿cómo facilitar condiciones que promuevan la motivación de los alumnos por la aventura de una formación profesional integral?

-Creaciones colectivas. Están relacionadas a la construcción de saberes, problematizaciones, interrogantes abiertos con la participación del alumnado, docentes y representantes de organizaciones de la sociedad civil. Estas estrategias pedagógicas se apoyan en la convicción que teoría y práctica, actividad académica y profesional han de caminar juntas, desde el inicio de la formación universitaria como durante toda la vida profesional, como actividades interdependientes.

Finalmente, nos detuvimos en el diseño de la clase inaugural, con su esencia de ser prometedora y motivadora para los alumnos presentando la materia al modo de un Viaje (con el soporte digital de Prezi).

**Entre disciplinas*. La universidad actual, enriquece el conocimiento que promueve de acuerdo a la complejidad de los problemas y demandas que impone la sociedad del S XXI, cuestión que logra haciendo propicia la imperiosa oportunidad de integrar saberes desde el momento de formación de los alumnos. En la cátedra, los docentes reconocen la multiplicidad de complejidades que abordarán los futuros profesionales terapeutas ocupacionales, no en la soledad disciplinar sino en articulación con otras ramas del conocimiento, por ello sostienen que la formación académica devenga a partir de un entramado disciplinar. La conformación de la cátedra con docentes provenientes de diferentes disciplinas (Lic. en Psicología, Psicopedagoga y Lic. en Terapia Ocupacional, este último pasante), reflejan la primera iniciativa por lograr una tarea interdisciplinaria. En este sentido, se desarrollan clases prácticas con una modalidad dialógica basada en los contenidos teóricos del programa curricular y potenciada por las experiencias profesionales.

**Entre la Universidad y las OSC* en el contexto áulico. Desde la Cátedra de Psicología General nos propusimos dar lugar a este entrecruzamiento de saberes y experiencias, siendo

accesible a todo el alumnado que cursa la materia. De esta manera, se generaron diversos encuentros entre profesionales de diferentes disciplinas, usuarios de servicios de terapia ocupacional u otras profesiones y alumnos, con la intencionalidad que: se construyan relaciones entre los contenidos teóricos del programa de la cátedra; los estudiantes puedan situarse en futuras realidades como profesionales; los representantes de las organizaciones de la sociedad civil puedan nutrir sus experiencias sea desde los interrogantes propuestos por el alumnado, las reflexiones compartidas a la luz de los conceptos trabajados, como la revisión de conceptos y teorías. Estos encuentros se generan en las clases prácticas con diversas modalidades: paneles, entrevistas a cargo del alumnado, elaboración de trabajos prácticos, etc.

Resultados

Los resultados alcanzados pueden apreciarse de manera cualitativa especialmente en lo que refiere a la actitud de los alumnos en el proceso de aprendizaje, logrando demostrar mayor iniciativa y predisposición en las actividades propuestas.

Los resultados alcanzados pueden apreciarse en los siguientes sentidos:

- Motivación y participación de los alumnos en las clases: los alumnos han demostrado una actitud de expectativa y curiosidad en las clases como también mayor participación compartiendo comentarios, preguntas, ejemplos, entre otros.

- Disposición en el espacio áulico y comunicación: los alumnos se ubicaron de manera no tradicional, trascendiendo la ubicación "todos en filas y frente al docente, participando en una sola ronda, en pequeños grupos, en dos grandes grupos, entre otros. Esto devino en la posibilidad de hacer circular la palabra, los gestos, las miradas, generándose: instancias de asamblea, construcciones en pequeños grupos, debates entre argumentos contradictorios, etc.

- Aprendizaje y vinculación de contenidos: los alumnos han podido recuperar conceptos y elaborar ejemplos de la vida cotidiana o profesional exponiéndolos en los trabajos prácticos.

- Asunción de una actitud crítica, formadora inicial de su identidad profesional, en la medida que participaron de los intercambios y debates generados en las clases.

- Socialización de los aprendizajes y construcciones colectivas, trascendiendo el espacio áulico a través de la elaboración de artísticas radiales, folletos, entre otros que posibilitan un enriquecimiento mutuo de los alumnos y los contextos sociales a los que acceder.

- Interdisciplinaridad. Las clases propiciaron verdaderos escenarios de diálogo interdisciplinario entre la psicología y la terapia ocupacional, tanto en los aportes teóricos como en su importancia en la reflexión y práctica profesional.

- Articulación Universidad-Sociedad Civil: la participación de representantes de organizaciones de la sociedad civil facilitó la visualización de la teoría en experiencias concretas así como la importancia de que la teoría vuelva a la práctica para su enriquecimiento.

Conclusiones y perspectivas futuras

La Universidad como institución social se encuentra en un tiempo de transformación, en el que resulta incuestionable la necesidad de superar los modos de enseñar y aprender a la vez que compromete a los docentes en la creación de esos nuevos modos.

Sin lugar a dudas un proceso que desde hace pocos años comienza a generar un engranaje de motivaciones e incipientes experiencias en búsqueda de la innovación pero que ya comienza a dejar huella en los docentes y los alumnos.

Durante la implementación de esta Formación extra-curricular para graduados, aunque llevada a cabo en un breve período como para arribar a conclusiones acerca de su impacto, da cuenta que pequeñas transformaciones son posibles en el contexto de las condiciones actuales de la universidad. Hemos observado que es posible generar prácticas docentes sensibles a los acontecimientos que casi imperceptiblemente surgen en el aula a partir de la relación

docentes- alumnos; propiciando propuestas creativas que reflejen y propicien un saber interdisciplinario y, asimismo, que ya desde los primeros meses de formación académica, los alumnos puedan vincularse con ámbitos de la sociedad en los que podrán integrarse en un futuro, no muy lejano.

Por lo mencionado, podemos aventurarnos a concluir que estas propuestas de trabajo pueden ser muy prometedoras en la medida que sigan implementándose y regenerándose con nuevos aportes teóricos y experiencias.

A modo de cierre (o de apertura)

La escena áulica nos ofrece una variedad de ocasiones para problematizar el proceso de enseñanza y de aprendizaje que constituyen componentes distintivos de "nuestra clase". En palabras de Paulo Freire (2010,14) "el espacio pedagógico es un texto para ser constantemente leído, interpretado, escrito y reescrito".

No obstante, se requiere de una extraña disciplina, la de entrelazar-nos con la experiencia que distantemente vemos transcurrir. "Se habla mucho, y en todos los tonos imaginables, acerca de aquello que pasa, de aquello que ocurre. Todo se ha vuelto así, luminosa y aparente exterioridad. Pero ni una palabra de aquello que nos pasa, aquello que nos ocurre" (Skliar, 2011).

Más allá del aprendizaje de contenidos teóricos, sin restarle su merecida importancia, creemos que "la enseñanza debería ser promotora del pensamiento apasionado- que incluye el deseo y la imaginación- para provocar una educación comprometida con la sociedad que a su vez dote de significado la vida de los estudiantes" (Litwin, 2009)... *también de los docentes.*

Bibliografía

- BRU, G. S. (2012) La interdisciplina como utopía. Margen N° 67. En www.margen.org/suscri/margen67/bru.pdf
- CELMAN, S. y otros. (2005) La evaluación de los aprendizajes en el debate didáctico contemporáneo. Buenos Aires. Editorial Paidós.
- FREIRE, P. (2010) Pedagogía de la esperanza. Buenos Aires. Ed. Siglo XXI.
- GRUPO DE INVESTIGACIÓN OCUPACIÓN Y REALIZACIÓN HUMANA (2011) "Ocupación: sentido, realización y libertad. Diálogos ocupacionales en torno al sujeto, la sociedad y el medio ambiente. Bogotá, Colombia. Universidad Nacional de Colombia.
- HABERMAS, J. (1987) Teoría de la acción comunicativa, vol. I: Racionalidad de la acción y racionalización social. Madrid. Taurus
- JACKSON, P. (2002). Práctica de la enseñanza. Buenos Aires. Amorrortu Editores.
- LITWIN, E. (2000). Las configuraciones didácticas. Una nueva agenda para la enseñanza superior. Buenos Aires. Editorial Paidós
- LITWIN, E. (2007) La clase inaugural y la clase ilustrada: nuevas perspectivas para el análisis de las configuraciones didácticas del aula universitaria http://fba.unlp.edu.ar/metodologiadelasasigprof/materiales/37_Edith_Litwin.pdf Recuperado: 12/07/14
- LITWIN, E. (2009) Controversias y desafíos para la universidad del siglo XXI. Conferencia inaugural, I Congreso Internacional de Pedagogía Universitaria (UBA). http://www.uba.ar/imagenes_noticias/image/conferencia2.pdf Recuperado: 15/07/14
- LIZOLA, M. E. (2013) La diferencia no es el problema: el sesgo profesional como facilitador en la constitución de equipos de salud. Del libro (Sub) Culturas profesionales. Poder y prácticas en salud. Krmpotic et col, Buenos Aires, Ed. Miño y Dávila.
- MANUALE, M. (2012) Repensar la docencia universitaria. Revista de Publicaciones de Investigación en Pedagogía Aula Universitaria N° 13. Santa Fe. Ediciones UNL.
- MORIN, E. (2005) Sobre la interdisciplinareidad. En www.pensamientocomplejo.com.ar.

- MORRISON, R. (2011) "Filosofía de la ocupación Humana y el Paradigma Social de la Ocupación. Algunas reflexiones y propuestas sobre epistemologías actuales en Terapia Ocupacional y Ciencias de la Ocupación". Revista Chilena de Terapia Ocupacional.
- MUÑOZ ESPINOSA, I. (2007) La formación de terapeutas ocupacionales desde un interés crítico de la educación <http://www.revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/80> Recuperado: 17/05/13
- SCHÖN, D. (1992) La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones. Buenos Aires. Editorial Paidós.
- SKLIAR, C. (2011) Diez escenas para narrar lo pedagógico. En Dialnet-DiezEscenasEducativasParaNarrarLoPedagogicoEntreLo-3801058.pdf desde dialnet.unirioja.es Recuperado: 12/07/14
- STOLKINER, A. (2005) Interdisciplina y salud mental. IX Jornadas nacionales de salud mental. I Jornadas Provinciales de Psicología. Salud mental y mundialización: estrategias posibles en Argentina de hoy. Misiones, Argentina.
- STOLKINER, A. (1987) De interdisciplinas e indisciplinas, del libro El niño y la escuela- Reflexiones sobre lo obvio. Comp. Nora Elichiry, Buenos Aires. Ed. Nueva Visión.
- STOLKINER, A. Diálogo sobre interdisciplina. Periódico En Diálogo, Extensión, Universidad de la República Uruguay, octubre 2012. <http://www.extensión.edu.uy/endialogo>
- UNR (2014) Libro de Resúmenes VIII Congreso iberoamericano de docencia universitaria y de nivel superior. Rosario.
- Textos de referencia elaborados por las autoras
- ABI SAAD V. (2013) Informe final de la Formación extra-curricular para graduados "Articulación de saberes disciplinares. Psicología Gral. Y Terapia Ocupacional. ESS.FBCB.UNL.
- ABI SAAD V. (2014) Informe final de la Formación extra-curricular para graduados "Profundización de Articulación de saberes disciplinares. Psicología Gral. Y Terapia Ocupacional. ESS.FBCB.UNL.
- ABI SAAD V. (2014) Texto "Bienvenidos a este viaje. La clase inaugural de Psicología General". ESS.FBCB.UNL.
- RONDINA, M.C PRIMO, G ABI SAAD V. (2014- 2015) Diálogo Universidad – OSC: Nuevos espacios de encuentro y aprendizaje. Proyecto de innovación curricular. ESS. FBCB. UNL
- RONDINA, ABI SAAD V. (2014) Acontecimientos extraordinarios en la ordinaria escena áulica. ESS. FBCB. UNL

Espacios de formación en la Residencia Básica que contribuyen al desarrollo de competencias laborales necesarias en Terapia Ocupacional

Autor: García Sartirana Agustina Mariel
Correo electrónico: toagustinagarcia@gmail.com

Resumen

Introducción

El presente trabajo surge de mi experiencia como residente y jefa de residentes de Terapia Ocupacional dentro del Sistema de Salud Pública del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires entre los años 2011 y 2015. *Objetivo:* compartir la experiencia profesional personal en diferentes espacios de formación académicos en los que participé dentro de un sistema de formación disciplinar de posgrado a fin de promover la reflexión sobre su importancia, sostén, desarrollo y necesidad para la formación y/o perfeccionamiento de competencias laborales que son de suma importancia para nuestra práctica como Terapeutas Ocupacionales en diferentes ámbitos de intervención. *Materiales y métodos:* se realiza una descripción de los espacios formativos académicos en los que fui partícipe en el periodo 2011- 2015, dando una breve explicación del contenido y frecuencia de los mismos. Posteriormente se presenta un análisis de cómo estas actividades influyen en el desarrollo de competencias laborales necesarias para nuestra profesión en cualquier ámbito laboral.

Resultados y conclusiones

Las actividades de formación académica son necesarias para el desarrollo, fortalecimiento y/o revisión de competencias laborales tanto técnicas como relacionales, adaptativas, creativas, éticas, políticas y/o críticas en todo momento de nuestra carrera profesional. Su implementación puede aplicarse en cualquier ámbito de trabajo en que uno se desempeñe a los fines de nutrir las competencias laborales necesarias y reflexionar, revisar y potenciar nuestras prácticas.

Introducción

El objetivo de esta comunicación libre es compartir mi experiencia personal como residente y jefa de residentes de Terapia Ocupacional en los espacios formativos académicos dentro del Sistema de Salud Pública de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires con el fin de difundir el conocimiento de los mismos y compartir la reflexión sobre la importancia y necesidad de estas prácticas para el desarrollo y/o perfeccionamiento de competencias laborales en nuestra disciplina. Considero que desde la carrera de grado hay una valoración de la experiencia asistencial sobre la experiencia académica. Esto se refleja, a su vez, en las producciones nacionales de profesionales en formación. Gran parte de trabajos presentados como residentes son del área asistencial de la Terapia Ocupacional (experiencias de la práctica profesional, dispositivos de intervención, casos clínicos, etc.). Si bien destaco la importancia de escribir, compartir y difundir dichas experiencias asistenciales, también considero importante reflexionar con la comunidad de estudiantes y profesionales sobre espacios y actividades de formación académicos y sus contribuciones y aportes al perfil del Terapeuta Ocupacional.

Dentro del sistema de formación de posgrado de Residencia de Terapia Ocupacional en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se establecen espacios y actividades de formación académicos y asistenciales para los tres años de duración del programa con inserción en el primer,

segundo y tercer nivel de atención de la salud. En el presente trabajo y a los fines ya descriptos voy a desarrollar mi experiencia en los primeros.

Cabe destacar que todas las actividades de formación académica se establecen de forma programática y, a su vez, son supervisadas y evaluadas a fin de acompañar y guiar al residente en su proceso de formación profesional. La modalidad y frecuencia de las mismas depende del Hospital donde se inserte el residente.

A lo largo de mi formación como residente éstos fueron, en líneas generales, los espacios de formación académica en los que participé:

Bibliográficas: presentación, lectura y análisis grupal de artículos científicos, de nuestra disciplina y/o áreas afines que aporten material teórico, actualizaciones terapéuticas, experiencias realizadas, entre otros que enriquezcan nuestra práctica clínica. Habitualmente tiene una frecuencia semanal o quincenal.

Clases a cargo de invitados y/o residentes de temas de interés para las rotaciones asistenciales que realizan los distintos residentes (asistencia y disertación).

Participación en Jornadas, Congresos, Seminarios, etc.

Realización de cursos obligatorios: inglés técnico y metodología de la investigación.

Grupos de estudio: es la actividad en la cual los residentes del mismo programa de formación planifican espacios de estudio conjunto de diferentes temáticas afines a la práctica profesional. El mismo varía en modalidades y frecuencia según el momento del año, pudiendo ser semanal, quincenal o mensual.

Grupos de investigación: el grupo de residentes que decide investigar el mismo tema comparte esta actividad de formación con frecuencia semanal o quincenal.

Elaboración de trabajos escritos: al finalizar cada rotación asistencial se realiza un trabajo de fin de rotación a modo de cierre. También durante la residencia se realizan actualizaciones bibliográficas y trabajos de investigación.

Supervisiones internas: cada rotación asistencial tiene asignado un supervisor que es Terapeuta Ocupacional de planta permanente. Con el mismo se supervisan los casos clínicos así como también actividades relacionadas a la asistencia tales como redactar informes, escribir Historias Clínicas, realización de intervenciones en reuniones de equipo, actividades administrativas como confección de estadísticas, etc.

Supervisiones externas: ante la necesidad espontánea o la sugerencia de un colega, el residente tiene la posibilidad de realizar supervisiones externas, es decir, con profesionales que no trabajen en el Hospital donde el residente se desempeña. Las mismas pueden ser supervisiones clínicas, de trabajos académicos, del rol profesional, sobre dilemas éticos, entre otras.

Reuniones Interresidencias: una vez por semana todas las Residencias de Terapia Ocupacional del Gobierno de la Ciudad¹ se reúnen en un Hospital a compartir un espacio de formación académica. En el mismo se desarrollan diferentes actividades: se abordan temáticas afines a la disciplina y/o a todas las Residencias; las residentes presentan ateneos y rotaciones; se organizan las Jornadas Científicas de la Residencia, entre otros.

Grupos de Reflexión: es un espacio de supervisión institucional grupal a la que acuden mensualmente el equipo de residentes. Es coordinado por un profesional que conoce el sistema de residencia y, a su vez, conoce el funcionamiento institucional del Hospital. Entre los objetivos de esta actividad se encuentran generar un espacio de reflexión sobre el rol profesional y el rol de residente; analizar la dinámica institucional en la que uno se inserta; reflexionar sobre la dinámica grupal del equipo de residentes; poder analizar problemas y vislumbrar qué elementos forman parte de un problema de la práctica profesional y cuales son de índole personal; identificar problemáticas de la actuación profesional personal y de la relación

¹ Las Residencias de Terapia Ocupacional del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires tienen diferentes Programas de Formación desarrollándose en diferentes Hospitales Base de Salud Mental, Rehabilitación, Generales y Niños.

con otros y reflexionar sobre ellas; pensar conjuntamente estrategias de resolución de problemas planteados por el grupo y realizar un seguimiento de los mismos.

Cada uno de los espacios académicos descriptos anteriormente aporta a lo largo de la formación herramientas para desarrollar competencias laborales necesarias como Terapeutas Ocupacionales y como agentes promotores de salud que trabajamos con personas, y por ende, con relaciones humanas (ya sea con pacientes, con otros colegas e incluso la relación con nosotros mismos y la revisión sobre nuestras propias creencias y modelos de trabajo). Irigoien y Vargas (2002) en Rodríguez (2006) describen que una competencia profesional es una "combinación integrada de conocimientos, habilidades y actitudes conducentes a un desempeño adecuado y oportuno en diversos contextos". Existen distintos tipos de competencias o capacidades laborales: técnica, relacional, adaptativa, creativa, ética, política o crítica.

La mayoría de las actividades académicas descriptas son realizadas en grupo (a excepción de la realización de algunos trabajos escritos) por lo que siempre se está poniendo en práctica la capacidad relacional con nuestros colegas.

Las actividades académicas como bibliográficas, clases, realización de cursos, elaboración de trabajos escritos, grupos de estudio y de investigación sin dudas desarrollan y perfeccionan nuestra capacidad técnica pero también nutren nuestra capacidad creativa. Esta última se ve favorecida ya que a través de estas actividades se ponen constantemente al servicio de nuestro razonamiento clínico nuevos elementos teóricos, herramientas y/o experiencias de intervención profesional, tipos de abordaje, modelos y teorías de nuestra disciplina o afines, entre otros. Los que amplían nuestros conocimientos y sirven como punto de partida para resolver problemas y llevar a cabo nuestras intervenciones considerando una diversidad de opciones y la posibilidad de generar nuevas prácticas.

Desde mi experiencia personal las reuniones interresidencias, las supervisiones y los grupos de reflexión son las actividades académicas más completas y enriquecedoras para el desarrollo de competencias laborales como Terapeutas Ocupacionales.

Las reuniones interresidencia como actividad académica de intercambio con otros profesionales de nuestra disciplina que se insertan en diferentes ámbitos de la Terapia Ocupacional tienen gran valor de aporte a todas las competencias laborales. En un espacio de formación y construcción colectiva, de intercambio, de discusión y de intenso trabajo en equipo para organizar un evento científico año a año sin dudas se ponen en práctica todas las capacidades antes enunciadas.

Las supervisiones, ya sean internas o externas, clínicas, del rol o institucionales, promueven la reflexión, el intercambio de conocimientos, la autocrítica desde un sentido constructivo, ayudan a detectar problemas (conscientes e inconscientes), plantear interrogantes y elaborar estrategias de acción eficaces y a tiempo.

Conclusiones

A través de mi experiencia personal pude observar que las actividades académicas y sus efectos sobre las competencias laborales son necesarios e indisolubles de nuestro quehacer asistencial y, además, son de gran valor en todo momento de nuestra carrera profesional. Si bien la residencia es un espacio de formación que estimula y favorece estas competencias laborales, la implementación de actividades académicas como las descriptas puede aplicarse en cualquier ámbito de trabajo en que uno se desempeña a los fines de nutrir las competencias laborales necesarias y reflexionar, revisar y potenciar nuestras prácticas.

Vivimos en un mundo de constante cambio y movimiento y considero que para acompañar las transformaciones nuestras competencias profesionales deben tener espacios de revisión como estos.

Bibliografía

- Barenblit V. 1997. Supervisión de equipos sanitarios en distintas instituciones. Trabajo presentado en las V Jornadas Nacionales de la Asociación de Psicoterapia Analítica Grupal. Disponible en: www.apagnet.net/publicaciones/textos/grup10.html.
- Ministerio de Salud del GCBA. Dirección General de Docencia e Investigación. Dirección de Capacitación y Docencia. 2014. Programa Docente de la Residencia de Terapia Ocupacional en el Hospital Manuel Rocca.
- Rodriguez P. 2006. La evaluación en la Residencia y en la Concurrencia: hacia la construcción de criterios comunes. Dirección de Capacitación Profesional y Técnica. Ministerio de Salud. GCBA. Págs. 1-8.

Agradecimientos

A Claudia Battistoni por promover, acompañar y participar desde la Coordinación General de la Residencia de Terapia Ocupacional en las actividades de formación de las residentes.

A todas las residentes con las que compartí estos años de aprendizaje, en especial al equipo del Hospital Rocca con quienes realice la residencia y la jefatura de residencia.

A mis colegas supervisoras y referentes, locales y brasileras, que acompañaron y acompañan mi proceso fomentando el ejercicio del razonamiento clínico, la perspectiva crítica y la revisión de la Terapia Ocupacional desde un rol técnico y político.

Mesa 8

Desarrollos conceptuales.
Terapia Ocupacional Social

Sobre la emergencia de los fundamentos sociales de nuestra profesión: producciones argentinas de los años ´80

Autor: Liliana Paganizzi.
Correo electrónico: lilia_liber@hotmail.com

Resumen

Introducción

El reconocimiento de la influencia de los factores sociales y medioambientales en la salud de las personas es tan antiguo como las primeras prácticas médicas.

Como bien resumiera el Dr. Ramón Carrillo (1951), *"Frente a las enfermedades que genera la miseria, frente a la tristeza, la angustia y el infortunio social de los pueblos, los microbios como causa de enfermedades, son unas pobres causas"*. Lalonde (1974) estableció un marco conceptual clave acerca de los factores que parecían determinar el estado de salud: estilo de vida, ambiente, biología humana y servicios de salud, que posteriormente se denominaron determinantes sociales

Objetivos

Identificar las primeras producciones argentinas que darían cuenta de la consideración de los determinantes sociales en nuestras prácticas.

Metodología

Tomando como referencia el trabajo realizado por de Cieri sobre "Historia, Evolución y Estado Actual de la RBC y la APS en la Argentina (2005) y considerando que en nuestro país y posiblemente en otros lugares de Latinoamérica el reconocimiento de la influencia de los determinantes sociales también devienen de prácticas ligadas del campo de la Salud Mental u otras producciones profesionales, se realiza un relevamiento bibliográfico de publicaciones nacionales, revistas e informantes claves para dar cuenta una perspectiva histórica posible. Esta presentación representa una primera etapa de un trabajo más amplio y se centra en la década de los años 80.

Conclusiones

La Terapia ocupacional argentina esbozó en los 70 un pensamiento político que fue abortado por un proceso político que resultó casi devastador. Desde mediados de los años 80 se inauguran espacios de formación (residencias interdisciplinarias, asignaturas), de encuentros (jornadas, congresos) y prácticas (hospitalarias, comunitarias, sociales) que expresaron la innegable consideración de los determinantes sociales en los procesos de salud y enfermedad. Algunas actividades continúan hasta la actualidad y otras colaboraron en la creación de nuevos espacios que irrumpieron en la década de los 90 y se sostienen hasta la fecha.

Panorama global

El reconocimiento de la influencia de los factores sociales y medioambientales sobre la salud de las personas es tan antiguo como las primeras prácticas médicas. El concepto de determinantes sociales de la salud (DSS) se originó en una serie de críticas a la medicina centrada en el sujeto mismo y ya en 1974 el Informe Lalonde estableció un marco conceptual clave acerca de los factores que parecían determinar el estado de salud: estilo de vida, ambiente, biología humana y servicios de salud. Basta mencionar algunas

definiciones encontradas en documentos sobre la Estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) para dar cuenta de la presencia de fundamentos sociales en el proceso de salud y enfermedad: 1) el sistema de salud es un componente del desarrollo social y un instrumento de justicia social 2) toda población debe estar cubierta con servicios básicos de salud. 3) APS reafirma del principio de Justicia social, equidad, accesibilidad económica, cultural y geográfica y del rol fundamental de la comunidad (1)

Como bien resumiera el Dr. Ramón Carrillo¹, *"Frente a las enfermedades que genera la miseria, frente a la tristeza, la angustia y el infortunio social de los pueblos, los microbios como causa de enfermedades, son unas pobres causas"* (2)

Panorama particular en la Terapia Ocupacional (T.O).

En el año 2004² la WFOT a través del documento de posicionamiento sobre la Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) *"... asume la existencia de personas con discapacidad...que junto con sus familias y comunidad tienen restringido o negado el acceso a una participación digna y significativa en su vida diaria... Los terapeutas ocupacionales están desarrollando una conciencia crítica sobre estas realidades, guiadas por nuevas nociones tales como apartheid ocupacional, privación ocupacional y justicia ocupacional"* (3)

El concepto de **"privación ocupacional"** había sido elaborado durante la década del '90 por Gail Witheford a partir de su experiencia con personas con discapacidad intelectual y/o psíquicas privadas de la libertad en unidades penitenciarias, *"la privación no se debe a cuestiones inherentes al individuo sino a fuerzas de control contextuales"* dirá y elabora

- según su propia realidad social y política en Australia - cinco tipos de deprivación: aislamiento geográfico, desempleo, encarcelamiento, estereotipos de género y situación de refugiado. (4)

Townsend y Wilcock (Canadá) elaboran el concepto de **justicia ocupacional** a partir de sus experiencias en salud mental en la comunidad, *"Aunque los humanos son seres ocupacionales autónomos, la participación en ocupaciones es interdependiente y contextual"* (5) Si bien algunos terapeutas ocupacionales se han preocupado por los problemas derivados de las condiciones sociales de las personas, sus familias y comunidades durante toda la historia de la profesión, (6) este documento va a inaugurar formalmente el reconocimiento de los determinantes sociales en la vida ocupacional de las personas y quizás lo que Pollard, Kronenberg y Sakellariou han dado en llamar el "razonamiento político" como parte de las competencias de los terapeutas ocupacionales.(6)

¿Qué pasaba en Latinoamérica?

Brasil (7) (8) (9) y Colombia (10) ya habrían desarrollado desde los años 80 producciones teóricas y prácticas muy significativas en el campo de las problemáticas sociales y las implicancias políticas de nuestras intervenciones pero, como el habla inglesa ha dominado el campo de la terapia ocupacional desde sus inicios, algunas de estas producciones recién han podido conocerse a partir de la publicación en Inglés (2005) y a posteriori en español (2007) *Terapia Ocupacional sin fronteras. Aprendiendo del espíritu de supervivientes* (11)

¿Y en Argentina?

En nuestro país y posiblemente en otros lugares de Latinoamérica el reconocimiento de la influencia de los determinantes sociales en las vidas de las personas, las familias y la comunidad devienen básicamente de prácticas ligadas a 1) la participación de los terapeutas

¹ (*)Ministro de Salud Pública – Argentina 1946 -1951

² Respondiendo a la invitación de la OMS a participar en la Revisión de la RBC (25-28 de mayo del 2003), Helsinki, Finlandia. Autor principal: F. Kronenberg.

ocupacionales en las estrategias de Atención Primaria en Salud (APS), 2) en Programas de Rehabilitación basada en la comunidad (RBC) y 3) del campo de la Salud Mental, gestadas muchas de ellas -y aun hoy en día -desde el trabajo en Hospitales monovalentes de atención terciaria. (12) .Cieri (13) ha realizado un exhaustivo estudio sobre el estado de las denominadas "prácticas comunitarias" ligadas a programas de RBC, en respuesta a la encuesta que propusiera la WFOT para conocer la participación de la T.O en estos programas.

Años ´70

Según refiere Destuet ya en el año 1973 – con la llegada de una incipiente democracia - surge la idea de Rehabilitación ligada a la inserción social (14). En el Hospital Muñoz se realizan asambleas coordinadas por personas con discapacidad donde se discuten junto a los profesionales las estrategias de participación para el logro de una ley laboral para personas con Discapacidad. Destuet misma concurre al Congreso como apoyo al delgado, una persona con limitaciones severas que debía ser asistida en las actividades básicas. Estas, como otras prácticas participativas se verán suspendidas y vetadas hasta la llegada de un nuevo período democrático en los años 80- (15)

Década de los 80

1980- la TO Liliana Canulli Rioja participa en la organización e implementación de un programa de RBC junto con la Dra. Guzmán. Realizará además capacitación en la región de las Américas (Organización Panamericana para la Salud) y la India. (13)

1985. Se realiza el Primer Congreso nacional de Terapia Ocupacional en la Pcia. La Rioja.

1986 Se abre la Residencia Interdisciplinaria de Salud mental (RISAM) en Ciudad de Buenos Aires. (16) Alicia Torre trabaja en la gestión y organización con lineamientos del Plan de salud Mental elaborado por el Dr. Goldemberg en 1985 que se sostiene en el trabajo comunitario y las estrategias de APS.

En la Universidad nacional de La Rioja comienza a dictarse fuera de Programa oficial la Asignatura Rehabilitación Basada en la Comunidad. (13)

1987. Graciela López participa en el Programa de Rehabilitación con base comunitaria para la atención de personas con discapacidad en Comallo. Bariloche, Rio Negro. Obtiene el Premio mejor trabajo en el 2do Congreso Argentino de Terapia Ocupacional y 1er Simposio Latinoamericano (17).

Paganizzi, será cofundadora y coordinadora hasta 1996 del Centro de Psicoterapias Integradas (CPI) una residencia a puertas abiertas para personas con sufrimiento mental, uno de los primeros dispositivos asistenciales del sub sector privado de estas características en el país. (18). Allí se organizan numerosos grupos de estudio y supervisión, parte de esas producciones serán publicadas en Terapia ocupacional: del Hecho al Dicho (19) por una editorial independiente de la institución misma.³

Alicia Patrizzi organiza la práctica clínica en el Primer Programa de Atención Primaria y Terapia Ocupacional (1987) en la Universidad Nacional de Mar del Plata (UNMdP) Emma García Cein y Eugenia Veyra y Alicia Patrizzi presentan Tesis de grado sobre

"Prevención primaria en salud mental desde Terapia Ocupacional" Facultad de Ciencia de la salud y Servicio Social. Universidad- UNMdP. (20)

1988 2do Congreso Argentino de Terapia Ocupacional y 1er Simposio Latinoamericano de Terapia Ocupacional. Buenos Aires. Carlota Vega como coordinadora del grupo salud y desarrollo, en la UNMdP inicia el proyecto de investigación Estimulación en niños de riesgo ambiental alto, entre 0 y 2 años de edad en zonas urbanas de Mar del Plata con (21).

³ Psicoterapias Integradas Editores

Se presenta el Primer libro de T.O Argentina "TO en salud mental" Editor COLTOP coordinado por Graciela Arteaga.

En **1989** en el Servicio nro. 48 de Terapia ocupacional del Hospital José T. Borda, organiza las 1eras Jornadas de salud Mental en Buenos Aires.⁴

Adriana Cella participa el Programa de Emergencia Nacional, asistencia en comedores comunitarios y se constituye en una experiencia fundante en el trabajo del TO con poblaciones en situación de vulnerabilidad social. (13) (23)

Patricia Cieri se incluye en el Programa Atención ambulatoria y domiciliaria para la salud (ATAMDOS), desde donde inicia el trabajo de RBC en el partido de General Sarmiento, en las zonas más empobrecidas del Gran Buenos Aires (22).

Adriana Cella comienza a dictar Seminarios sobre "Comunidad" en la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional, en 1996 se integrará a la Currícula como "Dinámicas Ocupacionales en la Comunidad". (13)

En síntesis. En simultaneidad con otras experiencias regionales e internacionales la Terapia ocupacional argentina esbozó en los 70 un pensamiento político que fue abortado por un proceso político que resultó casi devastador. Desde mediados de los años 80 se inauguran espacios de formación (residencias interdisciplinarias, asignaturas), de encuentros (jornadas, congresos) y prácticas (hospitalarias, comunitarias, sociales) que expresaron la innegable participación de los determinantes sociales en los procesos de salud y enfermedad, algunas actividades continúan hasta la actualidad y otras colaboraron en la creación de nuevos espacios que irrumpieron en la década de los 90 y se sostienen hasta la fecha- Finalmente, el desafío de las Terapistas ocupacionales que hemos participado en este proceso consiste justamente en trabajar en la inclusión de los fundamentos sociales en la formación disciplinar, transmitiendo a las nuevas generaciones una historia que nos aloja.

Bibliografía

- (1)Paganini (2007) J. Cap. 2. En Barragán, I. Fundamentos de la salud pública. La Plata, Disponible en <http://sedici.unlp.edu.ar/>. Febrero de 2014.
- (2) Provincia de Santiago del Estero por el Museo del Banco Central, (2006) Dr. Ramón Carrillo, Primer Ministro de Salud de la República Argentina. Investigación y redacción: M. Yasmín Fernández Allende y Daniel A. Rey 2006. Banco Central de la República Argentina. P7 y ss. <http://www.bcra.gov.ar/pdfs/institucional/RamonCarrillo.pdf>
- (3)WFOT.FEDERACIÓN MUNDIAL DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES. (2004) Documento de posicionamiento sobre Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC). . www.wfot.org. Noviembre 2012.
- (4) Townsend, E., Witheford. (2007)Cap.9- en KRONENBERG, F; POLLARD N; SIMÓ ALGADO, S. Terapia Ocupacional sin fronteras. Aprendiendo del espíritu de supervivientes. Editorial Médica Panamericana. España, 2007.
- (5) Townsend, E. & Wilcock, A. (2002) Occupational justice. En Christiansen, Ch. & Townsend, E. Introduction to occupation Thorofare, NJ: Prentice Hall. Traducción de circulación interna, por Claudia Morales Mellado.
- (6) Pollard, Kronenberg y Sakellariou. (2008) Chapter 1 A political practice of occupational therapy. . London. Churchill Livingston.
- (7) Galheigo, S Cap. : 6. Terapia Ocupacional Social Aclarando concepto e ideas. Kronenberg F. Algado S. Pollard N. Terapia Ocupacional sin Fronteras Aprendiendo del espíritu de supervivientes. Editorial Médica Panamericana; Madrid. 2007.

⁴ En los años siguientes se abrirá un espacio de intercambio y emergencia de nuevas prácticas y conocimientos que se mantendrán durante 10 años con 9 Jornadas, y sigue.

- (8) Dias Barros, D.; Garcez Ghirardi, M; Esquerdo López, R.Cap. 11: Terapia Ocupacional Social. Una perspectiva socio histórica Kronenberg F. Algado S. Pollard N. Terapia Ocupacional sin Fronteras Aprendiendo del espíritu de supervivientes. Editorial Médica Panamericana; Madrid. 2007.
- (9) Galvani D, Dias Barros, Esquerdo López; Maranhao Reis, T.; Terapéutica Ocupacional en el Campo social: construyendo caminos y rescatando proyectos con adultos que viven en las calles. En Paganizzi y ot .Terapia Ocupacional Psicosocial. Escenarios clínicos y comunitarios. Bs. As. Ed. Polemos. 2007.203-208.
- (10) García Ruiz, S. Construyendo rehabilitación comunitaria en grandes ciudades. Disponible en. <http://www.revistas.uchile.cl/>. Diciembre de 2014.
- (11) KRONENBERG F.; SIMÓ ALGADO S.; POLLARD, N. (2007) Terapia Ocupacional sin fronteras. E Panamericana. Madrid. 2007.
- (12) NABERGOI, M; BOTTINELLI, M. Discapacidad, pobreza y sus abordajes. Revisión de la estrategia de Rehabilitación basada en la Comunidad. (RBC). (2006) Facultad de Psicología - UBA / Secretaría de Investigaciones / Anuario de Investigaciones. XIV. 159- 165. Año 2006. Disponible en: www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v14/v14a15.pdf. (2012).
- (13) Cieri, P "Historia, Evolución y Estado Actual de la RBC y la APS en la Argentina Desde la Perspectiva de Terapia Ocupacional, (2005) en: Boletín Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT). Vol. 51. 2005. p 37.
- (14) Destuet, S. (1999) Encuentros y marcas. Buenos Aires, COLTOA. P 32. (15) AATO. (2004) Boletín. Buenos Aires. Marzo. p 19.
- (16) .Regueiro,P;Callao, M;Falco,M;Constantini, G; Francia A,Curatela, A; Giménez. (1991) El atrevimiento de una utopía en Terapia Ocupacional. El camino del hacer. Bs. As. Ed C.O.L.T.O.1991.181|-199.
- (17) López. (1992) COMALLO: una posibilidad para los discapacitados de las zonas rurales. Libro del 2do.Congreso Argentino de Terapia Ocupacional y 1er. Simposio Latinoamericano de Terapia Ocupacional. Bs As, 1988.Publicación de la AATO. Prólogo Marta Suter.1 -11.
- (18) Augé de Depino, Alabarcez, M, Caccavallo, N. y otros-(1993) "El Hostal. Una experiencia de tratamientos sin encierros en psicopatologías graves"- Buenos Aires Psicoterapias Integradas Editores-.1993.
- (19). Paganizzi, L y otros. (1991)Terapia ocupacional: del hecho al dicho. Ed. Psicoterapias Integradas Editores. Bs AS.
- (20) . Veyra, E y Garcia Cein, E. (2000)Terapia Ocupacional: rol del T.O en prevención Primaria inserto en trabajo barrial comunitario. Materia Prima, 5 : 17. -16-17
- (21)Vega, C; Campisi A; Bösenberg, I; Porro, S (1998) Rol del T.O en el seguimiento del desarrollo infantil en niños de familias pobres. Revista Materia Prima.. 3. 8 .3:9. 6-10.
- (22) Cieri, P. (1999) Rehabilitación con Base en la Comunidad Terapia Ocupacional. En Trabajo y comunidad. Serie COMPILACIONES. 3 . C:O.L.T.O.A Grupo Editor. Bs. As. 27-40.
- (23) AATO. Especialidades en revisión. especialidadesento.blogspot.com disponible Noviembre 2012.

El Síndrome pos-polio. ¿Una nueva “etiqueta” vieja?

Autor: Daniela Edelvis Testa

Correo electrónico: danitestu@yahoo.com.ar

Resumen

Introducción

En Argentina existe un gran número de personas que han sobrevivido a la poliomielitis, aunque no existen registros que certifiquen a ciencia cierta cuántos son¹. El exitoso control del contagio de la enfermedad tuvo entre sus consecuencias que la enfermedad haya desaparecido de las agendas públicas y de investigación, para ser vista como un problema del pasado y sea considerada entre las enfermedades “raras u olvidadas”. De esta forma han quedado invisibilizadas una gran cantidad de personas que portan discapacidad a causa de la polio, sumado a la aparición, en la década de 1980, del *Síndrome Pospoliomielitis* (SPP) que muchas de ellas padecen; invisibilización que los deja, cuanto menos, por fuera de las políticas asistenciales sanitarias adecuadas a esta nueva situación de salud.

Objetivo

El objetivo de esta ponencia es compartir avances parciales de una investigación en curso y analizar algunas tensiones y disputas que se dan con respecto al reconocimiento del SPP en Argentina desde la perspectiva de las personas afectadas por la enfermedad y a partir de las acciones impulsadas desde una asociación civil de pacientes.

Material y método

Se informa un aspecto parcial de una investigación mayor en curso. El corpus del presente trabajo se basa en entrevistas realizadas a personas con polio y SPP y a médicos expertos en rehabilitación. También he utilizado posteos de espacios web del blog y el facebook de APPA, dado que los mismos constituyen espacios de comunicación e intercambio entre las personas involucradas en la problemática.

Conclusiones

Se plantean posibles significados en la utilización de “etiquetas diagnósticas” como estrategias para acceder a los servicios sociales y de salud por parte de una minoría que ha sido históricamente postergada e insuficientemente reconocida.

Introducción

En Argentina, un gran número de personas han sobrevivido a la poliomielitis, aunque no existen registros que certifiquen a ciencia cierta cuántos son. Sus presencias ofrecen un testimonio –insuficientemente pronunciado pero tangible– de una enfermedad cuyo ciclo aún no se ha cerrado. La historiografía nos demuestra que la eficacia de la vacunación antipoliomielítica presenta dos caras. Una de ellas revela el aprendizaje para controlar la enfermedad. Pero, por el otro, también ha provocado que el interés por esta enfermedad haya desaparecido

¹ De acuerdo a las tasas de incidencia de la enfermedad cada mil habitantes, las tres epidemias de mayor importancia de nuestro país fueron las correspondientes a los años 1936, (con una tasa de incidencia de 10 por mil), 1953 (14 por mil) y 1956 (33 por mil). Se estima que en 1956 fueron afectadas aproximadamente 6500 personas (Invalidi, 1956; Vilches, 1956; Buzzi y Rosenwurcel, 1967)

de las agendas públicas y de investigación, para ser vista como un problema del pasado² y haya sido ubicada entre las enfermedades "raras u olvidadas"³ (1). De esta forma han quedado invisibilizadas una gran cantidad de personas que portan discapacidad a causa de la polio, sumado a la aparición, en la década de 1980, del *Síndrome Pospoliomielitis* (SPP)⁴ que muchas padecen; invisibilización que deja a los enfermos, cuanto menos, por fuera de las políticas asistenciales sanitarias. En nuestro país no existen programas de investigación ni servicios de salud dedicados específicamente a la atención y al estudio de la poliomielitis y el SPP⁵; son exclusivamente las personas afectadas por la enfermedad, a través de las acciones de la *Asociación de Polio y Pospolio Argentina* (APPA), los interesados en la promoción, la difusión y el reconocimiento del Síndrome como una vía de acceso a la asistencia socio-sanitaria.

Ahora bien, en el contexto actual de ideas en que la medicina es frecuentemente cuestionada como instancia de estigmatización y normalización y que, desde los aportes de la sociología – principalmente los *Disability Studies*- y los progresos en la legislación, los procesos de medicalización y de construcción social de la discapacidad son considerados como formas de opresión y dominación social, (2) ¿por qué la búsqueda de reconocimiento expresada a través de la APPA, al menos en una primera instancia, se da a través de un diagnóstico médico? ¿Se trata de la obtención de un etiquetamiento necesario para legitimar el sufrimiento de estas personas y transformarlas en merecedoras de atención y cuidados?

Acorde a tales interrogantes, el objetivo de esta ponencia es compartir avances parciales de una investigación en curso y analizar algunas tensiones y disputas que se dan con respecto al reconocimiento del SPP en Argentina desde la perspectiva de las personas afectadas por la enfermedad. Así pues, nos encontramos por un lado con los profesionales médicos que descreen de la existencia del SPP en Argentina, y por el otro, con la defensa del mismo por parte de la APPA. Dicha Asociación, creada en 2004, no sólo esgrime el argumento de la experiencia de la enfermedad sino que se apoya en aquellos pocos investigadores (de otras latitudes)⁶ dedicados al estudio y comprensión de los mecanismos etiopatogénicos y abocados a lograr la legítima entidad de enfermedad para este Síndrome. Sus reivindicaciones se apoyan fundamentalmente en dos ejes: 1) la difusión y el reconocimiento del SPP entre la comunidad médica como meta principal y 2) la visibilización de la propia existencia como *sobrevivientes de la polio* (según se autodenominan) como estrategia. La necesidad de expresar sus necesidades y de esquivar el olvido, el "Todavía estamos aquí" (frase a modo de "slogan" que puede

² La enfermedad está controlada en Argentina desde 1984 y en la región de las Américas desde 1991. No obstante que organizaciones internacionales y gobiernos de variados lugares del mundo han desarrollado acciones de inmunización mancomunadas, el virus aún existe en forma endémica en Nigeria, Afganistán, Pakistán e India.

³ Las enfermedades raras, minoritarias o huérfanas, incluidas las de origen genético, son aquellas enfermedades con peligro de muerte o de invalidez crónica, que tienen una frecuencia (prevalencia) baja, menor de 5 casos por cada 10.000 habitantes.

⁴ Esta dolencia se caracteriza por un cuadro de debilidad, atrofia, fatiga y dolor muscular. Afecta a las personas que han sufrido poliomielitis hace más de treinta años y las enfrenta otra vez al desafío de lucha personal para adaptarse a esta nueva situación discapacitante. Es una enfermedad que afecta nuevos grupos musculares y articulares diferente al recrudecimiento de las secuelas instaladas a partir de la enfermedad. Poco conocida por los médicos, los afectados sufren las complicaciones del diagnóstico tardío y la insuficiencia de respuestas adecuadas y oportunas por parte del sistema sanitario que carece de políticas o programas de salud específicos (Téllez, 2010).

⁵ El SPP no es fácil de diagnosticar, por tratarse de una enfermedad multifactorial se requiere de una metodología por descarte y es necesario realizar el diagnóstico diferencial con respecto a otras enfermedades que presentan signos y síntomas clínicos similares. Este proceso incluye análisis de laboratorio, estudios electroneuromiográficos y pruebas funcionales. Aunque existen interrogantes e hipótesis entre los especialistas entrevistados que esbozaron la hipótesis de que la baja presencia del SPP en nuestro país podría estar relacionada con el tipo de cepa que circuló durante las epidemias, y que sería diferente a la de otros países donde la prevalencia del SPP es significativa, no existen investigaciones dedicadas a ello.

⁶ Existen equipos de investigación sobre SPP en Brasil (Universidad de San Pablo) España y Portugal (Universidad de Salamanca) México (Universidad de Gaudalajara) y Estados Unidos (Fundación Warm Spring)

leerse en el blog de la APPA) refleja la conciencia subjetiva de formar parte de una temporalidad acotada que configura el pasado y el presente y apela a la construcción de la memoria como instrumento de transformación del presente y de un porvenir donde sea posible el registro de su existir.

Metodología

El presente informa un aspecto parcial que es parte de una investigación cualitativa en curso. Parte del corpus del presente trabajo se basa en entrevistas que he realizado a personas con polio y SPP y a médicos expertos en rehabilitación. Las mismas son parte de mi trabajo de campo en desarrollo. También he utilizado posteos de espacios web del blog y el facebook de APPA, dado que los mismos constituyen espacios de comunicación e intercambio entre las personas involucradas en la problemática.

Resultados. Acciones por el reconocimiento de un diagnóstico

Las opiniones acerca de la existencia de este *Síndrome* entre la comunidad médica científica local y las personas que han padecido la enfermedad son controvertidas. Entre aquellos que lo niegan y los otros que lo pregonan, existe un abanico de grises donde se ubican aquellas posturas - tanto de médicos como de pacientes- que van desde los que entienden los síntomas como propios del proceso de envejecimiento en personas que han realizado esfuerzos físicos y emocionales excesivos para llevar adelante su vida, hasta la interpretación de las demandas de atención como meros caprichos.

La inclusión del Síndrome en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) dentro del grupo de enfermedades de la neurona motora bajo el código CIE10 G-14 fue impulsada por un grupo de médicos de la Universidad Federal de San Pablo, Escuela Paulista de Medicina (Unifesp-EPM) y el Centro Brasileiro de Clasificación de las Enfermedades (CBCE) en el año 2007. Efectivamente, las personas que han sufrido poliomielitis varias décadas atrás, pueden ahora padecer el SPP, entidad compleja, difícil de diagnosticar y que no tiene cura. Así, en vez de cerrarse el círculo a través del control y la erradicación de la enfermedad, por el contrario, el SPP requiere respuestas a la medicina, a la rehabilitación y a las autoridades sanitarias que deben enfrentarse a nuevas necesidades y reclamos.⁷ En medio de una polémica en torno a su validez y su propia existencia como enfermedad, el SPP ha concertado interés de grupos de investigadores y de asociaciones relacionadas con el tema en algunos países, entre ellos México, Brasil, Estados Unidos, España y Portugal.

Las asociaciones de ayuda mutua entre personas afligidas por algún tipo de mal o situación desventajosa son frecuentes en el mundo occidental desde mediados del siglo XX. En el caso de la poliomielitis, éstas proliferaron en todos los países que fueron afectados por la enfermedad. Estas asociaciones se constituyeron como un espacio para la elaboración de una identidad colectiva y como andamio de inclusión social de los enfermos y sus familias (3). En Argentina, en un contexto de "oneigización" de los movimientos sociales (4), donde es indispensable tener "personería jurídica" para conseguir recursos económicos, surge en el año 2004, la APPA. Creada con el propósito de difundir la existencia del SPP en el país, intercambiar información y comenzar un censo que permita saber cuántas personas fueron afectadas en el país, favorece la creación de pertenencia - a partir de compartir una situación en común- que exhibe en el espacio público en demanda de derechos ante el Estado Su principal plataforma de acción la constituye un blog y un grupo facebook donde participan aproximadamente 300 personas (en su mayoría mujeres) que han padecido la enfermedad. Estos *sítes* constituyen una estrategia comunicacional que cobran especial significado frente a los problemas de aislamiento y de movilidad que afectan a muchas de estas personas. Allí es posible encontrar des-

⁷ Según indican investigaciones brasileras la posibilidad de sufrir SPP en aquel país es de entre un 60% y 80% (Quadros y otros, 2010) Dado que no se conoce cuantas personas sobrevivientes de poliomielitis hay en Argentina, es difícil hacer un cálculo exacto.

de artículos médicos, actualizaciones de normativas jurídicas y noticias hasta experiencias personales y consejos para sobrellevar mejor las dificultades. De esta manera los usuarios llegan a constituirse en legos-expertos que comparten e impulsan sus propias visiones acerca de la enfermedad, a la vez que crean pertenencias a partir de compartir una misma condición o enfermedad.

A través de la pantalla electrónica se establecen otras maneras *de ser, de verse y de ser visto*, otros espacios donde encontrarse y expresarse. Así, los cibernautas, se “muestran” en situaciones de sufrimiento y vulnerabilidad, definen su enfermedad como manifestaciones individuales “particularmente urgente(s), de la vida material, de las necesidades, de la muerte” en la que se sufre y se necesita de ayuda (5). Aunque el estilo y el tono de los posteos está coloreado por las reivindicaciones basadas en las necesidades particulares del grupo afectado por dicha enfermedad, puede leerse en un segundo término una demanda de acceso a los servicios de salud basado en el reconocimiento de las necesidades sentidas, dirigido especialmente a reclamar la presencia y la mirada interesada del *médico*.

En el caso que nos ocupa, las reivindicaciones por el reconocimiento de un diagnóstico se postulan como soporte para visibilizar necesidades singulares y reclamar la efectivización de los derechos de asistencia sanitaria. Pero por cierto que ello no solo manifiesta la tensión y la discordancia entre una situación de mayor justicia pretendida y la realidad social vivenciada sino que implica un reclamo mas *humanamente* esencial que va por el crédito sobre las propias y sentidas experiencias cotidianas de sufrimiento.

Discusión. Entre el olvido y la memoria

Los aportes del filósofo Axel Honneth rescatan el trasfondo moral que subyace en toda acción por el reconocimiento y subraya la esencial importancia del reconocimiento intersubjetivo de las capacidades del ser humano. El filósofo señala que cada experiencia de menosprecio va acompañada de una experiencia emocional que “siempre va acompañada de sensaciones afectivas que pueden indicarle al singular que se le priva de ciertas formas de reconocimiento social” (6). Ello implica inevitablemente la presencia de una estructura subyacente de desprecio que conduce a una experiencia moral en aquellos que han sido despreciados.

El retorno del fantasma de la incertidumbre médica que había acompañado a esta enfermedad hasta casi mediados de siglo XX⁸ y el desafío de enfrentar nuevas afecciones corporales luego de toda una vida de esfuerzos adaptativos ha favorecido el surgimiento de asociaciones *polio* y *pospolio* y la constitución de comunidades on line que comparten estrategias e información y se concentran principalmente en reclamos de reivindicación de situaciones de invalidez y discriminación. Luchan por obtener *visibilidad* y reconocimiento por parte de los organismos públicos y sanitarios, pero también, para no quedar ubicados en el territorio del olvido. Siguiendo con la línea argumentativa de Sartre (5) que concibe que la vida “se desarrolla en espirales; pasa siempre por los mismos puntos pero a distintos niveles de integración y de complejidad” se podría entonces entender la relevancia que el reconocimiento y la mirada médica adquieren en los reclamos de este colectivo, profundamente atravesado desde su infancia por las prácticas de la medicina y la rehabilitación.

Dado que no se trata, además, sólo de una experiencia moral individual que se traslada a lo colectivo sino que es necesariamente en la dimensión social y pública donde se produce la visibilización de las demandas por el reconocimiento, se hace necesaria la delimitación o caracterización contextual socio-histórica para comprender dichos procesos e identificar aquellos “puntos del espiral” sobre los que siempre se vuelve.

⁸ El conocimiento fehaciente de la vía de contagio de la enfermedad fue descubierto recién en 1948 por John Enders y los virólogos Thomas Weller y Frederick Robbins, de la Universidad de Harvard. Esto significaba un importante adelanto en la comprensión de la poliomielitis, ya permitiría ajustar las medidas sanitarias dirigidas al control de la enfermedad.

De acuerdo a las entrevistas realizadas y al análisis de los relatos publicados en los espacios web mencionados, muchos de esos niños lograron una "integración exitosa" (7) y en su vida adulta accedieron a diferentes instancias educativas, asumieron trabajos y responsabilidades, criaron hijos, realizaron aportes a sus comunidades. *Superaron* la enfermedad y desarrollaron sus *proyectos* - en el sentido sartriano de "fuga y salto adelante" a la vez, negativa y realización, de aquello que se logra hacer con lo que han hecho de cada uno, de acuerdo a sus condiciones materiales de existencia y a la realidad social e histórica. Así, al mismo tiempo que realizaban su porvenir individual (más o menos cerrado de acuerdo a sus circunstancias particulares) también asumían un porvenir asignado por la ideología de la normalidad (8) que reconocía para ellos la posibilidad de la integración/aislamiento y de la productividad/improductividad como contracara del esfuerzo y la voluntad personal.

Conclusiones. ¡Todavía estamos aquí!

Si bien la visibilización de los *sobrevivientes de la polio*, que dicen en su lema "Todavía estamos aquí", resignifican el hecho de *portar la memoria en el cuerpo y mostrar cuerpos que portan memoria*; como metáforas corporizadas de experiencias traumáticas y situaciones límites expresan también metáforas generadas culturalmente, angustias personales, conflictos sociales y el control social a través de la experiencia corporal (9) (10).

El *olvido* de las epidemias de polio en el relato de la/s memoria/s colectiva/s, los fantasmas y las fantasías (11) que anudan el porvenir con el pasado y solapan el dolor social y los mecanismos de soportabilidad, contribuyen a las diversas formas de desvalorización social que aun sufren muchas minorías en las sociedades actuales, entre ellas, las personas con discapacidad. La invisibilización de los "sobrevivientes de la polio" implica asimismo una forma de menosprecio en relación a las contribuciones realizadas por este grupo/colectivo a la sociedad.

Si bien existen algunos gestos que expresan valoración social hacia las personas con discapacidad, generalmente estos ensalzan la trayectoria y el esfuerzo personal, reforzando de ese modo la idea de la discapacidad como evento individual y la valoración de la normalización/homogeneización por sobre la diversidad (como es el caso de los premios o los certámenes deportivos)⁹. Por esta vía se fortalecen los mecanismos que mantienen la fantasía social de la discapacidad como una situación que involucra sólo a algunos individuos particulares y deniegan su carácter de construcción social que abarca a todos.

La etiqueta diagnóstica del SPP significaría pues, no sólo su aceptación como enfermedad legítima en disputa que moviliza tensiones dentro del campo médico y de la rehabilitación en su sentido más amplio, sino que también pone sobre el tapete la habilitación de otras voces que quieren ser escuchadas. La aprobación y la credibilidad de las narrativas del malestar devaluadas y el reconocimiento de la experiencia existencial de la enfermedad implican la legitimación de dicho sufrimiento. ¿Elo podría ser un primer paso hacia la delimitación de los márgenes de la asistencia y de posibles nuevas prácticas y estrategias terapéuticas? En definitiva, habilitar espacios de escucha que asuman el desafío emocional y conflictivo de pensar la relación entre la memoria y el olvido, entre lo decible y lo indecible y entre lo que vale la pena ser escuchado o silenciado, constituye el impostergable desafío.

⁹ Por ejemplo a través de premios como el que otorga cada dos años ALPI (Asociación para la Lucha contra la Parálisis Infantil) ALPI es una organización civil creada en Buenos Aires en 1943 para dar asistencia médico social a niños con poliomielitis. Mantiene en vigencia estos premios hasta la actualidad. Los aspirantes son presentados por entidades o personas individuales que conocen los méritos personales y sociales de cada uno. Se puede leer en la web de la institución sobre los premios 2013: "Bienal ALPI se viene realizando desde el 1967 con el fin de concientizar e incentivar la inclusión para los discapacitados en la Argentina. Se dieron a conocer 10 historias de vida cuyo proceso de rehabilitación les permitió superar las barreras sociales...", en <http://alpi.org.ar/noticia/ganadores-premio-bienal-2013.html>.

Referencias Bibliográficas

- (1) Ballester, Rosa et al (2011) Información, autoayuda y creación de identidades. Las tecnologías de la información y de la comunicación y las asociaciones de discapacitados físicos. El ejemplo de la poliomielitis, en *Revista Salud Colectiva* 7 (Supl. 1), p. 539-547.
- (2) Barton, Len (comp) (1998) *Discapacidad y sociedad*, Madrid: Morata.
- (3) Testa, Daniela (2012) "La lucha contra la poliomielitis: una alianza médico social", Buenos Aires, 1943, en *Revista Salud Colectiva*, 8 (3) 299-314.
- (4) Biagini, Graciela (2009) *Sociedad civil y VIH-SIDA. ¿De la acción colectiva a la fragmentación de intereses?* Buenos Aires: Paidós.
- (5) Sartre, Jean-Paul (2002) *Crítica de la razón dialéctica*. Buenos Aires: Losada, p. 97.
- (6) Honneth, Axel (1992). *La lucha por el reconocimiento*. Barcelona: Crítica, p.166.
- (7) Ferrante, Carolina (2012). Rengueando el estigma: modos de ser, pensar y sentir(se) discapacitado construidos desde la práctica deportiva adaptada. *RBSE - Revista Brasileira de Sociologia da Emoção*, Vol. 9, Nº 27, p. 980-1010.
- (8) Angelino, Alfonsina y Rosato, Ana (coords.) (2009) *Discapacidad e ideología de la normalidad: desnaturalizar el déficit*. Buenos Aires: Noveduc.
- (9) Low, Setha (1994) Embodied metaphors: nerves as lived experience, en Csordas, Thomas (ed.) *Embodiment and Experience*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 139-62.
- (10) Scribano, Adrián (comp.) (2007) *Mapeando Interiores. Cuerpo, Conflicto y Sensaciones*. CEA-CONICET-Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba: Jorge Sarmiento Editor.
- (11) Scribano, Adrián (2008) Fantasmas y fantasías sociales: notas para un homenaje a T.W. Adorno desde Argentina, en *Revista Intersticios*, vol 2, (2): p. 87-97.

Intervención de Terapia Ocupacional centrado en la familia en el Hospital El Dique, Ensenada

Autor: Alzola, Silvia

Correo electrónico: alzolabeatriz@yahoo.com.ar

Resumen

La siguiente propuesta muestra la experiencia en el abordaje de terapia ocupacional, a través de un **taller destinado a familiares** de las personas que recibieron o reciben tratamiento en el Hospital El Dique.

La misma es el resultado de la revisión de las prácticas que lleva a cambiar el eje de nuestra intervención en este contexto hospitalario, aproximándose a un abordaje comunitario. Los familiares se convierten en *actores* que participan activamente, donde encuentran un lugar de pertenencia y pueden compartir experiencias, buscar soluciones conjuntas, escuchar y valorar las vivencias y situaciones de cada uno.

Este *dispositivo* genera un espacio propicio para **promover la salud de los miembros de la familia**, dado que cuando un integrante presenta alguna deficiencia y/o restricción en la participación en las ocupaciones, se genera *cierto estado de vulnerabilidad en la salud de la familia*.

Introducción

Las personas que requieren terapia ocupacional están inmersas en una familia, algunas conviven con ella y otras no. Existe otro grupo de personas que no cuentan con su familia por diversos factores.

En general, en los momentos en los que uno de los miembros se ve afectado, la familia asume un rol importante y como consecuencia de esto, muchos aspectos de la vida familiar se modifican.

La siguiente propuesta muestra la experiencia en el abordaje de un *taller destinado a familiares*, coordinados por los terapeutas ocupacionales, en un ámbito público, donde la participación y la dinámica grupal generan un espacio propicio para promover la salud de los miembros de la familia.

En el rastreo bibliográfico, se encuentra material haciendo hincapié en enfoques educativos.

Fundamentación

Al iniciar la intervención de terapia ocupacional, generalmente se tiene el primer acercamiento con al menos un integrante de la familia del paciente. En el proceso de la rehabilitación se percibió que los encuentros con las familias disminuían.

En el año 2012 se implementa un *dispositivo* con modalidad **taller** dirigido a las familias de las personas que recibieron o reciben tratamiento con modalidad ambulatoria o internación en el Hospital El Dique. La institución está abocada a la atención a mayores de 14 años, de ambos sexos, con secuelas de patologías neurológicas, traumatológicas, degenerativas, entre otras.

En una primera etapa la finalidad del taller fue brindar herramientas para optimizar el funcionamiento en el hogar durante el desempeño en las ocupaciones. En el transcurso de los encuentros se analizó y se modificó la perspectiva del taller pasando a ser *la familia* pilar de

la atención. Este nuevo espacio se sumó a las intervenciones que se venían desarrollando con la familia.

Villarroel y otros (1) afirman, que cuando un miembro de una familia presenta alguna deficiencia y/o restricción en la participación en las ocupaciones, se genera *cierto estado de vulnerabilidad en la salud de la familia* por la falta de preparación para realizar las tareas de asistencia, más la carga emocional, física y factores socioculturales. La situación vivenciada por la familia conlleva en distintos grados a una desorganización que suele perturbar roles, rutinas y hábitos ocupacionales en cada uno de los integrantes de la familia que ponen a prueba las relaciones entre los componentes del grupo.

La revisión de las prácticas durante dos años lleva a posicionarnos en otro lugar, cambiar el eje de nuestra intervención en este contexto hospitalario, pasando a ser nuestro **objetivo la promoción de la salud de los integrantes del grupo familiar**.

El desarrollo de la actividad en el *taller* consiste en la implementación de técnicas participativas para fortalecer a los integrantes del grupo familiar, facilitando la animación, la desinhibición y la integración de los participantes con el fin de analizar y reflexionar temáticas, problemáticas, situaciones que están viviendo esas personas (2). En estos espacios, como dice Cambursano y su equipo de trabajo, prima *"el intercambio en los participantes con proyección a una construcción colectiva de las situaciones por las cuales están"* (3).

Este dispositivo se fundamenta en el concepto de Lomagno, donde el taller es un espacio de producción, de trabajo grupal partiendo de aprendizajes, experiencias y vivencias previas como punto de partida del conocimiento de la realidad (4).

La modalidad de intervención aplicada se sustenta en la aproximación a un abordaje comunitario y como sostienen las autoras chilenas en su trabajo: *"No existe una sola forma de realizar prácticas comunitarias, ya que una práctica comunitaria se puede realizar desde una intervención desde los dispositivos, o directamente en el trabajo comunitario en la comunidad a partir de organizaciones sociales u ONG's"* (5).

En este **taller para familiares**, generar procesos colectivos, es para Polinelli y Cella favorecer la "construcción comunitaria desde las identidades, las experiencias y las habilidades de los sujetos que forman parte de la comunidad" (6). Para estas autoras *"pensar en el abordaje comunitario requiere reflexionar acerca de un modelo diferente de abordaje. La particularidad de su características reside por un lado en que el desempeño profesional no puede ser concebido e implementado desde una visión clínica, debe desarrollarse donde se escuchen las historias de los sujetos y de las comunidades, construyéndose la solución a sus necesidades de manera conjunta, donde esas personas dejan de ser **objetos** para pasar a ser **sujetos** de nuestras prácticas"* (7).

Al finalizar el año 2014 se analizaron algunos datos donde se observó que la concurrencia de las familias fue con mayor regularidad que años anteriores. Se mantuvo un promedio de participación de 12 familias, asistiendo en algunos casos más de un integrante considerándose esto de importancia para que todos los actores de ese contexto familiar_puedan expresarse, escucharse y compartir.

Dentro de los participantes predominan esposas, hijos, madres y hermanos, y en menor número participan esposos y cuidadores (persona fuera del núcleo familiar). Algunas familias que no podían asistir al encuentro enviaron representantes, como vecinos, amigos, pero en estos casos no pudieron compartir a pleno las vivencias, por no estar inmerso en el encuadre del hogar.

Se observó que se favoreció en personas internadas las salidas al hogar y en otros casos la aceptación de cambios de modalidad (de internación a modalidad ambulatorio).

Conclusiones

El Taller que ofrece Terapia Ocupacional permite a los familiares convertirse en actores frente a diversas propuestas. La interacción entre ellos los orienta a buscar soluciones, aliviar preocupaciones, a darse cuenta, a compartir sentimientos respetándose la singularidad de cada uno. La finalidad de este dispositivo, *promocionar la salud en el grupo familiar* se percibió, entre otras cosas a través de lo referido por los participantes: *"el taller es para nosotros... un "lugar de escucha, ...de expresión,....de compartir, ...de contención..."*.

Los miembros de la familia vivencian cambios de roles y rutinas, rupturas vinculares o diferencias entre ellos, el cansancio físico, mental y/o emocional, incertidumbre acerca de la evolución y sentimientos contradictorios, negación y miedos. También se manifiestan inquietudes acerca de los aspectos económicos y de los servicios de seguridad social (jubilación, obra social), movilidad en la comunidad, desequilibrio ocupacional, sexualidad, cuidado y mantenimiento de la salud y procedimientos de seguridad.

A través de este recorrido, revisando nuestras prácticas diarias se percibe que se está gestando un abordaje comunitario en un contexto hospitalario, donde predominan intervenciones asistenciales y que esta intervención, centrado en la familia, facilita herramientas para mejorar la calidad de vida de las personas.

Bibliografía

- Villarroel E, Vivian; Fonseca M., Irma, Díaz R, Ximena; Eberhard A, Andrea. Implementación de una taller educativos para familiares de personas con accidente cerebro vascular. Revista Chilena de Terapia Ocupacional Nº 7, Noviembre 2007. ISSN 0717- 6767. Universidad de Chile. Facultad de Medicina Escuela de Terapia Ocupacional. Disponible en: <http://www.revistas.uchile.cl/index.php/RTO/article/viewFile/120/103>
- González Rodríguez Nidia y otros. Primer Libro de Técnicas Participativas de Educadores Cubanos. Editado por Colectivo de investigación Educativa "Graciela Bustillos". Cuba.
- Cambursano Susana Celina, Giménez Silvia Miriam y Pereyra Alejandrina Celia. El seminario taller como estrategia comunicacional intraequipo de investigación Por Facultad de Humanidades. Universidad Nacional de Catamarca. Provincia de Catamarca. República Argentina margen Nº 62 - setiembre de 2011
- Llosa, S; Lomagno Claudia. Estrategias didácticas II. Módulo 8. (1998) Serie Formación Docente en Salud. Subsecretaría de Planificación de la Salud. Dirección Provincial de Capacitación de la Salud; Bs. As. Argentina. Reedición electrónica 26/06/2012. Disponible en: <http://sistemas.ms.gba.gov.ar/moodle/mod/resource/view.php?id=23>
- Oyarzun S, N; Zolezzi G. R; Nuñez S J; Palacios T, M. Hacia la construcción de las prácticas comunitarias de terapeutas ocupacionales den chile, desde una mirada sociohistórica, desde 1972 hasta la actualidad. Disponible en: www.revistas.uchile.cl/index.php/RTO/article/viewFile/120/103
- y (7) Cella A y Polinelli S. Terapia Ocupacional Comunitaria: la Universidad y la Comunidad construyendo caminos hacia el protagonismo social. VIII Congreso Latinoamericano y I Congreso Peruano de terapia Ocupacional "Promoviendo el Bienestar a través de la Ocupación. Perú. 30de abril, y 1y 2 de mayo 2009.

La revolución de los rengos. Origen del derecho al trabajo de las personas con discapacidad en la Argentina

Autor: Liliana Sbriller

Correo electrónico: rosaila01@gmail.com

"Mamá, la vida está hecha de momentos y cada uno de estos momentos hay que vivirlos a pleno, pero siempre pensando en el prójimo y sin ambiciones personales".

José Liborio Poblete Roa (1955- 1978)

Introducción

Al "cortito" José Liborio Poblete Roa, le apropiaron la vida, la de su mujer, la de su hija, y también se quedaron con sus ideas y sus Ideales.

El objetivo de éste paper es investigar los hechos sociales y políticos que influenciaron, a principios de la década del 70 a un pequeño grupo de internos del Instituto Nacional del Lisiado de la Ciudad de Buenos Aires, a conformar el Frente de Lisiados Peronistas, con el objetivo de promover el derecho al trabajo de los "discapacitados", como comenzaban a identificarse en ese momento, "lisiados" o "minusválidos" como se los catalogaba hasta entonces, participando como ciudadanos en el anteproyecto de una ley que avalara sus peticiones y que logró su sanción en 1974. (1)

Esta ley fue derogada durante el Proceso de Reorganización Nacional, pero algunos de sus componentes, como el derecho al cupo laboral del 4%, reapareció en la sanción de la Ley 22431-81, bajo la firma del presidente de facto Jorge Rafael Videla, en el Año Internacional de los Impedidos o Minusválidos (2).

Desarrollo

"Eduardo", "Pepe", "Pepito", "Negro", "Martín", algunos apodos de José Liborio Poblete Roa que en 1971 llegó a la Argentina para recibir un tratamiento en el Instituto Nacional de Rehabilitación del Lisiado. Víctima de un accidente ferroviario, sufrió la amputación bilateral de sus miembros inferiores a la altura de los muslos a los 16 años (Diario El Mercurio, 2001).

Había nacido en Santiago de Chile, el 6 de enero de 1955 y desde muy joven militó en el Movimiento de Izquierda Revolucionaria (el MIR, que lo incluyó en su lista de héroes asesinados por la dictadura de Pinochet, con el número 424, pero asumiendo que fue asesinado por las Fuerzas Armadas Argentinas en Buenos Aires).

Con una sonrisa permanente que le permitía mostrar sus grandes dientes, se ganaba la vida trabajando como tornero, subía a los trenes con su silla de ruedas para trabajar como vendedor ambulante y en sus ratos libres estudiaba Sociología (Lemebel, P,

2007) (3).

Según la declaración de su madre, la chilena Buscarita Roa, (integrante de la Asociación Abuelas de Plaza de Mayo), "desde jovencito fue muy solidario y daba clases para enseñar a leer a chicos pobres". Agregó que en los meses previos al secuestro, junto a su nuera, impartían catecismo en una iglesia de San Miguel los sábados, y los domingos iban a misa.

Desde adolescente había participado en comunidades cristianas. Fue presidente del centro de alumnos del Liceo Industrial José Santos Ossa en San Miguel y ayudó a formar el Frente de Estudiantes Revolucionarios (FER). Durante esos años de militancia, creó la primera sa-

la de clases sin profesores titulados a la que llamó "La escuelita para el niño trabajador" y que fue todo un acontecimiento en el pasaje 40 de la población. El comedor de la casa sirvió para enseñar a leer y a escribir a los hijos de los obreros, que aprendieron así el "silabario" (testimonio de Buscarita Roa, Nunca más, 1984).

La militancia le permitió ingresar a trabajar en Alpargatas y también conocer a su mujer, Gertrudis Hlaczik, una joven descendiente de alemanes que compartía su vocación militante. Era una estudiante de psicología dos años menor que él. Juntos dividían su tiempo entre el trabajo y el movimiento social (4).

Su militancia

Los hombres hacen la Historia en condiciones que no escogieron, decía Marx en El 18 Brumario, (citado por de la Garza, 2010:41).

Cuál era el objetivo de la lucha del "cortito"?

Poblete Roa inició su militancia política en el Movimiento de Izquierda Revolucionaria de Chile (MIR), fundado en 1965 por un grupo de jóvenes y trabajadores de la Vanguardia Revolucionaria Marxista, sectores trotskistas y ex militantes del Partido Comunista y Socialista, del PSP y de la corriente sindicalista que encabezaba Clotario Blest. Surgió en un contexto nacional e internacional caracterizado, por un lado, por la agudización de la crisis del modelo capitalista de acumulación, iniciada en la década de los 50 y por el avance de la lucha revolucionaria en América Latina, cuya expresión más avanzada sin duda fue la revolución cubana. (MIR, 2012) (5).

Parte de la utopía socialista en América Latina fue cristiana o muy influenciada por el relato cristiano, especialmente en la Argentina y para muchos, la mejor creencia política fue el socialismo. Izquierda e Iglesia son movimientos de masa, predicán la liberación de la esclavitud y la miseria.

En América Latina la "aplicación" del II Concilio Vaticano se hizo en la Conferencia de Medellín, en 1968. La participación de los obispos del Tercer Mundo empujó a la Iglesia a conocer y reconocer los problemas de la injusticia, el subdesarrollo y el colonialismo junto los grupos de izquierda latinoamericanos.

El marxismo se presentó como una praxis más eficaz, un sistema alternativo que podía funcionar en el continente.(Morelo, G, 2003).

En el caso de Montoneros, provenientes del cristianismo progresista, de grupos nacionalistas y peronistas, a un primer momento de expropiación de armas, dinero y "justicia popular", siguieron acciones políticas y sociales como reparto de alimentos en zonas marginales, propaganda en fábricas y apoyo a conflictos sociales y sindicales.

Cristianos y marxistas tenían los mismos objetivos: defensa de los derechos humanos, de los desposeídos, la construcción de un mundo nuevo, también coincidían en buscar leyes humanas y justas. Los militantes de ambas corrientes se unieron en trabajos de ayuda social, en la lucha contra la miseria, en la lucha antiimperialista.

El vínculo fundamental con el marxismo y el rompimiento con lo clásico del catolicismo es que el pobre, el obrero, eran sujeto de su liberación y no objeto de caridad.

En la Argentina, las organizaciones armadas se gestaron tras el golpe de Estado de 1966 por parte del General Juan Carlos Onganía, con plenos poderes y un plan económico en 1967 que fomentó el ingreso de capital extranjero para la industrialización (constituyendo una burguesía monopólica) en contraposición a la burguesía terrateniente pampeana.

Se eliminaron las pequeñas industrias nacionales, hubo represión sindical opositora y prohibición de huelga, impuestos a la tierra, congelamiento y reducción de salarios que provocaron el descontento social y un aumento de la resistencia del sindicalismo combativo de

Raimundo Ongaro de la CGT de los argentinos (1968) contra el gobierno militar y contra la burocracia sindical aliada al gobierno (Calveiro, P, 2006).

En 1969, el Cordobazo mostró la reunión del sindicalismo combativo y el movimiento estudiantil, reapareció la política y las primeras acciones de los grupos armados como las FAR (Fuerzas Armadas Revolucionarias), que junto a las Organizaciones Armadas Peronistas (OAP), Fuerzas Armadas Peronistas (FAP), Descamisados y Montoneros se unirían en 1974 bajo esta denominación.

En 1970, ésta conformación violenta que provenía del cristianismo progresista, de grupos nacionalistas y difusa definición peronista, hizo su primer aparición pública con el secuestro y asesinato del General Pedro E. Aramburu, figura importante en la destitución de Perón. Ese mismo año apareció el Ejército Revolucionario del Pueblo (ERP), brazo armado del Partido Revolucionario del Pueblo, de orientación trotskista. El blanco de éstos grupos, concebidos como ejércitos preparados para una guerra popular y prolongada, fueron la Fuerzas Armadas. En oposición, Onganía instaló la pena de muerte para todo accionar guerrillero.

Tras el gobierno de Marcelo Levingston, Alejandro Lanusse llamó a elecciones condicionadas al Gran Acuerdo Nacional (GAN), con el voto de peronistas pero sin Perón ni Lanusse como candidatos.

En un marco de crisis económica, movilización social, violencia en ascenso y desaparición de la política por decreto comienza a partir de 1970 la desaparición de personas. Perón, el "héroe épico", "la tabla de salvación", desde el exilio reconocía la guerrilla peronista como parte del movimiento y avalaba la violencia (Calveiro, P., 2006, James, D. 2004).

Mientras algunos tarareaban en las calles: "fumando espero al hombre que yo quiero", en franca alusión al esperado retorno de Perón, en medio de un clima convulsionado, Poblete Roa ingresaba, tras su accidente al Instituto Nacional de Rehabilitación, dependiente de la CONAREL (Comisión Nacional de Rehabilitación del Lisiado), lugar que se constituyó en la base de su accionar.

Esta Comisión fue creada en 1956 bajo el Gobierno de facto de Pedro E. Aramburu (cuyo final fue mencionado), con asesoramiento técnico de Naciones Unidas y la OMS, a cargo de médicos y pediatras que habían trabajado en la lucha contra la epidemia de poliomielitis que afectó 2700 niños en 1953 y 7000 en ese año. (Alvarez, A, 2013)

Culminaba en la Argentina el período de la rehabilitación, teñida de acciones filantrópicas y de la caridad (ALPI en la capital, CERENIL en Mar del Plata, entre otros) que se habían iniciado en 1823 bajo la presidencia de Bernardino Rivadavia, con ausencia de intervención estatal en el área de la rehabilitación. (Alvarez, A, 2013- Cibeira, J, 1997).(6)

El planteo tradicional, caritativo y posteriormente muy medicalizado sobre la discapacidad, fue luego variando hacia un modelo social, de autonomía y en la actualidad de derechos humanos, con coexistencia de las distintas concepciones. (Dell'Anno, Amelia, 2012:15)

El modelo médico de la discapacidad surgió como una respuesta de las estructuras de poder político-económico a la supuesta improductividad de la persona con discapacidad. Desde su surgimiento a mediados del siglo XVIII, cuando la fábrica excluye a las personas que no pueden adaptarse a los nuevos procesos productivos a partir de un concepto de disvalor, y hasta principios de los años sesenta en el siglo XX, el modelo médico hegemónico de la discapacidad no fue cuestionado.(Chavez Penilla, Facundo y otros, 2010: 29).

Es en ese momento histórico que el cambio de paradigma estuvo marcado por la reivindicación de los derechos civiles de afrodescendientes, mujeres y en la diversidad sexual. Comenzó a gestarse en Estados Unidos e Inglaterra un movimiento liderado por personas con discapacidad física, denominado "movimiento de vida independiente" que estudió las causales de la discapacidad como una construcción social. Para Inglaterra el movimiento llevaría a la

integración a partir de la lucha para reformar las estructuras capitalistas que causan la discapacidad como fenómeno social, su objetivo era la reivindicación de clase.

Para Estados Unidos, en cambio, la persona con discapacidad (PCD) sería un consumidor en situación de desventaja que no puede acceder en igualdad de condiciones a los bienes, por lo tanto, su objetivo era la inclusión en las estructuras capitalistas (Chavez Penilla, 2010: 30, 31).

El modelo inglés impactó en países que valoraban el Estado de Bienestar y el americano en los países afines a los valores capitalistas de individualismo, utilitarismo y libre mercado.

En 1962 se inauguró el Centro de Rehabilitación Profesional ACIR donde se enseñaban y enseñan oficios diversos a los discapacitados como carpintería, zapatería, tornería y ebanistería. También se creó el Departamento de Deportes y Recreación y en 1968 un Hogar Escuela donde asistían "lisiados" de clase baja y del interior del país

(Bregain, 2012, citado por Ferrante, C, 2012).

En 1969, se celebró en la Ciudad de Buenos Aires los "Segundos Juegos Panamericanos sobre silla de ruedas", el lema de ACIR se resumía en tres principios "TRABAJO, EDUCACION Y DEPORTE".

La Revista del Club Fitte (1967-1973) transmitió en sus editoriales las constantes quejas de las personas con discapacidad que reclamaban una gestión "real" de la CONAREL en favor del derecho al trabajo:

..."el 90 por ciento de los lisiados rehabilitados no trabaja. Gran cantidad piden limosna y otros tantos viven del mantenimiento de la familia. Muchos quedan en cotolengos, asilos. Es el lisiado un vago?...Ya es hora de que nos revelemos. De que se de a conocer nuestra fuerza y nuestra razón.....Ya estamos cansados de promesas. El hambre y la necesidad nos esperan. Nosotros también somos ciudadanos (Club Marcelo J Fitte, 1967:15, citado por Ferrante C, 2012)

Exigían la intervención del Estado para garantizar un cupo laboral de PCD, inspirado en la ley británica homóloga, la CONAREL no se hizo cargo del reclamo.

Comienzan las divisiones de clase, los "lisiados" que trabajaban en el Hogar Escuela de ACIR, de clase baja y de provincias del interior del país, algunos no habían terminado la escuela primaria, no eran aceptados en CRIDEL, el "club de los nenes bien", los representantes del "buen lisiado" con apariencia de "buen burgués".

Los primeros cuestionaban la "explotación" a la que eran sometidos por parte de la escuela de oficios que les pagaban un pecundio que sólo les alcanzaba para cigarrillos, no les daban de comer y realizaban beneficencia a través de ellos.

Peronistas algunos, comunistas otros, exigían romper con el modelo de dominación ejercido por el modelo médico hegemónico y caritativo sobre la discapacidad, aquel que concilió la idea de la concepción capitalista del Hombre sano y productivo para ser reconocidos como trabajadores, su lema: *"Los lisiados seremos artífices de nuestro propio destino, nunca un instrumento de la ambición de nadie"*.

En 1971, fundaron su propio espacio, el Club Integración Deportista Discapacitados de Argentina (CIDEDA, actual CUDAL), cuyos integrantes fueron más tarde los principales dirigentes del Frente de Lisiados Peronistas, un "rejuntadero" no aceptado en otros campos deportivos: eran politizados (de izquierda o peronistas), algunos eran mendigos, trabajadores ambulantes, tomaban alcohol, eran "los negros del bajo".

CIDEDA representó la lucha de clases y constituyó el "Frente Rengo Peronista", integrado entre otros por José Poblete Roa, Gilberto Rengel Ponce y Alejandro Alonso, que ante el pedido del General Perón pasó a denominarse "Frente de Lisiados Peronistas", una agrupación de personas con y sin discapacidad que, sumándose a reclamos colectivos de la época, reivindicaban los derechos sociales. Tal como escribe Martín Caparrós en La Guerra Moderna, el

FLP llegó a estar constituido por más de doscientas personas que concurrían a las marchas con sus muletas, sillas de ruedas y lazarillos, un espectáculo en sí mismo.

El grupo se convirtió pronto en un habitué de las manifestaciones que siguieron el ascenso y la caída de Cámpora, el retorno de Perón y las rupturas del justicialismo. Era un blanco cantado para los escuadrones

Si para Marx, "la marcha es colectiva y la historia es la historia de la lucha de clases", la primer revolución que emprendió Poblete Roa fue crear y organizar una agrupación de lucha por los derechos de los "lisiados" al trabajo y la autonomía para quienes sólo había dependencia y beneficencia.

En 1973 sus miembros tomaron el Instituto Nacional de Rehabilitación y cortaron la Av. Libertador. La consigna era: *"Muertos o libres, jamás explotados por la falsa beneficencia"* y en los carteles se leía *"No pedimos limosna. Solamente Queremos Nuestros Derechos"*. (Bregain, 2010, citado por Ferrante, C. 2012) Este hecho fue publicado en el órgano oficial de Montoneros "El Descamisado".

Con la muerte de Perón y la asunción de su viuda, María Estela Martínez de Perón, La triple A (Alianza Anticomunista Argentina) comenzó la persecución a los militantes de izquierda y el FLP se disolvió a mediados de 1974 y se reconvirtió en la Unión Nacional Socioeconómica del Lisiado (UNSEL), que se constituyó en una organización que nucleó a las organizaciones de las más diversas discapacidades con el propósito de accionar políticamente. Refiere el sobreviviente Rengel Ponce (2011): *"El nada sobre nosotros sin nosotros estaba bien presente entonces"*. (7)

A principios de octubre, la UNSEL consiguió su mayor victoria; el Parlamento, en una propuesta del diputado Oraldo Britos, promulgó la primer ley laboral para discapacitados, la Ley 20.923 (Rengel Ponce, 2011)

En un documento presentado por la UNSEL, el 30 de agosto de 1974, el senador por San Luis, exponía: *»Nuestra participación en la elaboración del proyecto de ley laboral para discapacitados y la actual en esta comisión, marca un hecho histórico..., debido a que la elaboración de las leyes era propiedad exclusiva de juristas, abogados y legisladores; hoy, es la comunidad la que legisla a través de sus organizaciones y junto a sus legítimos representantes."* ...además, en la Comisión Nacional de Discapacitados que se creará una vez aprobado éste, participarán en su directorio cuatro representantes de los discapacitados....La UNSEL nació como respuesta a esta necesidad, siendo su propuesta integradora la que nos ha permitido cumplir con nuestro histórico rol en esta hora de reconstrucción nacional."(Unsel, documento del 30 de agosto de 1974, citado por Oraldo Britos (1974)

Tras la aprobación de la Ley 20.923, decreto 1121-74 se abrió la posibilidad para que las empresas estatales y privadas empleen el 4% de la mano de obra que necesitaran con discapacitados, (determinada en función de las estadísticas de la época,

2.400.000, Britos, 1974) y al mismo tiempo, la norma instaló por primera vez con valor jurídico la palabra discapacitado en su carácter político.

El anteproyecto de Ley fue presentado el 12-09-74, un día después de la presentación del anteproyecto de Ley de Contrato de trabajo, y fue la tercera en ser derogada por la Junta Militar en 1976.

En septiembre de ese año, Poblete Roa pasó a ser un activo militante de "Cristianos para la Liberación" (CPL), una agrupación de orientación peronista, se dedicaba a la divulgación de dicha doctrina política y a ayudar y trabajar por las necesidades de los discapacitados siendo el responsable de prensa y de Montoneros, la organización guerrillera peronista, donde revisaba como subteniente.(Ceme- Chile - y UPI, 2006, Rengel Ponce, G, 1984) .

La muerte de Perón (1 de Julio de 1974) y el gobierno de su viuda, Maria Estela Martinez (1974-1976), contribuyeron a ahondar los problemas sociales y políticos en la medida que la situación económica se deterioro rápidamente y el poder fue usufructuado por Lopez Rega.

La izquierda latinoamericana que intentó en los años 70 distintos modelos alternativos a la hegemonía norteamericana, o, al menos, disminuir su poderío, ser nacionales y populares, serían eliminados por las guerras sucias y el poder de las armas, en el caso argentino especialmente a partir de 1976 (Calveiro, P. 2006:15).

El ERP desapareció a mediados del '77 y Montoneros en agosto del '78 había sufrido 4500 bajas.

Epílogo

Según consta en el informe de Conadep (1984) en el capítulo 2: "La represión no respetó inválidos ni lisiados", el 28 de noviembre de 1978, perseguido por la dictadura militar, José Poblete (Legajo N° 3684), fue secuestrado y desaparecido en la vía pública, en Plaza Once, junto a su compañera de vida y militancia Gertrudis Marta -Trudy- Hlaczik (Legajo N° 3685) (18 años, usuaria de silla de ruedas, igual que José), también activista de CPL (Cristianos por la Liberación) y la hijita de ambos, Claudia Victoria (Legajo N°

3686, de 8 meses y 3 días de vida) - (Nunca más. 1984)

La pareja fue torturada en el ex Garage "Olimpo", un predio que dependía del primer cuerpo del Ejército a cargo de Carlos Guillermo Suárez Mason identificándose a Julio Simón, alias, el "Turco Julián" y Juan Antonio del Cerro, alias, "Colores", como los autores de las mayores atrocidades.

Fueron parte de los 30.000 desaparecidos/as del genocidio político que azotó el país desde 1976 hasta 1983. El "caso Poblete", fue tan emblemático que a partir de un planteo del Centro de Estudios Legales y Sociales, presidido por el periodista Horacio Verbitsky, en 2005, el juez federal Gabriel Cavallo declaró "la invalidez, la inconstitucionalidad y la nulidad insalvable" de las leyes de Obediencia Debida y Punto Final. (Ginsberg, 2005).

Su hija Claudia Victoria, nacida el 25 de marzo de 1978, en el Hospital de Clínicas, fue apropiada por militares, conoció su historia y recuperó su verdadera identidad en el año 2000 gracias a la lucha de las Abuelas de Plaza de Mayo y sus apropiadores -el teniente coronel Ceferino Landa (teniente del Ejército en 1978, mencionado en el informe de CONADEP, publicado en "Nunca Más" como represor y su mujer Mercedes Moreira, progenitores falsos- presos y condenados a 9 años y medio y a 5 años y medio de reclusión, respectivamente. (CEME, Chile:22- Ginsberg, Victoria, 2000).

Alejandro Alonso, que llegó a convivir un tiempo con el matrimonio en la casa familiar del barrio Santa Elena de Guernica, afirmó en el juicio del "Caso Poblete": "La primera ofensiva represiva contra nosotros fue en julio de 1974 por parte de (el ministro de Bienestar Social) José López Rega y luego en la dictadura se agravó porque nuestra agrupación consiguió la primera ley en el mundo a favor de los discapacitados".

Conclusión

En el momento de transición, cuando Onganía había iniciado el proceso de apertura económica, en medio del caos, con valores cristianos y revolucionarios, y peronistas porque fue parte del folklore que le tocó vivir. Por elección o por azar del destino, también fue discapacitado, un motivo más para la lucha.

Poblete Roa representa aquello que hoy llamaríamos la movilización de los desocupados, un paria de los sindicatos, que miraba desde afuera y que ante la imposibilidad de participar creó el propio, con un trabajo desde las bases, como aprendió en el MIR, salió de su reclusión a la calle para mostrar lo invisible.

Con un viraje en el breve período democrático, convertido en un obrero de Alpargatas, con una mujer y una hija, a los 23 años su lucha ya no era eliminar al poderoso capitalista, sino incluirse como parte de un modelo de producción que agonizaba, ganando por vía

legal un lugar de trabajador en el ámbito público y privado con poder de participación, incompatible con las políticas implementadas tras el golpe.

Recordado con emoción por diferentes entidades de discapacitados, José Liborio Poblete Roa tuvo objetivos claros, con una militancia que lo empujó hacia una victoria, la primer ley de discapacidad y una derrota, la falta de estrategia y dimensión de su lucha que lo llevó a perder su vida y la de mujer.

El retorno a la democracia incluyó el derecho al trabajo en la reforma de

Constitución Nacional de 1994, artículo 75, incisos 22 y 23, en las Leyes Nacionales 25689-03 y 25378-13 y en la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, artículos 14 y 43 y la Ley 1502/04, artículo 2.

El 4 de diciembre de 2013, el H. Senado de la Nación aprobó el proyecto de ley de la Senadora Beatriz R de Alperovich otorgando Jerarquía Constitucional en los términos del inciso 22 del artículo 75 de la Constitución Nacional, a la Convención Internacional de los derechos de las personas con discapacidad, Ley 26378/13.

Notas

(1) Durante la década del '70, en Argentina comenzó a usarse la palabra "discapacitado"... 'dis': prefijo, del griego, que indica algo dificultoso, perturbador; sugiere la idea de anomalía y no implica algo totalmente negativo; "capacitar": verbo que figura en el diccionario de la Academia Española, definido como 'hacer a uno apto, habilitarlo para alguna cosa'. (Pantano, Liliana, 2007)

(2) "Durante el régimen militar, se creó la Corporación Argentina de Discapacitados bajo la tutela de la entonces Directora Nacional de Rehabilitación que impulsó legislación sobre discapacidad. Así se sancionó la Ley N° 22.431-81- Sistema de protección integral de los discapacitados (Buenos Aires, 16 de marzo de 1981), que retorna al concepto de discapacidad como secuela a rehabilitar, desconociendo el carácter político marcado por la UNSEL- La única ley derivada de dicha normativa que se reglamentó y cumplió con fluidez concierne a la importación de vehículos para discapacitados, beneficiando especialmente a los de clase media alta". (Joly, E. 2007, Ferrante, 2012). "Es preciso en primer lugar tener en cuenta que la aceptación del término se llevo a cabo en un contexto donde mundialmente en el año 1981 se hablaba del "año internacional de los impedidos o minusválidos, designando con ellos a toda persona incapaz de subvenir por sí misma en su totalidad o en parte a las necesidades de una vida normal a consecuencia de una deficiencia en sus facultades físicas o mentales" (Lazzaro, Eliana, 2010:11)

(3) Algunas crónicas consultadas refieren que estudiaba Sociología, otras mencionan que junto a su mujer eran estudiantes de Psicología, éstos datos no pudieron ser verificados, ya que sus nombres no figuran en el listado de estudiantes desaparecidos de la Universidad de Buenos Aires durante el proceso militar de 1976-83.

(4) Las crónicas no explicitan el momento de ingreso de Poblete Roa a la fábrica

Alpargatas. En la página de la Empresa consta que entre 1970-1980 se inauguraron nuevas plantas en el interior del país y se produjo el lanzamiento de Topper (1975) y Palette (1978). Ingresaron en nuevos negocios: petróleo, pesca, azúcar, bancos (Banco Francés) y seguros (La Buenos Aires) en función de los diferentes lineamientos económicos de la época con respecto al manejo del capital.

(5) La profunda crisis del modelo de producción capitalista de mediados del 70 por la caída en la tasa de crecimiento de la productividad que interrumpió el régimen de acumulación fordista, repercutió en los países periféricos, impactados por el comercio internacional y las empresas transnacionales que provocó un estancamiento en el crecimiento del PIB, la inflación y el desempleo. El consenso de Washington (Richard Nixon 1971), marcó la salida de la convertibilidad del dólar respecto al oro y la elevación de los precios del petróleo. Los go-

biernos en distinto grado, según la correlación de las fuerzas sociales, adoptaron políticas de ajuste estructural siguiendo esas consignas aunque no siempre hicieron referencia a las fuentes que las originaron con una política de desregulación económica .(Boyer, R. y otros, 1986, citado por Neffa, 2005).

(6) A partir de la reforma Constitucional de 1949, se creó el Ministerio de Salud Pública. Las organizaciones de la sociedad civil que tenían propósitos sociales, incluidas la asistencia médica, preventiva y asistencia social fueron absorbidos por el Estado a partir

del Primer Plan Quinquenal, pero que mostró un fracaso en los Servicios especializados de Rehabilitación, proyecto que luego pondría en funcionamiento un gobierno militar.

(7) La UNSEL, según consta en su documento del 30 de agosto de 1974, presentado en la Cámara de Senadores el 12-09-74 por Oraldo Britos, representaba a las siguientes organizaciones: la Unión Nacional Socioeconómica de Lisiados, la Confederación Argentina de Sordomudos, la Unión Nacional de Ayuda Mutua entre Hemofílicos, la Federación Argentina de Ciegos, el Servicio Nacional de Empleos dependiente del Ministerio de Trabajo, el Instituto Nacional de Salud Mental, la Asociación de Psicólogos, la Fundación de la Hemofilia, el Servicio Nacional de Rehabilitación y el Centro de Integración y Liberación Expresiva del Lisiado.

Bibliografía

ALVAREZ, Adriana: (2013) : "El impacto de los brotes de poliomielitis en las formas de organización ciudadana". Buenos Aires. FMV. www.fmv-uba.org.ar/histomedicina/VolV_N1_2013/articulo_3.pdf

BASCHETTI, Roberto: "Militantes del peronismo revolucionario uno por uno, POBLETE ROA, José Liborio" -www.robertobaschetti.com/biografia/p/155.html Página MPB, MOVIMIENTO BLOGUERO PERONISTA.

BRITOS, Oraldo (1974) : "Alocución- Registros de la 20a REUNIÓN – 17a SESIÓN ORDINARIA -Septiembre 12 de 1974" - Cámara de Senadores de la Nación- www.w.redi.org.ar

BOYER, Robert y NEFFA, Julio C. (Coordinadores) (2005) colaboración de Saúl Keifman, Luis Miotti, Carlos Quenan y Mario Rapoport; "La economía argentina y su crisis (1976-2001): visiones institucionalistas y regulacionistas", Buenos Aires, CEIL-PIETTE, Trabajo y Sociedad, Miño y Dávila, CDG.

CALVEIRO, Pilar (2006). Política y/o violencia. Una aproximación a la guerrilla de los años 70. Buenos Aires: Norma Editorial.

[Cantitos de los 70- Publicación de El Ortiba. www.elortiba.org](http://www.elortiba.org)

CIBEIRA, José (1997) : "Bioética y rehabilitación", Editorial El Ateneo. Buenos Aires.

CODESIDO, Lucas, DAWYD, Darío: "LIBERACIÓN" EN CRISTIANISMO Y REVOLUCIÓN Y EN LA CGT DE LOS ARGENTINOS. UN EJERCICIO DE ANÁLISIS CONCEPTUAL.

CHAVEZ PENILLA Facundo y otros (2011): "El modelo social de la discapacidad", documento realizado por Facundo Chávez Penillas y REDI. Publicado en "El derecho a la autonomía de las personas con discapacidad como instrumento para la participación social", REDI. REDI Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad

DE LA GARZA, Enrique, NEFFA, Julio, coordinadores (2010) "Trabajo y modelos productivos en América Latina : Argentina, Brasil, Colombia, México, y Venezuela luego de las crisis del modo de desarrollo neoliberal. - 1a ed. - Buenos Aires : Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales - CLACSO.

DELL'ANNO, Amelia (2012) "Perspectivas Sociales de la Discapacidad", en Debates y perspectivas en torno a la discapacidad en América Latina /Amelia Dell'Anno ... [et.al.] ; compilado por María Alfonsina Angelino y María Eugenia Almeida. - 1a ed. - Paraná : Universidad Nacional de Entre Ríos. UNER. Facultad de Trabajo Social.

- FERRANTE, Carolina (2012) "Luchas simbólicas en la definición del cuerpo discapacitado legítimo en el origen e institucionalización del campo del deporte adaptado de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina (1950-1976)". Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad. No9. Año 4. Agosto-noviembre de 2012. Argentina. ISSN: 1852-8759. pp. 38-51.
- CONICET / ICryM, Universidad Nacional de San Martín, Argentina. cferrante@unsam.edu.ar
- GINSBERG, Victoria: (2001) "Testimonio de los abuelos en el juicio por el caso Poblete". Publicado en diario Pagina 12 . 01-06-2001
- GINSBERG, V: (2001) "Exclusivo: cómo recuperó su identidad Claudia Victoria Poblete. La vuelta del Olimpo. Publicado en www.elortiba.org/cyr.html
- GINSBERG, V: (2000) "El caso de Claudia Victoria Poblete: Criada por los represores de sus padres- Publicado en diario Página 12, Argentina. 10-03-00
- GINSBERG, V (2000). "El juez Gabriel Cavallo dictó la nulidad de las leyes de Punto Final y Obediencia Debida. Una llave para reabrir la Justicia- Página 12, 16-03-00, publicado en la Página del CEME-Archivo político social- Movimiento popular. Chile-
- GODIO, Julio (1991): "El movimiento obrero argentino, 1955-1990", Bs. Aires., Legasa.
- JAMES, Daniel (2004) : "Doña María: historia de vida, memoria e identidad política". 1a edición. Manantial. Bs As.
- "NUNCA MÁS", Informe (1984). Capítulo 2- D. "La represión no respeta inválidos ni lisios". Comisión Nacional sobre la Desaparición de Personas (CONADEP)- Argentina
- LEMEBEL, Pedro (2007): Claudia Victoria Poblete Hlaczik (o "un pequeño botín de guerra"), comentario sobre el libro "Mujeres detenidas desaparecidas chilenas", COMITE INTERNACIONAL CONTRA LAS DESAPARICIONES FORZADAS Y LA TORTURA publicado en página de CEME, 2007.-
- LEY 20923-74
- MORELO, Gustavo: (2003) "Cristianismo y Revolución. Los orígenes intelectuales de la guerrilla argentina" . Editorial de la Universidad Católica de Córdoba. gmorello@campus1.uccor.edu.ar
- MOVIMIENTO de Izquierda Revolucionaria (2008) : "Saludo del MIR en el 43 aniversario de la fundación del PRT - ERP (Movimiento Revolucionario de los Trabajadores y Ejército Revolucionario del Pueblo)- <http://www.mir-chile.cl/>
- MIR (2012): "47 Aniversario del Movimiento de Izquierda Revolucionaria. Una historia de compromiso y entrega revolucionaria". <http://www.mir-chile.cl/>
- MIR: (2012) "47 AÑOS DESDE LA FUNDACIÓN DEL MIR, ¡ CON LA FUERZA DEL PUEBLO, LA LUCHA CONTINUA !" Colectivo de Trabajo Exterior, Adhesión de Colectivo Miguel Enríquez -EEUU, 15 de Agosto 2012- <http://chile-mir.net/http://chile-mir.org/>
- PERON, Juan Domingo (1969): "Carta de Juan Domingo Perón a Juan García Elorrio, director de la revista Cristianismo y Revolución, en 1969- 20 de julio de 1969"- Biblioteca Escolar de Documentos Digitales, [http:// Biblioteca Escolar de Documentos Digitales - http://biblioteca.educ.ar](http://BibliotecaEscolardeDocumentosDigitales-http://biblioteca.educ.ar). Conectar igualdad.
- REDI, "Día Internacional de las y los Trabajadores" publicado por Comisión Directiva de Red de Discapacitados, sin fecha en www.redi.org.ar
- REDI -CELS - FAICA - FENDIM - ADC (2012)- "Evaluación sobre Argentina. Informe alternativo situación de la discapacidad en Argentina, 2008-2012. Presentado en Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad. 8vo período de sesiones

- RENGEL PONCE, Gilberto (2011): "Frente de Lisiados Peronistas", conferencia. Jornada "Trabajo y discapacidad: estrategias de acción política", Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires - 05-10-11
- UNSEL (1974). "Documento de fundamentación para anteproyecto de Ley 20923-74 - 30 de agosto de 1974, leída por el Senador por San Luis Oraldo Britos, Registros de la 20a REUNIÓN - 17a SESIÓN ORDINARIA -Septiembre 12 de 1974 - Cámara de Senadores de la Nación- www.w.redi.org.ar
- VASILACHIS de Gialdino, Irene(2013) compiladora: "Estrategias de investigación cualitativa". Gedisa Editorial. Bs As.

Mesa 9

Formación de grado. Aportes y reflexiones

Actividades políticas y participación desde la formación "...Uy ...el power".

Autora: Liliana Paganizzi.
Correo electrónico: lilia_liber@hotmail.com

Introducción

Las declaraciones de posición de la Federación Mundial de Terapia Ocupacional sobre la Rehabilitación Basada en la Comunidad (1) en la que se da importancia a las experiencias de apartheid ocupacional, la injusticia ocupacional y privación ocupacional, la declaración de los Derechos Humanos (2) y Diversidad y Cultura (3) señalan una tendencia a incorporar el **razonamiento político** dentro de las competencias de la profesión. .Acorde a estos movimientos y tras 50 años de desarrollo de la Terapia Ocupacional (T.O) en nuestra región (Latinoamérica) comienzan a manifestarse nuevas formas de comprensión disciplinar y profesional. Los profesores estamos llamados a asumir el desafío de llevar a las aulas y construir con los alumnos los supuestos de una Terapia Ocupacional contemporánea que pretende ser transformadora (4).

Sostenemos que la Terapia Ocupacional contemporánea basada en conceptos tales como la autonomía, la participación, el empoderamiento y los derechos de ciudadanía no puede ser transferida sólo en teoría (5) , es necesario crear las condiciones para que los profesores y los estudiantes tengamos la oportunidad de experimentarlo durante una "práctica educativa" que genere espacios de participación y diálogo, con contenidos articulados con la propia vida de los participantes en el momento histórico que nos toca vivir .Atento a lo planteado por Freire (6) (7) sabemos que educar no es simplemente desarrollar destrezas, que la docencia es una práctica política y que las metodologías de enseñanza aprendizaje no son neutras sino que explicitan las relaciones de poder y saber entre profesores y estudiantes.

Esta presentación se focaliza las formas en que se plantean en el aula los "objetos de estudios" porque las metodologías de aprendizaje implican y construyen "subjetividades". Recurrimos al concepto presentado por Pollard, Kronenberg y Sakellariou (8) (9) acerca de Arqueología de las 3P (A3P) como una herramienta para el desarrollo del razonamiento político dentro del aula por su propuesta articuladora entre los aspectos personales, profesionales y políticos.

I. Sobre la política, la vida cotidiana y la educación

Para Arendt (10) la política puede definirse simplemente como "el mundo de relaciones". Plantea al hombre como un ser naturalmente "social", que será "político" sólo en la relación con otros. La política es la forma de vincularse, el mundo de las relaciones. La construcción de un **espacio público** en donde algunos se darán el derecho de hablar y ser escuchados- todos por igual -(*Derecho de isegoría*) será el origen de la teoría política. Cuando Pollard y Kronenberg (11) se proponen explorar los significados de la política en relación con la Terapia Ocupacional resulta muy atractivo diferenciar entre "**Política**" con "P" mayúscula, Política en la esfera pública (actividades del estado, del gobierno o de un partido político) y la "**política**" con "p" pequeña. Los autores construyen el concepto de ApVD, un acrónimo que significa Actividades políticas de la Vida Diaria (pequeña 'p') y enfatizan la necesidad de desarrollar e integrar la formación política y el compromiso político dentro de la **educación** de Terapia Ocupacional, la práctica y la investigación. (9).

II. La política en las prácticas educativas

Según Freire (6) la raíz más profunda de la politicidad de la educación se funda en la "educabilidad" del ser humano que se reconoce inacabado. Reconocer ese sentido de carencia, de necesidad de los otros para conocer, actuar y ser en el mundo, justifica la posibilidad de la educación. Él sostiene que el conocimiento no se transmite sino que se construye o produce, y que tanto educando como educador deben percibirse y asumirse como sujetos activos en este proceso de construcción.

III. Actividades políticas dentro del aula

Según Morín (12) es necesario desarrollar la aptitud natural de la inteligencia humana para ubicar las informaciones en un contexto y en un conjunto y además enseñar los métodos que permitan aprehender las relaciones mutuas y las influencias recíprocas entre las partes y el todo en un mundo complejo. Para el desarrollo de esta competencia particular- de articulación entre elementos complejos - Pollard, Kronenberg y Sakellariou (8) construyen el concepto de las 3PA como una herramienta para el desarrollo del razonamiento político en Terapia Ocupacional. (*)

(*)El proceso de la arqueología 3P explora valores y motivaciones personales, profesionales y políticos e incluso el supuesto de una ausencia de valores políticos y la práctica profesional. Se denomina "arqueología" porque para desentrañar los vínculos entre estos componentes se requiere una investigación, un develamiento de los propios valores.

Argumedo y Rossotti (13) (14) a partir de Gramsci (Italia 1891-1937) (15) (*) y Freire (Brasil 1921-1997) y sus propias experiencias como educadores en Argentina listan una serie de **principios metodológicos** como cualidades que tienen que estar presentes acorde a esta filosofía de la complejidad y de articulación.

1- Organización. Se procura desarrollar los temas de la currícula –dentro y fuera del aula a través de actividades grupales. Si bien hay momentos narrativos o explicativos en los que el profesor expone acerca de un objeto de estudio se trata de una organización de cooperación mutua y básicamente grupal, donde se comparten responsabilidades en el proceso. Generalmente se distribuyen actividades en pequeños grupos. **2- Participación.** Los profesores solemos llegar al aula con una valija de respuestas que nadie nos ha hecho, Freire (5) nos alerta sobre la necesidad de desarrollar una pedagogía de la pregunta, una pregunta que abra el **diálogo** entre personas que tengan la disponibilidad de escucharse y al conversar alguna novedad aparezca. Es necesario prever mecanismos que hagan posible que los participantes, tengan derecho a **dar y solicitar información, a ser escuchados** (*Derecho de isegoría*) (16)(17) y a poder intervenir en distintos momentos del proceso de aprendizaje. **3- Operatividad:** Articulación entre acción y reflexión. El conocimiento surge en la trama que ambas producen, entretejidas. En esos espacios se construyen formas de representación, conceptos, como resultado de una sistematización crítica de la práctica. Freire (5) plantea que el discurso teórico necesario para una reflexión crítica tiene que ser tan concreto que se confunda con la práctica- **4- Significación:** Los contenidos deben ser relevantes, pertinentes y adecuados a los contextos simbólicos y materiales de los alumnos, deben tener sentido y significado con las experiencias vitales de los estudiantes. "¿...por qué no establecer una relación de "intimidad" entre los saberes curriculares y la experiencia social de los alumnos?" (Freire). (7). **5- Contextualidad y Globalidad** Se trata de la necesidad de hacer visible la relación entre lo local, lo nacional y lo que está aconteciendo en el mundo; entre el presente, el pasado y el futuro.

IV. ¿Metodologías tradicionales vs. Participativas?

El sistema educativo participativo no elude la responsabilidad del docente ni la rigurosidad para la presentación de los temas de estudio sin embargo estas estrategias en ocasiones resultan disruptivas de las metodologías tradicionales que se sostienen todavía en el dictado de clases a cargo del profesor donde el alumno ocupa el lugar de espectador.

(*)Gramsci abrió nuevos caminos al pensamiento, la acción política y la educación durante los años treinta, un periodo de la historia mundial caracterizado por la competencia entre tres modelos (dictadura, organización social y un fuerte conformismo), competencia que culminó en el holocausto de la Segunda Guerra Mundial. (Monasta, 2001) (15)

V. La opinión de los estudiantes. (*)

"Pienso realmente que la clase aumenta su potencial cuando todos participamos pero por momentos la situación es embarazosa por temor o vergüenza en participar, es más cómodo en grupos pequeños". (Femenina, 24 años.).

Mientras que en opinión de algunos alumnos, *"La modalidad fue muy buena, uno logra incorporar los temas al realizar los trabajos prácticos, el espacio para la discusión y escuchar a los compañeros fue muy útil, ayuda mucho."*(Femenina, 25 años) otros expresan *"valoro la intención de salir del encuadre tradicional y sin bien creo que es más útil creo que es más incómodo y menos eficiente... No estoy de acuerdo en que siempre se convoque al alumno a estudiar y a participar"* (Femenina 25 años) o bien *"no soy una alumna que participe mucho porque tengo miedo a que me juzgue el profesor"* (Femenina 23 años).

"...el espacio que se brinda para el diálogo grupal y la discusión es muy útil...pero los alumnos a veces no se sienten cómodos o confiados para hacerlo porque no estamos acostumbrados."(Femenina, 23 años) *"Está muy bueno que tengamos que leer y que en clase se hable del tema pero que la mayoría de las clases se hablara en grupo me resultó cansador y a veces me confundía, me gusta más cuando el profesor expone y luego el alumno pregunta"* (Masculino, 24 años).

Comentarios finales

Hemos presentado aspectos teóricos e instrumentales que se desprenden de las propuestas pedagógicas participativas que podrían contribuir a la articulación práctica de este discurso emergente de la disciplina con una orientación más social y política. Pensamos que estos razonamientos se construyen desde el aula misma y desde todas las asignaturas que conforman la currícula y no sólo a aquellas ligadas- como antaño- a las Prácticas Comunitarias.

Esta perspectiva participativa supone la aceptación de que nadie tiene la solución sobre el qué, cuándo, cómo enseñar y evaluar, pero que se pueden ir construyendo algunas estrategias, siempre mejorables a través de dinámicas consensuadas y colectivas. En todo caso se trata de un proceso abierto, dinámico y felizmente complejo, como la vida misma.

(*)Opiniones vertidas en encuestas realizadas por escrito y anónimas. Se trata en general de población femenina, edad promedio 24 años, que cursa el quinto o sexto semestre de la formación.(Años 2012/2013/2014)

Bibliografía

- (1).WFOT. FEDERACIÓN MUNDIAL DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES. Documento *de posicionamiento sobre Rehabilitación Basada en la Comunidad - RBC-* (2004). Disponible en www.wfot.org. Consultado en octubre del 2011.
- (2).WFOT. FEDERACIÓN MUNDIAL DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES. *Documento de posicionamiento sobre Derechos Humanos* (2006). En www.wfot.org. Disponible en febrero del 2012.
- (3).WFOT. FEDERACIÓN MUNDIAL DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES. *Position Statement on Diversity and Culture* (2010). Disponible en www.wfot.org. Consultado en febrero del 2012.
- (4) Guajardo, A.(2011).Prólogo. Ocupación: sentido, realización y libertad en "Diálogos ocupacionales en torno al sujeto, la sociedad y el medio ambiente." Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá. Facultad de Medicina Grupo de Investigación Ocupación y Realización Humana. , Bogotá, Colombia. . Claudia Rojas.p13-19
- (5) ENOTHE. Red Europea de Terapia Ocupacional en Educación Superior. Ciudadanía: explorando la contribución de Terapia Ocupacional .2013.
- (6) Freire. , P. (2014). "Cartas a quien pretende enseñar." Biblioteca Esencial del pensamiento contemporáneo, 2014. Buenos Aires. Ed siglo XXI
- (7) Freire. , P. (2011). Pedagogía da autonomía. Saberes necessários á prática educativa, Ed 43º, Sao Paulo. Ed Paz e Terra,
- (8) Kronenberg. F. (2010). Sobre el razonamiento político. *La arqueología de las 3PA.Experiencia con estudiantes en Holanda. Ponencia.* 15º Congreso Mundial de Terapia ocupacional. 2010. Chile. VIDEO s/ editar. Gentileza Micaela Waldman. Archivo personal
- (9) Pollard, Kronenberg y Sakellariou.(2008.) "A political practice of occupational therapy". Cap 1. London. Churchill Livingston. 3-19
- (10) Arendt, H. (2007)"¿ Qué es la política? "Ediciones Paidós, Barcelona, <http://www.psykolibro.tk>. Octubre 2007.
- (11) Kronenberg y Pollard. (2007) *Superar el apartheid ocupacional.* en Kronenberg F. Algado S. Pollard N. "Terapia Ocupacional sin Fronteras Aprendiendo del espíritu de supervivientes". Madrid. 2007. Médica Panamericana.
- (12) Morín, E. (1999) "Los siete saberes necesarios para la educación del futuro" Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura París – Prólogo. Cap.2.UNESCO. Disponible-<http://unesdoc.unesco.org>. Junio 2010
- (13) Argumedo. M, Rossotti, A. *Bachilleratos Populares y educación liberadora.*VII Jornadas de Sociología de la Universidad Nacional de La Plata. Bs as. Argentina, 2012- "Argentina en el escenario latinoamericano actual: debates desde las ciencias sociales" <http://jornadassociologia.fahce.unlp.edu.ar>.
- (14) Argumedo, Manuel A.: *Principios metodológicos para una educación emancipatoria.* 2008. Buenos Aires. En línea
<http://argumedomanuel.wordpress.com/category/metodologia/>
- (15) Monasta, A-ANTONIO GRAMSCI. ©UNESCO: Oficina Internacional de Educación, 2001.www.ibe.unesco.org/publications/ThinkersPdf/gramscis.pdf
- (16) Álvaro Gardiol, ". *Hannah Arendt.*" Academia Nacional de Derecho y Ciencias Sociales de Córdoba .República Argentina. Disponible en <http://www.acader.unc.edu.ar>. Disponible septiembre 2013.
- (17) Roiz, J. (2002) La teoría Política de Hannah Arendt (1906-1975) WP núm. 208Institut de Ciències Politiques i Socials .Barcelona, 2002 /www.icps.es. p4.

El Aula Como Escenario de Encuentros en un nosotr@s para la formación profesional comunitaria

Autor: D´angelo, Marcela; Donayo Florencia; Henrich, Veronica
Correo electrónico: marsantafe@hotmail.com

*La naturaleza al observar debéis reparar en uno y todo siempre;
nada está dentro, nada está fuera:
pues lo que es dentro eso es fuera.
Tomad pues sin más retoques el sacro secreto a voces.*

*De la verdadera apariencia, del serio juego, alegraos de veras.
Ningún ser vivo es uno,
siempre es muchos.*

Epirrema -Johann Wolfgang Goethe_(1749/1832)

Introduciendo nuestra voz en este Congreso

Al momento de pensar cuál sería nuestra participación en este Congreso, nos dejamos llevar por la invitación del título que, convoca y, que en particular resuena en lo que vienen siendo nuestras búsquedas al acompañar a estudiantes de terapia ocupacional en su participación en prácticas preprofesionales de promoción de salud en contextos diversos y complejos.

Sostener la pregunta por el OTR@¹, posibilitar el ENCUENTRO como oportunidad de coincidir en un mismo territorio y tiempo para diseñar conjuntamente un abordaje comunitario y familiar teniendo como norte el empoderamiento y la autonomía, tanto de los pobladores como de los estudiantes, ha sido acercando diversas estrategias de enseñanza y de intervención profesional orientadas a lograr mayor conocimiento personal y el reconocimiento social de ser y pertenecer a una misma trama como sujetos históricos y políticos².

Crear en la TRANSFORMACION social, donde los escenarios - el barrio, el aula- son espacios dinámicos que suponen en cada uno de los actores que participa la posibilidad

cierta de tomar posición -epistemológica, ética, política-; de aprender haciendo junto a otros, acoplando saberes, y procurando la PRESENCIA³, es desde la creencia que la docencia es "...este VINCULAR, en el tiempo REAL, (de) los cuerpos VIVOS de l@s ALUMNOS con el cuerpo VIVO del CONOCIMIENTO." (Nachmanovitch, 2004)

¹ D'ANGELO/DONAYO/HEINRICH "De lo adversario a la adyacencia" Reflexiones en el marco del proceso enseñanza aprendizaje universitario". Presentado en el Congreso de Ámbitos institucionales y comunitarios, organizado por la Universidad Católica "Santa Teresa de Ávila". Entre Ríos, octubre de 2006. República Argentina

² D'ANGELO/DONAYO/HEINRICH "Trascendiendo el aula. Construcción de identidades y autonomías." Presentado en el Congreso "La construcción de saberes acerca de la enseñanza: un desafío para la docencia universitaria y de nivel superior". Rosario, Abril 2014. República Argentina

³ DANGELO/DONAYO/HEINRICH "Huellas del Territorio en las Prácticas Preprofesionales: construcción de Identidades y autonomías. Jornadas Internacionales Sociedad, Estado y Universidad organizado por la Universidad Nacional de Villa María, Córdoba, Junio 2013.

El encuentro con el OTR@

La Práctica Preprofesional VI T.O. en Comunidad se encuentra ubicada en el último año de la carrera de Licenciatura de Terapia Ocupacional teniendo por finalidad la formación profesional de los estudiantes en el ámbito social, abordando problemáticas y necesidades de salud prioritarias de la comunidad en la cual se incluyen desde una perspectiva ocupacional que integra el enfoque de derechos, de género e interculturalidad.

En estos catorce años, hemos entendido la responsabilidad de nuestra tarea como la oportunidad cierta de incluirnos en los procesos de salud que transcurren en la cotidianidad de las comunidades " la cual se funda en retomar en forma histórica y contextualizada al sujeto y su inserción participante en el colectivo" (Galheigo, 2003). Hemos sostenido como modalidades de enseñanza principales durante el proceso de práctica: la supervisión de las prácticas propiamente dicha⁴ y la implementación de seminarios participativos⁵. Ambos espacios interrelacionados han seguido el movimiento que cada estudiante y cada grupo nos planteó en cada tiempo, apareciendo constantes y diferentes emergentes a trabajar.

El encuentro con el otr@, ha sido siempre motivo de inquietud y búsqueda para que ese encontrarse como acto de coincidir en "algo" sea una oportunidad. Por un lado incorporamos teorías de las ciencias sociales sobre los diferentes modos de construcción de la alteridad y las expresiones de la cuestión social procurando la desnaturalización del sentido común, en un ejercicio de descentrar nuestras categorías de conocimiento lo cual pasar de un otro adversario -peligroso, temido, rival- a otro adyacente -semejante y diferente a la vez- nos llevó a practicar estrategias pedagógicas, que desde un encuadre de confianza permiten expresar las sensaciones, emociones y pensamientos que se presentan, a través de dramatizaciones, análisis de videos, películas, viñetas de humor y experiencias de campo. En este último tiempo, venimos enfatizando en la conformación de una matriz grupal, en la construcción de una comunidad de estudiantes y docentes, que desde la vivencia intraaúlica de sostén y cooperación posibilite la apertura, inclusión y construcción comunitaria extraaúlica, y viceversa. *"Liev Vygotski refiere que todo aprendizaje humano se funda en la cooperación, en la acción compartida, en la comunicación entre sujetos.* Desde aquí el grupo es un horizonte privilegiado para el aprendizaje" (Rougier, 2009).

El encuentro con un@ MISMO en el NOSOTROS

"La competencia que pierde sus raíces de diversión se transforma en rígido profesionalismo" "Todos tenemos la capacidad de crear." (Medeiros, 2008)

Las intervenciones profesionales no sólo requieren disponer de conceptos y técnicas pertinentes, sino, fundamentalmente, de discernir que los conceptos y las técnicas puestas en acción pueden propiciar emponderamiento o sostener opresiones. Con lo cual resulta prioritaria la disposición interna para la auto reflexividad; la curiosidad ante lo nuevo, lo diverso; analizando aquello que desde el sentido común se vuelve obvio; abiertos a la flexibilidad y creatividad en función de las circunstancias y los cambios; a la capacidad de sensibilizarse con lo habitual y cotidiano, la confianza en si mismo y en los otros.

⁴ Entendemos a las supervisiones como espacios de reflexión dialógica de la intervención, que trasciende la mirada técnica, habilita y promueve interpelaciones inadvertidas u obvias de nuestro hacer en la cotidianidad de los escenarios comunitarios propiciando la toma de decisiones y el fortalecimiento de la posición epistemológica, ética y política.

⁵ Pensamos la modalidad de seminario-taller para impartir contenidos teóricos y actitudinales a partir de dinámicas participativas, en donde desde la vivencia se pueda comprender, reconocer, trascender y desarrollar el potencial de cada estudiante para la intervención implica una actitud que se ensaya, analiza, vivencia, a la hora de comprender las diversas formas de ver, pensar y actuar en el mundo. Además, abordamos otros aspectos actitudinales -prejuicios, intolerancia a la diferencia, por ejemplo- que se hacen presentes a la hora de mirar al "otro", y de diseñar un plan de trabajo profesional

Durante todos estos años como resultante de nuestras propias búsquedas y de algunos hallazgos, hemos pasado de "ir a comunidad" por "estar en comunidad"; de diseños de planes en torno a problemas de salud prioritarios al diseño de planes que sitúan el eje en la búsqueda de procesos de salud en vida cotidiana, desde la permanente posición que la construcción social no es por y para ellos sino desde y con un nosotros. La incorporación de lo lúdico, lo artístico y creativo en el aula, generó un clima de distensión que dispone al auto trabajo en grupo permitiendo relajar y desarmar estructuras provenientes de mandatos familiares e institucionales -"deberes seres"- tendencia a las dicotomías, a las fragmentaciones personal y social, posibilitando el reconocimiento de nuestras propias necesidades, deseos, capacidades y potencialidades, y la resignificación de la salud como posibilidad de bienestar en el encuentro con el otro a partir de uno mismo. Intentamos acompañar aprendizajes y prácticas desde un proceso creativo que, siguiendo con Stephen Nachmanovich, supone "... *la aventura sobre nosotros, sobre lo profundo del yo, sobre el compositor que todos tenemos adentro, sobre la originalidad, en el sentido no de lo que es totalmente nuevo, sino de lo que es total y originalmente nosotros mismos*".

En este sentido una experiencia que permite descubrirnos y reencontrar-nos también es acompañando en la elaboración de un ensayo similar presentación ponencia a un congreso por parte de l@s estudiantes, en donde desde la narrativa situada, puedan encontrarse con su potencial en la producción de conocimiento, mirar y mirarse, dejar surgir ese SER original, en tanto en éstos aparece como expresa Liliana Sanjuro "*comprometido lo cognitivo, lo afectivo y la acción*" reflexivamente, ya que "no podemos desconectar nuestras propias categorías de conocimiento, con nuestra corporalidad, nuestra historia, nuestras experiencias y nuestras sensaciones (Nachmanovich, 2001)".

Conclusiones

La salud como construcción está presente en todas las instancias de la vida social, lo cual incluye la institución educativa. El desafío que estamos transitando hoy en día es el de vivenciar y aprehender la salud, generando conocimiento, aptitudes y actitudes a través de propuestas lúdicas y artísticas. Recrear el contexto en el aula, construir equipos y comunidad, sintonizar con l@s otr@s, re-encontrarnos con nosotr@s mismos, con la alegría de vivir, de aprender disfrutando, conscientes de nuestros conflictos, dolores, tristezas, límites y asumiendo nuestras capacidades, potencialidades y posibilidades de protagonismo y autonomía, como acto de descubrir la propia voz. A decir de Freire, incentivar-nos a "ser buscadores", (considerando que) "...el ser que se sabe inacabado entra en un permanente proceso de búsqueda", lo que permite ponerle colores, sabores, movimientos propios y colectivos en entramada relación, donde "yo también estoy siendo". (Freire , El grito Manso)

Bibliografía

- Bauman, Z. (2006). *Modernidad Líquida*. Fondo Cultura Económica.
- Freire, P. *El grito manso*. Siglo veintiuno editores.
- Freire, P. (2002). *Pedagogía del Oprimido*. Siglo Veintiuno Editores.
- Frigerio, Gabriela. (2008). *Educación: posiciones acerca de lo común*. Estante Editorial.
- Galheigo, S. (2003). Recuperado el 20 de marzo de 2014, de www.revistas.usp.br/rto/article/view
- Giorgi, V. (s.f.). p.13. Recuperado el 18 de marzo de 2014, de www.inau.gub.uy/biblioteca/sujetogiorgi.pdf
- Medeiros, M. H. (2008). *Terapia ocupacional: un enfoque epistemológico y social*. Santa Fe: Ediciones UNL.
- Nachmanovitch, S. (2004). *Free Play*. Capital Federal, Buenos Aires, Argentina: PAIDOS DIAGONALES.

- Najmanovich, D. (6 de septiembre de 2001). *Pensar la subjetividad. Complejidad, vínculos y emergencia*. Recuperado el 18 de marzo de 2015, de Utopía y Praxis Latinoamericana: Disponible en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27901409>> ISSN
- Pakman, Marcelo. (1997). *Construcciones de la Experiencia Humana. Volumen II*. Barcelona, España: Gedisa.
- Quiroga, A. (2005). *Crisis, Procesos sociales, Sujeto y Grupo*. Editorial Cinco.
- Rougier, H. (2009). *Pedagogía Vincular: Confluencias, debates y bosquejos*. Rosario: UNR Editora.
- Saniurjo, L. (2009). Los dispositivos para la formación en las prácticas profesionales. Rosario, Santa Fe, Argentina: Homo Sapiens.
- Vain Pablo, R. A. (2005). *Comunidad, discapacidad y exclusión social. La Construcción social de la normalidad. Alteridades, Diferencias y diversidad*. NOVEDUC.

Producción de contexto y conocimiento desde la práctica en la formación de grado

Autores: Pradolini, Viviana Albina; Alegre, Luciana Gisela; Testoni, Cecilia Rita
Correo electrónico: vivipradolini@gmail.com

Resumen

Esta comunicación reanuda y profundiza una de las líneas de estudio y discusión de docentes de la asignatura Práctica Profesional con población vulnerada, perteneciente a la Licenciatura en Terapia Ocupacional Universidad Nacional del Litoral, la práctica como productora de contexto. A partir de los problemas identificados en los procesos de enseñanza y de aprendizaje, se problematiza sobre los modelos de pensamiento disciplinares que resultan insuficientes en esta práctica pre-profesional contextualizada, en la formación de grado. La matriz del corpus teórico tradicional predominante no alcanza a fundamentar y orientar esta práctica. Se dialoga con autores inscriptos en las epistemologías del sur, para proponer niveles de análisis y teorización sobre la práctica profesional como productora de contextos. El análisis de la problematización enunciada desde estas formulaciones, deriva la construcción de otro supuesto, la práctica como productora de conocimiento latinoamericano, ampliando y redireccionando el recorrido de esta búsqueda, ¿cómo hacer ciencia y docencia desde el reconocimiento de esta existencia de autonomía de pensamiento latinoamericano?

Puntos de partida

La Práctica Profesional II de la carrera Lic. en Terapia Ocupacional, de la Escuela Superior de Sanidad, Facultad de Bioquímica y Cs Biológicas de la Universidad Nacional del Litoral, es un espacio curricular donde los estudiantes se incluyen por primera vez en instituciones abocadas a la promoción y asistencia, en las áreas de salud, educación, desarrollo y protección social, de poblaciones y grupos vulnerados.

Se la considera como una propuesta pedagógica donde prima el aprendizaje experiencial, construido desde los conocimientos filosóficos y teóricos, la experiencia clínica y los contextos.

El rol docente supervisor, es entendido como acompañamiento, guía y orientación en el encuentro de los estudiantes con la teoría, los sujetos, el contexto y la propia práctica.

Partiendo de la hipótesis que toda práctica es productora de contextos, se sostiene que esta práctica de formación de grado también produce contextos. En este trabajo se pretende continuar y profundizar el análisis tomando como punto de partida los supuestos imperantes en la producción de conocimiento disciplinar, que inciden en la atribución de sentidos en el ejercicio profesional y en los procesos de enseñanza y de aprendizaje de la Terapia Ocupacional.

Epistemologías y práctica en tensión

Si se comparte con Young (1) que disciplinas están compuestas por dos dimensiones, la epistemológica y la social, se reconoce que esta última es la más reconocida y sobre la cual se aboga en las políticas educativas internacionales. De este modo, las disciplinas quedan sujetas a la relación con la sociedad, en cuanto a sus demandas de capitalista. Acontece de la misma manera, en Terapia Ocupacional, donde se advierte que la dimensión social, es la de mayor preponderancia en su desarrollo y que desde los planes de estudio, con una carga horaria de prácticas curriculares tan relevante se lo refuerza. Siguiendo el planteo del citado autor, la dimensión epistemológica es la que posibilitaría la producción del conocimiento discipli-

nar y la que justifica la razón de ser de las universidades. Desde esta premisa se parte para el diálogo y discusión en torno a la práctica.

Desde la función docente tutorial se identifican y atraviesan nudos problemáticos que podrían implicar la confrontación con las certezas de la disciplina y otras ciencias y las tradiciones de la profesión, que pueden sintetizarse en: *los estudiantes experimentan discrepancias entre los paradigmas y modelos tradicionales disciplinares y los contextos en los que se encuentran*.

Debe considerarse que si bien, el desarrollo de la Terapia Ocupacional recibió su mayor impulso desde las corrientes positivistas, para este campo de la práctica en la actualidad, resultan insuficientes, dejando por fuera, sin denominación aquello que se encuentra en existencia, y que aún no se sabe cómo integrarlo en el discurso y la praxis.

Desde los aportes de De Souza Santos (2) se instalan las preguntas ¿Desde dónde y cómo se piensa los modos de producción de conocimiento en Terapia Ocupacional? Si toda práctica es una práctica situada, está situada en la posmodernidad que nos atraviesa, constituyendo nuestra subjetividad, configurando nuevos modos de ser, de sentir, de pensar, de ocuparnos, de participar. Pero ocurre que se sigue tratando de comprender, manejar e intervenir con esquemas de pensamiento y enunciados devenidos del capitalismo industrial, y el desarrollo positivista de la ciencia.

La presencia de la monocultura del saber en el curriculum vivido, en el que prima el conocimiento científico organizado a partir de la tríada persona- función/disfunción - entorno, desde una perspectiva biomédica de la salud, entra en tensión cuando el alumno no puede en ésta, ubicar y comprender la realidad. Y aquí se deriva otro interrogante: ¿Cómo uno de los conceptos principales en este aprendizaje de esta práctica, "sujetos vulnerados", entra en juego en esta perspectiva?

De Souza Santos (2) propone una teoría explicativa sobre la sociología de las ausencias, la realidad existe pero aquello que no somos capaces de ver la volvemos inexistente, invisible, porque queremos encontrar y nombrar aquello que estamos preparados para hacerlo, guiados por la dominación hegemónica. La propuesta del autor invita a pensar en nuestras propias producciones de ausencias en nuestro campo de conocimiento.

En diálogo con esta sociología, se ponen en tensión lógicas y sentidos de las intervenciones tradicionales de la profesión, en las que se definen los modos y tiempos de participación de las personas en las propuestas, se determinan los plazos de evaluación, "sujetando" el tiempo de los otros.

Las concepciones de salud-enfermedad refuerzan una mirada patologizante que no necesariamente se corresponden con la realidad, sino con los modos de ver la realidad provistos por los modelos de pensamiento científico de la disciplina.

Las corrientes teóricas y metodológicas de los países del norte son las que se adoptan en el estudio y práctica latinoamericana, ocasionando seudoadaptaciones poco efectivas o inadecuadas a la particularidad de lo local, lo que en términos del citado autor, se lo vincularía a la monocultura de la escala dominante.

La monocultura del productivismo capitalista se plasma en los fines ideológicos de la intervención, procurar la inclusión productiva de las personas, a las que se les adjudica la denominación de "clientes" en documentos actuales de la comunidad profesional y la bibliografía de los países del norte. La denominación y significado del término "clientes" está ausente en los contextos de esta práctica.

La enunciación de estas reflexiones suponen un cuestionarse por el rol docente, cómo acompañar a los estudiantes en su aprendizaje, intentando producir conocimiento desde la historicidad disciplinar y profesional y en las características regionales de los contextos. Compromete enseñar a pensar e intervenir integrando aportes de las ciencias sociales para la comprensión desde la complejidad y multicausalidad del contexto y asimismo provocar la confrontación con las naturalizaciones de la lógica disciplinar. Pasar de pensar el sujeto como in-

dividuo con problemas/disfunciones a pensar el sujeto social contextualizadamente, implicándonos en dicho contexto.

Si se asume que toda práctica es sociopolíticas, urge buscar alternativas que favorezcan avanzar en otras lógicas y sentidos, incluyendo el respeto de la igualdad y el reconocimiento de la diferencia, distinguir entre objetividad y neutralidad, desarrollar una praxis transdisciplinaria, validar la coexistencia del conocimiento científico y la que surge del contexto. Procurar niveles de teorización de la práctica, preguntar los porqué y para qué en forma conjunta con los estudiantes, de alguna manera, acercaría la discusión sobre los paradigmas vigentes y los emergentes y los modos de producir conocimiento desde la práctica (3).

Algunos autores latinoamericanos de las ciencias sociales y humanas como, De Souza Santos, Argumedo y Zemelman (2, 4, 5) señalan una matriz de pensamiento latinoamericano y por su desarrollo, considerando el nuevo panorama de las condiciones sociopolíticas de los países de la región. Así mismo puede reconocerse en Terapia Ocupacional un movimiento de producción latinoamericana, con referentes como Guajardo (6), Galheigo (7, 8), Trujillo Rojas, (9) entre otros tantos más.

La práctica como productora de conocimiento

La práctica como productora de contextos, es la presunción inicial de este trabajo que recorta un proceso reflexivo de docentes de la asignatura Práctica Profesional. La discrepancia e insuficiencia entre los modelos de pensamiento y teorías de Terapia Ocupacional en los contextos de práctica motivó la búsqueda de planteos provenientes de la corriente epistemologías del sur. El análisis de la problematización enunciada desde estas formulaciones, deriva la construcción de otro supuesto, la práctica como productora de conocimiento latinoamericano, ampliando y redireccionando el recorrido de esta búsqueda, ¿cómo hacer ciencia y docencia desde el reconocimiento de esta existencia de autonomía de pensamiento latinoamericano?

Referencias bibliográficas

- 1-Young, Michel (2003). Disciplina versus habilidades, un análisis sociológico. En Stubrin, A, Díaz, N. (comp). "Tensiones entre disciplinas y competencias en el curriculum universitario (pp 19-31)". Santa Fe, Argentina: Ediciones UNL.
- 2- De Santos, Boaventura de Sousa (2007). "Renovar a teoría crítica e reinventar a emancipação social". São Paulo: Boitempo.
- 3- Pradolini, V., Alegre, L., Testoni, C. Nuevas lógicas y sentidos de la práctica de la práctica profesional. En "Revista Aula Universitaria". Nº 16. En prensa.
- 4- Argumedo, Alcira (2009). Los silencios y las voces de América Latina: notas sobre el pensamiento nacional y popular. Buenos Aires: Ed. Colihue.
- 5- Rivas Díaz, Jorge (2005). Pedagogía de la dignidad de estar siendo. Entrevista a Hugo Zemelman y Estela Quintar. "Revista Interamericana". (pp. 113- 140). México: CREFAL.
- 6- Guajardo A., Simó Algado S. (2010). Hacia una terapia ocupacional basada en los derechos humanos. "TOG " (revista en internet). V.7, n.12, p25.
- 7- Galheigo, Sandra. (2007). Terapia Ocupacional en el ámbito social. En: Kronenberg, F., Simó Algado, S. y Pollard N. "Terapia Ocupacional sin fronteras. Aprendiendo del espíritu de supervivientes". (pp 85-97). Madrid. Médica Panamericana.
- 8- Galheigo S, Simó S. Maestras de la terapia ocupacional. Sandra Galheigo: la poderosa emergencia de la terapia ocupacional social. "TOG" (A Coruña) [Revista en internet]. 2012 [2-03-2014]; 9(15): [41 p.].
- 9- Trujillo, A. y otros. (2011) "Ocupación: sentido, realización y libertad. Diálogos ocupacionales en torno al sujeto, la sociedad y el medio ambiente". Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.

Las paradojas que nos ocupan... en las prácticas de Terapia Ocupacional

Autor: Fenoglio, Fabiana Lucía

Correo electrónico: fabifenoglio@yahoo.com.ar

Resumen

Introducción

El presente trabajo tiene como propósito definir las contradicciones/paradojas que conviven en el quehacer profesional a partir del análisis de tres escenarios: los primeros años de la Terapia ocupacional en la Argentina, la clínica de Terapia Ocupacional en Salud Mental y la formación actual de Terapistas Ocupacionales. Se consideran las propuestas de participación que generaron espacios de circulación social, como requisito indispensable para poder accionar y elaborar nuevas estrategias en respuesta a las necesidades sanitarias y sociales.

Objetivos

Comprender la modalidad de resolución de conflictos, en el pasado como cuerpo profesional, en la clínica actual y en la formación universitaria, que permitan delinear posibles propuestas y estrategias para abordar su complejidad.

Material y métodos

La metodología utilizada es descriptiva a partir de la experiencia concreta en el trabajo de campo. Reflexión de conceptos teóricos y relevamiento de datos que parten de la observación de usuarios, alumnos, colegas.

Resultados y conclusiones

En las tres situaciones analizadas se identifica un conflicto y se encuentra una resolución superadora. El profesional en la actualidad cuenta con un saber disciplinar que orienta sus estrategias de tratamiento o intervenciones terapéuticas con idoneidad. La experiencia y los resultados dan cuenta de su eficacia en las metas terapéuticas alcanzadas. Podemos suponer que esta metodología podrá extrapolarse a la realidad de una dimensión aún más compleja y controvertida donde componentes sociales políticos y económicos interfieren en las prácticas profesionales institucionales.

Las paradojas que nos ocupan... en las prácticas de Terapia Ocupacional

Quienes ejercemos como Terapistas ocupacionales desde hace más tiempo, somos testigos del crecimiento de la profesión. En sus 55 años la Terapia Ocupacional Argentina ha presentado cambios cuantitativos y cualitativos con la incorporación de nuevas teorías y saberes que han favorecido la diversidad y especificidad en distintos campos de acción con marcada identidad profesional.

También podemos dar cuenta de las dificultades que se presentan a diario en nuestra práctica y del necesario entrenamiento profesional para sortearlas en la construcción de espacios que generen redes sociales, vínculos e historias que contribuyan a la calidad de vida del usuario y del propio profesional.

Antes de continuar nos detendremos en definir la palabra "obstáculo" como "aquello que impide avanzar", o "situación o hecho que impide el desarrollo de una acción"; y en el término "paradoja" comprendiéndola como figura retórica que consiste en la utilización de expresiones que envuelven una contradicción. (1)

Se considerarán tres escenarios para el análisis del quehacer profesional: los primeros años de la Terapia ocupacional en la Argentina, la clínica de Terapia Ocupacional en Salud Mental y la formación actual de Terapistas Ocupacionales con el propósito de decodificar las paradojas que coexisten en su propia práctica, comprender la modalidad de resolución planteando posibles estrategias para abordar su complejidad.

Los inicios de la Terapia Ocupacional: la formación, paradoja fundante: hace más de 30 años los TO estudiantes de la ENTO carecíamos de bibliografía específica, el aporte de la medicina, la psicología con una marcada influencia psicoanalítica eran parte de los primeros conocimientos. Los talleres de actividades no contaban con terminología específica que facilitara el aprendizaje de la disciplina, sin embargo, la propuesta y la técnica en un ambiente contenedor, convocaba a conocer y conocerse en la actividad. Por último el aprendizaje se consolidaba en las prácticas clínicas con supervisiones personalizadas en el trabajo en terreno.

Llega el momento en que la profesión habiendo cumplido eficazmente a la demanda de la epidemia de polio enfrenta un nuevo desafío, dar respuesta a nuevas necesidades de la población. Por aquellas épocas no contar con una teoría y saber propio era una dificultad. El mensaje a las nuevas generaciones llevaba la impronta de la necesidad de escribir, de teorizar las prácticas para lograr que la disciplina se transformara en ciencia. Entiendo este momento como el punto de inflexión en donde Terapia Ocupacional identifica la falta de un cuerpo de conocimiento propio como una problemática social y científica. La gestación del crecimiento de la profesión puede definirse a partir de dos hitos fundantes:

- La creación de AATO en 1964 Art 1° del estatuto la define como "entidad de carácter civil, gremial y científica cuyos objetivos en lo futuro serán de carácter civil, científico y de defensa de los intereses profesionales de sus asociados, fijando su domicilio legal en la Ciudad de Buenos Aires". (2)

- El 1° Congreso Argentino de Terapia Ocupacional realizado en la Rioja en 1985 donde se acuerda realizar cada 4 años Congresos en distintas provincias de Argentina y se establece el 10 de setiembre como "Día del Terapeuta Ocupacional en Argentina".

La identidad profesional se comienza a constituir a partir del intercambio de prácticas, experiencias locales y regionales, saberes en entornos sanitarios y comunitarios. Así se adquiere el crecimiento científico a partir del encuentro entre pares que reconocen una necesidad del encuentro en un espacio gremial.

Retomando el aspecto académico de quienes se formaron en los comienzos de la TO resulta paradójico/ contradictorio pensar que aquellas jóvenes profesionales, carentes de una disciplina propia cuya formación provenía de la suma de ciencias dispares, fuesen quienes hayan forjado un futuro y el desarrollo científico para la TO actual. La lógica de ese momento demandaba producción escrita como medio para constituirse en ciencia. Esa generación de Terapistas Ocupacionales pudo identificar el problema, generando los primeros espacios de circulación social como requisito indispensable para poder accionar y elaborar nuevas estrategias en respuesta a las necesidades sanitarias de esta etapa social e histórica. La creación de la AATO y el 1° Congreso Argentino han sido el puente a la agrupabilidad, al intercambio y desarrollo científico de nuestra amada profesión. De esta manera la debilidad se ha transformado en fortaleza en la suma de voluntades.

La clínica de Terapia Ocupacional en Salud Mental: históricamente cada cultura estableció la forma de entender la locura, sus diferentes modos de intervención y los mecanismos de abordaje, prevaleciendo la internación psiquiátrica como única alternativa. Las sociedades a través del poder médico, político y económico, definieron y construyeron sus modelos de exclusión. Algunas estructuras arcaicas, reduccionistas, se han perpetuado en el tiempo al utili-

zar el término Terapia Ocupacional Psiquiátrica como sinónimo de Terapia Ocupacional en Salud Mental. "Al contrario de la psiquiatría, la salud mental no se basa en un solo tipo de conocimiento, la psiquiatría es desarrollada por sólo, o fundamentalmente, un profesional, el psiquiatra. Cuando nos referimos a la salud mental, ampliamos el espectro de los conocimientos involucrados, de una forma tan rica y polisémica que encontramos dificultad para delimitar las fronteras, saber dónde empiezan o terminan sus límites. Es una compleja red de saberes". (Amarante.2009) (3)

Hace más de 17 años que en el Hospital Borda se desarrollan los Emprendimientos Sociales en Salud Mental. Esta realidad implica una paradoja en sí misma. ¿Es posible desarrollar estrategias en el marco de la Rehabilitación Psicosocial y la Salud mental Comunitaria dentro de un Hospital Psiquiátrico? La empresa social exige al Terapeuta ocupacional un reposicionamiento en lo conceptual e ideológico sobre la cronicidad de la enfermedad como único destino posible, como así también, en relación a las políticas sociales. "Es así que la Salud Mental Comunitaria debe articular: un saber técnico en nuevas prácticas y procedimientos, un nivel político de reasignación de recursos económicos y presupuestarios, legislación y justicia; y una comunidad que se apropie del derecho a su salud, conozca el marco legal y pueda ser incluida y participe activo en la elaboración de estrategias" (Alippi. 2010) (4)

Como técnicos en salud, debemos dimensionar lo político y social de nuestra intervención terapéutica, comprendiendo que las mismas se ven afectadas por un contexto económico global. Las condiciones aún no están dadas no hay presupuestos que acompañen las prácticas comunitarias. Los Terapeutas ocupacionales desconocemos lo que significa "esperar" cuando está en juego la necesidad del otro, la acción es inherente a nuestra esencia. El Hospital es el espacio físico, el domicilio legal. No es el ideal al que aspiramos pero, por el momento permite la existencia de los Emprendimientos, se sigue luchando por encontrar espacios en la comunidad. La simultaneidad de escenarios que implica el desarrollo del emprendimiento social, difiere de la clásica denominación de Terapia Ocupacional psiquiátrica. La resolución de esta conflictiva clínica demandó un abordaje integral reorientando las intervenciones de TO, que a su vez tuvieron efectos sobre la calidad de vida del usuario y el desarrollo técnico-profesional en un contexto gratificante para ambos.

La formación actual: la realidad de las Universidades no puede quedar fuera de lo paradójal. La formación de recurso humano en un ambiente pluralista, democrático con una mirada comunitaria y una concepción integral de las prácticas, es la meta institucional. Los estatutos definen a la Universidad como "una comunidad de estudio, enseñanza, investigación y extensión comprometida con la búsqueda universal de la verdad". (5)

La formación de grado ya cuenta con una amplia producción científica con terminología que identifica, define y estructura conceptualmente. El crecimiento y desarrollo de marcos teóricos y científicos europeo, de EEUU, Canadá y de países latinoamericanos continúan enriqueciendo las experiencias locales en la práctica y en la investigación. Se observa una marcada preocupación en las nuevas generaciones por rivalizar en relación a la hegemonía de un marco teórico sobre otro que defina la práctica.

Resulta peligroso cuando las teorías cobran el valor de dogmas en la comunidad profesional. Posiblemente sea el momento de comprender que este debate es estéril, en tanto limita el aporte y la integración a nuevas intervenciones. ¿No es contradictorio que a pesar de los avances disciplinarios se continúe sólo en lo endogámico? Antes porque no había, ¿ahora porque hay? Probablemente el desafío deba centrarse en la búsqueda de estrategias de construcción político social universitaria, en un proceso de salida de la endogamia académica.

Conclusión: en las tres situaciones analizadas se identifica un conflicto y se encuentra una resolución superadora. El profesional en la actualidad cuenta con un saber disciplinar que orienta sus estrategias de tratamiento o intervenciones terapéuticas con idoneidad. Los reales cuestionamientos e interferencias que plantean las nuevas generaciones se manifiestan en los espacios de circulación social de los usuarios/pacientes o del Terapeuta Ocupacional, es allí

donde es necesario desanudar la conflictiva para poder generar transformaciones. El marco institucional opera en nuestra clínica, la dimensión política y social se impone con pautas y normas de lo que es correcto, posible y aquello que no.

El profesional cuenta con un cuerpo de conocimiento específico, con un abordaje integral del sujeto y desarrolla una modalidad de intervención en su clínica donde puede identificar el problema, establece los objetivos del plan de acción que le permite abordar la problemática. Podemos suponer que esta metodología eficaz que permite alcanzar las metas, podrá extrapolarse a la realidad de una dimensión mucho más compleja y controvertida donde componentes sociales políticos y económicos interfieren en las prácticas profesionales institucionales. En la medida en que las nuevas generaciones puedan mirar el pasado como resultado del presente, se apropien de sus teorías y la reflexión sea el instrumento de trabajo, se conformarán redes exogámicas que tiendan a ocupar lugares de poder perpetuando el crecimiento de esta hermosa profesión atendiendo a la salud de quienes cuidan de la salud de otros.

Bibliografía

- (1) Diccionario Enciclopédico Abreviado. 1957. Espasa-Calpe S.A. (España) **V.1269 VI.278**
- (2) Estatuto AATO.1962. www.terapia-ocupacional.org.ar/historia/
- (3) Alippi M. Fenoglio F. Manghi M. "La dimensión político social en el abordaje de los emprendimientos sociales en salud mental" presentado en el Congreso Mundial de Terapia Ocupacional de Chile 2010
- (4) Amarante Paulo. 2009."Superar el manicomio, salud mental y atención psicosocial" Editorial Topia (Argentina). 17-21
- (5) Margetic A. Suarez V. 2006. "Función Social de la Universidad" Ediciones de la UNLa (Argentina). 61-110

Participación ocupacional de la mujer rural del Municipio de Pamplona

Autor: Contreras Jauregui, Magda Milena; Triana, Heidi; Villafañe, Lizeth
Correo electrónico: dto@unipamplona.edu.com

Resumen

El proyecto de investigación titulada La participación Ocupacional en la Mujer rural es un aspecto de interés para el profesional en Terapia Ocupacional, debido a que permite identificar la ocupación y los roles ejecutados en el pasado, presente y futuro, con la aplicación del OPHI II nos facilitó la identidad ocupacional, competencia y ambiente ocupacional que nos conlleva a saber en qué situación se encuentran las mujeres y lograr un equilibrio ocupacional. Este proyecto se aplicó 60 mujeres de las veredas de pamplona realizando visitas a cada una de las familias y algunos encuentros grupales en puntos estratégicos de la zona.

La metodología tipo de investigación mixta, con diseño descriptivo-narrativo, etnográfico clásico con predominio de lo cualitativo, técnicas de recolección entrevista semiestructurada, diario de campo y observación directa.

Los datos más predominantes se encuentran la insatisfacción personal por no conseguir un ingreso adicional a sus hogares, alto porcentaje de iletrismo, saturación de roles lo que conlleva a la no identificación de intereses ocupacionales y un estilo de vida, roles asignados por sus mismos contextos socioculturales, patrones de crianza dados por el contexto y las tradiciones, esto nos lleva a pensar y reflexionar sobre el quehacer del Terapeuta Ocupacional en Comunidad dando una mirada a una problemática social y económica que puede tener aportes significativos desde la ocupación humana generando talleres productivos que les permitan sentirse útiles y generen un ingreso adicional a sus hogares.

Introducción

La situación de las mujeres rurales ante los cambios socioeconómicos derivados de procesos de globalización, ha sufrido cambios de acuerdo al contexto territorial, la especialización y reestructuración productiva, las demandas del mercado, las políticas de desarrollo, y otros fenómenos sociales como los procesos migratorios, y cambios culturales, entre otros. Uno de los efectos de tales procesos es su participación, además de en el trabajo productivo y reproductivo en la unidad familiar, en la venta de fuerza de trabajo y en el establecimiento de microempresas en espacios rurales, como alternativa ante las necesidades de diversificación productiva.

En este sentido, podemos describir que en la sociedad actual de las familias Colombianas se ven problemas que van arraigados a factores económicos, sociales, culturales, religiosos y no obstante históricos, este último nos conlleva a analizar las familias que habitan en las poblaciones rurales y detallar más a profundidad la participación ocupacional en la que se ha desempeñado la Mujer rural.

Cuando se nombra el término de participación ocupacional nos referimos a aquellas actividades diarias en las que el ser humano participa para lograr un adecuado desempeño ocupacional, es así como surge la necesidad de determinar la Participación ocupacional de la Mujer rural del Municipio de Pamplona e identificar los obstáculos que no permiten que estas mujeres encuentren un estilo de vida ocupacional satisfactorio.

En este contexto, se observa que la participación ocupacional de las mujeres rurales está siendo saturada por roles extras que no van acorde a la edad cronológica y a su nivel de co-

nocimiento práctico, llevando a cabo actividades productivas no remuneradas que desafían a un óptimo desempeño ocupacional; de este modo el trabajo y papel de la mujer en el campo tiende a alterar las tradicionales relaciones en cuanto a la ocupación del Hombre/mujer lo que causa en sí diversas alteraciones en cuanto a descuido de la imagen y concepto corporal, actividades de autocuidado e higiene personal, establecimiento de tiempo libre y espacios de ocio para la recreación y diversión propia, no identifican intereses ocupacionales donde a su vez se proyecten metas a futuro.

Adicionalmente, la imagen de la "mujer trabajadora" en sectores rurales sigue rodeada de mitos: descuido del hogar, pareja e hijos o la reputación dentro de la comunidad, entre otros, por lo que ellas suelen vivir su nuevo rol en permanente tensión. No obstante, en alta proporción ellas mismas reconocen la relevancia que ha implicado asumir responsabilidades laborales y públicas, incluso para las relaciones dentro de la familia, que se ha visto influida de forma positiva por esta nueva manera de ser mujeres. Fawaz Y., M. J. & Rodríguez-Garcés, C. (2013).

Durante el proceso de investigación que se llevó a cabo se determinó la participación ocupacional de la mujer rural, donde además de este, se identificaron otras dificultades que se encuentran inmersas en este contexto ambiental y sociocultural, así como el iletrismo o analfabetismo donde estas mujeres no accedieron a una educación formal básica debido a las diferentes actividades diarias que debían suplir para satisfacer necesidades en el hogar y en sus familias.

Así mismo, se logra evidenciar una respuesta particular hacia un objeto o situación determinada, que puede ser favorable o desfavorable y que cumple una función predictiva de la sociedad. Estas respuestas van encaminadas hacia la falta de tiempo libre y ocio, espacios de producción autónoma donde sean autoeficientes para generar sus propios ingresos económicos y así lograr la independencia. Por tanto, las actitudes en el entorno rural, que podrían ser más tradicionales y conservadoras dado el contexto sociocultural en que se forman, tienden a ser modificadas con base en las reconfiguraciones socioespaciales y los nuevos vínculos que establece el mundo rural con lo urbano donde las tradiciones, las costumbres y los valores varían en torno a la sociedad actual

Objetivo General

Establecer la participación ocupacional de la mujer rural que permita llegar a establecer los niveles de actuación ocupacional.

Objetivos Específicos.

Identificar el contexto real en aspectos social y económico de las veredas adscritas al Municipio de Pamplona a través de un recuento documental propiciado por los documentos que se encuentran en la secretaria de desarrollo social.

Evaluar la participación ocupacional de las mujeres del área rural a través del listado de roles y OPHI II instrumentos propios del que hacer del terapeuta ocupacional.

Analizar resultados obtenidos mediante la aplicación del listado de roles y OPHI II aplicado a las mujeres del área rural y cuya interpretación se realizara de forma cuantitativa y cualitativa.

Sensibilizar a la población en cuanto a la participación ocupacional y oportunidades laborales en el sector rural para las mujeres del Municipio de Pamplona a través de algunas ocupaciones o actividades productivas.

Establecer la participación ocupacional de la mujer rural a través del perfil de resultados obtenidos en las mujeres del área rural del Municipio de Pamplona.

Material y técnicas

Tipo de investigación

El siguiente estudio tendrá un enfoque metodológico de tipo mixto, se tomarán datos cualitativos y cuantitativos con predominancia cualitativa, esta investigación se enfoca en comprender y profundizar los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con el entorno. Según, Sandín Esteban (2003), la investigación cualitativa es una actividad sistemática orientada a la comprensión en profundidad de fenómenos educativos y sociales, a la transformación de prácticas y escenarios socioeducativos, a la toma de decisiones y también hacia el descubrimiento y desarrollo de un cuerpo organizado de conocimientos. El proyecto de investigación comprende a profundidad la participación ocupacional de la mujer rural desde su contexto real tomando como referencia la narrativa de informantes claves y la categorización de variables. Según Hernández (2006) refiere que en la investigación cuantitativa los estudios que utilizan este enfoque confiando en la medición numérica, el conteo y el uso de estadísticas para establecer indicadores exactos. De acuerdo al desarrollo de la investigación se tendrán en cuenta los datos descriptivos, numéricos en la recolección y análisis de la información estableciendo resultados confiables que permitan observar los componentes de la participación ocupacional. Este ítem cuantitativo nos permitirá establecer el nivel de participación de la mujer rural los roles más significativos y un perfil global de la mujer.

Diseño de Investigación

El diseño que se empleara para el desarrollo de esta investigación es Etnográfico, estos diseños pretenden describir y analizar ideas, creencias, significados, conocimientos y prácticas de grupos, culturas y comunidades (Patton, 2002; Mcleod y Thompson, 2009). Incluso pueden ser muy amplios y abarcar la historia, geografía y los subsistemas socioeconómico, educativo, político y cultural de un sistema social (rituales, símbolos, funciones sociales, parentesco, migraciones, redes y un sinnúmero de elementos).

Según Hernández. R (2010), Diseño "Clásico" se trata de una modalidad típicamente cualitativa en la cual se analizan temas culturales y las categorías son inducidas durante el trabajo de campo. El ámbito investigativo puede ser un grupo, una colectividad, una comunidad en la que sus miembros compartan una cultura determinada (forma de vida, creencias comunes, posiciones ideológicas, ritos, valores, símbolos, prácticas e ideas; tanto implícitas como subyacentes como explícitas o manifiestas). Así mismo, en este diseño se consideran casos típicos de la cultura y excepciones, contradicciones y sinergias. Los resultados se conectan con las estructuras sociales. La investigación de la participación social busca determinar la participación social y la ocupación de la mujer rural desde su contexto real el campo o sector rural tomando aspectos propios de la cultura, familias y mujer, esta etnografía se aplica con la técnica de entrevistas a profundidad para contrastar la información que nos arroja el instrumento utilizado y de las cuales se determinó una categorización y triangulación de técnicas plasmadas en una narrativa construida de las voces de ellas y sus vivencias.

El diseño que se empleara para el desarrollo de esta investigación es No Experimental puesto que se define como la investigación que se realiza sin manipular deliberadamente variables y en los que solo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos. Hernández, (2003). De acuerdo a este tipo de estudio en esta investigación no se tiene control de las variables independientes, puesto que se desarrollaran intervenciones terapéuticas de las cuales se obtendrán resultados en relación a la variable, por lo que surgirán cambios y/o modificaciones en las variables tomadas, así mismo al aplicar un tipo de investigación cualitativa requiere que las categorías emergen de la aplicación de técnicas en la población objeto de estudio.

Corte de la Investigación

Se seleccionó para esta investigación un Corte Longitudinal, partiendo que durante la investigación la toma de datos se colectó en más de una ocasión, Given (1990) y retrospectivos

dado a que se intentó dar luz sobre los antecedentes que han causado los resultados encontrados, Polit Hungler, (2000); teniéndose en cuenta que dentro de los pasos de la investigación se encuentra la recolección de los datos desde diferentes puntos en la línea del tiempo, además de dar soporte terapéutico a los datos arrojados y así mismo de acuerdo a los instrumentos utilizados se recolecta información del pasado y presente de la mujer rural para determinar la participación ocupacional.

Población y Muestra

Población

Una población según Tamayo y Tamayo M. (2003), es definida como la totalidad del fenómeno a estudiar en donde las unidades de población poseen una característica común, la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación. En este estudio la población total es de 1200 mujeres del sector rural del Municipio de Pamplona.

Muestra

Según Martínez M (2006), La selección de la muestra en un estudio cualitativo requiere que el investigador especifique cual es la población relevante o fenómeno de investigación, usando criterios (que justificará) que pueden basarse en consideraciones teóricas o conceptuales, intereses personales, circunstancias situacionales u otras consideraciones.

La muestra intencional se elige una serie de criterios que se consideran necesarios o altamente convenientes para tener una unidad de análisis con las mayores ventajas para los fines que persigue la investigación. De esta investigación la Muestra a utilizar es de 60 Mujeres Rurales tomando las 35 Veredas del Municipio de Pamplona las cuales aceptaron a través del consentimiento informado participar de la investigación. De estas 60 mujeres para las técnicas de recolección de información y aplicación del tipo de investigación cualitativo se tomaron 12 informantes claves como muestra aleatoria que según las características nos propiciaron mayor información.

Técnicas e instrumentos de investigación

Técnica

Las técnicas de recolección de datos, según Hurtado (2000 pp427), son los procedimientos y actividades que le permiten al investigador obtener la información necesaria para dar cumplimiento a su objetivo de investigación.

En otras palabras, las técnicas corresponden a las distintas maneras de obtener los datos que luego deben ser procesados, se convertirán en información. Entre estas se tiene: la observación (participante y no participante), la encuesta, la entrevista, y la discusión grupal y los instrumentos son los medios que se emplean para la recolección de datos. Entre estos se tiene: el guion de observación, la lista de cotejo, el cuestionario, la guía de entrevista o guion de entrevista, el guion de discusión grupal.

La recolección de la información debe realizarse utilizando un proceso planeado paso a paso, para que de forma coherente se puedan obtener resultados que contribuyan favorablemente al logro de los objetivos propuestos.

Si en el proceso investigativo, la obtención y recolección de la información no se realiza sistemáticamente, siguiendo un proceso ordenado y coherente, que a su vez permita evaluar la confiabilidad y validez tanto del proceso mismo como de la información recolectada, esta no será relevante y por lo tanto no podrá reflejar la realidad social que se pretende describir.

Información primaria y secundaria

La recolección de información se llevó a cabo a través de un recuento histórico de datos desde la Alcaldía Municipal de Pamplona con la finalidad de obtener y analizar la información para dar cumplimiento a objetivos propuestos, tales como entrevistas, grabaciones de audio y video, revisión de tesis y artículos investigativos, así mismo se realizó la presentación con

los líderes comunales y se visitó a las veredas de Chilagaula y Santa Ana, haciéndose el primer acercamiento a las mismas.

Instrumentos

Entrevista Histórica de Desempeño Ocupacional (OPHI II).

Como entrevista histórica, La Entrevista Histórica de Desempeño Ocupacional (OPHI II) (Kielhofner y Col, 1998) recoge información acerca de la adaptación ocupacional pasada y presente de una persona. La OPHI-II es una evaluación de tres partes que incluye:

Una entrevista semiestructurada que explora la historia de vida de una persona.

Escalas de puntuación que proporcionan una medición de la identidad ocupacional, la competencia ocupacional de la persona y el impacto de los contextos de comportamientos ocupacional de la persona.

Una narrativa de la historia vital diseñada para capturar las características cualitativas sobresalientes de la historia de vida ocupacional.

Está diseñada para brindar al entrevistador un medio para comprender la forma en que una persona percibe que se despliegue su vida. La OPHI-II puede utilizarse en adolescentes y adultos con distintos deterioros.

Como entrevista semiestructurada, la OPHI-II proporciona un marco de trabajo y preguntas recomendadas para conducir la entrevista para asegurar que se obtenga la información necesaria. La entrevista se organiza en las siguientes áreas temáticas:

Elecciones de actividad/ocupacionales

Eventos vitales críticos

Rutina diaria

Roles Ocupacionales

Ambientes de comportamiento ocupacional.

Dentro de cada una de estas áreas temáticas, se proporciona una serie de preguntas para la entrevista. La entrevista está diseñada para ser muy flexible de modo que los terapeutas pueden cubrir las áreas en cualquier secuencia o moverse hacia un lado u otro entre ellas.

La segunda parte del OPHI-II está compuesta por tres escalas de evaluación:

Escala de identidad ocupacional

Escala de competencia ocupacional

Escala de ambientes de comportamiento ocupacional.

Las tres escalas proporcionan un medio para convertir la información recogida en la entrevista en tres mediciones. La escala de identidad ocupacional mide el grado en el cual las personas tienen valores, intereses y confianza personal; el grado en que se ven en distintos roles ocupacionales y mantienen una imagen del tipo de vida que desean. La escala de competencia ocupacional mide el grado en el cual una persona puede sostener un patrón de participación ocupacional que sea productivo y satisfactorio. La escala de ambientes de comportamiento ocupacional mide el impacto del medio ambiente en la vida ocupacional de la persona.

Aplicación

La OPHI-II se presenta en un manual detallado diseñado para permitir al terapeuta aprender el modo de aplicar la evaluación. Este manual incluye pautas detalladas para conducir la entrevista y proporciona varios recursos para apoyar el proceso de la entrevista. También brinda instrucciones detalladas y ejemplos para completar las escalas de evaluación y la narrativa de la historia de vida.

El terapeuta comienza llevando a cabo la entrevista, que toma aproximadamente 45-60 minutos completarla. Aunque la OPHI-II está diseñada de modo que pueda ser completada en una sola entrevista, los terapeutas pueden llevarla a cabo en más de una vez. Luego de la entrevista, el terapeuta califica las tres escalas de evaluación que consisten en un total de 29 ítems. El terapeuta evalúa cada ítem con una puntuación de 4 puntos que inicia el nivel de adaptación ocupacional/impacto ambiental de la persona. La evaluación se completa anotando primero los criterios que describen a la persona para cada ítem y luego seleccionando la puntuación correspondiente. Cada una de las tres escalas proporciona un perfil de las potencialidades y debilidades relacionadas con identidad, competencia e impacto ambiental, que es útil para planear la terapia. Como sucede con otras evaluaciones, una medición puede calcularse para cada escala mediante una computadora. Se han desarrollado métodos de lápiz y papel para generar mediciones de cada escala.

Finalmente, el terapeuta completa el formulario de narrativa de la historia de vida que se utiliza para comunicar información cualitativa de la entrevista. Como parte de este proceso, el terapeuta grafica la historia de vida de la persona y si indica la pendiente de la narrativa. Esto le permite al terapeuta desarrollar una apreciación del gráfico de la narrativa ocupacional que subyace a la identidad y competencia de la persona.

Listado de Roles.

El Listado de Roles (Oakley, Kielhofner y Barris, 1985) se desarrolló para obtener información sobre las percepciones de las personas de su participación en roles ocupacionales durante toda su vida y sobre el valor que asignan a esos roles ocupacionales. El listado puede utilizarse en adolescentes o adultos. Los participantes indican para cada uno de los 10 roles ocupacionales mencionados:

Si han tenido el rol en el pasado

Si actualmente tienen ese rol

Si esperan tener ese rol a futuro

Cuanto valoran el rol

Se proporcionan definiciones breves para cada uno de los roles, seguidas por ejemplos de ese rol particular.

Dado que el MOHO se encuentra vinculado con el modo en que los roles estructuran la participación ocupacional, las definiciones emplean los criterios de al menos la participación semanal en cada uno de los roles. Así, por ejemplo, ser un miembro de la familia se define no simplemente como una relación familiar sino como hacer algo con uno de los miembros de la familia como un hijo, padre, cónyuge u otro familiar al menos una vez a la semana. De esta forma, cuando las personas indican que cumplen un rol, también significa que el rol influye en lo que la persona hace.

El listado de Roles puede completarse en unos minutos, ya sea en forma independiente o con la ayuda del terapeuta. Los terapeutas ocupacionales han comunicado que es importante analizar el patrón de los roles y su significado para la participación ocupacional. Algunos terapeutas hacen que las personas llenen junto con otras personas en un grupo, en donde la discusión se puede utilizar para buscar el significado de las respuestas de cada persona. En este contexto, el listado puede facilitar el planeamiento de futuras participaciones en roles.

El Listado de Roles se interpreta mediante la examinación del patrón de respuestas; una hoja de resumen ayuda al examen visual y a la interpretación del patrón de respuestas. Por ejemplo puede poner en evidencia los siguientes tipos de patrones:

Perdida de muchos roles ocupacionales o de todos ellos

Falta de participación en los roles que son valorados

Compromiso exagerado y dificultad para discriminar entre la importancia de los roles

Deseos de roles futuros que sean incompatibles con las capacidades u otras responsabilidades de roles.

Los terapeutas ocupacionales consideran que compartir estas interpretaciones del Listado de Roles con las personas es fundamental tanto para brindar información a la persona como para validar si la interpretación del terapeuta se ajusta a la experiencia de la persona.

Aplicación

El terapeuta comienza con la explicación del propósito del listado y a la persona de que analizaran las respuestas juntas. El listado tiene un formato relativamente simple y habitualmente fácil de completar para las personas. La persona considera cada uno de los 10 roles vivido en 2 partes. En la parte uno, las personas chequean aquellos roles que han realizado en el pasado, que están realizando actualmente y/o que plantean realizar en el futuro. Por ejemplo, cuando una persona fue voluntaria en el pasado, no es voluntaria actualmente pero anticipa ser voluntaria en el futuro, debe marcar el rol "voluntaria" tanto en la columna de "pasado" como de "futuro". "Pasado" se refiere a cualquier momento hasta la semana precedente. "Presente" incluye la semana previa, hasta incluido el día de la aplicación del listado. "Futuro" se refiere a desde mañana en adelante. Estas instrucciones están en el listado y el terapeuta puede revisarlas al comienzo de la aplicación si la persona lo juzga útil.

En la parte dos del listado, la persona evalúa cada rol acerca de si encuentra que no es valioso en absoluto, es algo valioso o muy valioso. El valor se refiere al beneficio personal o la importancia del rol.

El terapeuta ocupacional habitualmente permanece con la persona para responder o aclarar preguntas. Cuando es seguida por una entrevista, el Listado de Roles ayuda además al terapeuta ocupacional y a la persona a identificar patrones en la selección de roles, la preferencia y el desempeño. Por ejemplo, ellos pueden examinar:

- Los tipos de roles en los cuales las personas han tenido éxito en el curso de sus vidas

- Los tipos de roles que han evitado o abandonado

- Si los roles se concentran alrededor de los tipos particulares de formas ocupacionales (p. ej., relaciones sociales, prestación de servicios).

- Si tienen un equilibrio entre roles

- Si están realizando roles que consideran que no tienen ningún valor.

Estas discusiones son útiles tanto para la persona como para el terapeuta, ya que proporcionan nociones sobre la vida de la persona

Análisis de resultados

El análisis e interpretación de los resultados consta de dos etapas; la primera etapa consta de una interpretación cualitativa en la cual se da a conocer la participación ocupacional en roles de acuerdo a cada una de las veredas evaluadas y posteriormente la narrativa de las entrevistas a los informantes claves que por consiguiente se realiza la respectiva interpretación general con base en los teóricos asumidos para la investigación.

La etapa dos se realizara el análisis e interpretación cuantitativa basada en la estadística descriptiva de los aspectos sociodemográficos que se encuentra inmersa la Mujer Rural del Municipio de Pamplona en graficas de barras y tortas con la interpretación de las mismas.

Podemos realizar la siguiente discusión con los datos arrojados en cada una de las veredas con respecto al instrumento de listado de intereses:

Se puede demostrar que las mujeres pertenecientes a la Vereda Peñas en el pasado tuvieron una saturación de roles ocupacionales, puesto que participaban en roles como estudiante, trabajadoras (arando el campo, cultivando alimentos, criando animales y vendiendo sus productos, encargadas del hogar y en los que haceres asumiendo a su vez el rol de amas de ca-

sa, participantes en las actividades con la familia como rol de hermanas, hijas, sobrinas, participantes de una religión. Todos estos roles interfirieron en el desempeño ocupacional de las mujeres rurales que pertenecen a esta vereda interfiriendo en la búsqueda de un estilo de vida satisfactorio y en la elección de intereses y actividades productivas y a su vez abandonando el rol de estudiante ya que no culminaban sus estudios a causa de asumir otros roles.

En el presente hay un desequilibrio de participación de roles puesto que desempeñan roles que no congruan con sus estilos de vida ocupacional, debido a la práctica de roles ocupacionales que deben ser ejecutados por sus compañeros sentimentales o esposos, evidenciándose sobrecarga en la participación ocupacional de sus roles y efectuándose disfuncionalidad en las actividades de autocuidado, de concepto e imagen corporal, actividades básicas e instrumentales, actividades de intereses ocupacionales que les generen una actividad económica o productiva para satisfacer sus necesidades.

A futuro se puede evidenciar que desean participar en diferentes roles ocupacionales que les van a causar saturación de roles, puesto que quieren llevar a cabo otros roles de los que practican actualmente como roles de estudiante, trabajadoras, voluntarias, encargadas de cuidar otras personas y del hogar, participar en actividades con la familia y de una religión.

Se puede demostrar que en el pasado las mujeres pertenecientes a la vereda Alizal presentaron en su pasado saturación de roles debido a la práctica de roles ocupacionales que no iban acordes a su edad y a la identificación de un estilo de vida ocupacional satisfactorio puesto que debían abandonar sus roles como estudiantes a causa de falta de recursos económicos de sus padres que costearan sus actividades educativas y por ende debían asumir otros roles que no congruan con el ciclo de vida de estas mujeres y debían participar en otros roles asignados por sus padres como el de trabajadoras, cuidar otras personas, encargadas del hogar supliendo oficios como amas de casa.

En el presente participan ocupacionalmente en roles como trabajadoras, encargadas del hogar, actividades con la familia y amigos, práctica de una religión lo que conlleva a mostrar un balance en la participación ocupacional de las mujeres que pertenecen a esta vereda, aunque no identifican un estilo de vida ocupacional satisfactorio interfiriendo en una práctica desbalanceada de rutinas y hábitos que deben llevar a cabo en sus actividades diarias y de trabajo que generan frustración de roles e intereses ocupacionales.

En el futuro desean participar ocupacionalmente en los roles que se les mostraron e indicaron, puesto que se evidencia que a futuro pueden desempeñar todos sus roles ocupacionales y así mismo lo califican como muy valioso ya que para ellas sus valores, costumbres, aspectos socioculturales y rutinas giran alrededor de las demás personas por las que conforman sus familias.

Las mujeres pertenecientes a la Vereda de Ulaga Baja presentaron en su pasado una saturación en la participación de roles, puesto que practicaban la mayoría de roles que se les indicaron y a causa de esto se puede decir que las mujeres rurales de esta vereda presentan un descuido en las actividades de autocuidado, actividades básicas e instrumentales, no identificaron un estilo de vida ocupacional satisfactorio y así mismo la identificación de intereses ocupacionales donde pudieran desempeñarse ocupacionalmente.

En el presente se evidencia un equilibrio en la participación ocupacional debido a que participan en roles que congruen su desempeño ocupacional como actividades en el hogar, de voluntariado, actividad con la familia, de una religión y organización.

A futuro desean participar en diferentes roles ocupacionales que les generara una saturación de roles puesto que esperan participar en los diferentes roles ocupacionales donde les genere un estilo de vida ocupacional satisfactorio y así mismo les dan una calificación de muy valiosos.

Se evidencia una saturación en la participación ocupacional en el pasado de las mujeres pertenecientes a la vereda San Francisco debido a que participaron en la mayoría de los roles mostrados siendo estudiantes aunque abandonando sus actividades académicas por desem-

peñar labores en el rol de trabajadoras, cuidado del hogar y amas de casa, participaron en actividades con amigos y con la familia, practicaron alguna religión y en actividades de pasatiempo.

En el presente practican roles como trabajadoras, amas de casa y cuidado en el hogar, participan en actividades con la familia y practican una religión lo que conlleva a evidenciar una saturación de roles ocupacionales y la pérdida de identificación de un estilo de vida satisfactorio en ocupaciones que sean de su interés y así mismo inadecuada estructuración de sus rutinas y hábitos donde deben dejar de satisfacer sus necesidades como mujeres y una notable pérdida de imagen y concepto corporal puesto que descuidan las actividades de autocuidado por cumplir o llevar a cabo todas sus funciones en el campo, a su vez presentan desequilibrio emocional y social que conllevan a ser víctimas del maltrato y violencia intrafamiliar.

En el futuro desean balancear la participación ocupacional ya que se evidencia la sobrecarga en tiempo pasados y lo que vive actualmente, por lo tanto se muestra un balance entre los roles que desean ejecutar y a su vez califican la mayoría de estos como muy valiosos.

La participación en roles de las mujeres pertenecientes a la vereda Alto Grande en el Pasado presentaban una saturación de roles asignados y ejecutados debido a que practicaban roles como estudiantes, trabajadoras, voluntarias, encargadas de cuidar a otras personas y del hogar, participaban en actividades con amigos y en familia, practicaban alguna religión y un pasatiempo efectuándose así una sobrecarga en sus actividades de la vida diaria y rutinas lo que conlleva a un desequilibrio en aspectos como la imagen corporal, las actividades de autocuidado, actividades básicas e instrumentales por lo que no realizan manejo de dinero, fueron mujeres propensas o vivenciadoras de las diversas formas del maltrato y violencia intrafamiliar, iletrismo y falta de oportunidades.

En el presente la participación de roles de estas mujeres se puede evidenciar una saturación de roles como el de trabajadoras y a su vez encargadas del hogar y amas de casa, participantes en actividades con amigos y con la familia, practican alguna religión y así mismo un abandono de roles importantes y significativos para ellas como el de estudiante debido a que por falta de recursos en el hogar y de otras oportunidades tuvieron que dejar sus actividades educativas y suplir por otros.

En el futuro desean participar en la mayoría de los roles presentados y los califican como muy valiosos el poder desempeñar y participar en roles ocupacionales refiriendo que de esta manera contribuyen con el bienestar de su familia y la sociedad pero olvidan o descuidan la parte personal.

La participación ocupacional de las mujeres de la vereda Jurado se puede evidenciar que presentaban en el pasado una saturación de roles debido a que ejecutaban el de estudiante, trabajadoras, voluntarias, encargadas del hogar y amas de casa, participaban en actividades con amigos y la familia, practicaban alguna religión, actividades de pasatiempo y participaban en organizaciones, aunque destacando que estas mujeres que habitan esta vereda tienen más oportunidades a servicios de salud, educación y servicios públicos por estar cerca al casco urbano, aunque no dejan de ser propensas a la sobrecarga de funciones que deben ejecutar en sus ocupaciones y actividades diarias.

En el presente la participación ocupacional se puede describir en un balance de roles puesto que algunas de ellas participan en roles significativos como el de estudiante, trabajadoras, cuidado del hogar, participar en actividades con amigos y con la familia, practican una religión, realizan actividades de ocio en un pasatiempo y les gusta participar en organizaciones donde lo califican estos como muy valiosos.

En el futuro aspiran a participar en la mayoría de los roles que son significativos y que logran identificar un estilo de vida ocupacional satisfactorio, así mismo se pudo evidenciar que las mujeres pertenecientes a esta vereda identifican intereses ocupacionales y se esfuerzan por lograr trabajar en estos y se proponen metas y cumplirlas.

Se puede evidenciar una saturación de la participación en roles de las mujeres que pertenecen a la Vereda de Chilagaula puesto que en el pasado ejecutaban los roles de estudiante, trabajadoras, encargadas del hogar y amas de casa, participaban en actividades con amigos y con la familia, practicaban alguna religión y participaban en actividades de pasatiempo generando en ellas un desequilibrio en los estilos de vida satisfactorios debido a la falta de recursos en el hogar y equiparación de oportunidades tuvieron que abandonar sus estudios por cumplir con roles asignados por sus padres como el del cuidado del hogar, trabajo en el campo y cuidado de otras personas como hermanos menores y abuelos, a su vez estas condiciones de acceso a la educación eran restringidas a causa del contexto ambiental a la que estaban expuestas y refiriendo que en la mayoría de ocasiones no estudiaban. Por otra parte se puede mencionar que a diversos factores contextuales estas mujeres son estigmatizadas como iletradas y sumisas, donde causa en ellas un marcado desequilibrio emocional y social lo que contribuye a ser víctimas del maltrato intrafamiliar.

En el presente se puede decir que de igual manera se presenta una saturación de roles debido a que siguen ejecutando los mismos para poder ayudar y contribuir con el bienestar de su familia y de esta manera interfiriendo en la identificación de intereses y estilos de vida ocupacional satisfactorios que a su vez se puede manifestar la carencia de autoconcepto y por ende la imagen y el concepto corporal de dichas mujeres.

A futuro desean participar en la mayoría de roles ocupacionales y los califican como muy valiosos puesto que refieren que la participación de ellas en estos roles contribuyan con el bienestar de sus familias para el futuro y que sus hijos tengan una equiparación de oportunidades para cumplir sus sueños y metas.

Se puede evidenciar que en el pasado las mujeres pertenecientes a la Vereda de Caimas presentaban una saturación de roles ocupacionales puesto que participan en la mayoría de estos, donde se puede manifestar la alteración de sus rutinas y hábitos para poder cumplir a cabalidad con todas sus actividades diarias a las que están sometidas por factores socioculturales y ambientales, así mismo cabe resaltar que estas mujeres deben abandonar sus actividades académicas y dejar de participar en el rol de estudiantes por cumplir con otros roles asignados por sus padres y familia logrando un desequilibrio en el ciclo vital de estas mujeres por lo que deben suplir necesidades del hogar con el trabajo del campo y oficios del hogar.

En el presente la participación ocupacional en roles de estas mujeres se puede describir de igual manera presentando saturación de roles debido a que no ha habido modificación de estos roles y por lo tanto no han identificado un estilo de vida ocupacional satisfactorio, no logran identificar intereses ocupacionales, las rutinas y hábitos son alteradas de igual forma por el desbalance de roles ocupacionales ejecutados en la actualidad, se evidencia que son mujeres sumisas y estigmatizadas por el contexto ambiental y factores socioculturales.

A futuro aspiran seguir participando en la mayoría de los roles ya que para ellas su principal importancia es la familia y por lo tanto que cumplen con todas sus funciones en el hogar y en el campo por contribuir en el bienestar de sus hijos y hogar sin lograr el reconocimiento social en sus vidas personales. Por otro lado la mayoría de mujeres que pertenecen a esta vereda califican la participación en roles como muy valiosos.

Se puede evidenciar que en el pasado las mujeres pertenecientes a la Vereda de El Naranjo presentaban una saturación de roles ocupacionales puesto que participan en la mayoría de estos, lograndose así ver una marcada alteración en las rutinas y hábitos debido que son sometidas por factores socioculturales y de contexto a la adaptación de vida en el campo donde sus actividades diarias comienzan a ser ejecutadas desde horas de sueño y descanso, por otro lado estas mujeres tienen oportunidades accesibles de servicios públicos, de salud y educación pero de cierta forma no lograron identificar un estilo de vida ocupacional satisfactorio por razones de crianza de sus padres.

En el presente la participación ocupacional en roles de estas mujeres se puede describir de igual manera que están presentando saturación de roles debido a que no ha habido modifica-

ción de estos roles y por lo tanto no han identificado un estilo de vida ocupacional satisfactorio, no logran identificar intereses ocupacionales, las rutinas y hábitos son alteradas de igual forma por el desbalance de sus actividades diarias y de sobre carga en roles ocupacionales, se evidencia que son mujeres estigmatizadas por el contexto ambiental y factores socioculturales como iletradas, campesinas, sumisas a compañeros sentimentales, entre otras formas.

A futuro aspiran seguir participando en la mayoría de los roles ya que para ellas su principal importancia es la familia y por lo tanto que cumplen con todas sus funciones en el hogar y en el campo por contribuir en el bienestar de sus hijos y hogar sin lograr el reconocimiento social en sus vidas personales. Por otro lado la mayoría de mujeres que pertenecen a esta vereda califican la participación en roles como muy valiosos.

Las mujeres que pertenecen a la vereda García, según la participación ocupacional en roles durante el pasado se puede decir que presentaban saturación de roles debido a que ejecutaban la mayoría de estos como el de estudiantes, trabajadoras, voluntarias, encargada de cuidar otras personas y el hogar siendo amas de casa, participaron en actividades con amigos y con la familia, practicaron una religión, participaron en algún pasatiempo y en organizaciones. Así mismo se puede valorar la importancia de estas mujeres en la sociedad puesto que cumplen con todas aquellas funciones y tareas de las diversas ocupaciones que desempeñan tanto en el campo como en el hogar, siendo estas mujeres con dificultad al acceso de su vereda por la lejanía de esta al casco urbano, a la educación rural, a servicios de salud y servicios públicos, es por ello que en esta población se logra evidenciar aun más la pobreza, el iletrismo, la equiparación de oportunidades, el desplazamiento del sector rural a urbano dejando en abandono sus pertenencias y tierras en busca de un bienestar y calidad de vida, perdiendo sus valores y costumbres, aumentando los índices de desempleo en la sociedad, desestructuración del núcleo familiar, dificultades socioeconómicas, entre otras, todos estos aspectos conllevan a interferir en el desempeño ocupacional de las mujeres rurales y a un desequilibrio en la participación ocupacional por buscar la manera de adaptarse a un nuevo contexto y factor sociocultural.

En el presente se logra evidenciar saturación en la participación de roles puesto que siguen ejecutando roles como trabajadoras, voluntarias, encargadas de cuidar otras personas, actividades del hogar y amas de casa, actividades familiares, practican alguna religión, participan en pasatiempos y en organizaciones, refiriendo que ellas tratan de cumplir y participar en todos aquellos roles en busca del bienestar de su familia y sostenibilidad del hogar.

En el futuro aspiran seguir participando en todos los roles ocupacionales que contribuyan con la mejor calidad de vida y el bienestar de su familia, a su vez califican la mayoría de sus roles como muy valiosos.

Las mujeres que pertenecen a la vereda de Fontibón en el pasado según su participación ocupacional presentaron una saturación de roles debido a que ejecutaban la mayoría de ellos como el de estudiantes, trabajadoras, encargadas del hogar, participantes en actividades con amigos y familias, practicaban alguna religión, actividades de pasatiempo y organizaciones, lo que conlleva a evidenciar desbalance en sus rutinas y hábitos, una marcada alteración en la imagen y concepto corporal, debido a sus diversas actividades diarias y ocupaciones que dejan en segunda o últimas instancias las actividades de autocuidado descuidando así su imagen corporal, su bajo autoconcepto, que conlleva a las mujeres ser víctimas del maltrato y violencia intrafamiliar, desconocimiento de sus habilidades y destrezas como mujeres para ocuparse en actividades significativas y de interés propio y de igual manera llegan a desconocer sus deberes y derechos como mujeres rurales y como ciudadanas.

En el presente las mujeres de esta vereda presentan saturación de roles puesto que siguen llevando a cabo los mismos roles aunque dejaron de participar como estudiantes por motivos de crianza de los padres asumiendo roles asignados como el de trabajar en el campo y a su vez en el hogar.

En el futuro aspiran continuar con sus estudios refiriendo que es muy importante y valioso para ellas, no obstante, desean continuar con la participación en sus roles lo que conlleva a seguir presentando saturación de roles ocupacionales, así mismo los califican entre poco valioso y muy valioso lográndose evidenciar que muchas de ellas no han logrado identificar un estilo de vida ocupacional satisfactorio.

Según las mujeres de la vereda Monteadentro, su participación ocupacional en roles del pasado presentaban una saturación de roles debido a que la mayoría fueron ejecutados como el de ser estudiantes, trabajadoras, encargadas del hogar y amas de casa, participaron en actividades con amigos y con la familia, practicaron una religión y participaron en un pasatiempo, así mismo es importante resaltar que esta vereda se encuentra cerca al casco urbano donde pueden acceder oportunamente a la educación, a servicios públicos y de salud y por ende se pudo evidenciar que la mayoría de estas, son mujeres con un estilo de vida satisfactorio, lograron identificar intereses ocupacionales y culminar sus estudios básicos.

En el presente se puede evidenciar un balance de roles puesto que algunas de ellas participan en roles como trabajadoras y encargadas del hogar, participantes en actividades con la familia y amigos, por lo que se puede manifestar en balance de roles ocupacionales y estilo de vida ocupacional satisfactorio.

En el futuro desean participar en la mayoría de roles y califican como muy valiosos ejecutar en roles que son significativos para ellas y que contribuyen en la búsqueda de una mejor calidad de vida y bienestar de su familia.

La participación ocupacional de las mujeres pertenecientes a la vereda Alcaparral durante el pasado presentaron una saturación de roles ya que participaron en la mayoría de los roles mencionados lo que conlleva a identificar que estas mujeres tienen alguna alteración en sus hábitos y rutinas puesto que para cumplir con la participación de todos estos roles deben ejecutar diversas tareas de sus ocupaciones tanto en el hogar como en el campo, descuidando su imagen y concepto corporal, bajo autoconcepto y por ende pérdida de sus creencias en sus habilidades y destrezas para desempeñar ocupaciones que son significativas para su bienestar propio.

En el presente estas mujeres presentan saturación en sus roles ocupacionales presentan un balance de roles puesto que practican algunos de los roles y en los que más participan es en las actividades del hogar, con amigos y la familia, de igual manera cabe resaltar que esta vereda se encuentra cerca al casco urbano y por lo general se dedican a las tareas del hogar, teniendo diversas formas de acceder a una educación formal y conocer instituciones nacionales donde apoyan al sector rural como es el ISER y SENA, así mismo tienen oportunidades a servicios de salud, servicios públicos, entre otros.

En el futuro aspiran participar en la mayoría de los roles ocupacionales por lo que se puede decir que presentaran saturación en la participación ocupacional de roles y a su vez son calificados como muy valiosos.

La participación ocupacional en roles de las mujeres pertenecientes a la vereda Cunuba en el pasado presentaron saturación de roles debido a que ejecutaban la mayoría de los roles lo que interfería en el desempeño ocupacional satisfactorio, la búsqueda e identificación de intereses ocupacionales, pérdida de la creencia en habilidades y destrezas para desempeñarse en ocupaciones significativas, desequilibrio del bienestar mental a causa del sometimiento a los demás, temor a participar en actividades de su interés y por lo tanto descuido en las actividades de autocuidado que a su vez generan alteración en la imagen y concepto corporal.

En el presente la participación ocupacional de las mujeres están presentando saturación de roles debido a que están ejecutando la mayoría de roles lo que interfiere en el desempeño ocupacional de las mismas.

En el futuro desean participar en la mayoría de sus roles puesto que manifiestan que el desempeño de ellas en el campo es de vital importancia y a su vez lo califican como muy valioso.

La participación ocupacional de las mujeres pertenecientes a la vereda Negavita en el pasado presentaban una saturación de roles ocupacionales puesto que ejecutaban la mayoría de los roles como estudiante, trabajadoras, voluntarias, encargadas de cuidar otras personas y del hogar, participante en actividades con amigos y con la familia y practicaban alguna religión lo que interfiere en el desempeño ocupacional de las mujeres debido a que deben cumplir en la ejecución de diversas tareas en el campo y a su vez en el hogar, así mismo se puede evidenciar que estas mujeres están presentando un desequilibrio en el bienestar mental y físico puesto que deben trabajar en actividades como oficios varios en casas de familia, manipuladoras de alimentos en restaurantes sin ser certificadas, a su vez deben llegar a sus hogares y realizar las actividades diarias y de trabajo en el hogar en horas de descanso alterando las rutinas y hábitos, actividades productivas como es la cultivación de sus frutas y verduras, recolección de sus productos y por consiguiente la venta de estos, todas estas actividades están generando diversas alteraciones en el bienestar y estilos de vida ocupacionales satisfactorios y entre otras, de igual manera es importante resaltar que estas mujeres carecen de oportunidades en las cuales no pueden identificar intereses ocupacionales, por otro lado estas mujeres viven lejos del casco urbano y del carretable de la vereda en las cuales deben caminar por horas en sus traucos para sus actividades laborales.

En el presente se puede evidenciar una saturación de roles debido a que participan en los mismos roles ocupacionales del pasado, donde se evidencian las mismas alteraciones y se puede decir que las mujeres de estas veredas no logran modificar sus rutinas y hábitos debido al contexto y factores económicos, sociales y culturales a las que se deben enfrentar diariamente.

En el futuro desean seguir participando en roles ocupacionales logrando presentar un balance o equilibrio en la participación ocupacional, a su vez los califican como muy valiosos.

La participación ocupacional de las mujeres pertenecientes a la Vereda de Chichira en el pasado presentaron una saturación en la participación ocupacional debido a que ejecutaron la mayoría de los roles mencionados lo que interfirió en el desempeño de las actividades diarias, actividades de autocuidado, logrando un desequilibrio en la imagen y concepto corporal puesto que descuidan las actividades de vestido e higiene personal, entre otras. Así mismo estas mujeres en el pasado abandonaron el rol de estudiante por suplir otros roles asignados por sus padres.

En el presente se evidencia la saturación de roles puesto que siguen participando en los mismos de su pasado, lo que se puede decir que no logran modificar sus rutinas y hábitos, alteración en el desempeño ocupacional debido a las diversas ocupaciones y roles que deben ejecutar, así mismo se observa que estas mujeres están siendo víctimas del maltrato intrafamiliar con temor a contar sus dificultades a las autoridades pertinentes en la intervención de estas problemáticas convirtiéndose en mujeres sumisas por sus compañeros sentimentales.

En el futuro desean participar en la mayoría de roles ocupacionales lo que puede indicar un alto índice de saturación y desequilibrio de roles puesto que refieren que las mujeres del campo presentan muchas dificultades y por tanto deben continuar con la participación ocupacional en roles donde puedan suplir sus necesidades en el hogar y con sus familias.

La participación ocupacional de las mujeres pertenecientes a la vereda la Unión, en el pasado se puede evidenciar una saturación de roles debido a que participaron en el de estudiante, trabajadoras, voluntarias, encargadas de cuidar otras personas y del hogar, participaron en actividades con amigos y con la familia, practicaron una religión y participaron en organizaciones, todos estos roles ejecutados interfirieron en el desempeño ocupacional de las mujeres por lo que descuidan las actividades de autocuidado como la higiene personal y vestido, desequilibrio emocional a causa del abandono de roles significativos para ellas como el de estudiante a causa de la suplencia de otros roles asignados por los patrones de crianza de sus padres, lo que generó ser mujeres sumisas con temor a participar en roles y lograr la identifica-

ción de intereses ocupacionales convirtiéndose así mismo en mujeres víctimas del maltrato intrafamiliar, desigualdad de oportunidades, presentación de iletrismo en la mayoría de ellas y pérdida de la creencia en sus habilidades para participar en ocupaciones significativas.

En el presente se puede evidenciar que presentan saturación y desequilibrio de roles debido a que siguen participando en los mismos que en el pasado sin lograr modificar sus estilos de vida ocupacionales, por otra parte refieren que no pueden modificar sus rutinas ya que para ellas se les dificulta modificar sus costumbres y prácticas de las labores en el campo por consiguiente se puede mencionar que el contexto ambiental es un factor que influye en el inadecuado desempeño ocupacional y la identificación de un estilo de vida ocupacional satisfactorio donde puedan mejorar su calidad de vida.

En el futuro aspiran a participar en la mayoría de los roles ocupacionales refiriendo que el trabajo y la participación ocupacional de la mujer en el campo es vital para sus familias y hogares, así mismo califican como muy valioso.

Las mujeres pertenecientes a la Vereda Llano Castro, en el pasado presentaron saturación en la participación ocupacional debido a que ejecutaban la mayoría de roles como estudiantes, trabajadoras, encargada de cuidar a otras personas y el hogar, participaron en actividades con amigos y la familia, practicaron alguna religión y participaron en un pasatiempo, lo que interfirieron en el desempeño ocupacional de estas mujeres puesto que no participaron en actividades ocupacionales que le causaran satisfacción en sus actividades diarias, de autocuidado, productivas y de ocio y tiempo libre, así mismo no lograron identificar intereses ocupacionales y establecer un estilo de vida ocupacional satisfactorio.

En el presente se puede describir que algunas de las mujeres presentan un balance en la participación ocupacional de roles puesto que el rol que mayor ejecutan es el de cuidado del hogar y participar en actividades con la familia y amigos, así mismo es importante destacar que estas mujeres tienen dificultad en el acceso al casco urbano lo que influye en la participación en otros roles y ocupaciones significativas a causa de las barreras y falta de oportunidades para identificar y participar en una ocupación satisfactoria que le generen algún ingreso económico para suplir sus necesidades como mujeres.

En el futuro las mujeres desean participar en la mayoría de los roles ocupacionales ya que refieren que es muy importante ejecutar los diversos roles y por ende los califican como muy valiosos.

Las mujeres pertenecientes a la Vereda el Zarzal, presentaron en su pasado una saturación de roles puesto que ejecutaron la mayoría de ellos como el de estudiante, trabajador, encargadas de cuidar otras personas, encargadas del hogar y amas de casa, participaron en actividades con amigos y con la familia, practicaron una religión y participaron en una organización en función de las Juntas de acción comunal, interfiriendo en el desempeño ocupacional de las mujeres rurales observándose a su vez desequilibrio emocional al abandono de roles significativos como el de estudiante, puesto que en su infancia los patrones de crianza por sus padres era suplir otros roles de trabajador en el campo y en el hogar, esto a su vez les generó alteración de habilidades que se van adquiriendo durante el ciclo vital, descuido a participar en actividades de autocuidado y la dificultad para identificar intereses ocupacionales.

En el presente la participación ocupacional en roles se puede evidenciar una saturación de roles puesto que siguen participando en los roles anteriormente ejecutados, lo que quiere decir que sus hábitos y rutinas no han logrado ser modificadas para identificar un estilo de vida ocupacional satisfactorio.

En el futuro desean participar en los mismos roles anteriormente ejecutados puesto que a su vez refieren que la participación de ellas como mujeres en sus hogares juegan un papel importante para la subsistencia de sus viviendas manifestando una calificación para estos como muy valiosos.

La participación ocupacional en roles de las mujeres pertenecientes a la vereda Iscaligua, en el pasado presentaron una saturación de roles puesto que ejecutaban la mayoría de los roles

mencionados, observándose en ellas que no lograron identificar un estilo de vida ocupacional satisfactorio al realizar y cumplir con las demandas del contexto en el que se encuentran y obedecer a los patrones de crianza por los padres en las cuales debían abandonar su rol de estudiante por ir a laborar en el campo, en los oficios del hogar y encargadas de cuidar otras personas.

En el presente se puede decir que se evidencia saturación de roles puesto que siguen participando en los mismos roles del pasado lo cual interfiere en el desempeño ocupacional y la identificación de intereses ocupacionales donde puedan participar en roles significativos y en ocupaciones de acuerdo a sus intereses, así mismo se puede observar que la lejanía de sus veredas al casco urbano les restringe o dificultan el acceso a una educación técnica, tecnológica o profesional, son muchos los factores que restringen la participación ocupacional de la mujer rural.

En el futuro desean participar en los mismos roles ocupacionales, lo que puede indicar una saturación en la participación ocupacional, aunque las mujeres de estas veredas en su mayoría refieren que la participación en roles es calificada como muy valioso.

La participación ocupacional de las mujeres pertenecientes a la vereda el Totumo, en el pasado presentaron saturación de roles debido a que ejecutaron la mayoría de los roles, es importante resaltar que esta saturación es debido a roles asignados por sus padres desde su infancia alterando las habilidades que se van adquiriendo durante el ciclo vital, a su vez el índice de iletrismo aumenta por el abandono de roles significativos como el de estudiante y por tanto se produce un desequilibrio emocional y de bienestar mental de las mujeres que por consecuencia se convierten en aquellas mujeres sumisas, con temor a participar y dar voz y voto en las decisiones del hogar, víctimas del maltrato intrafamiliar en las diversas formas de presentación y la pérdida de creencia de sus capacidades, habilidades y destrezas en el desempeño de otras ocupaciones.

En el presente se evidencia saturación de roles puesto que siguen participando en los mismos roles del pasado sin lograr modificar sus rutinas y hábitos, se adaptan a las demandas del contexto en las cuales deben desarrollar las diferentes tareas del campo y en el hogar, cuidado de los hijos y la familia, por tanto se puede mencionar que la participación ocupacional de estas mujeres están siendo alterados por el contexto y por labores propias de sus hogares que encadenan una alteración en las actividades de autocuidado, participación en actividades de interés en el tiempo libre y ocio y la identificación de un estilo de vida satisfactorio.

En el futuro las mujeres de esta vereda desean seguir participando en los roles mencionados y le dan una calificación de muy valiosos.

La participación ocupacional de las mujeres pertenecientes a la vereda Navarro, en el pasado presentaron saturación de roles debido a que ejecutaron la mayoría de los roles, es importante resaltar que esta saturación es debido a roles asignados por sus padres desde su infancia alterando las habilidades que se van adquiriendo durante el ciclo vital, a su vez el índice de iletrismo aumenta por el abandono de roles significativos como el de estudiante como se puede observar en la gráfica que está ausente la participación de este y por tanto se produce un desequilibrio emocional y del bienestar mental de las mujeres que por consecuencia se convierten en aquellas mujeres sumisas, con temor a participar y dar voz y voto en las decisiones del hogar, víctimas del maltrato intrafamiliar en las diversas formas de presentación y la pérdida de creencia de sus capacidades, habilidades y destrezas en el desempeño de otras ocupaciones.

En el presente se evidencia un desequilibrio de roles puesto que no están participando en los roles que son significativos para ellas, esto quiere decir que su participación ocupacional en la actualidad es ausente y por tanto no están identificando un estilo de vida ocupacional satisfactorio, no logran identificar intereses en las cuales puedan desempeñarse en actividades durante el tiempo libre u ocio, se evidencia la ausencia del conocimiento en la participa-

ción y acceso a talleres formales y técnicos en entidades educativas y por ende el índice de iletrismo y participación social está aumentando en desventaja.

En el futuro las mujeres de esta vereda desean seguir participando en los roles mencionados y le dan una calificación de muy valiosos.

Las mujeres pertenecientes a la vereda Sabagua, presentaron en el pasado una saturación en la participación de roles puesto que realizaron la mayoría de ellos como el de estudiante, trabajadoras, encargadas de cuidar otras personas y del hogar, participaron en actividades con amigos y con la familia, practicaron una religión y participaron en organizaciones, todos estos roles ejecutados interfirieron en el desempeño ocupacional de las mujeres por lo que descuidan las actividades de autocuidado como la higiene personal y vestido, desequilibrio emocional a causa del abandono de roles significativos para ellas como el estudiante a causa de la suplencia de otros roles asigandos por los patrones de crianza de sus padres lo que les genera ser mujeres sumisas con temor a participar en roles y lograr la identificación de intereses ocupacionales convirtiéndose así mismo en mujeres víctimas del maltrato intrafamiliar, desigualdad de oportunidades, presentación de iletrismo en la mayoría de ellas y pérdida de la creencia en sus habilidades para participar en ocupaciones significativas.

En el presente se puede evidenciar que presentan saturación y desequilibrio de roles debido a que siguen participando en los mismos que en el pasado sin lograr modificar sus estilos de vida ocupacionales, por otra parte refieren que no pueden modificar sus rutinas ya que para ellas se les dificulta modificar sus costumbres y prácticas de las labores en el campo por consiguiente se puede mencionar que el contexto ambiental es un factor que influye en el inadecuado desempeño ocupacional y la identificación de un estilo de vida ocupacional satisfactorio donde puedan mejorar su calidad de vida.

En el futuro aspiran a participar en la mayoría de los roles ocupacionales refiriendo que el trabajo y la participación ocupacional de la mujer en el campo es vital para sus familias y hogares, así mismo califican como muy valioso.

La participación ocupacional de las mujeres pertenecientes a la vereda de Sabanata Baja, se puede evidenciar con saturación de roles puesto que desempeñan más de los roles mencionados como estudiante, trabajadoras, voluntarias, encargadas de cuidar otras personas y del hogar, participaron en actividades con amigos y con la familia, practicaron una religión y participaron en organizaciones, todos estos roles ejecutados interfirieron en el desempeño ocupacional de las mujeres por lo que descuidan las actividades de autocuidado como la higiene personal y vestido, desequilibrio emocional a causa del abandono de roles significativos para ellas como el de estudiante a causa de la suplencia de otros roles asigandos por los patrones de crianza de sus padres lo que les genera ser mujeres sumisas con temor a participar en roles y lograr la identificación de intereses ocupacionales convirtiéndose así mismo en mujeres víctimas del maltrato intrafamiliar, desigualdad de oportunidades, presentación de iletrismo en la mayoría de ellas y pérdida de la creencia en sus habilidades para participar en ocupaciones significativas.

En el presente se puede evidenciar que presentan saturación y desequilibrio de roles debido a que siguen participando en los mismos que en el pasado sin lograr modificar sus estilos de vida ocupacionales, por otra parte refieren que no pueden modificar sus rutinas ya que para ellas se les dificulta modificar sus costumbres y prácticas de las labores en el campo por consiguiente se puede mencionar que el contexto ambiental es un factor que influye en el inadecuado desempeño ocupacional y la identificación de un estilo de vida ocupacional satisfactorio donde puedan mejorar su calidad de vida.

En el futuro aspiran a participar en la mayoría de los roles ocupacionales refiriendo que el trabajo y la participación ocupacional de la mujer en el campo es vital para sus familias y hogares, así mismo califican como muy valioso.

La participación ocupacional de las mujeres pertenecientes a la vereda de Chinchipa se puede evidenciar con saturación de roles puesto que desempeñan más de los roles menciona-

dos como estudiante, trabajadoras , voluntarias, encargadas de cuidar otras personas y del hogar, participaron en actividades con amigos y con la familia, practicaron una religión y participaron en organizaciones, todos estos roles ejecutados interfirieron en el desempeño ocupacional de las mujeres por lo que descuidan las actividades de autocuidado como la higiene personal y vestido, desequilibrio emocional a causa del abandono de roles significativos para ellas como el de estudiante a causa de la suplencia de otros roles asigandos por los patrones de crianza de sus padres lo que les genero ser mujeres sumisas con temor a participar en roles y lograr la identificación de intereses ocupacionales convirtiendose asi mismo en mujeres victimas del maltrato intrafamiliar, desigualdad de oportunidades, presentación de iletrismo en la mayoría de ellas y perdida de la creencia en sus habilidades para participar en ocupaciones significativas.

En el presente se puede evidenciar que presentan saturación y desequilibrio de roles debido a que siguen participando en los mismos que en el pasado sin lograr modificar sus estilos de vida ocupacionales, por otra parte refieren que no pueden modificar sus rutinas ya que para ellas se les dificulta modificar sus costumbres y practicas de las labores en el campo por consiguiente se puede mencionar que el contexto ambiental es un factor que influye en el inadecuado desempeño ocupacional y la identificación de un estilo de vida ocupacional satisfactorio donde puedan mejorar su calidad de vida.

En el futuro aspiran a participar en la mayoría de los roles ocupacionales refiriendo que el trabajo y la participación ocupacional de la mujer en el campo es vital para sus familias y hogares, asi mismo califican como muy valioso.

La participación ocupacional de las mujeres pertenecientes a la vereda de Santa Ana se puede evidenciar con saturación de roles puesto que desempeñan mas de los roles mencionados como estudiante, trabajadoras , voluntarias, encargadas de cuidar otras personas y del hogar, participaron en actividades con amigos y con la familia, practicaron una religión y participaron en organizaciones, todos estos roles ejecutados interfirieron en el desempeño ocupacional de las mujeres por lo que descuidan las actividades de autocuidado como la higiene personal y vestido, desequilibrio emocional a causa del abandono de roles significativos para ellas como el de estudiante a causa de la suplencia de otros roles asigandos por los patrones de crianza de sus padres lo que les genero ser mujeres sumisas con temor a participar en roles y lograr la identificación de intereses ocupacionales convirtiendose asi mismo en mujeres victimas del maltrato intrafamiliar, desigualdad de oportunidades, presentación de iletrismo en la mayoría de ellas y perdida de la creencia en sus habilidades para participar en ocupaciones significativas.

En el presente se puede evidenciar que presentan saturación y desequilibrio de roles debido a que siguen participando en los mismos que en el pasado sin lograr modificar sus estilos de vida ocupacionales, por otra parte refieren que no pueden modificar sus rutinas ya que para ellas se les dificulta modificar sus costumbres y practicas de las labores en el campo por consiguiente se puede mencionar que el contexto ambiental es un factor que influye en el inadecuado desempeño ocupacional y la identificación de un estilo de vida ocupacional satisfactorio donde puedan mejorar su calidad de vida.

En el futuro aspiran a participar en la mayoría de los roles ocupacionales refiriendo que el trabajo y la participación ocupacional de la mujer en el campo es vital para sus familias y hogares, asi mismo califican como muy valioso.

Escala de Identidad Ocupacional

La usuaria, presenta función ocupacional buena, apropiada y satisfactoria, debido a que tiene suficiente deseo a futuro, para resolver dudas y desafíos, se encuentra motivada para trabajar en metas y proyectos personales. Identifica su estilo deseado de vida, con algunas dudas e insatisfacciones, a su vez identifica una o más ocupaciones de alguna manera importantes y significativas. Cree adecuadamente en su efectividad como persona, enfrenta los desafíos esperando tener éxito y mantiene un adecuado control sobre obstáculos, limitaciones

y fracasos. Es una persona que acepta responsabilidades en la mayoría de las acciones que realiza. Tiene un adecuado conocimiento de capacidades y limitaciones para escoger una ocupación adecuada en realizar un esfuerzo. Identifica algunos valores que incluyen en la elección ocupacional. Se ve así mismo en uno o más roles y se encuentra comprometida con los roles. Adecua interés para guías elecciones. Sintió que la responsabilidad era inadecuada cuando se le dio. Tenía dificultad en encontrar satisfacciones y sentido a la vida. Tuvo dificultad en identificar y comprometerse con un estilo de vida.

Escala de competencia ocupacional

La usuaria, presenta Algo de Disfunción Ocupacional, ya que tiene un estilo de vida estresante con demasiadas demandas y prioridades observándose una clara falta de dirección y propósito en su estilo de vida. Generalmente cumple con las obligaciones de todos los roles. A su vez, ocasionalmente pierde el enfoque/compromiso hacia sus metas debido a algún alto o bajo estándar personal, alcanza un nivel de desempeño que generalmente cubre lo esperado. Tiene una rutina consistente que permite cubrir la mayoría de las responsabilidades. Tiene alguna dificultad en encontrar tiempo y fuerzas para participar en intereses importantes. Tuvo periodos de roles difíciles de cumplir con demandas. Su rutina estuvo insuficientemente organizada para su etapa de desarrollo y metas, así también tuvo una significativa insatisfacción con su estilo de vida y tuvo cierta falta de balance entre el trabajo, descanso y diversión. Por otra parte tuvo dificultades en dar seguimiento a sus metas por las cuales perdió interés y no lo reemplazó.

Escala de Ambientes de Comportamiento Ocupacional

A nivel físico, cognitivo y sin influencias emocionales, las demandas y oportunidades de alguna, manera congruen con intereses y habilidades que a su vez el tiempo y el esfuerzo requerido ocasionalmente son apropiados al tiempo y a la energía disponible; las demandas y oportunidades de alguna, manera no congruen con intereses y habilidades que a su vez el tiempo y el esfuerzo requerido ocasionalmente son apropiados al tiempo y a la energía disponible; la necesidad de interacción y colaboración limita el funcionamiento, contribuciones y esfuerzos, otros no reconocen habilidades, contribuciones y esfuerzos; cierta forma accesible, inseguro, de cierta forma intrusivo y desmotivante.

Se elabora una categorización preliminar de las voces de la mujer rural tomada a través de la entrevista a profundidad, tomando algunas determinantes repetidos en todas ellas:

Concepto o categoría	Maltrato intrafamiliar	Tiempo libre	Ocupación	Roles significativos	Roles asignados	Volición	Intereses	Victimas de conflicto armado
Infor- mantes claves								
1	" "	"no, o sea yo los fines de semana salgo voy por allá para los tanques y así"	"criadero de caninos, y pues yo les hago el aseo y veo de los niños, o sea las tareas todo"	"Mi mayor éxito, mantener el hogar, o sea porque eso es difícil mantenerlo y pues que hemos salido adelante, eso sí con esfuerzo y hemos salido adelante y que mis hijos sacan buenas calificaciones en el colegio pues porque sí."	"Mi mayor éxito, mantener el hogar, o sea porque eso es difícil mantenerlo y pues que hemos salido adelante, eso sí con esfuerzo y hemos salido adelante y que mis hijos sacan buenas calificaciones en el colegio pues porque sí."	"mis hijos y con mi esposo"	"con mi esposo no, haber comprado acá, haber hecho el proyecto de los caninos y más adelante hacer otra vivienda para nosotros"	" "
2	"No, cuando me case fue peor pa' mi (risas.). Porque el papá del niño me estropio mucho, me golpío - matrimonio = fracaso, trabajo, infelicidad."	"si por lo menos ahorita que no toyo ahí en la casa salgo por ahí pal monte o salgo pa' otra tierra, no salgo ni a pasear ni nada porque me queda muy lejos."	"la agricultura"	"por ahí a las 5 o 4:30 me levanto en la mañana es hacer oficio en la mañana, usted sabe que el oficio de uno es en la mañana. rol ama de casa "	"si yo voy pal colegio quien hace oficio en la casa entonces me toco que decidirme quitarme el estudio y ponerme a trabajar en la casa"	"Las más importantes, mi mamá mi hermana y mi hijo "	"Aah eso es lo que yo pienso que algún día mi Dios me regale más que sea mi terrenito más que sea pequeño pero que me lo regale. Metas futuro "	" "

3	" "	"Esto, pues a mí me gusta participar, también soy líder comunal, pues me gusta participar en las reuniones, eh me gusta, he hecho capacitaciones"	"mi labor diaria es levantarme a las 5:30am hacer el desayuno, emm, pues mí, mi trabajo es con vacas de leche, me voy al ordeño después esto si tengo que entregar la leche la entrego, después hacer el almuerzo para los obreros."	"me casé con mi esposo y tengo 4 hijos, 1 hija y 3 hijos"	"Eeeh, en la casa y en después trabaje como en casas de familia "	"pues confortable, pues porque yo quiero mucho mis hijos y ellos también y nos llevamos bien y todo bien "	" capacitaciones de ganadería, porque a mí me gusta es lo de ganadería, esto capacitaciones de ganadería, hicimos también sobre plantas aromáticas también, eh que más"	" "
4	" "	"Pues salimos por ahí andar a caminar pua allá, en veces vamos pa arriba a la tienda y nos divertimos por allá un rato y nos volvemos a venir "	"hacer el oficio de la huerta, si tengo moro me toca palíalo, sacarle todo el seco, a recoger mora, ayudarle a él a recoger alverja, y cuando hay obreros si me toca aquí en la cocina "	"ya me case y se quedaron 2 hermanos míos allá y en después ellos se casaron y mi papa se fue a vivir a pamplo-na, y horita él se murió y quedo mi mama sola."	"No, por la vaina de que la hermana mía se casó, entonces empecé yo a recibir en la cocina"	"La mama mía y los niños. - volición = importancia de la familia "	"En unos años, me gustaría tener así que un negocio"	" "

5	" "	"No, a las 5:00am separa pero igual la misma rutina, si porque es diferente ya porque ya los niños no van a estudiar los fines de semana pero, igualito tiene uno que pararse hacer los quehaceres de la casa"	"En la mañana me levanto a las, por tarde se levanta uno a las 4:30 am, a preparale el desayuno a mis hijos, luego se van para el colegio y de ahí bueno, arreglar la casa, limpiarla, ver los, hacer los quehaceres de la casa y a darle y alimentar los animales que hay, lavar ropa si hay que lavar "	"Bueno, por el momento estoy satisfecha porque estoy con mis hijos pero si me gustaría tener un trabajo más fijo que me llegara ingresos económicos, porque ahorita actualmente no. "	" "	"Bueno, mis dos hijos y mis padres y lo más importante, bueno horita sería tener una estabilidad económica para poderle dar un futuro a mis hijos"	"Exactamente, estudiar, hacer un curso de me gustaría mucho de cocina, de mmm... de hacer algo productivo de poder enseñarle a mis hijos o estudiar, para poder enseñarles y darles una mejor educación a mis hijos. - metas a futuro "	" "
6	" "	"Con ellos me pongo así a jugar, si hay un plan grandote y hay un balón."	"No, pues yo en mi casa trabajo allá y en el hogar. A las 4:00am me levanto y hacer el desayuno para arreglar los niños para mandarlos al estudiar, y ahí si darles desayuno a los obreros"	"Luego del almuerzo, ya le dedico un ratito al niño, me toyo con él un ratito y arreglar la ropita de mis hijos cuando la lavo, cada cual a su lado, porque cuando no me forman un desastre peor, me enloquecen.- rol ama de casa "	"Porque mi mamá, ella nos sacó a delante a yo y a mi hermano y a ella sola, porque ella no tenía recursos, para recursos para seguir estudiando ve - rol de estudiante interrumpido por falta de recursos"	"mis hijos y mi esposo"	"A futuro, pues una finca para trabajar, a yo me gusta mucho el campo"	" "

7	"mama nos pegaba, pero mama no tenía la culpa porque mama era enferma... (Llanto).- infelicidad "	"una horita que le queda a uno, se pone por ahí uno a descansar "	"cocinar, alistar los niños así pal colegio y así acabar terminar la hora de nosotros."	"por ahí cocinando, por ahí lavando"	"yo me toco salirme del colegio pa' pedir la limosna pa' mantener los otros hermanos"	"para mí que conseguí maridito pos pa' mi feliz"	"aprender a cocinar más sabroso"	"(silencio - llanto) no, porque a papa lo mataron "
8	"ahorita tengo ganas de dejar el marido porque... (silencio-llanto) es muy mierda... se porta muy mal "	"por ahí en veces voy a donde la hija, me toyo un ratito y vuelvo y me vengo pa'ca"	"Antes me tocaba sembrar un poco de estromelia. Ahorita por ahí en papa criolla y unas Abas"	"por ahí barrer la casa, lavar ropa si tengo, ir a buscar leña"	"pues yo meramente cocinar, lavarle a mis hermanas"	" "	" "	"nos fuimos pa' esa leju-ra y allá nos fue maluco porque le toco mi marido dejar un poco de papa sin arrancar porque de allá también lo sacaron.- desalojo = fracaso"
9	" "	"me dedico a mirar televisión con mi nieto en las tardes, a veces voy al centro o a las reuniones acá en la escuela"	"laboré en el campo desde los ocho años más o menos que fue aprender a ordeñar, aprender arrancar papa, que era lo único que se cultivaba para ese entonces "	"preparo el almuerzo, arreglo la cocina "	" "	"mi esposo, dos hijas, un hijo y mi nieto. "	"ser arquitecta o estudiar música.- metas a futura"	" "

10	" "	"Pues yo no tengo tiempo libre (risas) para nosotros en el campo es difícil nosotros trabajamos las veinticuatro horas"	"regar matas, limpiar las matas, abonarlas, como recoger los productos, animales"	"el ultimo depende de mí porque está estudiando en Bogotá."	" "	"Para mí son tres loterías que me gane, ellos son muy responsables, generosas, ciudadanas, son cristianas, son independientes "	"las mujeres jóvenes sean emprendedoras, sean o que desarrollen su propio futuro y que no sigan dependiendo"	" "
11	" "	"Pues sí, pero me la paso enferma, salgo a caminar en la tarde y salgo para el centro y así"	"yo nunca trabaje siempre en el hogar "	"después me case con el esposo y llegaron los hijos tuve nueve hijos"	"hasta segundo año no más porque no le daban a uno estudio "	" "	"No, ya por la edad y me la paso enferma ya no me gusta"	" "
12	" "	"Por ahí voy a raticos con los niños a caminar allí abajo"	"Pues cocinar y ver los niños"	" "	"hasta quinto grado porque allá en el campo no, o sea ya es solo hasta quinto primaria y ya no más."	"mi esposo y mis cuatro niños"	"como aprender a tejer"	"pues allá llegaron y nos dijeron que teníamos que irnos que nos daban dos días para que nos saliéramos eran grupos armados"

Fuente: Contreras M., Triana H. y Villafañe L., (2014)

Estadística de las entrevistas OPHI II

En esta población rural se demuestra que hoy día las mujeres campesinas son maltratadas. Así como lo enuncia el artículo (Situación De La Mujer Rural Colombiana, 2002); en donde se describe la situación actual de la mujer del sector rural, evidenciándose las diversas formas de maltrato intrafamiliar, debido a que la mujer del campo es aquella persona sumisa y encargada de los quehaceres del hogar en la cual no tienen voz ni voto, puesto que siempre han sido discriminadas en la sociedad y no tienen conocimiento acerca de los beneficios a las cuales tienen derecho, así mismo se observa que estas mujeres presentan un bajo autoconcepto e imagen corporal, manifestando que ellas nacieron fue para estar en la cocina y cuidando de los hijos.

Con respecto a lo anterior, las mujeres de este sector tienen una idea errada acerca de las cosas que pueden hacer, afectando sus intereses, en donde las pautas de crianza pueden condicionar el desarrollo de cada persona al momento de hacerles creer que la mujer está hecha para cuidar del hogar exclusivamente, lo cual es falso, cada persona es libre de elegir lo que desea realizar en cuanto a intereses metas y sueños, puesto que se ven obligadas a adquirir roles asignados por sus padres reemplazando el rol de estudiante por el rol de trabajador evidenciándose un alto nivel de iletrismo, a su vez el difícil acceso a las escuelas y servicios de salud por el mal estado de las vías para desplazarse. La mujer del sector rural ha sido estigmatizada por años, como aquella mujer campesina, sumisa y por ende se evidencia la falta de oportunidades para las mismas, puesto que estas mujeres al vivir en un contexto social discriminatorio piensan que ellas no valen nada y así mismo pierden la creencia en sus habilidades y destrezas para participar en ocupaciones significativas e identificar intereses ocupacionales y es por esta razón su lugar es el campo, donde están sometidas a maltrato intrafamiliar y al no estar informadas de los derechos que las cobijan, se callan y permiten este tipo de actos violentos, a su vez también se presenta desplazamiento forzado por grupos armados así como lo enuncia el artículo (Programa Mujer Rural, Avances, Obstáculos Y Desafíos, 2011), en donde refieren que se han presentado acuerdos internacionales con el fin de reducir la discriminación de las mujeres rurales y a su vez promover la equidad de géneros teniendo en cuenta la vulnerabilidad de las mismas. Las mujeres del sector rural están expuestas al despojo de tierras a consecuencia del conflicto armado y reclutamiento forzado en los diferentes contextos en los cuales se encuentran. De igual forma se observa que las mujeres del sector rural cumple funciones que no deberían estar ejecutando, teniendo en cuenta que el esposo debe ser el encargado de mantener el hogar, mientras que ellas realizan múltiples actividades, empezando por los quehaceres de la casa, la preparación de alimentos, el cuidado de los hijos y el trabajo del campo, por esta razón se ve afectada la participación ocupacional de la mujer, puesto que al realizar tantas actividades, no tiene tiempo libre para ejecutar las actividades de su interés y a su vez la realización de sus roles ocupacionales.

Conclusiones

Se identificaron las características del contexto social como estrato y ubicación de las veredas, económico el salario base de liquidación de la familia de cada mujer de las veredas adscritas al Municipio de Pamplona encontrando que 27 mujeres equivalentes al 46% se encuentran en la edad de 30 a 40 años, el 86% de las mujeres realizaron hasta la básica primaria, el SBL se encuentra por debajo de un salario mínimo en Colombia, en un 93% de las familias se ubican en estrato 1, podemos concluir con este objetivo que tenemos una población en una edad productiva del cual requiere de una orientación ocupacional que pueda aumentar los ingresos en los hogares y sentir satisfacción personal, un alto porcentaje de las mujeres realizaron hasta un determinado nivel de educación básica primaria sin culminarse identificando un alto índice de iletrismo, socialmente son familias ubicadas en estrato 1 sin realmen-

te conocer las personas que realizan la estratificación las condiciones en las que viven y la lejanía de las veredas.

Se Evaluó la participación ocupacional de las mujeres del área rural a través del listado de roles y OPHI II, encontrando saturación de roles en los tres estadios pasado, presente y en el futuro, insatisfacción personal, asignación de roles por sus contextos sociocultural, no trabajan por los intereses, no tienen metas ni proyectos para el futuro, no encontraron sentido y satisfacción en sus estilos de vida en el pasado, en el pasado no se sintieron efectivas de acuerdo a sus habilidades y destrezas por la falta de desarrollo de las mismas por asumir otras ocupaciones que el contexto les exigía, podemos concluir que hay un gran trabajo a realizar por parte de Terapia Ocupacional en todo lo relacionado a dar sentido a la ocupación, orientar ocupacionalmente sin perder su contexto de interacción, a equilibrar sus roles y a que tengan una proyección al futuro

Se Analizaron los resultados obtenidos mediante la aplicación del listado de roles y OPHI II en las mujeres del área rural a través de una estadística descriptiva desarrollada en barras y tortas, así mismo se explicó el análisis cualitativo por medio de narrativas de los informantes claves y el perfil específico-general de vereda.

Se sensibilizó a la población en cuanto a la participación ocupacional y oportunidades laborales en el sector rural para las mujeres del Municipio de Pamplona dando cumplimiento al plan de acción planteado logrando actividades individuales como grupales que facilitaron la motivación hacia hábitos, rutinas, tiempo libre, valores, intereses y ocupación en lo que se encontraron gran colaboración de la comunidad y una perspectiva más global de su rol como mujer en el hogar

Se Estableció la participación ocupacional de la mujer rural a través del perfil de resultados obtenidos donde encontramos que la mujer rural del municipio de Pamplona se encuentra en un desbalance ocupacional de sus roles y siempre su proyección está dada al hogar mas no en ellas como personas, esto descuida su aspecto volitivo y de habituación encontrándose una participación disfuncional.

Es el primer proyecto que realiza el departamento y el municipio con la mujer rural dejando un impacto alto en lo relacionado a la participación ocupacional.

Se logró establecer la alianza estratégica con el sector gubernamental y no gubernamental del municipio para la puesta en marcha de los talleres productivos en el año 2015

Bibliografía

- Bronfenbrenner, 1979, Willard & Spackman, Terapia Ocupacional, Cap. 43.
- Bronfenbrenner, U.; (1979), El modelo ecológico de Bronfenbrenner como marco teórico de la Psicooncología (2002); *Anales de psicología*; (18) 1-16.
- CEÑA, 1993, Vargas C & Villarreal N. Artículo: Programa Mujer Rural, Avances, Obstáculos Y Desafíos, pág. 1.
- Constitución Política de Colombia (1991); Artículo 2, 11, 12, 13, 25,26 y 27.
- DANE; Organización Internacional para las Migraciones; (2012). En Web:<http://www.oim.org.co/noticias/43-reconciliacion-y-reintegracion/2106-mujeres-rurales-de-colombia-comparten-y-sistematizan-sus-experiencias.html>
- Fawaz, Y.; M. J. & Rodríguez-Garcés, C. (2013). Mujeres rurales y trabajo en Chile central. Actitudes, factores y significaciones. *Cuadernos de Desarrollo Rural*, 10 (72), 47-68.
- Fawaz Y.; C. Rodríguez, (2013); Mujeres rurales y trabajo en Chile central. Actitudes, factores y significaciones. 1-22.
- Fernandez.; (2010). PNUD; (2011); Mujeres rurales gestoras de esperanza. *Revista Latinoamericana de Desarrollo Humano*. 1-3

Florez, M.; (2011); Promoción de la Cultura Ciudadana en las Madres titulares del Programa Familias en Acción del sector de Chichira Municipio de Pamplona.

Gómez M; Torres S; Rodríguez M.; (2000); Caracterización del comportamiento ocupacional de personas desplazadas por la violencia. *Revista de la Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia*; 1-8.

Hannam D., en 1997, Willard & Spackman, 8 edición, Editorial Panamericana, Cap. 18.

Hernández; (2006), *Metodología de la Investigación* (2010); México: Mc CRAW HILL.

Hernández, R.; (2010), *Metodología de la Investigación* (2010); México: Mc CRAW HILL.

Hernández, R.; (2003), *Metodología de la Investigación* (2010); México: Mc CRAW HILL.

Hernández, (2003); *Metodología de la Investigación* (2010) Hernández R; México: Mc CRAW HILL.

Hurtado, (2000), *Recolección de la información*, Gallardo, Y. & Moreno, A.

Jaramillo P.; (2006); Pobreza rural en Colombia; *Revista Colombiana de Sociología*. 1-17.

Kielhofner y Henry (1998); *Modelo de Ocupación Humana*, Terapia Ocupacional, Médica Panamericana.

Kielhofner & Mallison (1995); *Modelo de Ocupación Humana*, Terapia Ocupacional, Médica Panamericana.

Kielhofner, Henry, Walens y Rogers, (1991); *Modelo de Ocupación Humana*, Terapia Ocupacional, Médica Panamericana.

Kielhofner, G. (2004). Dimensiones del Hacer; *Modelo de Ocupación Humana* (pp. 130-141); Editorial Medica Panamericana.

Kurt Lewin, 1936 o de Barker y Wright, 1954, Willard & Spackman, Terapia Ocupacional, Cap. 43.

Kronenberg, F.; Salvador S.; Pollard, N.; (2006); Terapia ocupacional en el ámbito social. En Galheigo, S.; (Ed.); *Terapia ocupacional Sin fronteras*; (pp. 85-97); España: Medica panamericana.

Kurt Lewin, (1936); Barker y Wright, (1954); El modelo ecológico de Bronfrenbrenner como marco teórico de la Psicooncología (2002); *Anales de psicología*; (18) 1-16.

Ley 152 de 1994 (Colombia, Congreso de la República de, 1994).

Ley 731 De 2002 (Enero 14). Artículo 2, 3.

Ley 949 de 2005 (marzo 17).

Lewin 1936, Willard & Spackman, Terapia Ocupacional, Cap. 43.

Lewin (1936); El modelo ecológico de Bronfrenbrenner como marco teórico de la Psicooncología (2002); *Anales de psicología*; (18) 1-16.

Mantilla, G.; (2014); Factores que inciden en la emigración de algunos habitantes de la Vereda Monteadentro del Municipio De Pamplona (N. de S.)

Mallison, Mahaffey y Kielhofner (1998); *Modelo de Ocupación Humana*, Terapia Ocupacional, Médica Panamericana.

Mallison, Kielhofner & Mattingly (1996); *Modelo de Ocupación Humana*, Terapia Ocupacional, Médica Panamericana.

Martínez M.; (2006), *Metodología de la Investigación* (2010) Hernández R; México: Mc CRAW HILL.

Martínez, B.; Afonso, A.; Moranchel, M. (2006); Mujeres rurales y acciones afirmativas en programas de desarrollo. El Proder 2, en dos territorios de Castilla – La Mancha; 1-13.

Martínez, B.; Afonso, A. (p); Moranchel, M. (2006) Mujeres rurales y acciones afirmativas en programas de desarrollo. El Proder 2, en dos territorios de Castilla – La Mancha; *12th International Conference on Project Engineering*.

- Mogollón, L.; (2013); Sentido y Significado de las Ocupaciones de las Mujeres del Cabildo Indígena de Suba. Perspectivas desde Terapia Ocupacional. 1-115.
- Oakley, Kielhofner y Barris, (1985); *Modelo de Ocupación Humana*, Terapia Ocupacional, Médica Panamericana.
- Oakley, Kielhofner, Barris & Reichler, 1986, Pezulli, (1988); *Modelo de Ocupación Humana*, Terapia Ocupacional, Médica Panamericana.
- Ochoa, D.; Orjuela, M.; (2013); Desplazamiento forzado y la pobreza de la mujer colombiana, (Vol. 9) Paginas 1-83
- Ochoa D.; Orjuela M.; (2013); El desplazamiento forzado y la pobreza de la mujer colombiana; 1-18.
- Patton, (2002); Mcleod y Thompson, (2009); *Metodología de la Investigación* (2010); México: Mc CRAW HILL.
- Perfil Ocupacional Inicial del Modelo de la Ocupación Humana, versión 2.0 Derechos Reservados, 2004, pág. 1.
- Pedreiras, L.; (2013); *Visión Ocupacional de las últimas seis décadas en el ámbito rural de Galicia*. 1-73.
- Plan Decenal de Salud Pública (2012 – 2021). En web: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>
- Rodríguez, J.; (2010); Sistematización de una experiencia de caracterización de la población rural del Municipio de Pamplona, proyectada al mejoramiento de sus condiciones y calidad de vida.
- Rusque M. (2003); *Metodología de la Investigación* (2010) Hernández R; México: Mc CRAW HILL.
- Sandín, E.; (2003), Hernández, R.; *Metodología de la Investigación* (2010). México: Mc CRAW HILL.
- Slater vs. Baker & Stapleton (1767) Cfr. Galán Cortés Julio César, Responsabilidad civil médica. En web: http://www.tesis.uchile.cl/bitstream/handle/2250/110869/de-astorga_j.pdf?sequence=1
- Slater vs. Baker & Stapleton, Cfr. Galán Cortés Julio César, Responsabilidad civil médica.
- Tamayo y Tamayo M. (2003), *Metodología de la Investigación* (2010). Hernández R; México: Mc CRAW HILL.
- Willard & Spackman, Terapia Ocupacional, Cap. 43, p 435.
- Wilcock, 2011, Willard & Spackman, 8 edición, Editorial Panamericana, Cap. 18.
- Wilcock, (2002); *Terapia Ocupacional (9 edición)*; China: Editorial Médica Panamericana.
- Wilcock & Townsend, 2008). *Asociación Americana de Terapia Ocupacional AOTA, (2010)*.
- I CONGRESO CHILENO Y VIII JORNADAS NACIONALES DE T.O; (2013 Septiembre) *Cincuenta años de terapia ocupacional en Chile: prácticas, epistemologías y realidades locales*; Chile.

Mesa 10

Rehabilitación física

Dignidad Ocupacional en personas con secuelas secundarias a daño neurológico severo

Autores: Neumann Collyer, Vivian; Hernández Perez, Karla
Correo electrónico: vivianneumann@santotomas.cl

Resumen

La Terapia Ocupacional desde un enfoque contemporáneo está centrada en la participación ocupacional de las personas y tiene como objetivo principal dotar a los individuos, organizaciones o poblaciones que interviene, de los recursos necesarios para su bienestar ocupacional, aprovechando todas las capacidades individuales, colectivas, los recursos cotidianos y el entorno para esto. (Crepeau 2011)

Según los planteamientos de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional, la terapia ocupacional asegura el compromiso con la justicia ocupacional (Aviles Alvarez A, 2010) de las personas, lo cual quiere decir, que indistinto de las características de la situación de discapacidad que presenta una persona, éstas tienen el derecho a lograr participar de las ocupaciones humanas. Esto se vincula con un concepto mayor, propio a la característica de humanidad de nuestra especie, la cual se denomina dignidad humana, a partir de estos dos términos, la experiencia clínica y académica de las autoras en intervención de personas con secuelas secundarias a daño neurológico severo, generan el concepto Dignidad Ocupacional, que hace referencia a que toda persona tiene derecho a disfrutar dignamente de experiencias ocupacionales a pesar de no contar con las destrezas de desempeño necesarias para involucrarse en ellas de manera independiente.

Desarrollo

La ocupación se define como "actividades diarias que reflejan valores culturales, proveen estructura de vida, y significado a los individuos, estas actividades se relacionan con las necesidades humanas de auto-cuidado, disfrute y participación en la sociedad (Crepeau, Cohn y Schell, 2003, p.1031) en (Aviles Alvarez A, 2010). Los componentes ocupacionales en la vida de los individuos son fundamentales para su salud, bienestar y dignidad personal.

El término dignidad personal hace referencia a la sensación de que uno está en control de su vida y el sentimiento de que ésta es valiosa. (Mariska G. Oosterveld-Vlug^{1*}, 2013). Gallagher et al. (2008) discuten el significado de la dignidad en profundidad y la definen como "algo como ser valorado o valer". Dignidad puede ser vista como "dignidad humana" en una parte intrínseca del ser humano, que todo el mundo tiene y no se puede perder y también como concepto subjetivo que las personas pueden percibir de manera diferente.

Bajo esta concepción, las autoras entienden que la dignidad humana se relaciona directamente con la esencia de la terapia ocupacional desde su mirada más epistemológica.

Las ocupaciones son un derecho de las personas, algunas tienen mayor importancia en algunas etapas de la vida, por ejemplo el juego es la ocupación más importante en la niñez; a partir de la aplicación del concepto de justicia social a la terapia ocupacional surge el término justicia ocupacional, que describe el compromiso de la profesión con la ética, moral y factores cívicos que pueden apoyar o limitar el compromiso de promover la salud con las ocupaciones y la participación en el domicilio y en la vida en comunidad. La justicia ocupacional asegura que a las personas se les brinde la oportunidad para una total

participación en esas ocupaciones en las cuales optan por comprometerse; (Christiansen y Townsend 2004, pag.278) en (Aviles Alvarez A, 2010) cuando no es posible este compromiso porque la persona no se encuentra en las condiciones optimas para éste, es deber de la sociedad otorgarle las oportunidades para una participación ocupacional acorde a sus posibilidades.

La terapia ocupacional, asegura el compromiso con la justicia ocupacional de las personas, en los individuos que poseen daño neurológico severo, las autoras han observado en su experiencia clínica, que algunas personas que trabajan en los cuidados de los usuarios e incluso algunos familiares piensan y creen que solo necesitan el confort y la satisfacción de sus necesidades de autocuidado mínimas, sin embargo para los terapeutas ocupacionales y en general para los profesionales de la salud, éstos son personas sujetas a derechos, dignas y que merecen un trato igualitario y el esfuerzo por satisfacer las ocupaciones que ellos por si mismos no pueden realizar.

Dentro del término daño neurológico severo las autoras consideran, población infanto juvenil y adulta con secuelas secundarias a Parálisis Cerebral, Síndromes genéticos y/o metabólicos, Traumatismos Encéfalo Craneanos, Enfermedad Cerebro Vascular, Tumores del sistema Nervioso Central, Enfermedades Neurodegenerativas.

Según la nomenclatura actualizada de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (Aviles Alvarez A, 2010), las ocupaciones incluyen las actividades de la vida diaria básicas, actividades de la vida diaria instrumentales, descanso y sueño; educación, trabajo, juego, ocio y tiempo libre y participación social, por lo tanto ser un ser humano es ser un individuo ocupacional. La ocupación es un imperativo biológico, evidente en la historia evolutiva de la humanidad, en los comportamientos actuales de nuestros familiares primates y en las necesidades de supervivencia que se deben cubrir a través de la ocupación (Clark, 1997, Krishnagiri, 2000; Wilock, 1998; Wood, 1998) en (Crepeau, 2011)

Las personas que presentan daño neurológico severo, independiente de su edad y de las causas de éste, pueden presentar discapacidades funcionales de diversa magnitud, incluyendo alteraciones neurológicas, cognitivas, conductuales, musculo esqueléticas, cardiorrespiratorias, nutricionales, esfinterianas, cutáneas, entre otras, que pueden conllevar a una pérdida total en su desempeño ocupacional. (Polonio B., 2010)

A partir de los conceptos de justicia ocupacional y dignidad humana, las autoras desarrollan el concepto Dignidad Ocupacional, término que hace referencia a que toda persona tiene derecho a disfrutar dignamente de experiencias ocupacionales a pesar de no contar con las destrezas (motoras, cognitivas, sensoriales, entre otras.) para involucrarse en ellas de manera independiente. Es tarea de la familia, cuidadores, profesionales tratantes, entre otros, velar porque la persona mantenga su dignidad ocupacional, esto se puede ver reflejado por ejemplo en una alimentación digna, donde sin importar en qué condiciones esté el individuo ésta le sea entregada en un ambiente adecuado, con una posición correcta y en el orden común.

Considerando las áreas de ocupación, si bien no podrán realizar todas éstas, las autoras piensan que es necesario lograr una participación en algunas de ellas, como lo son las AVDB, tiempo libre y participación social; las personas que tienen un daño neurológico severo no necesariamente están desconectadas del mundo exterior, su conexión es distinta y generalmente está ligada a los sistemas sensoriales, por lo tanto tienen el derecho a participar de actividades que les ofrezcan estímulos de este tipo como escuchar música, escuchar una lectura, oler, sentir, estar en un almuerzo familiar y percibir a las personas que le son familiares.

Desde el concepto de Dignidad Ocupacional, las autoras consideran, se deben respetar los gustos de la persona en la medida que ésta pueda manifestarlos, o identificar las preferencias previas al daño cerebral y procurar satisfacerlas respetando su ciclo vital, a si mismo se hace imprescindible desde el abordaje de la terapia ocupacional, establecer

una rutina ocupacional variada, ya que ésta facilita la organización del tiempo de la familia/cuidador y asegura la participación de la persona en las diversas ocupaciones.

Conclusiones

Las personas con daño cerebral severo pueden presentar, por diversas razones, una inhabilidad temporal o permanente para participar libre y activamente en las ocupaciones, éstas muestran diversas implicancias sanitarias con múltiples secuelas dependientes de la magnitud y topografía de la lesión cerebral, las que pueden incluir alteraciones motoras, cognitivas, sensoriales, emocionales y conductuales, a lo que se suman las posibles complicaciones secundarias a la condición de salud de las mismas, lo cual se traduce en grados variables de situaciones de discapacidad, nuevas rutinas, roles familiares, impacto en el cuidador, costes de la mantención para la familia y el estado, entre otras.

La atención centrada en la persona se establece a través de los esfuerzos cooperativos de la familia/cuidadores y los terapeutas ocupacionales, existiendo respeto de las creencias, valores, rutinas, que rodean al individuo para así conseguir la dignidad ocupacional.

Al hablar de Dignidad Ocupacional, se hace necesario que el TO trabaje con los familiares/cuidadores en el hecho de que independiente del daño que tenga la persona, ésta debe ser respetada en sus derechos humanos y por lo tanto en la promoción de la adecuada calidad de vida, por lo que es fundamental incorporarlo lo más posible a las actividades cotidianas familiares y en la comunidad, así como aconsejar y entrenar a los cuidadores sobre el manejo de la persona en su día a día, recomendando las adaptaciones y actividades necesarias que proporcionen al individuo el mayor nivel de bienestar.

Bibliografía

- Akio Koizumi, (2013) Department of health and environmental sciences, Kyoto University Graduate school of Medicine, Japan, *Industrial Health* 2013, 51, 371-372
- Aviles Alvarez A, M. P. (2010). *Terapia- Ocupacional .com*. Recuperado el 11 de 04 de 2014, de <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf>
- Cameron J et al, (2014) Stroke Survivors', Caregivers', and Health Care Professionals' Perspectives on the Weekend Pass to Facilitate Transition Home. *J Rehabil Med* 2014; 46: 858-863
- Crepeau, E, Cohn E, Boyt B, Willard and Spackman *Terapia Ocupacional*. (2011)
- ¿Qué es la ocupación? (págs. 15-20) Conocimiento de las perspectivas de la familia sobre la enfermedad y la experiencia de la discapacidad (pág. 33-42) *Practica Contemporánea de la terapia ocupacional en los estados Unidos* (pág. 217-220) Editorial Médica Panamericana.
- Grieve J, Gnasekarm L. (2009) *Neuropsicología para Terapeutas Ocupacionales, Ocupación y rehabilitación cognitiva* (pag.2). Editorial Médica Panamericana.
- Harris, R. (2014). Proxy assessment of personal dignity: We need to be aware of the limitations. *International Journal of Nursing Studies* .
- Herrera A, Guzmán A. (2012) Reflexiones sobre calidad de vida, dignidad y envejecimiento. *REV. MED. CLIN. CONDES* - 2012; 23(1) 65-76]
- Isis E. van Gennip a,*, H. Roeline W. Pasman a, Mariska G. Oosterveld-Vlug a, Dick L. Willems b, Bregje D. Onwuteaka-Philipsen, (2013) The development of a model of dignity in illness based on qualitative interviews with seriously ill patients *International Journal of Nursing Studies* 50 (2013) 1080-1089
- Merlos, E. v., & Jimenez, M. s. (2010). Manual teórico práctico de terapia ocupacional, intervención desde la infancia a la vejez. En E. S. Durán, *Terapia Ocupacional en un caso de accidente cerebrovascular* (pág. 112). Monsa-Prayma Ediciones.

- Morales-Martín AM, Schmidt-Riovalle J, García-García I. Knowledge of the Andalusian legislation on dignified death and perception on the formation in attention to terminally ill patients of health sciences students at Universidad de Granada, Spain. *Invest Educ Enferm*. 2012; 30(2): 215-223. Original article • Artículo original • Artigo original
- Oosterveld-Vlug et al. :(2014) Assessing the validity and intra-observer agreement of the MIDAM-LTC; an instrument measuring factors that influence personal dignity in long-term care facilities. *Health and Quality of Life Outcomes* 12:17.
- Oosterveld-Vlug MG, Pasman HRW, van Gennip IE, Willems DL, Onwuteaka-Philipsen BD (2013) Changes in the Personal Dignity of Nursing Home Residents: A Longitudinal Qualitative Interview Study. *PLoS ONE* 8(9): e73822. doi:10.1371
- Polonio, B, Romero D.M, (2010) Terapia ocupacional aplicada al daño cerebral adquirido. Etiopatogenia, fisiopatología y manifestaciones clínicas del daño Cerebral, (pág., 89-90) Editorial Médica Panamericana

Una mirada diferente sobre la ocupación en los procesos de intervención de Terapia Ocupacional en pacientes con Accidentes Cerebro Vasculares. Abordaje desde la teoría neurocognitiva

Autores: Claudia Fabiana Rivelli ; Cyntia Eleonora Fraga
Correo electrónico: claudiarivelli@yahoo.com.ar

Resumen

Hoy en día el ACV es una de las principales causas de discapacidad en los adultos, provocando como consecuencia en los mismos una nueva relación con su cuerpo, con su ser...

Como terapeutas ocupacionales son muchos los abordajes que aplicamos en el tratamiento de los pacientes con daño cerebral adquirido para restaurar las funciones y estructuras corporales (CIF) dañadas.

La intensidad con la que vivimos nuestras ocupaciones, la inmediatez característica de estos tiempos también se traduce en los tratamientos, anhelando que el paciente alcance rápidamente la mayor independencia posible para poder ejecutar al menos sus actividades básicas. De esta manera, aquella persona que sufrió un ictus, queda expuesta a una exigencia mayor de la que su cerebro puede resolver.

Nuestro aporte a la Terapia Ocupacional, es una mirada diferente al desempeño ocupacional en el siglo XXI en la neurorehabilitación; virando el propósito de la intervención en el inicio del tratamiento, basándonos en la teoría neurocognitiva desarrollada por el Dr. Carlo Perfetti

Introducción

En la actualidad son muchos los abordajes que implementamos como Terapeutas ocupacionales en el tratamiento de los pacientes con patologías neurológicas para restaurar las funciones y estructuras corporales (CIF) dañadas. Existen marcos de referencias más conocidos e implementados como neurodesarrollo (Bobath, Brunnstrom, Kabat, Rood) quienes abordan desde el concepto de inhibición-facilitación de la actividad refleja para provocar movimiento basándose en el desarrollo psicomotor, sin que se requiera la participación conciente de la persona. Los Marcos de referencia perceptivo-cognitivo, tal como el enfoque de Affolter: es un método que proporciona al paciente estímulos cinestésicos y táctiles a través de la conexión entre el movimiento y su efecto sobre los objetos¹. Dentro de este marco podríamos citar también al "Ejercicio terapéutico cognoscitivo" más conocido como Método Perfetti, quien sostiene que "la recuperación se ha de interpretar como estrechamente dependiente de la activación de una serie de procesos cognoscitivos de cuya precisión se deriva la calidad de la rehabilitación".²

Si bien el Dr Carlo Perfetti inicio sus investigaciones en la década del 70 en Italia, actualmente se aplica en diversos países. En la Argentina se ha comenzado a utilizar recientemente como otro modo de abordaje en el tratamiento de pacientes con daño cerebral adquirido y aun no se cuenta con evidencia escrita de su aplicación en nuestro país.

¹ "Revista Asturiana de T.O." n 10. 2013 "Eficacia de la aplicación del método Affolter en daño cerebral adquirido" 16-21

² Perfetti Carlo. 1999 "El ejercicio terapéutico cognoscitivo para la reeducación motora del hemipléjico adulto". EDIKA MED (Barcelona). Pág. 4

Desarrollo

Sin perder de vista el Marco de trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional, que se desarrolló "para articular la contribución de la terapia ocupacional en la promoción de la salud y la participación de las personas,... hacia un compromiso con la ocupación"³ nos preguntamos si tiene sentido priorizar en el plan de intervención el promover y facilitar actividades, en una persona que ha sufrido recientemente un ictus; o plantear como objetivo independizar al paciente en sus Actividades de la vida diaria (AVD) inmediatamente después del ataque.

Neurofisiológicamente, la persona que sufrió un ictus se encuentra en un periodo de diáspasis, fenómeno fisiológico basado en la depresión reversible de funciones conectadas anatómica o funcionalmente al área lesionada. Por lo tanto el cerebro no está preparado en ese momento para desempeñarse en una actividad. Se produce una hiperactivación del hemisferio contralateral y de estructuras del hemisferio lesionado, responsables de generar una irradiación exagerada. El cerebro dañado suele presentar dificultades para atender a las informaciones que demandan las tareas, percibir su cuerpo e interrelacionarse con los objetos para generar un movimiento que lo lleve a satisfacer la necesidad de desempeño exigido por el entorno.

En la teoría neurocognitiva se sostiene que "la interrelación adecuada del hombre con el entorno dependería, no solamente del movimiento, sino también de procesos cognitivos, cuya activación está presente en cualquier situación de aprendizaje, bien sea en condiciones normales o en condiciones patológicas"⁴. La intervención apunta a construir la información a través de la percepción, atención, memoria, lenguaje y la representación mental para enseñar el comportamiento organizado del movimiento a nivel cerebral, asegurándonos así la calidad de recuperación, premisa fundamental en esta teoría. Partimos del concepto mente-cuerpo como unidad indisoluble, detrás de todo movimiento existe una motivación, que nos lleva a poner en acto una intención.

En la teoría del *Ejercicio Terapéutico Cognoscitivo*, se considera al movimiento no como una simple contracción muscular sino como resultado de una activación más compleja que nace en el cerebro. "De hecho, cualquier alteración biológica de nuestro sistema nervioso modifica nuestra capacidad cognitiva (Maturana 1990), al igual que todo conocimiento o aprendizaje nuevo modificaran el sistema nervioso central"⁵. Perfetti comenzó a desarrollar las bases de su método de tratamiento de forma empírica, en torno a tres elementos: la motilidad de la mano y su dificultad en la recuperación, la sensibilidad táctil en relación al movimiento y la atención en relación al acto del conocer.

Las bases neurofisiológicas del E.T.C. se basan en las investigaciones de Strick y Preston que en 1982 publicaron trabajos haciendo referencia al área 4 motora que contenía diversas representaciones de la mano y sus movimientos: una controlada por las aferencias de músculos y articulaciones y otra representación para la información táctil, demostrando la relación existente del movimiento con el tacto. Según Mezernich y Kaas (1980) existen doce representaciones de la mano en función a su uso en un ambiente específico vinculado a la experiencia adquirida. Mountcastle demuestra la importancia en llevar a cabo un movimiento con atención para la activación de diferentes áreas corticales.

Para lograr el desempeño en una ocupación significativa, no debemos empezar sólo por facilitar el movimiento, como refiere Bobath "La actividad refleja postural normal forma la base necesaria para los movimientos normales y las habilidades funcionales"⁶; sino que es nece-

³ American Occupational Therapy Association. 2008. "Marco de trabajo para la práctica de terapia ocupacional: dominio y proceso, 2da edición"

⁴ Polonio-Romero. 2010. "Terapia Ocupacional aplicada al daño cerebral adquirido" Editorial medica Panamericana (Madrid) 270-280

⁵ Perfetti Carlo. 1999 "El ejercicio terapéutico cognoscitivo para la reeducación motora del hemipléjico adulto". EDIKA MED (Barcelona). Pág. 5.

⁶ Berta Bobath. 1990. "Hemiplejía del adulto: evaluación y tratamiento" Tercera edición. Editorial Panamericana (Argentina) 19

sario promover la activación de procesos cognitivos que lleven al paciente a establecer su relación con el entorno, considerando al cuerpo una superficie receptora capaz de fragmentarse, facilitando que emerja el movimiento de forma espontánea, como un acto de aprendizaje. (Perfetti) A través de esta teoría, "se favorece la recogida de información de una forma organizada y la activación selectiva de una serie de procesos cognoscitivos muy precisos, con el fin de ayudar a la elaboración de una respuesta motora bien adaptada, según las capacidades del paciente"⁷.

Objetivo: Contribuir con la divulgación de nuevos aportes a la terapia ocupacional en Argentina en el proceso de intervención del paciente con daño cerebral adquirido, ya que hasta el momento se carece de alguna evidencia escrita, que dé cuenta de una articulación clínica entre la teoría neurocognitiva (método Perfetti) y dicha disciplina.

Material y métodos: E.T.C. introduce ejercicios en los que de manera conciente utiliza aferencias propioceptivas, cinestésicas y exteroceptivas en relación con las informaciones visuales, es por este motivo que la intervención se realiza con la visión ocluida. Mediante la utilización de elementos de diversas formas, tamaños, consistencias denominados subsidios se ponen de manifiesto tres instrumentos que caracterizan la intervención: el problema, la hipótesis perceptiva y la verificación.

Se abordó con ETC a F. de 41 años, evaluado en el servicio de T.O. a los dos meses de haber sufrido un ACV isquémico, presentando hemiplejía FBC izquierda. De la entrevista se obtuvo el perfil ocupacional: empleado administrativo en empresa de ventas, actualmente con licencia médica. Ocupación de ocio y tiempo libre: manejo de PC, redes sociales, salidas con amigos. Es divorciado y tiene dos hijos de 16 y 11 años. Previamente al ACV vivía solo, luego con su madre quien lo asiste.

Se tomó la medida de independencia funcional (FIM) que arrojó el resultado de: 99/126: requiere mínima asistencia en baño y vestido; supervisión/apoyo en comida, aseo y toilette; en el área de locomoción: tiene independencia relativa para pasajes y sanitarios, requiere supervisión en baño/ducha y locomoción, asistencia moderada en escaleras; independencia absoluta en memoria, expresión y comprensión; requiere supervisión/estímulo para la resolución de problemas.

Se identifica el perfil cognoscitivo a través de la exploración de la sensibilidad táctil: s/p; discriminativa, propioceptiva, cinestesia y Batiestesia: todas alteradas. Mediante una evaluación subjetiva con tablero y formas (subsidio) se observó déficits en atención dividida y alterna.

Se evaluó para determinar el comportamiento patológico: los esquemas elementales (concepto que utiliza el método para definir los movimientos estereotipados y sinérgicos que presentan los pacientes con lesión central), se determinó en función a las etapas de recuperación de Brunnstrom que se encontraba en una etapa 3 (sinergia flexora en MSI y mano). También la Reacción exagerada al estiramiento, (que determina la resistencia a la extensión de un segmento cuanto mayor sea la velocidad en la que se realiza la maniobra) mediante la escala de Ashworth: 2. Irradiación aumentada por presencia de reacciones asociadas que se evidencian a través de la observación directa frente a un subsidio de reconocimiento de formas en el espacio. No posee reclutamiento motor.

F. fue abordado a través del concepto de Perfetti, E.T.C. durante un año de tratamiento, asistiendo a T.O. con una frecuencia de dos veces a la semana, en sesiones de 45 min.

En un principio se trabajó con ejercicios de primer grado para el control de la reacción exagerada al estiramiento (REAE). Se le plantea como problema cognoscitivo: *el reconocer* figuras, tamaños, desplazamientos a través de los diferentes subsidios mediante la modalidad táctil – cinestésica, implicaba operaciones de carácter espacial, dirección de movimiento, y contacto. Es el terapeuta quien debe constatar la hipótesis perceptiva creada por el paciente, quien selecciona las informaciones relevantes (perceptuales y cognitivas) de su cuerpo para

⁷ Polonio-Romero. 2010. "Terapia Ocupacional aplicada al daño cerebral adquirido" Editorial medica Panamericana (Madrid) 270-280

solucionar el problema por medio de la fragmentación de algunos segmentos corporales (hombro, codo, muñeca y dedos) para luego verificar cómo construyó la información, transformando las diferencias físicas en cognitivas, a partir de sus experiencias previas a la lesión. Cuando se observó el control de la REAE se comenzó con los ejercicios de segundo grado para adquirir dominio sobre la irradiación anormal donde se le solicita contracción muscular voluntaria con la asistencia y guía del T.O. de manera tal que el gesto no genere irradiación anómala, mediante el tablero con otras formas geométricas o letras de distintos tamaños, prono supinadores, siempre con la misma modalidad de intervención. También a nivel distal promoviendo prensiones por movimiento del pulgar en forma activo asistida con reglas de distintos tamaños donde F. reconoce a través de la propiocepción y cinestesia la distancia entre el pulgar y los dedos, con adecuada hipótesis perceptiva, verificando estas prensiones representadas en su memoria. Luego se incorporó ejercicios de tercer grado para aprender a adaptar el movimiento, a través del control aplicado a la intensidad, espacialidad y temporalidad del mismo. En este caso se trabajó con los mismos subsidios siendo Él quien ejecuta y controla el movimiento en forma activa, con calidad de movimiento y sin compensaciones, mediante la modalidad cinestésica.

En cuanto a los alcances y limitaciones de éste método consideramos que sería conveniente contar con evaluaciones estandarizadas propias que posibilite realizar estadísticas para corroborar su eficacia. Por otro lado, esta modalidad de abordaje requiere de un trabajo personalizado con el paciente, lo cual dista bastante del tipo de servicio que con frecuencia se suele brindar en los centros de rehabilitación en la Argentina (modalidad "individual - grupal"). Si bien la teoría contempla a todo paciente con lesión central, hemos dejado como criterio de exclusión a pacientes con deterioro cognitivo severos y afasia de comprensión.

Resultados: Después de un año de ser tratado se observó: incremento del registro perceptual, recuperó movimiento voluntario Brunnstrom 5 en el miembro superior y mano, integró el MSI en el desempeño de las AVD, obteniendo FIM: 125/126 (Alimentación: con ayuda técnica). F. volvió a vivir solo y se reincorporó a su trabajo.

Conclusiones: Los resultados obtenidos a partir de este nuevo enfoque en el caso presentado han superado ampliamente nuestras expectativas, se ha observado notables mejorías en el paciente obteniendo calidad de movimiento espontáneo y una gran percepción en el reconocimiento de las distintas partes de su cuerpo en el hacer con el entorno, obedeciendo a aquella frase del Dr. Carlo Perfetti que "el cuerpo es una superficie receptorial capaz de fragmentarse", y que necesariamente para que haya aprendizaje certero es necesidad Sine qua non la re-educación de las funciones mentales específicas y sensoriales (CIF) y no solo la mera repetición en actividades propositivas.

"Aprender a hacer algo significa que debemos aprehender la experiencia: aprender cómo se siente"⁸.

Bibliografía

- Strick, P.L. y Preston, J.B. (1982) Two representations of the hand in area 4 of a primate I. Motor output organization "Journal of Neurophysiology, 48: pp. 139-149
- Merzenich MM, Kaas J. "Principles of organization of sensoryperceptual systems in mammals". 1980;9 (1)
- Tratado de Neurología Clínica. F. Micheli - M. Nogues - J. Asconape y otros. Buenos Aires. Ed. Panamericana 2002
- Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud - OMS (2001). www.ifc.org

⁸ Gary Kielhofner.2004."Terapia Ocupacional. Modelo de Ocupación Humana, Teoría y Aplicación" Editorial Panamericana (Argentina) Pág. 99

- Berta Bobath. 1990. "Hemiplejia del adulto: evaluación y tratamiento" Tercera edición. Editorial Panamericana (Argentina)
- Polonio-Romero. 2010."Terapia Ocupacional aplicada al daño cerebral adquirido" Editorial medica P Polonio-Romero. 2010."Terapia Ocupacional aplicada al daño cerebral adquirido" Editorial medica Panamericana (Madrid)
- Perfetti Carlo. 1999 "El ejercicio terapéutico cognoscitivo para la reeducación motora del hemipléjico adulto". EDIKA MED (Barcelona).
- "Revista Asturiana de T.O." n 10. 2013 "Eficacia de la aplicación del método Affolter en daño cerebral adquirido"
- American Occupational Therapy Association. 2008."Marco de trabajo para la práctica de terapia ocupacional: dominio y proceso,2da edición"

Programa de Tecnología Asistiva y Estimulación Contingente para personas con alteración de la conciencia: experiencia de un caso clínico

Autor: Lucila Carcavallo, Natalia Meda, Ivana Triay, Valeria Prodan, Daniel Villanueva

Correo electrónico: lucilacarcavallo@gmail.com

Resumen

La evolución de las diferentes estrategias terapéuticas para las personas con alteración de la conciencia, nos lleva a incorporar la tecnología para evaluar, estimular y aumentar el nivel de respuesta en ésta población de pacientes. El propósito de éste trabajo es describir el *Programa de Tecnología Asistiva y Estimulación contingente (PTAyEC)* implementado para pacientes con diagnóstico de Síndrome de vigilia sin respuesta (SVSR) y Mínima Conciencia (MC); a través de un caso clínico. Método: se utiliza una evaluación desarrollada para el PTAyEC, se filman un total de 20 sesiones para registrar las respuestas observadas, y se diseña una secuencia AB en donde A representa la *Etapas Base* (sin feedback) y B la *Etapas de Intervención* (con feedback de interés). Resultados: A través del PTAyEC se registra que en la etapa B el promedio de respuestas, del paciente, es el doble que en la etapa A. Conclusión: Consideramos que fue beneficioso el PTAyEC para el paciente, con resultados cualitativos como cuantitativos. La evidencia bibliográfica nos incita a continuar implementando esta nueva modalidad de abordaje en paralelo con Estimulación Multisensorial .

Introducción

Las personas con diagnóstico de MC (1) y SVSR (2) presentan una lesión anatomopatológica similar, con importantes deficiencias en las funciones y estructuras corporales que limitan severamente su interacción con el entorno (3).

El término SVSR, que actualmente intenta reemplazar al de 'Estado Vegetativo', fue propuesto en 2010 por Laureys et al.; definiéndolo como un estado en el cual el paciente presenta apertura ocular espontánea o con estimulación, ciclo sueño-vigilia conservado y no hay evidencia de conciencia de si mismo y del entorno.

En la clínica, para diagnosticar MC (1) debe existir evidencia limitada pero claramente discernible de conciencia de uno mismo o del entorno, de forma sostenida y reproducible.

Las estrategias de intervención, que hoy en día se están utilizando, para ésta población de pacientes son: I) Estimulación cerebral profunda y magnética transcortical, II) Estimulación multisensorial y musicoterapia, III) Estimulación contingente (EC) y Tecnología Asistiva (TA).

Según Lanconi et al., estas formas de abordaje son claramente diferentes pero en un proceso de intervención todas pueden ser tenidas en cuenta (4). El autor en varios de sus artículos implementa la EC (estimulación que ocurre en relación a la respuesta del paciente) y TA en pacientes con MC o SVSR (5;6;7;8;9); reportando cambios funcionales y estadísticos significativos, que fueron medidos por escalas de evaluación específicas o por promedio de respuestas (4).

A diferencia de las otras dos modalidades de abordaje, la EC y TA, no solo enriquece al paciente con input sensorial, sino que promueve su rol activo en la búsqueda de ese input. El objetivo final es ayudar a desarrollar y consolidar mínimas respuestas que le permitan acceder al estímulo e interactuar con el entorno a través de uno o más dispositivos de TA. Con práctica y repetición se busca que el paciente "aprenda", es decir, que construya una asocia-

ción entre las respuestas y el efecto positivo (herramienta motivacional) para comprometerse con la actividad, interactuar y comunicarse; con resultados beneficiosos en su nivel y contenido de la conciencia.

En la revisión bibliográfica realizada no se ha encontrado, en Latinoamérica, evidencia científica de la implementación de ésta última modalidad de abordaje en ésta población de pacientes.

En el Centro de Rehabilitación, FLENI Escobar¹, hace 10 años funciona un *Gimnasio Protegido* que atiende especialmente a pacientes con diagnóstico de MC y SVSR de forma interdisciplinaria (Fonoaudiología, Kinesiología, Musicoterapia, Terapia Ocupacional, Enfermería y Neurólogo) en el cual se desarrolla un *Programa de Estimulación Sensorial y Motora (PESYM)*. El abordaje es multisensorial y una vez a la semana se evalúa a cada paciente con la Coma Recovery Scale-Revised (CRS-R) (10).

Hace 8 meses se comenzó a implementar, de forma complementaria, el *Programa de Tecnología Asistiva (PTA)* en el *Gimnasio Protegido*; basándose en la EC y TA. Son varios los artículos que demuestran el beneficio de programas con ésta modalidad de abordaje para pacientes con alteración de la conciencia (11; 12; 4; 13; 14; 15;).

En FLENI, ambos programas se complementan buscando: optimizar la recuperación del nivel y contenido de conciencia; restablecer la capacidad de una respuesta consistente; prevenir la privación sensorial; capacitar a la familia en el cuidado y la estimulación del paciente.

El PTA, busca específicamente: evaluar el nivel de respuesta del paciente con el uso de dispositivos de TA; promover la estimulación sensitivo - motora y cognitiva; aumentar y/o mantener el nivel de respuesta con el uso de dispositivos de TA.

El propósito de este trabajo es describir el PTA implementado para pacientes con alteración de la conciencia, a través de un caso clínico. Detallar I) Evaluación utilizada II) Objetivos de tratamiento III) Recursos seleccionados IV) Modalidad de abordaje.

Método

I. La *Evaluación de Tecnología Asistiva para personas con SVSR y MC*, contiene 5 secciones en las que se registran: i) Nivel de la CRS-R y Escala de Rancho de los Amigos (ERLA) semanal; ii) Posicionamiento, adaptaciones funcionales y comportamiento del paciente en 60 segundos de observación; iii) Punto de acceso², hardware y software seleccionados; iv) Nivel de respuesta en *Etapas Base* (sin feedback) y en *Etapas de Intervención* (con feedback) durante 180 segundos. La evaluación debe ser filmada a fin de poder completar la grilla lo más detalladamente posible.

II. Pedro tiene 26 años, en febrero del 2014 sufrió politraumatismo por accidente en vía pública. Ingresó al Gimnasio Protegido en julio del 2014, presentando un diagnóstico de SVSR, con un II en la Escala Rancho Los Amigos (ERLA) y un total de 8/23 en la CRS-R (2 Función auditiva, 1 Función visual, 2 en Función motora, 1 en Función verbal, 0 en Comunicación, 2 en Alerta). Los Terapeutas y familiares referían que Pedro se reía en congruencia al estímulo presentado (chistes o situaciones graciosas del Gimnasio). Es así como inicia el PTA en septiembre del mismo año con los objetivos de I) evaluar el nivel de respuesta II) aumentar las respuestas observadas con el uso de dispositivos de TA.

III. A partir de la información recabada, se seleccionan sonidos graciosos (flatulencias, eructos, chistes) y neutros (aplausos, de agua cayendo y chistes sin sentido). Asimismo, se le solicita a la familia videos con mensajes de amigos/familiares y música de su interés. Al presentar seguimiento visual ante un estímulo, acompañado con movimiento cefálico, se selec-

¹ Fundación contra la lucha de las enfermedades neurológicas infantiles.

² Se refiere a la estructura corporal del paciente que es seleccionada para activar un dispositivo de tecnología asistiva.

cional la cabeza como punto de acceso al estímulo de interés. Los dispositivos de TA elegidos fueron un switch (0.07kgf) colocado sobre un sistema de montaje para silla de ruedas y conectado a un mouse adaptado. El paciente al tocar el switch, activa el click izquierdo del mouse y enciende el estímulo de interés.

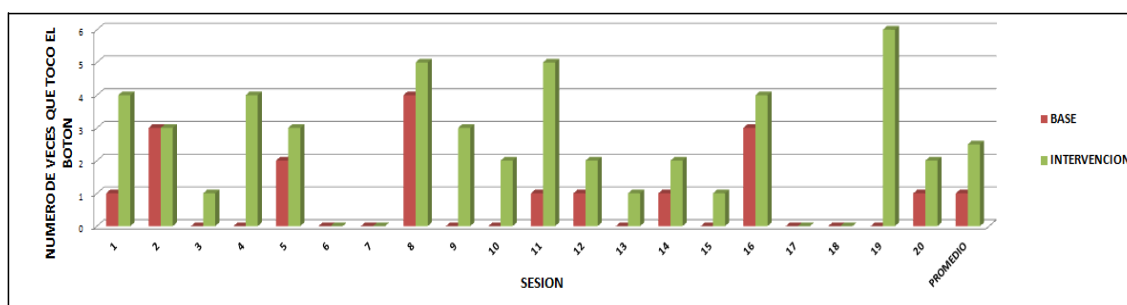
IV. Se realizaron 20 sesiones de 30 minutos cada una, dos veces por semana y se llevaron a cabo en el *Gimnasio Protegido*. Se diseñó una secuencia AB (17) donde A representa la *Etapas Base* (se le indica al paciente que toque el switch con la cabeza, sin presentarle feedback), B la *Etapas de Intervención* (al activar el switch se le presenta el feedback con el estímulo de interés). Las respuestas fueron registradas en las grillas por dos Terapeutas del equipo basándose en las filmaciones realizadas.

Resultados

El paciente actualmente presenta una CRS-R de 10/23 (2 Función auditiva, 3 Función visual, 2 en Función motora, 1 en Función verbal, 0 en Comunicación, 2 en Alerta) evolucionando a un estado de MC. Los resultados del PTA están resumidos en el Grafico 1, que muestra la cantidad de veces que Pedro toca el switch en cada etapa AB y el promedio de respuestas en un total de 20 sesiones.

Se observa que su desempeño es fluctuante y que sus respuestas son inconsistentes a lo largo del tiempo; ya que en 10/20 sesiones toca el botón menos de 4 veces y 4/20 no toca el botón. Sin embargo, se registra que en 6/20 sesiones Pedro presenta un movimiento controlado de su cabeza para tocar el botón.

Grafico 1. Cantidad de veces que el paciente toca el botón en 20 sesiones



A través de las filmaciones se pudo observar que el paciente se ríe en congruencia con el estímulo presentado y que durante estímulos significativos (videos de familiares, de temas de interés, o música) responde aumentando el nivel de alerta, el tono muscular, la apertura de los ojos. Asimismo, se pudo registrar que en la etapa B el promedio de respuestas es el doble que en la etapa A.

Conclusión

Coincidimos con la bibliografía revisada que es beneficioso, para esta población de pacientes, trabajar en paralelo con ambas modalidades de trabajo (Multisensorial y, Estimulación contingente y Tecnología Asistiva) en un entorno controlado de estímulos para favorecer el aprendizaje y desarrollo de respuestas consistentes. Creemos que fue así como Pedro logró, tanto de forma cualitativa como cuantitativa, un mayor nivel de respuesta.

Bibliografía

1. Giacino, J.T., et al. 2002. The minimally conscious state: definition and diagnostic criteria. *Neurology* **58**(3): p. 349-53.

2. Laureys, S., Celesia, G. G., Cohadon, F., Lavrijsen, J., León-Carrión, J., Sannita, W. G., & Dolce, G. 2010. Unresponsive wakefulness syndrome: a new name for the vegetative state or apallic syndrome. *BMC medicine*, **8**(1), 68.
3. Safont D., Rodríguez Castrillón L, 2011. " Cuadernos FEDACE sobre daño cerebral adquirido: Síndrome de vigilia sin respuesta y Mínima Conciencia" Federación Española de Daño Cerebral (Madrid), 33- 38
4. Lancioni, G. E., Bosco, A., Belardinelli, M. O., Singh, N. N., O'Reilly, M. F., & Sigafoos, J. 2010. An overview of intervention options for promoting adaptive behavior of persons with acquired brain injury and minimally conscious state. *Research in developmental disabilities* **31**(6), 1121-1134.
5. Lancioni, G. E., Singh, N. N., O'Reilly, M. F., Sigafoos, J., Buonocunto, F., D'Amico, F., ... & Megna, M. 2014. Occupation and communication programs for post-coma persons with or without consciousness disorders who show extensive motor impairment and lack of speech. *Research in developmental disabilities*, **35**(5), 1110-1118.
6. Lancioni, G. E., O'Reilly, M. F., Singh, N. N., Sigafoos, J., Buonocunto, F., Sacco, V., & Oliva, D. 2013. Technology-aided leisure and communication opportunities for two post-coma persons emerged from a minimally conscious state and affected by multiple disabilities. *Research in developmental disabilities*, **34**(2), 809-816.
7. Lancioni, G., O'Reilly, M., Singh, N., Buonocunto, F., Sacco, V., Colonna, F., & Megna, M. 2011. Technology-assisted messaging opportunities for two persons emerged from a minimally conscious state and showing extensive motor disabilities. *Developmental neurorehabilitation*, **14**(1), 8-14.
8. Lancioni, G. E., O'Reilly, M. F., Singh, N. N., Sigafoos, J., Buonocunto, F., Sacco, V., & Oliva, D. 2011. Communication opportunities via special messaging technology for two post-coma persons with multiple disabilities. *Research in developmental disabilities*, **32**(5), 1703-1708.
9. Lancioni, G. E., Singh, N. N., O'Reilly, M. F., Sigafoos, J., Buonocunto, F., Sacco, V., & Megna, M. 2011. Enabling persons with acquired brain injury and multiple disabilities to choose among environmental stimuli and request their repetition via a technology-assisted program. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, **23**(3), 173-182 .
10. Tamashiro, M., Rivas, M. E., Ron, M., Salierno, F., Dalera, M., & Olmos, L. 2014. A Spanish validation of the Coma Recovery Scale-Revised (CRS-R). *Brain injury*, **28**(13-14), 1744-1747.
11. Baxter, S., Enderby, P., Evans, P., & Judge, S. 2012. Barriers and facilitators to the use of high-technology augmentative and alternative communication devices: A systematic review and qualitative synthesis. *International Journal of Language and Communication Disorders*, **47**, 115-129.
12. De Joode, E. A., Van Boxtel, M. P. J., Verhey, F. R., & Van Heugten, C. M. 2012. Use of assistive technology in cognitive rehabilitation: Exploratory studies of the opinions and expectations of healthcare professionals and potential users. *Brain Injury*, **26**, 1257-1266.
13. Lancioni, G. E., Singh, N. N., O'Reilly, M. F., Sigafoos, J., De Pace, C., Chiapparino, C., et al. 2011. Technology-assisted programmes to promote leisure engagement in persons with acquired brain injury and profound multiple disabilities: Two case studies. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, **6**, 412- 419.
14. Naude , K., & Hughes, M. 2005. Considerations for the use of assistive technology in patients with impaired states of consciousness. *Neuropsychological Rehabilitation*, **15**, 514-52

15. Wallace, T., & Bradshaw, A. 2011. Technologies and strategies for people with communication problems following brain injury or stroke. *NeuroRehabilitation*, **28**,199–209.
16. Barlow, D. H., Nock, M., & Hersen, M. 2009. Single-case experimental designs: Strategies for studying behavior change (3rd ed.). New York: Allyn & Bacon.

Efectividad de la terapia de restricción en pacientes ACV subagudos y su impacto en la comunidad. Abordaje desde Terapia Ocupacional

Autores: Lado, Vanina; Ron, Melania; Gianella, Matias; Olmos, Lisandro.
Correo electrónico: vlado@fleni.org.ar

RESUMEN

Introducción: Los accidentes cerebrovasculares son la causa número uno de discapacidad en los adultos. Varias técnicas se utilizan para favorecer la recuperación sensitivo motora, entre las cuales se encuentra la terapia de restricción inducida. **Objetivos:** Comparar desempeño de pacientes ACV subagudos (0 a 6 meses) que reciban terapias de uso forzado de MS y terapia convencional, con pacientes que reciban solo terapia convencional y no realicen dicho protocolo. Evaluar si existen diferencias en su desempeño en tareas de la comunidad. **Materiales y Métodos:** Estudio simple ciego. Los pacientes que cumplan los criterios de inclusión se van a dividir de forma randomizada en dos grupos : a) **tratamiento** y b) control. Se realizará una evaluación basal antes de comenzar la intervención y a los 15 días utilizando: Box & Block Test, Dinamometría; Functional Independence Measure (FIM); Índice de Barthel y Observación de actividades en comunidad: uso de cajero automático, alcances y pago en caja y uso de teléfono público. Estas actividades serán evaluadas con la escala de cantidad y calidad del Motor Activity Log. **Resultados:** Con respecto a la fuerza de puño, el grupo experimental muestra un aumento más evidente en los test de dinamometría. Observando los resultados en el Box & Block los resultados del grupo experimental fueron marcadamente más favorables que el grupo control. Ambos grupos aumentaron el uso del miembro superior afectado entre la salida previa al protocolo y la salida posterior a los 15 días de tratamiento. Sin embargo la curva de ascenso del grupo experimental es más marcada.

Introducción

Los accidentes cerebrovasculares son la causa número uno de discapacidad en los adultos, produciendo déficits que pueden durar meses o años alterando la calidad de vida de la persona y su familia. Frecuentemente los pacientes con ACV presentan trastornos motores y/o sensoriales.

La repetición de las actividades funcionales con propósito (entrenamientos) es la base del aprendizaje motor (Shadmur et al., 1994 y 1997), siendo de suma importancia en el desarrollo de destrezas y habilidades. Este aprendizaje condiciona la reorganización funcional del SNC (Chen et al., 2001), según el concepto de plasticidad neuronal, lo que beneficiaría la calidad de vida. Varias técnicas se utilizan para favorecer la recuperación sensitivo motora, entre las cuales se encuentra la terapia de restricción inducida (CIT). Dicha técnica fue descripta en monos desaferentados por rizotomía dorsal, los cuales experimentaban un desuso de la extremidad superior por falta de percepción sensitiva. Ello desencadenaba un aprendizaje del no uso (Taub et al. 1993). Cuando la extremidad desaferentada era restituida, los monos lograban revertir el compromiso motor del miembro afectado e integrarlo en las actividades (Taub et al. 1994).

Desde el inicio hasta la actualidad se han desarrollado diferentes experiencias en humanos. Por ejemplo, Wolf y cols. realizaron un estudio para demostrar que el "learned nonuse" ocurre en una selección de pacientes con daño neurológico y es una conducta que puede ser revertida a través de la aplicación del paradigma del "force use". Para esto evaluaron la tera-

pia de restricción en humanos durante 14 días con objeto de incrementar el uso del miembro superior (MS) afectado en las actividades de la vida diaria (Wolf et.al. 1989); Taub y cols. realizaron un estudio en el cual se incluyeron 4 pacientes con ACV en un grupo experimental y 5 en un grupo control. Los pacientes tenían más de un año de evolución presentando hemiparesia derecha. Al grupo terapéutico se le restringió el MS intacto con una férula y un cabestrillo el cual utilizaban el 90% de las horas diarias, durante 14 días, mientras realizaban un programa de entrenamiento intensivo del MS afectado de 6 horas diarias (los días hábiles). El grupo control fue incentivado a focalizar su atención en el MS afectado y realizar en su hogar ejercicios de automovilización pasiva de la extremidad afectada. Los resultados del estudio indicaron mejoras significativas en la restitución de la función motora del grupo experimental en relación al grupo control (Taub et.al.1993).

En 1993 Taub en la universidad de Alabama en Brinmingham agregó a la intervención el componente de "entrenamiento": en los pacientes con stroke incluidos en este estudio la habilidad motora se incrementó significativamente con la intervención que fue efectiva para revertir el "learned nonuse"

Los efectos fueron duraderos y se incrementaron algo mas dos años después.

La teoría del "learned nonuse" establece que una de las principales funciones de intervención designa que para revertir el no uso se busca incrementar la motivación en el uso del miembro afectado.

Objetivos

Comparar el desempeño motor de pacientes post ACV subagudos (0 a 6 meses) que recibían terapias de uso forzado de MS mediante un protocolo de restricción del lado sano y terapia convencional, con pacientes que reciban solo terapia convencional y no realicen dicho protocolo.

Evaluar si existen diferencias entre ambos grupos en su desempeño en tareas de la comunidad (alcances, uso de cajero automático, pago en supermercado y uso de teléfono público)

Metodología

Estudio simple ciego. Se ingresaron pacientes con secuela de ACV que fueron atendidos en modalidad de internación en FLENI Escobar en el período 2010-2013.

a- Criterios de inclusión.

ACV Isquémicos y Hemorrágicos con una evolución de 0 a 6 meses

Mayores de 18 años.

Habilidad para extender la muñeca al menos 10°, habilidad de extender al menos 10° la articulación metacarpo falángica e inter falángicas de dos dedos y abducción del pulgar de al menos 10° desde una posición de flexión relajada de los dedos.

Box & Block mayor o igual a 5 con MS Afectado

Control de tronco sin supervisión o apoyos durante 2 minutos

Capacidad de comprender el protocolo a implementar.

Ausencia de inestabilidad clínica.

No debe estar participando de otra intervención médica y/o terapéutica.

No excluido si presenta déficit sensitivos.

Consentimiento del paciente aprobado por el comité de ética institucional.

b- Criterios de exclusión

Puntaje mayor a 4 inclusive en la escala análoga visual de dolor.

Puntaje mayor a 3 inclusive en la Escala Modificada de Ashworth en el MS afectado.

Excesivos trastornos cognitivos y/o de lenguaje que no le permitan comprender el protocolo.
Pacientes que hayan sufrido otro tipo de injuria cerebral
Pacientes que estén participando en otro protocolo de rehabilitación o medicamentoso
Imposibilidad de estar presente durante todo el protocolo.
Que padezcan alguna enfermedad Terminal.

c- Tratamiento.

Los pacientes que cumplan los criterios de inclusión se van a dividir de forma randomizada en dos grupos : 1) **tratamiento** y 2) control.

1) La intervención será llevada a cabo durante 14 días. Utilizarán una restricción en el MS no afectado que consistirá un sling que mantiene al MS menos afectado junto al cuerpo del paciente restringiendo los movimientos del brazo y la mano durante todo el día, salvo en horas de sueño, baño, Toilet, y en asociación con un entrenamiento específico del MS afectado que se llevarán a cabo en 3 sesiones de Terapia Ocupacional diarias de 25 minutos cada una y 3 de Terapia Física de 50 minutos. Se darán instrucciones para continuar el resto de las horas diarias. Para el resto de las AVD utilizarán la restricción y en caso de no poder realizar las actividades será asistido por un tercero durante el período de tratamiento de la terapia de restricción. Las diferentes actividades de la vida diaria a realizar serán supervisadas por el terapeuta ocupacional a cargo para favorecer el uso del MS Afectado disminuyendo así al máximo posible los patrones de movimiento compensatorios.

2) Los pacientes que ingresen al grupo control recibirán solamente terapia convencional de terapia ocupacional y kinesiología con entrenamiento específico del MS afectado igual al grupo a) pero sin restricción del miembro intacto durante 14 días.

Este protocolo se realiza durante dos semanas de forma consecutiva .

d- Evaluación y seguimiento.

Se realizará una evaluación basal antes de comenzar la intervención y a los 15 días.

1) Evaluaciones:

-Functional Independence Measure (FIM): Escala cuantitativa que valora el nivel de independencia funcional en las actividades de la vida diaria.

-Box and Block: Prueba de coordinación motora gruesa del miembro superior.

- Dinamometría: Con dinamómetro Jamar.

- Evaluación de sensibilidad superficial y profunda

- Escala análoga visual de dolor que va de 0 a 10.

-Ashworth modificada: escala de evaluación de la espasticidad que va de 0 a 4

- Observación de actividades en comunidad: uso de cajero automático, alcances y pago en caja y uso de teléfono público. Estas actividades serán evaluadas con la escala de cantidad y calidad del Motor Activity Log (MAL): es una entrevista semiestructurada que determina calidad y cantidad de uso de la extremidad afectada durante la realización de determinadas actividades de la vida

Resultados

La muestra está formada por 13 pacientes (2 mujeres y 11 hombres) de los cuales 7 realizaron terapia de restricción y 6 formaron parte del grupo control. 5 pacientes presentaron lesión de tipo hemorrágica y el resto fueron de etiología isquémica.

El promedio de edad de toda la muestra fue de 56 años y el tiempo de evolución promedio de 47 días.

Con respecto al tono muscular el 85% de la muestra presentó tono normal, evaluado a través de la Escala de Ashworth modificada.

En cuanto al dolor solo 3 pacientes expresaron un dolor de 5/10 en la escala visuanalógica. El resto no refiere dolor a la movilización pasiva y activa.

Todos los pacientes eran diestros.

La sensibilidad fue evaluada tanto superficial como profunda y se observó que 6 pacientes presentaron alteraciones sensitivas y 7 pacientes sensibilidad normal. En la randomización fue homogénea la distribución en cada grupo de los pacientes con alteración de sensibilidad.

Con respecto a los resultados en el FIM el promedio del grupo control al inicio fue de 85,8 y a los 15 días de 95,8. En cambio el grupo experimental tuvo un FIM promedio de 99 al inicio y de 112,43 a los 15 días. (Grafico 1). Podemos observar que a pesar de la implementación de los 14 días de restricción del brazo no afectado los pacientes del grupo experimental mantuvieron la curva de mejoría en el desempeño de sus AVD, pudiendo implementar estrategias compensatorias durante ese período.

Con respecto a la fuerza de puño, podemos observar que en ambos grupos se registraron mejorías. Pero el grupo experimental muestra un aumento más evidente en los test de dinamometría. (Graficos 2 y 3)

Observando los resultados en el Box & Block ambos grupos mejoraron su velocidad y coordinación gruesa. No obstante los resultados del grupo experimental fueron marcadamente más favorables que el grupo control. (Grafico 4 y 5)

Por último, en relación a las actividades comunitarias se evaluó la cantidad de uso del miembro parético en diferentes tareas en un supermercado. Para medir la incorporación del mismo se utilizó la siguiente escala:

- 1.No utilice mi brazo mas débil (no utilizo)
- 2.Ocasionalmente intente utilizar mi brazo mas débil (Muy raramente)
- 3.A veces utilice mi brazo mas débil, pero realice la mayoría de la actividad con mi brazo mas fuerte (raramente)
- 4.Utilice mi brazo mas débil aproximadamente un 50% a lo que lo utilizaba antes del ACV (50% pre-ACV)
- 5.Utilice mi brazo mas débil casi cuanto antes del ACV (3/4 pre-ACV)
- 6.Utilice mi brazo mas débil un 100% como antes del ACV (igual a pre- ACV)

En el gráfico 6 observamos el promedio de ambos grupos en la cantidad de uso de su brazo parético en las actividades en la comunidad.

Ambos grupos aumentaron el uso del miembro superior afectado entre la salida previa al protocolo y la salida posterior a los 15 días de tratamiento. Sin embargo la curva de ascenso del grupo experimental es más marcada.

Conclusiones

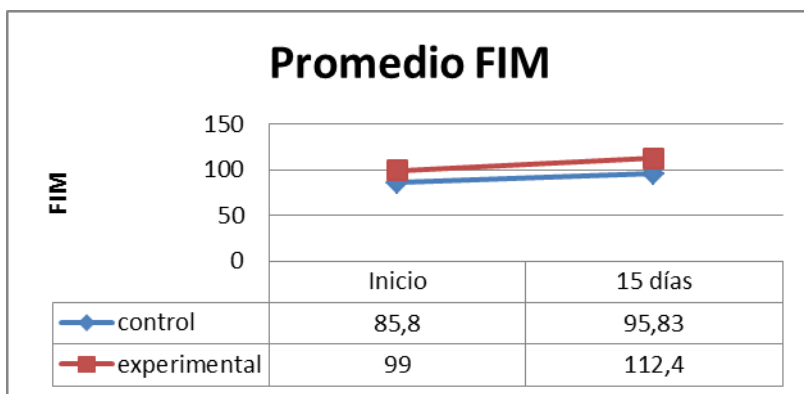
El objetivo principal de este trabajo fue comparar el desempeño motor de pacientes post ACV subagudos que reciban terapias de uso forzado de MS y terapia convencional, con pacientes que reciban solo terapia convencional y no realicen dicho protocolo. Al igual que en la literatura publicada, observamos que la terapia de restricción del MS es una técnica de tratamiento que favorece la función motora del MS afectado. Se evidencia esta mejoría tanto en los test de coordinación gruesa como en la dinamometría de ambos grupos.

Paralelamente nuestra intención fue evaluar si existen diferencias entre ambos grupos en su desempeño en tareas de la comunidad (alcances, uso de cajero automático, pago en supermercado y uso de teléfono público). Con respecto a este punto, si bien ambos grupos mejoraron la incorporación del miembro parético, al aumento en el uso fue mayor en el grupo experimental; por lo que una mejor función motora se evidencia en el aumento del uso del miembro parético en actividades de la vida diaria instrumentales en la comunidad.

En el presente protocolo se utilizaron, además, otras evaluaciones funcionales estandarizadas del miembro superior cuyos resultados no han sido sometidos a un análisis estadístico pertinente. A futuro consideramos poder continuar investigando y analizando estos resultados, incorporando más pacientes a la muestra y poder observar si estas mejorías son sostenidas en el tiempo (seguimiento).

Apéndice

Gráfico 1. Promedio FIM para grupos control y experimental.



Gráficos 2 y 3. Dinamometría para grupos control y experimental.

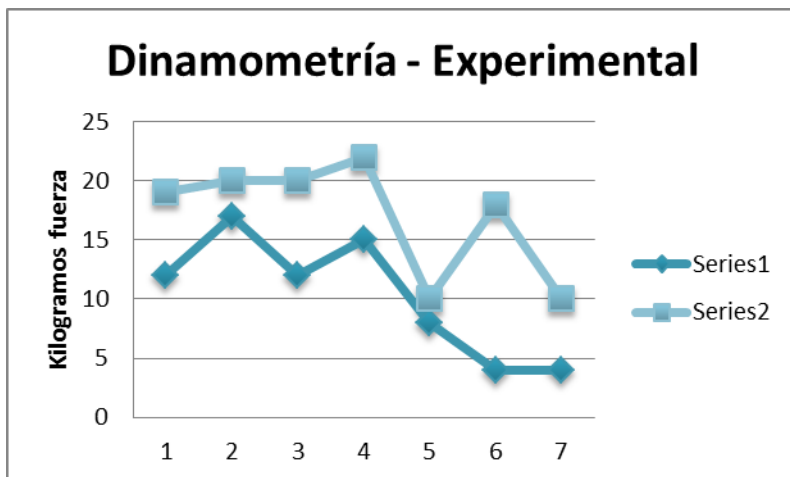
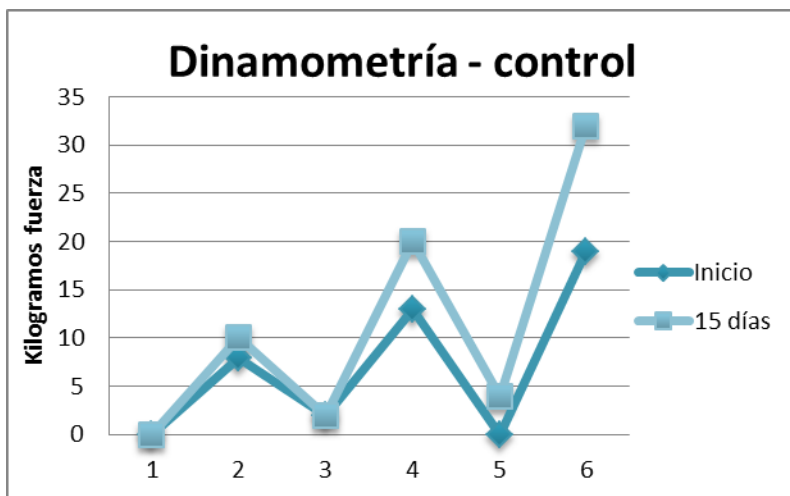


Gráfico 4 y 5. Resultados de Box & Block para control y experimentales

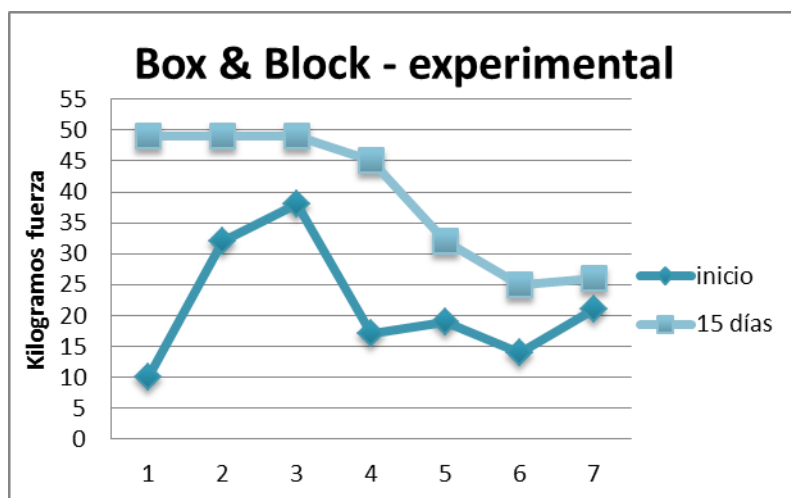
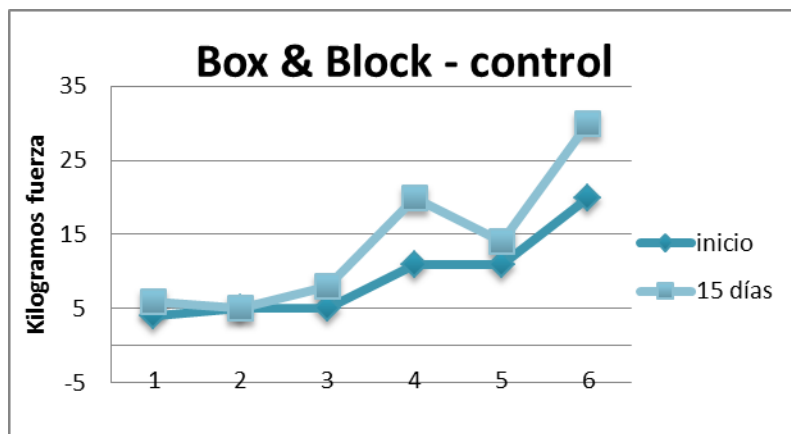
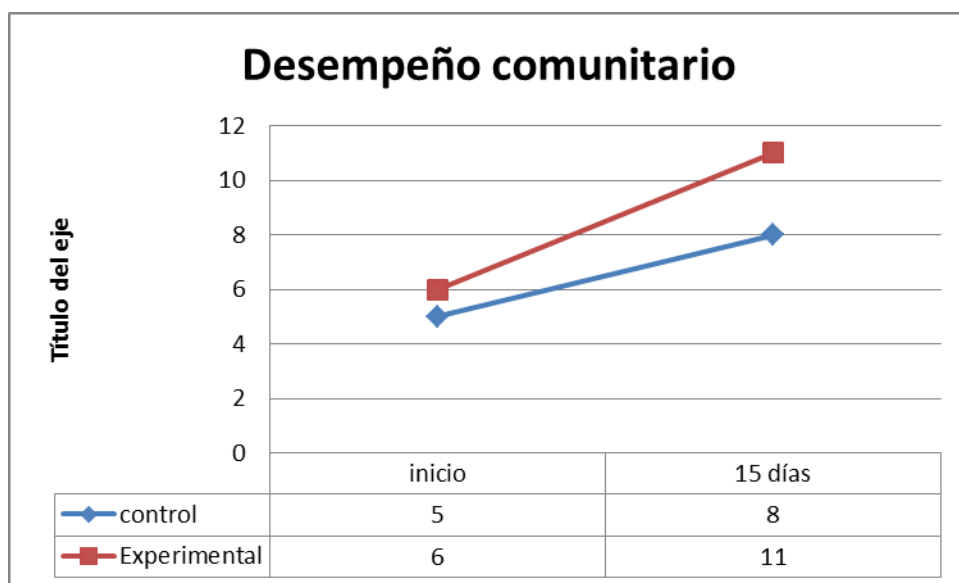


Gráfico 6.



Bibliografía

- Connell JS, Crago JE. Technique to Improved Chronic Motor Deficit After Stroke. Arch Physical Medical Rehabilitation 1993; 74:347-354.
- Chen R, Cohen LG, Hallett M. Nervous system reorganization following injury. Neuroscience. 2002; 111(4):761-73.
- Hill J, Actividades de la vida diaria, Culler HK, Manejo del hogar y la familia. Terapia Ocupacional. Editorial Médica Panamericana 1998; 8,192-225.
- Shadmehr R, Holcomb H. Neural correlates of motor memory consolidation. Science 1997; 277:821-825.
- Shadmehr R, Mussa-Ivaldi F. Adaptive representation of dynamics during learning of a motor task. J Neurosci 1994; 14:3208-3224.
- Taub E, Crago J, Burgio L, Groomes TE, Cook E, DeLuca S, Miller NE.
- An Operant Approach to Rehabilitation Medicine: Overcoming Learned Nonuse by Shaping. Journal of the experimental analysis of behavior 1994; 61,281-293.
- Taub E, Miller NE, Novack TA, Cook III EW, Fleming WC, Nepomuceno CS, Connell JS, Crago JE. Technique to Improved Chronic Motor Deficit After Stroke. Arch Physical Medical Rehabilitation 1993; 74:347-354.
- Van der Lee J, Wagenaar RC, Lankhorst GJ, Vogelaar TW, Devillé WL, Bouter LM. Force Use of the Upper Extremity in Chronic Stroke Patients. Stroke. 1993;30:2369-2375.
- Walker M and Lincoln N. Factors influencing performance after stroke. JNNP 1991; 54:699-701.
- Wolf SL, Lecraw DE, Barton LA, Jann BB. Force Use Hemiplegic Upper Extremities to Reverse the Effect of Learned Nonuse among Chronic Stroke and Head-Injured Patients. Experimental Neurology 1989;104,125-132.
- Gitendra Uswatte, Carol Giuliani, Carolee Winstein, Angelique Zeringue, Laura Hobbs, Steven L Wolf. Validity of accelerometry for monitoring real-world arm activity in patients with subacute stroke: evidence from the extremity constraint-induced therapy evaluation trial. Phys Med Rehabil. 2006 Oct ;87:1340-5
- Alexander W. Dromerick, MD; Catherine E. Lang, PhD, PT; Rebecca Birkenmeier, MS, OTR; Michele G. Hahn, MS, OTR; Shirley A. Sahrman, PhD, PT; Dorothy F. Edwards, PhD. Relationships between upper-limb functional limitation and self-reported disability 3 months after stroke. Volume 43 Number 3, May/June 2006. Pages 401 — 408

Participación en el ciclo educativo para familiares y cuidadores en el Programa de Rehabilitación

Autores: Ron, Melania; Lado, Vanina; Bruna, Patricia.

Correo electrónico: mron@fleni.org.ar

Introducción

Numerosos trabajos de investigación^{3,10,12} han descripto las limitaciones funcionales que dejan como secuela las lesiones neurológicas y el requerimiento, en su mayoría, de ser acompañados o asistidos por un tercero para favorecer su autonomía, cuidado personal, así como también su reinserción comunitaria.

Los cuidadores y/o familiares requieren ser entrenados de forma rápida sobre la manera de asistir o cuidar a las personas con lesión neurológica. Los déficits en las lesiones neurológicas suelen ser múltiples y en muchas ocasiones son combinados (motor, sensorial, cognitivo, visual, comunicación, y afectivo). Por este motivo debemos destacar la importancia de proveer información, educación y soporte tanto a familiares como cuidadores de pacientes con lesión neurológica.

Los programas educativos tienen la finalidad de informar sobre la lesión del paciente, las dificultades con las que se encuentra, dar información sobre recursos comunitarios, servicios para el paciente y/o cuidador así como también de sus potenciales complicaciones y enseñar la forma de asistir al paciente en los diferentes aspectos del proceso de rehabilitación. En la actualidad el rol del cuidador y/o familiar en el proceso de rehabilitación es de mayor relevancia, favoreciendo la generalización de los logros alcanzados en la vida diaria. Por este motivo su participación activa en el proceso de rehabilitación y su adecuado entrenamiento juega un rol importante dentro de los programas de rehabilitación en pacientes adultos neurológicos.

Si bien en los programas de rehabilitación se contempla la formación de cuidadores, familiares y/o acompañantes; a la hora de evaluar que instancias educativas o que información les fue provista los resultados son bastantes negativos². Esto puede ocurrir por numerosas razones: la información no es recordada debido a la situación de estrés que vive el familiar, que la información no es lo suficientemente clara, o es bastante compleja, o por lo general, que no es específica a las necesidades del familiar, paciente o cuidador.

La información provista por los diferentes programas de rehabilitación^{2,4} parece no ser la suficiente a pesar de los esfuerzos que se realizan en un equipo interdisciplinario con las múltiples posibilidades de facilitar información.

Un estudio¹ realizado sobre cuidadores de pacientes con secuela de accidente cerebro vascular (ACV) evaluó el nivel de satisfacción de información provista. Si bien el 89% refiere estar satisfecho con el cuidado en general, el 49% está disconforme con la información recibida mientras estaba en el hospital.

El objetivo del presente estudio es conocer la adhesión y participación de familiares y/o cuidadores en las diferentes instancias educativas del programa de rehabilitación del Centro de Rehabilitación (CR). Así también como conocer el nivel de satisfacción sobre las mismas y si estas han sido de utilidad para la problemática del familiar. Con el fin de poder valorar el programa educativo actual y pensar futuros cambios en el programa educativo brindado por el equipo interdisciplinario del CR.

Sujetos y Método

Se realizó una encuesta estructurada, cerrada y auto administrada (se adjunta evaluación) a 53 familiares y/o cuidadores responsables primarios de los pacientes que fueron atendidos en el programa de rehabilitación en la modalidad de internación y hospital de día durante el período agosto- noviembre 2013.

Descripción de la muestra:

De los 53 familiares / cuidadores entrevistados; todos son mayores de 18 años y son los responsables primarios del cuidado del paciente. Participaron (grafico I) 9 Cuidadores, 23 esposa/o; 5hija/o ; 9 madre/padre, 7otro familiar (sobrino, tía, etc) .

El diagnóstico del paciente del familiar entrevistado,(grafico II) el **53%** es Accidente cerebro vascular, el **17%** lesión medular, el **11%** traumatismo de cráneo y el **19%** otras patologías (en la cuales se incluye paciente en el programa de coma)

Tanto en el programa de internación como en el programa de hospital de día (HDD) para administrar el cuestionario a los familiares/ cuidadores se tomo como parámetro que los pacientes estén en la fase final del programa de rehabilitación, con la finalidad de haber tenido la posibilidad de haber recibido y participado de las diferentes instancias educativas que cuenta la institución.

Teniendo en cuenta que los pacientes que realizan tanto modalidad internación, como HDD en el centro de rehabilitación deben contar con un acompañante, (formal o informal) las 24 hs del día durante el proceso de rehabilitación, el rol del acompañante dentro de este programa de rehabilitación es relevante.

Descripción del Programa educativo del Centro de Rehabilitación

El programa educativo del CR cuenta con tres instancias formales educativas para familiares y/o cuidadores.

El ciclo educativo de charlas, estas son con una frecuencia semanal, son dictadas por diferentes profesionales del equipo interdisciplinario (medico, terapeuta ocupacional, kinesióloga, enfermería, psiquiatría, fonoaudiología; etc.), la modalidad de las mismas es presentación teórica de power point. Cuentan con un temario específico con charlas como ¿Qué es un Ataque Cerebral (ACV)?, ¿Qué problemas ocasiona al paciente y a su familia? ¿Qué es un Traumatismo Encefalocraneano?; Manejo de las Actividades de la vida Diaria; Terapia Ocupacional: Estrategias para el cuidado. (Posicionamiento, equipamiento, incontinencia, negligencia); Manejo de los problemas emocionales y de conducta.; Trastornos Cognitivos en el Traumatismo de Cráneo, rehabilitación respiratoria: Cuidado de vías aéreas; Tecnología Asistiva; Accesibilidad a la comunidad; Volver a conducir un automóvil, Anatomía y Fisiología de la Columna Vertebral.

Consecuencias de la lesión medular: Problemas Clínicos: Respiratorio. Intestino y vejiga, Disreflexia Autonómica; Auto cateterismos; Nutrición.

Material educativo escrito: dependiendo el área es el material educativo que se entrega, en lesión medular se entrega un manual de características interdisciplinario. Cada área cuenta con una gran variedad de material escrito, por ejemplo: prevención de úlceras por decúbito; como hacer accesible su vivienda; cuidados posicionales, que es la negligencia, manejo de la vía aérea, etc. Este material se entrega al paciente y/o cuidador según las necesidades particulares del mismo, la entrega del material se asigna en la historia clínica del paciente. El material educativo impreso es revisado de forma anual y actualizado así también como los aspectos didácticos del mismo.

Sesiones compartidas de tratamiento: desde las diferentes áreas se invita a participar de sesiones conjuntas de tratamiento al familiar y/o cuidador del paciente con el objetivo de entrenar en aspectos específicos así como utilización de equipamiento, asesoramiento sobre como asistir al pacientes y también para poder continuar generalizando lo alcanzado en la sesión de tratamiento.

Resultados

De los datos recolectados se obtuvieron los siguientes resultados:

Ciclo de charlas educativas: El **43 %** de los entrevistados *participo*, al 78% de los participantes le parecieron muy buenas y excelente. Al 96 % de los participantes al ciclo de charlas les pareció de utilidad para su problemática. (Grafico III).

Sesión de tratamiento compartida: del total de los encuestados **el 83% participo** de la sesión de tratamiento, todos los familiares y cuidadores que participaron respondieron que esta instancia educativa les fue de utilidad para su problemática. La mayoría participo de la sesiones de terapia ocupacional, kinesiología y psicología (**graficoIV**). El 84% de los que participaron de instancia educativa calificaron estas como excelentes y muy buenas en el nivel de satisfacción. (Grafico V)

Recibieron material educativo, 32 familiares y/o cuidadores (60% de los entrevistados) recibieron material por escrito, a **3** familiares y/o cuidadores no le fue de utilidad el material escrito entregado. La mayoría del material educativo impreso es administrado por el área de terapia ocupacional (Grafico VI), el contenido del material entregado al 16% de los que recibieron les pareció excelente al 62% muy bueno, al 16% bueno y al 6% regular.(Grafico VII)

Ante la pregunta si recibió otra instancia educativa varios respondieron que las reuniones con el equipo tratante han sido instancias educativas.

Discusión

La mayoría de los acompañantes son familiares directos de los pacientes. De las diferentes instancias educativas formales que cuenta el programa de rehabilitación, el ciclo de charlas educativas es la instancia de menor participación. Los familiares y/o cuidadores refieren que no tienen con quien dejar al paciente para poder asistir a estas charlas, no haberse enterado de las mismas, no asisten porque sienten que no tiene que ver con su problemática. Estos comentarios nos son llamativos ya que las charlas se realizan en el horario que los pacientes están en sesión de tratamiento para facilitar la participación del familiar y/o cuidador, así también, los ciclos de charlas son difundidos por varios canales de comunicación (carteleras, folletos, anunciados por altavoz antes de la realización de las mismas) por lo cual la baja adhesión a la concurrencia a estas charlas deja abierta otras hipótesis.

Teniendo en cuenta que el centro de rehabilitación cuenta con más de 40 variedades de material educativo por escrito, (de diferentes áreas de tratamiento y material interdisciplinario).

Consideramos que es bajo el porcentaje de familiares y/o cuidadores que refieren haber recibido material escrito, ya que la variedad de estos materiales apuntan a diversas problemáticas, que van desde como administra alimentación por vía enteral hasta lugares accesibles en la comunidad.

La instancia de mayor participación son las sesiones compartidas, siendo estas también valoradas como de utilidad para familiares y/o cuidadores, favoreciendo la participación activa en el proceso de rehabilitación. Este dato no nos resulta llamativo dado que tanto en el programa de internación como de hospital de día el rol del familiar y/o cuidador es relevante para todas las disciplinas ya que la generalización de los logros alcanzados es uno de los pilares del programa y el acompañante del paciente es el nexo para que esto se pueda llevar a cabo.

Conclusiones

De las tres instancias educativas que cuenta el programa de rehabilitación, el ciclo de charlas educativas es la instancia de menor participación. Por eso este trabajo nos lleva a poder pensar en diferentes dinámicas educativas para el ciclo de charlas a familiares como circuito cerrado por televisión, (donde el familiar y/o cuidador no tenga que trasladarse) o ciclo de charlas online con didácticas dinámicas y accesibles o grupos reducidos de familiares y profe-

sionales en ámbitos más distendidos; son opciones a evaluar para mejora el ciclo educativo para familiares y /o cuidadores en el programa de rehabilitación.

En relación al material educativo escrito se planteo realizar un listado de todo el material existente (de todas las áreas involucradas en el programa de rehabilitación) y controlar la adecuada entrega según las necesidades del paciente y familiar/cuidador, con la finalidad de maximizar este recurso dentro del ciclo educativo.

Durante el proceso de rehabilitación los tiempos de escucha y participar de forma activa del familiar y/o cuidador para acompañar y asistir al paciente son diferentes en cada uno, dependiendo de múltiples factores, por eso consideramos relevantes seguir explorando diferentes instancias educativas con el fin de poder dar soporte y aligerar la carga (stress) que supone esta tarea con el objetivo de mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes y su entorno.

Grafico I

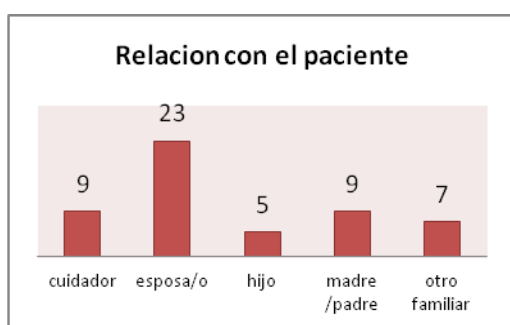


Grafico II

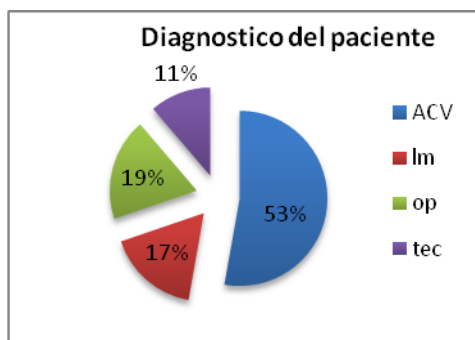


Grafico III

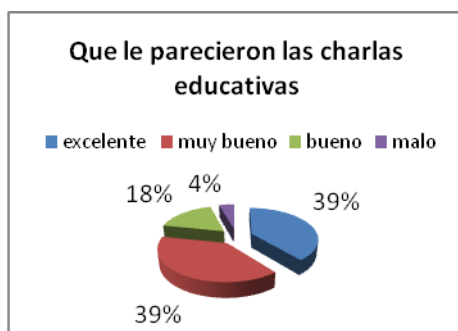


Grafico IV



Grafico V

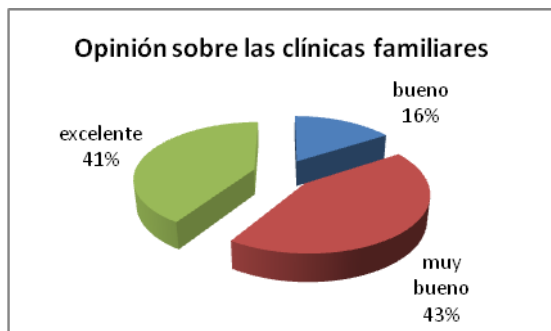


Grafico VI

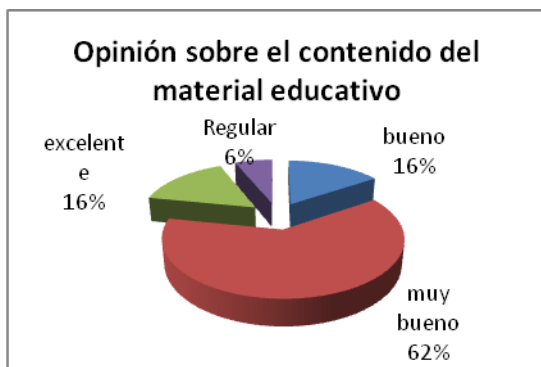
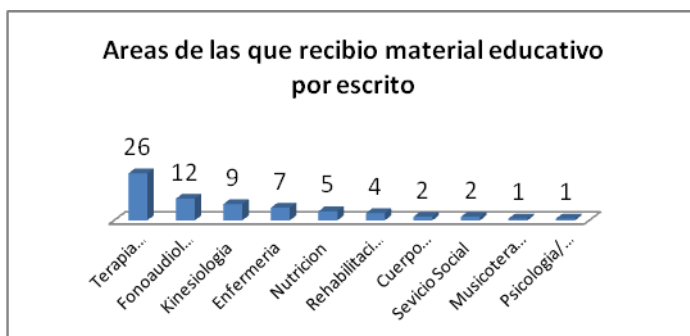


Grafico VII



Bibliografía

- Wellwood I, Dennis M, Warlow C , Patients and carers satisfaction with acute stroke management. *Age ageing*, 1995;24:519-524 .
- Helen Rodgers, Catherine Atkinson, Senga Bond, Michael Suddes, Ruth Dobson and Richard Randomized Controlled Trial of a Comprehensive Stroke Education Program for Patients and Caregivers *Stroke*. 1999;30:2585-2591
- Greveson G, James O. Improving long-term outcome after stroke—theviews of patients and carers. *Health Trends*. 1991;23:161–162
- Hanger HC, Mulley GP. Questions people ask about stroke. *Stroke*. 1993;24:536–538.
- Bunn F. *The Needs of Families and Carers of Stroke Patients in Stroke Services & Research: An Overview, With Recommendations for Future Research*. London, UK: The Stroke Association; 1996.
- Evans RL, Matlock A-L, Bishop DS, Stranahan S, Pederson C. Familyintervention after stroke: does counseling or education help? *Stroke*. 1988; 19:1243–1249.
- Erica B. Stern, PhD, OTR; MaryEllen Berman, BSN, RN;Juliann J. Thomas, PhD, OTR; Arthur C. Klassen, MD Community Education for Stroke AwarenessAn Efficacy Study *Stroke*. 1999;30:720-723.)
- Kothari R, Sauerbeck L, Jauch E, Broderick J, Brott T, Khoury J, Liu T. Patients' awareness of stroke signs, symptoms, and risk factors. *Stroke*.1997;28:1871–1875.
- Glanz K, Marger SM, Meehan EF. Evaluation of a peer educator stroke education program for the elderly. *Health Educ Res*. 1986;1:121–130.
- Kraus JF, Black MA, Hessol N, Ley P, Rokaw W, Sullivan C, Williams DB, Annegers JF, Kokmen E, O'Brien PC, Kurland LT. The incidence of acute brain injury and serious impairment indefined population. *American Journal of Epidemiology* 1984; 119(2): 186 – 201.
- Williams DB, Annegers JF, Kokmen E, Sullivan C, Bowers S, Knowlton S, Marshall L. Brain injury and neurological sequelae: A cohort study of dementia, parkinsonism and amyotrophic lateral sclerosis. *Neurology* 1991; 41(10): 1554 – 1557.
- Colantonio A, Dawson D, McLellan BA. Head injury in young adults: Long-term outcome. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 1998; 79: 550 – 558.
- Susan L. Hilller, H., and Jacques,M. Outcomes 5 years post-traumatic brain injury(with further reference to neurophysical impairment and disability), *Brain Injury* , 1997, VOL. 11, NO. 9, 661± 675

Evaluación del desempeño en las Actividades de la Vida Diaria en Accidente Cerebro Vascular: seguimiento a los 24 meses

Autor: Ron Melania

Correo electrónico: mron@fleni.org.ar

Resumen

Objetivo: El objetivo del presente trabajo es evaluar el desempeño funcional en las actividades de la vida diaria alcanzado en pacientes con secuela de accidente cerebro vascular (ACV) al alta y al seguimiento a los 6, 12 y 24 meses. Secundariamente determinar si existe relación entre la medida de independencia funcional (FIM), el sexo, edad, sexo y tipo de lesión.

Método

Fueron admitidos en este trabajo 147 pacientes. El nivel funcional fue evaluado con el FIM. Se utilizó un modelo lineal multivariado para evaluar el puntaje total del FIM y la correlación con las variables edad, tipo de lesión, evolución y sexo al momento del alta y en los seguimientos.

Resultados

El mayor incremento del FIM se aprecia en los primeros 6 meses del alta (media=99.89). Observamos una correlación negativa entre el FIM y la edad (-0,349; $p < 0.001$) y entre la evolución y la fecha del alta del programa de internación. (-0.177, $p = 0.032$).

Conclusión

Los pacientes con ACV mejoran a través del tiempo. Los cambios más significativos se producen en los primeros 6 meses. La edad tiene una influencia negativa en el puntaje del FIM, siendo la variable con mayor impacto en la posibilidad de alcanzar independencia en las AVD al alta y en el seguimiento.

Introducción

El ACV es una de las principales causas de discapacidad en occidente. Esta representa el 10 a 12% de la mortalidad, la 3ª causa de muerte en países industrializados y la primera causa de discapacidad severa en adultos, por lo cual se convierte en la principal causa de derivación a centros de rehabilitación.

De acuerdo a la dirección Nacional de enfermedades no transmisibles en la Argentina (2012) de 44 cada 100.000 personas sufren un ACV que causa la muerte. El estado de independencia funcional en las actividades de la vida diaria (AVD) luego de un ACV, no es un dato conocido en la Argentina.

Algunos autores coinciden en los factores pronósticos. Bajo nivel de conciencia, severidad del ACV e incontinencia parecen predecir una pobre recuperación, mientras hay datos contradictorios sobre la edad 1,18 género 19, 22 co-morbilidad 1,12, localización de lesión 15,22. La comparación entre estudios es complicada debido a su heterogeneidad en el diseño y las muestras. Por otra parte la mayoría de los autores solo han seguido a los pacientes por un año o menos luego del ACV.

Las evaluaciones de niveles funcionales se utilizan para identificar las limitaciones en el desempeño de las actividades de la vida diaria (AVD) y el estado funcional usualmente es

sinónimo de independencia en el desempeño. Duncan y colaboradores (2000) sugieren que las AVD deberían ser el primer nivel funcional evaluado en la rehabilitación del ACV debido a su simplicidad, objetividad relativa y la relevancia para el paciente. Estas determinan el nivel de asistencia requerido por el familiar o cuidador.

El seguimiento de pacientes provee información que indica la capacidad que tienen para integrar las habilidades alcanzadas en su propio entorno.

Múltiples evaluaciones están disponibles para evaluar los niveles de independencia funcional en pacientes con ACV. El FIM 5 (Uniform Data System for Medical Rehabilitation, 1997) es la evaluación mas utilizadas para medir niveles de independencia funcional en programas de rehabilitación. (Duncan et al, 2005).

Objetivo

El objetivo de este trabajo es documentar el nivel de independencia funcional alcanzado en pacientes con secuela de ACV al momento del alta y realizar el seguimiento telefónico a los 6, 12 y 24 meses del alta del programa de internación. Secundariamente determinar si existe relación entre el FIM y las variables edad, tipo de lesión, evolución y sexo al momento del alta y en los seguimientos.

Sujetos

Para este estudio se utilizó la base de datos de los pacientes que fueron dados de alta en el período 2006-2011. De un total de 481 pacientes atendidos en ese período, pudieron ser incorporados a la muestra, con un seguimiento completo a los 6, 12 y 24 meses, un total de 147 pacientes.

Los siguientes fueron los criterios de inclusión: (1) pacientes admitidos al programa de Internación de FLENI Escobar, (2) diagnostico de ACV (isquémico o hemorrágico), (3) mayores de 18 años (4) que hayan completado el seguimiento telefónico de los 6, 12 y 24 meses

Materiales y Métodos

Para medir los niveles de independencia en las AVDB utilizamos el FIM, que nos permite valorar los niveles de desempeño real de las AVD siendo estas alimentación, higiene, vestido de tren superior y tren inferior, toilet, control de esfínteres, transferencias, de ambulación, interacción social y comunicación. Los valores que adjudica esta evaluación van desde el Nº 1 al Nº 7, desde la asistencia total a la independencia total.

Esta escala estandarizada presenta entonces un Total FIM con rango de 18 a 126. También se obtienen resultados parciales para cada sub-escala: control de esfínteres, factor cognitivo y factor motor.

Los datos del seguimiento a los 6, 12 y 24 meses del alta del programa de internación se obtuvieron mediante el sistema de outcome realizado por el servicio de terapia ocupacional del Centro de Rehabilitación (CR) .El sistema de outcome es un programa de seguimiento donde se utiliza un cuestionario semiestructurado en el cual se evalúan diferentes dominios ocupacionales (reinserción comunitaria, laboral, desempeño en AVD básicas, instrumentales, etc.). Para este estudio sólo se utilizarán los datos obtenidos del FIM telefónico 5, administrado por terapeutas ocupacionales entrenados.

Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables a través de tablas de frecuencias y medidas resúmenes (mínima, máxima, media, desvío, mediana, percentiles) y a través de gráficas de evolución a través del tiempo.

Se probaron asociaciones entre los distintos ítems de la escala según el tipo de lesión y el sexo, a través de la prueba no paramétrica de Wilcoxon debido a la distribuciones asimétricas de los distintos ítems. Además se probaron asociaciones entre los ítems y la edad del paciente

y la variable evolución y también se analizaron las correlaciones entre los distintos ítems. Se estimó la diferencia media en el puntaje total a los 6 meses, a los 12 y a los 24 meses con respecto al alta a través de un intervalo de confianza del 95%.

Resultados

147 pacientes fueron evaluados, 62% hombres, 38% mujeres. 46% con ACV Derecho and 54% con ACV izquierdo. La mediana de días de evolución al momento del ingreso es de 90,3 días, el tiempo de tratamiento de internación realizado por la muestra analizada es de una mediana de 68 días.

En la *Tabla 1* observamos que el 38% de la población estudiada es de sexo femenino y que el 46% de los pacientes tienen la lesión en hemisferio derecho. En cuanto a las características cuantitativas de los pacientes, se observa que la edad varía entre 18 y 92 años, con un promedio de 58,1 años y además el 50% tiene mas de 60 años. Mientras que el tiempo de evolución de los pacientes varió entre 9 y 689 días con un promedio de 90,3 días, siendo la evolución del 50% de los pacientes menor a 65 días. Cuando comparamos los datos de hombres y mujeres, las mujeres fueron ligeramente mayores que los hombres, con una edad media de 61,1 frente a 56,3. La media entre la fecha de evolución y la rehabilitación, para las mujeres fue del 91,8 días y para los hombres 89,4 días.

Al alta la media del FIM fue 87.91, con una desviación estándar (DE) de 21.09, la mitad de los participantes alcanzaron los 89 puntos y solo el 25% de ellos obtuvo un puntaje superior a los 104. Por su parte, los ítems correspondientes a control de esfínteres son los que alcanzaron valores más altos. Un 75% de los pacientes obtuvo un puntaje de 6 o más. Los ítems locomoción y escalera mostraron los valores más bajos. Para locomoción se observa que el 50% de los pacientes tiene un puntaje de 4 o menos (marcha asistida), con un promedio de 3,85. Para el ítem escalera un 75% toma el valor de 5 ó menos, con un promedio de 2,84 (asistencia moderada).

En el *Gráfico 1* se puede ver mediante diagramas de caja la distribución del FIM a través del tiempo, la cual es aproximadamente simétrica en los cuatro momentos analizados y también se aprecia que el mayor aumento es a los 6 meses posteriores al alta (promedio de 99,89. La mitad alcanzó el puntaje de 105). A los 12 y 24 meses el aumento es menor. (media de 102,35 y 104,01 respectivamente)

Para estimar el FIM promedio se optó por un intervalo de confianza que proporciona un rango de valores y una medida de la precisión en la estimación. Se obtuvo que el intervalo (84,4 - 91,3) cubre el FIM promedio al alta con una confianza del 95% y que el intervalo (100,8 - 107,2) cubre el FIM medio a los 24 meses con la misma confianza. *Tabla 2*.

En la *Tabla 3* se comparan los puntajes del FIM total y de todos los ítems al momento del alta según el sexo. Se destaca que para todos los ítems los puntajes son mayores para los hombres, resultando en diferencias significativas en el FIM total y para los ítems baño, vestido de tren superior, vejiga, intestino, transferencia a cama, toilet y ducha, escalera y expresión. Al realizar el mismo análisis a los 24 meses se mantienen los puntajes más altos en los hombres.

Los participantes con lesión en hemisferio izquierdo muestran menor puntaje en los ítems de comprensión, expresión, interacción social, resolución de problemas y memoria (comunicación y conexión social) Los demás ítems y el FIM total no evidencian diferencias según el lugar de la lesión. Al repetir el análisis a los 24 meses posteriores al alta las diferencias en esas variables se mantienen.

Al analizar la asociación del FIM con las variables edad y días de evolución (*Tabla 4*) se observa que existe correlación negativa significativa aunque no muy alta con ambas variables:

edad (-0,349; $p < 0,001$) y con los días de evolución (-0,177, $p = 0,032$), lo que significa que tanto valores altos de edad y de días de evolución se asocian con valores bajos de la escala.

Repitiendo este análisis a los 24 meses, el FIM total no solo mantiene su correlación negativa significativa con la edad sino que la incrementa (-0,506; $p < 0,001$) mientras que la correlación negativa con días de evolución pierde su significatividad (-0,131; $p = 0,114$).

Para analizar conjuntamente el efecto de las variables edad, días de evolución, sexo y lugar de la lesión se ajusta un modelo lineal multivariado sobre el FIM total al momento del alta. En la *Tabla 5* se resume el ajuste de dicho modelo, donde resultan significativos los efectos del sexo (p -valor= 0,048) y de la edad (p -valor $<0,001$).

Con respecto al sexo se interpreta que las mujeres (para valores fijos de las otras variables) tienen al momento del alta un promedio de 6,893 puntos menos de FIM que los hombres con un intervalo de confianza del 95%: (-13,74; -0,05).

Con respecto a la edad, interpretamos que cada diez años de mayor edad el FIM total al momento del alta disminuye en promedio 4,11 puntos con un intervalo de confianza del 95% de (-6,27; -1,95).

Por su parte, lugar de la lesión y días de evolución no afectan significativamente el FIM total en el modelo multivariado.

Al ajustar el mismo modelo a los 24 meses posteriores al alta se observa que la edad sigue siendo significativa (p -valor $<0,001$) pero no el sexo (p -valor=0,063).

Discusión

El FIM es un instrumento de evaluación, comúnmente utilizado para valorar los niveles de independencia en AVD en pacientes con secuela de ACV. Usualmente se utiliza en los diferentes estadios de evolución y diversas etapas del tratamiento. Es una herramienta que facilita al terapeuta ocupacional establecer objetivos terapéuticos a corto y largo plazo y poder determinar si los pacientes requieren supervisión por parte de un tercero, o bien, la necesidad de asistencia por parte del mismo.

En este estudio se evaluó el nivel de desempeño funcional de los pacientes dados de alta del programa de internación de FLENI, así como también el seguimiento del mismo a los 6, 12 y 24 meses posteriores. También se analizaron diferencias significativas en el desempeño de los pacientes según su edad, género, tiempo de evolución y hemisferio lesionado.

Hemos observado que al momento del alta solo 5 pacientes no mejoraron el puntaje del FIM algunos lo mantuvieron y otros disminuyeron. En estos casos la disminución coincide con interurrencias clínicas o complicaciones como caídas, infecciones urinarias, entre otras.

El objetivo primario del estudio fue documentar el nivel de independencia funcional alcanzado en pacientes con secuela de accidente cerebro vascular al momento del alta y realizar el seguimiento a los 6, 12 y 24 meses del alta con la finalidad de registrar el desempeño en las AVD.

Se ha evidenciado que los pacientes con secuela de ACV muestran cambios en su nivel de independencia funcional durante los primeros dos años de la lesión pero los cambios más significativos se dan en el período comprendido entre el alta y los 6 meses posteriores.

Se podría estimar, en base a los resultados obtenidos en esta población, que el FIM de los pacientes al momento del alta de tratamiento estaría en el intervalo 84.4 - 91.3 con un 95% de confiabilidad.

Al momento de finalizar el programa de internación el promedio de la muestra tiene tres meses de evolución del evento y el promedio del FIM alcanzado por estos pacientes es del 87.91, lo cual significa que, al momento del alta, logran un desempeño con asistencia mínima o supervisión por parte de terceros.

Otro de nuestros objetivos era poder determinar si existe algún tipo de relación entre el desempeño funcional (FIM) y las características de la población estudiada.

No se encontraron correlación entre nivel de independencia funcional y localización de lesión.

Sin embargo otros estudios¹⁴ han evidenciado que los aspectos cognitivos y de aprendizaje relacionados con la localización de la lesión e influyen en el desempeño de las AVD. Teniendo en cuenta que el FIM no es una evaluación cognitiva específica igualmente esta nos permite registrar el impacto de los déficits cognitivos en el desempeño de las AVD.

En otros estudios 10, 11, 17 las mujeres muestran puntajes más bajos del FIM. Se destaca que para todos los ítems (tanto al alta como a los 24 meses) los puntajes son mayores para los hombres, resultando en diferencia significativa tanto el FIM total como los ítems baño, vestido de tren superior, control de esfínter, transferencias y escalera.

De nuestro estudio podemos observar que la edad es un factor de influencia negativo en el puntaje del FIM independientemente del resto de las variables La edad es la que más impacta en la posibilidad de alcanzar un nivel independiente en el desempeño de las AVD Básicas, tanto al alta como a los 24 meses.

Al igual que en el estudio de Nakayama et al¹⁶, quienes utilizan el Índice de Barthel como instrumento de evaluación, hemos observado que cada 10 años de incremento de edad resultan en 4 puntos menos en el FIM.

Conclusión

Se ha evidenciado que los pacientes con secuela de ACV muestran cambios en su nivel de independencia funcional durante los primeros dos años de la lesión pero los cambios más significativos se dan en el período comprendido entre el alta y los 6 meses posteriores.

Al analizar la asociación FIM a otras variables, podemos concluir que la edad es un factor de influencia negativa en el puntaje del FIM, cada 10 años de mayor edad el FIM total disminuye en promedio 4,11 puntos. Esta es la variable con mayor impacto en la posibilidad de lograr la independencia en las AVD al alta y en los 6, 12 y 24 meses de seguimiento.

Bibliografía

- Alexander MP. (1994). Stroke rehabilitation outcome: a potential use of predictive variables to establish levels of care. *Stroke*, 25: 128–34.
- Anderson CS, Taylor B, Hankey G, Stewart-Wynne E, Jamrozik K. (1994). Validation of a clinical classification for subtypes of acute cerebral infarction. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 57: 1173–79.
- Bagg,S, Pombo,A; Hopman,W (2002) Effect of age on Functional outcome after stroke rehabilitation. *Stroke*, 33:179-185
- Bamford J, Sandercock P, Dennis M, Burn J, Warlow C. (1991). Classification and natural history of clinically identifiable subtypes of cerebral infarction. *Lancet*, 337: 1521–26.
- Buffalo (NY): State Univ New York (1996). Guide for the Uniform Data Set for Medical Rehabilitation (including the FIM instrument) at Buffalo.
- Chmeny;D; Nollinger ,K, Sheski,K (2010) Ability of Functional Independence Measure to accurately predict functional outcome of stroke-specific population: Systematic review. *Journal of Rehabilitation Research &Development* Vol 47 number
- Dallmeije,A, Dekker;JRoorda,L, Knol, D, et al (2005). Differential item functioning of the Functional Independence Measure in higher performing neurological patients. *Journal of rehabilitation Medicine*, 37,346-352

- Dumoulin, Ch, Korner-Bitensky, N, Tannenbaum, C. (2007). Urinary Incontinence After Stroke: Identification, Assessment, and Intervention by Rehabilitation Professionals in Canada. *Stroke*; 38:2745 – 2751.
- Duncan, P, Jorgensen, H & Wade, T (2000) Outcome measure in acute stroke trials: A systematic review and some recommendations to improve practice. *Stroke*, 31,1429- 1438.
- Feigin V, L, Barker-Collo, (2010). Auckland Stroke, outcome Study: Part 1: gender, stroke types, ethnicity and functional outcome 5 years poststroke. *Neurology*, 75:1597- 1607
- Feigin VL; Barker-Collo; (2010). Auckland Stroke, outcome Study: Part 2: cognition and functional outcome 5 years poststroke. *Neurology*; 75;1608
- Jongbloed L. (1986). Prediction of function after stroke: a critical review. *Stroke*, 17:765–76.
- Kenneth J, Ottenbacher, , Yungwen Hsu, MS (1996) The Reliability of the Functional Independence Measure: A quantitative Review. *Arch Phys Med Rehabil* Vol 77:1226-32
- Khader Sulieman Maha, , Tomlin. George (1994) Change in wheelchair Transfer Performance During Rehabilitation of men with cerebrovascular accident. *The American Journal of Occupational Therapist* Volume 48, number 10
- Kotila M. (1986) Four year prognosis of patients under the age of 65 surviving their first ischaemic brain infarction. *Ann Clin Res Journal* 18: 76–79.
- Nakayama H Jorgensen, H S, Raaschou HO and Olsen TS, (1994) The Influence of age on stroke outcome. The Copenhagen Stroke Study. *Stroke* ;25:808-81
- Paolucci, S, Bragoni, M, Coiro, P, (2006) Is sex a prognostic factor in stroke rehabilitation A Matched Comparison. *Stroke*, 37: 2989-2994.
- Samuelsson M, Soderfeldt B, Olsson GB. (1996) Functional outcome in patients with lacunar infarction. *Stroke*, 27: 842–84.
- Sheikh K, Brennan PJ, Meade TW, Smith DS, Goldenberg E. (1983) Predictors of mortality and disability in stroke. *J Epidemiol Commun Health*, 37: 70–74.
- Shih, Rogers, Skidmore, Irrgang, Holm. (2009) Measure Stroke Survivors' Functional Status Independence: Five Perspectives. *American Journal of Occupational Therapy* , 64,600-6008
- Smith PM, Illig SB, Fielder RC, Hamilton BB, Ottenbacher KJ. (1996) Intermodal agreement of follow-up telephone functional assessment using the functional independence measure in patients with stroke. *Arch Phys Med Rehabil* ;77:431-5.
- Wade DT, Hower RL, Wood WA. (1984) Stroke: influence of patient's sex and side of weakness on outcome. *Arch Phys Med Rehabil*, 65: 513–16.
- Whiteneck GG, Brooks CA, Mellick DC (1997). Handicap assessment. Final report. Rehabilitation Research and Training Center on Functional Assessment and Evaluation of Rehabilitation Outcomes. *Buffalo (NY): State Univ New York*;
- Wilkinson Peter, Wolfe Charles; Warburton, Fiona Rudd Anthony, Howard Robin, Ross- Russell Ralph, Beech Roger. (1997) A Long-Term follow up of stroke patients. *Stroke* :28:507-512

Tabla 1. Distribución de las características cualitativa de los pacientes

Tabla 1. Distribución de las características cualitativa de los pacientes

Variable	Frecuencia (Porcentaje)
Sexo - Femenino	56 (38%)
Lesión - Derecha	67 (46%)
Año	
2006	29 (20%)
2007	36 (25%)
2008	15 (10%)
2009	26 (18%)
2010	26 (18%)
2011	15 (10%)

Tabla 2 Intervalos de confianza para el FIM medio y la diferencia media con respecto al período anterior en los distintos momentos analizados.

Variable	Intervalos de confianza para la media del 95%	
FIM al alta	84,4	91,3
FIM a los 6 meses	96,6	103,2
FIM a los 12 meses	99,1	105,5
FIM a los 24 meses	100,8	107,2
Diferencia FIM 6m vs alta	10,1	13,8
Diferencia FIM 12m vs 6m	1,5	3,4
Diferencia FIM 24m vs 12m	0,8	2,5

Tabla 3. Comparación de los puntajes para todos los ítems y el FIM al alta según sexo

Ítem	Media (Desv. Est.)		Mediana (P25 - P75)		p-valor (test wilcoxon)
	Fem - n=56	Masc - n=91	Fem - n=56	Masc - n=91	
FIM total	82,3 (22,3)	91,4 (19,7)	86 (65 - 100)	94 (77 - 107)	0,021
Alimentación	5 (0,9)	5,4 (0,9)	5 (5 - 5)	5 (5 - 6)	0,119
Aseo	5 (1,3)	5,3 (1,3)	5 (4 - 6)	5 (4 - 6)	0,126
Baño	3,8 (1,4)	4,2 (1,3)	3 (3 - 5)	4 (3 - 5)	0,035
vestido TS	4,2 (1,5)	4,7 (1,6)	4 (3 - 5,75)	4 (4 - 6)	0,047
vestido TI	3,7 (1,4)	4 (1,6)	3 (3 - 4)	4 (3 - 5)	0,286
Toilet	4,1 (1,8)	4,5 (1,9)	4 (3 - 6)	5 (3 - 6)	0,274
Vejiga	5,5 (2,2)	6,2 (1,7)	7 (4 - 7)	7 (7 - 7)	0,035
Intestino	5,9 (1,9)	6,5 (1,1)	7 (6 - 7)	7 (7 - 7)	0,011
transf cama	4,5 (1,3)	5 (1,3)	4 (4 - 5)	5 (4 - 6)	0,017
transf toilet	4,4 (1,5)	4,9 (1,5)	4 (4 - 5)	5 (4 - 6)	0,027
transf ducha	4,3 (1,3)	4,7 (1,4)	4 (3 - 5)	5 (4 - 6)	0,045
Camina	3,5 (2)	4,1 (2,1)	4 (1 - 5)	5 (2 - 6)	0,067
Escalera	2,3 (1,9)	3,2 (2,2)	1 (1 - 4)	3 (1 - 5)	0,009
Comprensión	5,9 (1,6)	6,2 (1,3)	7 (5 - 7)	7 (6 - 7)	0,170
expresión	5,1 (2)	5,7 (1,8)	5,5 (4 - 7)	7 (4 - 7)	0,039
interacción social	5,6 (1,8)	5,9 (1,5)	7 (4,25 - 7)	7 (5 - 7)	0,483
resolución de problemas	4,8 (2,1)	5,3 (1,7)	5 (3 - 7)	5 (4 - 7)	0,221
memoria	5,2 (2,1)	5,8 (1,6)	6 (4 - 7)	7 (5 - 7)	0,116

Tabla 4. Correlación de Spearman entre los distintos ítems de la escala y las variables edad y evolución al momento del alta

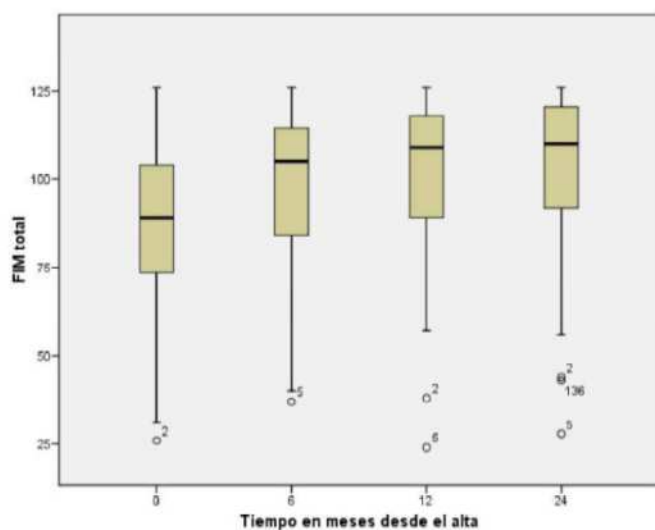
Ítem	Edad		Días de evolución	
	Correlación	p-valor	Correlación	p-valor
FIM total	-0,349	0,000	-0,177	0,032
Alimentación	-0,105	0,204	-0,267	0,001
Aseo	-0,327	0,000	-0,176	0,033
Baño	-0,404	0,000	-0,161	0,051
vestido TS	-0,318	0,000	-0,272	0,001
vestido TI	-0,349	0,000	-0,237	0,004
Toilet	-0,369	0,000	-0,147	0,076
Vejiga	-0,399	0,000	-0,085	0,305
Intestino	-0,414	0,000	-0,092	0,269
transf cama	-0,393	0,000	-0,141	0,089
transftoilet	-0,365	0,000	-0,155	0,060
transf ducha	-0,316	0,000	-0,149	0,071
Camina	-0,328	0,000	-0,062	0,458
Escalera	-0,285	0,000	-0,02	0,805
Comprensión	0,032	0,697	-0,085	0,308
Expresión	0,058	0,483	-0,082	0,324
interacción social	-0,094	0,258	-0,114	0,170
resolución de problemas	-0,109	0,188	-0,114	0,168
Memoria	-0,151	0,069	-0,106	0,203

Tabla 5. Efectos de las distintas variables en el modelo lineal multivariado sobre el FIM al alta.

Variable	Efecto	Significación	Intervalo de confianza del 95%	
Sexo (Femenino)	-6,893	0,048	-13,737	-0,048
Lugar de la lesión (Izquierda)	-0,743	0,825	-7,360	5,874
Días evolución	-0,007	0,647	-0,039	0,024
Edad	-0,411	<0,001	-0,627	-0,195

Gráfico 1 Distribución FIM a través del tiempo.

Gráfico 1 Distribución del FIM a través del tiempo.



Mesa 11

Abordajes en Pediatría.
Herramientas de evaluación e intervención

Desarrollo de una Guía Internacional para Monitorear el Desarrollo Infantil (GIMDI)

Autores: Carroli, Berenise; Sguassero, Yanina; Lencinas, María Virginia; Roldán, Daniela; Guerrero, Marcia; Eezckui, Augusto; Sacco, Erika.
Correo electrónico: bcarroli@yahoo.com

Resumen

Introducción

Las dificultades del desarrollo temprano tienen un gran impacto en la carga de morbilidad a lo largo del ciclo vital. En los países de medianos y bajos ingresos, la evidencia sobre las dificultades del desarrollo en las poblaciones infantiles es escasa e inconsistente.

Objetivos

1-Estandarizar la Guía Internacional para Monitorear el Desarrollo Infantil (GIMDI) mediante la recolección de datos sobre el desarrollo infantil en poblaciones de cuatro países diferentes: Argentina (Rosario), India (Mombai), Sudáfrica (Pretoria) y Turquía (Ankara) - (Fase I), 2-Validar la utilidad clínica de la GIMDI mediante la comparación con instrumentos considerados como "patrón oro" para evaluación del desarrollo a nivel internacional (Fase II) y 3-Implementar la GIMDI estandarizada y validada en la consulta de pediatría ambulatoria (Fase III).

Diseño

Estudio transversal (Fase I y II), estudio "antes-después" (Fase III).

Criterios de inclusión

Se incluyen niños de 1-42 meses que asisten a la consulta de pediatría ambulatoria con consentimiento informado. Los niños con antecedentes de prematurez, bajo peso al nacer (< 2500 gramos), anemia y déficit del crecimiento serán analizados por subgrupo.

Criterios de exclusión

Niños con enfermedades neurológicas, cromosopatías, etc.

Entrenamiento para la recolección de los datos

Fase I y II ~ investigadores asistentes entrenados para: entrevistar a la madre utilizando un formulario con 7 preguntas sobre desarrollo infantil (monitoreo) y 3 preguntas sobre la familia (apoyo), completar un formulario sociodemográfico y realizar un test rápido de hemoglobina (HemoCue). Fase II ~ una pediatra y una terapeuta ocupacional entrenadas en Bayley III, Escala Adaptativa de Vineland. Fase III ~ profesionales de la salud que han completado el taller para uso clínico de la GIMDI.

Resultados preliminares

En Rosario se entrevistaron 2854 madres en la Fase I y se evaluaron 322 niños en la Fase II. Actualmente la Fase III se está realizando en cuatro Centros de Atención Primaria de la Salud de la Municipalidad de Rosario.

Conclusión

La GIMDI es una herramienta factible de aplicar en nuestro medio. Permite monitorear el desarrollo del niño pequeño, facilita la participación de la madre y la familia y promueve el uso de técnicas de consejería aplicadas al desarrollo infantil.

Introducción

Las dificultades del desarrollo que comienzan en la infancia temprana se consideran contribuyentes cada vez más importantes de la morbilidad infantil en los países de medianos y bajos ingresos. Sin embargo, hasta ahora se ha brindado poca atención a la identificación y tratamiento de estos problemas.¹⁻⁴ En esta propuesta, el término "dificultades del desarrollo" es utilizado para referirse a cualquier tipo de discapacidad, problema o retraso del lenguaje, de la conducta, del desarrollo cognitivo, socio-emocional y neuromotor que comience durante la primera infancia.

En los países desarrollados, una estrategia importante para la detección y manejo temprano de las dificultades del desarrollo ha sido la incorporación del control del desarrollo infantil (es decir, diagnóstico y monitoreo estandarizado) a los cuidados de salud.⁵⁻¹⁴ En los países en vías de desarrollo, las intervenciones para mejorar el desarrollo durante la infancia temprana son cada vez más accesibles incluyendo estrategias de bajo costo como el tratamiento de la desnutrición y la deficiencia de hierro, la formación para mejorar la relación entre el niño y sus padres, la mayor estimulación psicosocial y la posibilidad de contar con rehabilitación basada en la comunidad.¹⁵⁻¹⁸ Sin embargo, no ha habido progresos en el desarrollo de instrumentos estandarizados y validados en estos países.¹⁹⁻²³

La Guía para Monitorear el Desarrollo Infantil (GIMDI) fue desarrollada por la Dra. Ertem, investigadora principal de este proyecto en Turquía, para guiar especialmente a los profesionales de la salud de los países en vías de desarrollo en la detección y manejo temprano de las dificultades del desarrollo en los niños de 0 a 3 años.²⁴ La GIMDI tiene tres componentes:

El "componente de monitoreo" del desarrollo que utiliza una entrevista de preguntas abiertas sobre el lenguaje expresivo y receptivo, el desarrollo motor fino y grueso, el juego, el desarrollo socio-emocional y funcional del niño. Este componente permite la detección temprana de los retrasos del desarrollo comparado con el logro estandarizado de los hitos funcionales del desarrollo en las distintas edades del niño. 2) El "componente de apoyo" que brinda entrenamiento clínico para aconsejar a las personas a cargo del cuidado del niño sobre cómo optimizar el desarrollo infantil, ²⁵ y 3) el "componente de manejo" que promueve la implementación de intervenciones factibles de ser utilizadas por parte de los profesionales de la salud a nivel de las comunidades cada vez que se detecte una dificultad del desarrollo. Las técnicas utilizadas en la GIMDI se apoyan en una teoría de la evaluación del desarrollo centrada en la familia y en las fortalezas de las relaciones.²⁶⁻²⁸ Si bien son adaptaciones de estrategias de diagnóstico y vigilancia del desarrollo actualmente en uso, representan un avance conceptual en este campo al introducir un método nuevo y práctico para obtener información completa sobre el niño al tiempo que se promueve la comunicación entre el médico y la persona a cargo de su cuidado. La GIMDI tiene ventajas sobre los enfoques de tipo "chequeo y test del desarrollo" para niños porque: a) contempla la falta de educación, el analfabetismo, el desconocimiento y la desconfianza en las intervenciones, el temor a los estigmas sociales en relación con las dificultades del desarrollo; b) combina los conceptos de vigilancia, diagnóstico, promoción e intervención en desarrollo; c) requiere mínimo recurso y tiempo para entrenamiento e implementación y d) fue desarrollada para abordar las dificultades del desarrollo en la infancia temprana a nivel universal, es decir, no culturalmente específicas.

El objetivo principal del estudio es validar esta GIMDI e identificar maneras para su implementación a largo plazo en ámbitos clínicos. Se espera que este proyecto sea guía

para futuros estudios destinados a demostrar los beneficios de la detección y manejo de las dificultades del desarrollo en niños, aun cuando se utilice en comunidades donde los recursos son limitados.

Este estudio se está realizando en cuatro países: Argentina, India, Sudáfrica y Turquía. Según la clasificación del Banco Mundial, India es considerada como un país de bajos ingresos mientras que Argentina, Sudáfrica y Turquía son países de altos-medianos ingresos.²⁹ Estos cuatro países son muy diferentes entre sí pero comparten la particularidad de que sus sistemas primarios de salud promueven la atención preventiva en salud infantil y, a pesar de las limitaciones, la mayoría cuenta con servicios para tratar las dificultades del desarrollo durante la infancia temprana.^{16, 30-37} Estos cuatro países han sido elegidos por la diversidad demográfica, lingüística y cultural que son necesarias para el desarrollo de la GIMDI y porque aportarán información sobre diferentes sistemas de cuidados de salud y recursos necesarios para la futura aplicación de GIMDI en otros lugares.

Los objetivos específicos de este estudio son:

1. Estandarizar la GIMDI en 4 países de medianos y bajos ingresos con diversidad demográfica, cultural y lingüística a fin de hacer apropiado su uso a nivel universal.
2. Establecer criterios de puntuación válidos para la GIMDI que permitan la detección precisa de las dificultades del desarrollo cuando sea utilizada en diferentes lenguajes y entornos culturales.
3. Conducir una prueba piloto en 4 países para identificar maneras de implementar de forma sustentable la GIMDI en efectores de salud de la comunidad y evaluar hasta qué punto el uso de la GIMDI resulta en un mayor acceso a los servicios de salud y un manejo más apropiado de las dificultades del desarrollo.

Para cumplir con los dos primeros objetivos se han realizado estudios transversales en los cuatro países participantes en las siguientes dos fases:

Fase I: Se recolectaron datos de más de 10.000 niños y familias de los países participantes. En Rosario se entrevistaron 2.854 madres. Se determinaron las edades en las que el 90-97% de estos niños lograron los hitos del desarrollo de la GIMDI. Los análisis estadísticos realizados permitieron identificar consistencias o diferencias entre las poblaciones infantiles de los países participantes.

Fase II: Se recolectaron datos de más de 1.500 niños. En Rosario fueron evaluados 322 niños, 50 de los cuáles tenían antecedentes de prematuridad. La GIMDI se validó en comparación con el "patrón oro" (Bayley III, Escala Adaptativa de Vineland) de la evaluación exhaustiva del desarrollo infantil a nivel internacional y el criterio clínico. Al finalizar esta fase, se presentaron los datos preliminares a un Comité Internacional de Expertos en la Universidad de Yale, Estados Unidos.

La recolección de los datos de estas dos fases finalizó en mayo 2014.

Fase III: La prueba piloto del uso de la GIMDI, se está realizando en cuatro Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de la red de atención pública de la Municipalidad de Rosario.

Se trata de un trabajo de campo con un diseño *antes-después* que incluye, además, un seguimiento a corto plazo de los niños que han presentado dificultades del desarrollo identificadas a través de la GIMDI. Otro aspecto innovador es la utilización de una metodología de investigación participativa de acción comunitaria.

Se han realizado cuatro talleres del uso de la GIMDI para uso clínico como parte de las actividades preparatorias.

Al finalizar esta fase, Se espera contar con información práctica de los equipos de salud participantes que permita identificar estrategias para la futura implementación de la GIMDI.

Conclusión

La realización de este estudio internacional permitirá contar con una herramienta estandarizada y validada factible de ser utilizada en países de medianos y bajos ingresos para monitorear el desarrollo del niño pequeño, facilitando la participación de la madre y la familia y promoviendo el uso de técnicas de consejería aplicadas al desarrollo infantil.

Referencias bibliográficas

- Maureen S. Durkin, Helen Schneider, Vikram S. Pathania, Karin B. Nelson, Geoffrey C. Solari, Nicole Bellows, Richard M. Scheffler, and Karen J. Hofman, "Learning and Developmental Disabilities." Disease Control Priorities in Developing Countries (2nd Edition), ed. 933-952. New York: Oxford University Press, 2006. DOI: 10.1596/978-0-821-36179-5/Chpt-49
- Committee on Nervous System Disorders in Developing Countries, Board on Global Health. Neurological, Psychiatric, and Developmental Disorders: Meeting the Challenge in the Developing World. Institute of Medicine, Washington, DC: National Academy Press 2001
- Grantham-McGregor S, Cheung YB, Cueto S, Glewwe P, Richter L, Strupp B. Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. Lancet. 2007;6:60-70
- Maulik PK, Darmstadt GL. Childhood disability in low- and middle-income countries: overview of screening, prevention, services, legislation, and epidemiology. Pediatrics. 2007;120 Suppl1:S1-55
- Council on Children With Disabilities, Section on Developmental Behavioral Pediatrics, Bright Futures Steering Committee, and Medical Home Initiatives for Children With Special Needs Project Advisory Committee. Identifying infants and young children with developmental disorders in the medical home: an algorithm for developmental surveillance and screening. Pediatrics. 2006;118:405-20
- Earls MF, Hay SS. Setting the stage for success: implementation of developmental and behavioral screening and surveillance in primary care practice--the North Carolina Assuring Better Child Health and Development (ABCD) Project. Pediatrics. 2006;118:e183-8
- McKay K. Evaluating model programs to support dissemination. An evaluation of strengthening the developmental surveillance and referral practices of child health providers. J Dev Behav Pediatr. 2006;27:S26-9
- Blair M, Hall D. From health surveillance to health promotion: the changing focus in preventive children's services. Arch Dis Child. 2006;91:730-5
- Roberts H, Hall DMB. What is Sure Start? Arch Dis Child. 2000;82:435-7
- Davis H, Tsiantis J. Promoting Children's Mental Health: The European Early Promotion Project (EEPP). International Journal of Mental Health Promotion. 2005;7:4-16
- Zuckerman B, Parker S, Kaplan-Sanoff M, Augustyn M, Barth MC. Healthy Steps: a case study of innovation in pediatric practice. Pediatrics. 2004;114:820-6
- Regalado M, Halfon N. Primary care services promoting optimal child development from birth to age 3 years: review of the literature. Arch Pediatr Adolesc Med. 2001;155:1311-22.
- Baird G, Hall DM. Developmental pediatrics in primary care: what should we teach? Br Med J (Clin Res Ed). 1985;291:583-6
- Katz M, Rubino A, Collier J, Rosen J, Ehrlich JH. Demography of pediatric primary care in Europe: delivery of care and training. Pediatrics. 2002;109(5):788-96

- Walker SP, Wachs TD, Gardner JM, Lozoff B, Wasserman GA, Pollitt E, Carter JA. International Child Development Steering Group. Child development: risk factors for adverse outcomes in developing countries. *Lancet*. 2007;13:145-57
- WHO 2007 Atlas: Global Resources for Persons with Intellectual Disabilities. http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas_id_2007.pdf
- Mitchell R. Community-based rehabilitation: the generalized model. *Disabil Rehabil*. 1999;21:522-8
- Crishna B. What is community-based rehabilitation? A view from experience. *Child Care Health Dev*. 1999;25(1):27-35
- Engle PL, Black MM, Behrman JR, Cabral de Mello M, Gertler PJ, Kapiriri L, et al. Strategies to avoid the loss of developmental potential in more than 200 million children in the developing world. *Lancet*. 2007;369:229-42
- Sonnander K. Early identification of children with developmental disabilities. *Acta Paediatr*. (Suppl)2000;89(434):17-23
- Murray C, Lopez AD. Quantifying disability: data, methods and results. *Bull World Health Organ*. 1994;71:481-94
- Briggs CJ, Garner P. Strategies for integrating primary health services in middle- and low-income countries at the point of delivery. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006; 19(2):CD003318 Review.
- Mung'ala-Odera V, Newton CR. Identifying children with neurological impairment and disability in resource-poor countries. *Child Care Health Dev*. 2007;33:249-256
- Ertem IO, Dogan DG, Gok CG, Kizilates SU, Caliskan A, Atay G, Vatandas N, Karaaslan T, Baskan SG, Cicchetti DV. A guide for monitoring child development in low- and middle-income countries. *Pediatrics*. 2008;121(3):e581-9
- World Health Organization. Training Course on Child Growth Assessment. Version 1 November 2006. Geneva, WHO, 2006; pg60-66
- Bronfenbrenner U, Ceci SJ. Nature-nurture reconceptualized in developmental perspective: a bioecological model. *Psychol Rev*. 1994;101:568-86
- Committee on Hospital Care. Family-centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics*. 2003;112:691-6
- Sameroff AJ, Fiese BH. Transactional Regulation: The Developmental Ecology of Early Intervention. In *Handbook of Early Intervention* (Ed) Shonkoff JP, Meisels SJ, Cambridge University Press 2000; pg 135-160
- World Bank Country Ranking 2006 <http://siteresources.worldbank.org/DATASTATISTICS/Resources/GNIPC.pdf> accessed 10 March 2008
- The State Institute of Statistics, The Presidency of Administration on Disabled People. 2002 Turkey Disability Survey. Ankara, Turkey 2004;1-21
- Healthcare in India : The road ahead. CII-McKinsey report 2002
- Government of India statement on National Health Policy. New Delhi: Ministry of Health and Family Welfare, 1983
- Government of India. National Health Policy 2002. New Delhi : Ministry of Health and Family Welfare, 2002
- Lisbet Grut, Peter Hjort and Arne H. Eide. "More of the same and try something new. "Evaluation of the Community Based Rehabilitation Programme in Eritrea. SINTEF Health Research Report, STF78 A044515, 2004
- Monson J, Hall K, Smith C, Shung-King M (Eds). *South African Child Gauge*. Cape Town Children's Institute, University of Cape Town, 2006

- Miles S. Engaging with the Disability Rights Movement: the experience of community-based rehabilitation in southern Africa. *Disab Soc.* 1996;11:501-518
- Anselmi L, Piccinini CA, Barros FC, Lopes RS. Psychosocial determinants of behaviour problems in Brazilian preschool children. *J Child Psychol Psychiatry.* 2004;45(4):779-88

Adaptaciones funcionales para el desarrollo de las AVD en Pediatría. Relevamiento de su uso en el hogar y/o escuela, luego de la prueba terapéutica realizada en FLENI

Autores: Bargo, María Cecilia; Mauriño, María Evangelina;
Lic. de Pascuale, Mónica; Dra. Intruvini, Silvia.
Correo electrónico: ceciliabargo@hotmail.com

Resumen

Este trabajo pretende compartir una experiencia iniciada durante el año pasado y que continúa llevándose a cabo en el transcurso del corriente año en el Centro Educativo Terapéutico de niños y adolescentes (CETNA) perteneciente a F.L.E.N.I

Objetivo

Conocer la inclusión de adaptaciones y equipamientos en el hogar y/o escuela para el desarrollo de las actividades cotidianas en niños con trastornos neuromotores entre 3 y 18 años que concurrieron a la institución en el periodo 2014 - 2015.

Material y método

Para recabar datos se realizó una revisión de los informes realizados desde el área de TO seleccionando aquellos en los cuales se había realizado prueba terapéutica y recomendado el uso de una/s adaptación/es para el desarrollo de alguna avd. Se contactó telefónicamente a los padres para preguntarles si dichas adaptaciones son utilizadas.

Resultados preliminares

Al día de la fecha se revisaron nueve informes y se contactaron a las familias telefónicamente. Entre los nueve pacientes hasta el momento contactados se corroboró el uso de 19 adaptaciones o equipamientos, de los cuales 15 son utilizados de forma diaria en el hogar y/o escuela.

Discusión

Nos parece un dato importante a tener en cuenta que algunos de los niños que no utilizan el equipamiento probado e indicado en los programas no se encuentran al momento del contacto telefónico realizando tratamiento de Terapia Ocupacional en sus lugares de residencia. Por este motivo es importante dar a conocer el uso de adaptaciones y equipamientos a demás profesionales del equipo de salud. A su vez nos parece importante continuar indagando en el por qué de la falta de uso de las adaptaciones probadas e indicadas. Se ampliará la discusión cuando se hayan realizado y analizado todos los contactos pertinentes. Se indicará cuales son las adaptaciones y equipamientos más utilizados y cuáles no.

Introducción

Este trabajo pretende compartir una experiencia iniciada durante el año pasado y que continúa llevándose a cabo en el transcurso del corriente año en el Centro Educativo Terapéutico de niños y adolescentes (CETNA) perteneciente a F.L.E.N.I de la localidad de Escobar, Pro-

vincia de Buenos Aires, especializado en la atención pediátrica de niños con patologías neurológicas.

La ausencia, disminución en la participación en las Actividades de la vida diaria (AVD) es un impedimento común en patologías neurológicas congénitas o adquiridas.

Las terapistas ocupacionales junto al resto del equipo trabajan en poder conocer cuáles son las capacidades funcionales de los niños en relación a los factores contextuales como el hogar y el colegio, vinculándose tanto con los pares y adultos.

Como parte de nuestro rol tenemos en cuenta que actualmente existen adaptaciones y equipamientos que permiten al paciente incrementar su participación en las actividades de la vida diaria. El uso de dichas adaptaciones o equipamientos le permite al niño una mayor interacción dentro del contexto que lo rodea, incluyendo el hogar, colegio y eventos sociales

Objetivo

Conocer la inclusión de adaptaciones y equipamientos en el hogar y/o escuela para el desarrollo de las actividades cotidianas en niños con trastornos neuromotores entre 3 y 18 años que concurrieron a la institución en el periodo 2014 - 2015.

Material y método

Se realiza observación clínica de la funcionalidad de MMSS en las AVD (las cuales incluyen: alimentación, vestido, higiene, comunicación y movilidad funcional), en las actividades de productividad (inherentes a las actividades escolares), y en las actividades de juego y esparcimiento teniendo en cuenta los componentes para realizar dichas actividades (sensoriomotores, cognitivos y psicosociales), lo cual nos puede arrojar datos objetivos sobre el déficit, dificultad y fortaleza del paciente, seguido de una prueba terapéutica que se ajuste a las necesidades del mismo. Al analizar los componentes de la función manual requeridos para una actividad surge que se puede adaptar: *un componente, más de un componente o toda la función*. La adaptación puede *asistir o reemplazar dichos componentes o funciones*.

El C.E.T.N.A recibe en su mayoría pacientes de toda Argentina que participan de diferentes programas según la necesidad de cada uno de ellos. Los programas en los cuales nos focalizaremos para este trabajo son: hospital de día y hospital de día motor. La modalidad de los mismos varía de acuerdo al equipo de profesionales y tipo de atención que requiere. El tiempo puede ser de dos a seis semanas aproximadamente. En dichos programas los pacientes realizan una o dos sesiones diarias de una hora de Terapia Ocupacional.

Para recabar datos se realizó una revisión de los informes realizados desde el área de TO seleccionando aquellos en los cuales se había realizado prueba terapéutica y recomendado el uso de una/s adaptación/es para el desarrollo de alguna avd. Se contactó telefónicamente a los padres para preguntarles si dichas adaptaciones son utilizadas, de ser afirmativa la respuesta se consultó con que frecuencia se las utilizan, de ser negativa se consultó si el niño podía igualmente participar activamente de la actividad para la cual fue sugerida el uso de la adaptación. Las adaptaciones y equipamientos que se tuvieron en cuenta son cubiertos adaptados, toma pronada, atril o plano inclinado, férulas estabilizadoras de muñeca y abductoras de pulgar confeccionadas en material neoprene, y sillas de baño.

Selección de Pacientes: 20 Pacientes que presenten trastornos neuromotores entre 3 a 18 años y cuyos padres estuvieron de acuerdo en participar.

Criterio de exclusión: pacientes menores de 3 años, que no presenten trastornos neuromotores y que sus padres no estén de acuerdo en participar del mismo.

Resultados preliminares

Al día de la fecha se revisaron nueve informes y se contactaron a las familias telefónicamente. Entre los nueve pacientes hasta el momento contactados se corroboró el uso de 19 adaptaciones o equipamientos, de los cuales 15 son utilizados de forma diaria en el hogar y/o escuela.

Discusión

Nos parece un dato importante a tener en cuenta que algunos de los niños que no utilizan el equipamiento probado e indicado en los programas no se encuentran al momento del contacto telefónico realizando tratamiento de Terapia Ocupacional en sus lugares de residencia. Por este motivo es importante dar a conocer el uso de adaptaciones y equipamientos a demás profesionales del equipo de salud. A su vez nos parece importante continuar indagando en el por qué de la falta de uso de las adaptaciones probadas e indicadas. Se ampliará la discusión cuando se hayan realizado y analizado todos los contactos pertinentes. Se indicará cuales son las adaptaciones y equipamientos más utilizados y cuáles no.

Bibliografía

- Hand Function in the child. (Second Edition). Foundations for remediation. *Anne Henderson, PhD, OTR, and Charlene Pehehoski, ScD, OTR/L FAOTA*. 2006. Mosby.
- Occupational Therapy for children. Jane Case-Smith EdD OTR/L FAOTA, Jane Clifford O'Brien PhD OTR/L.
- Quantification of Control: A Preliminary Study of Effects of Neurodevelopmental Treatment on Reaching in Children with Spastic Cerebral Palsy. *Joann Kluzik, Linda Fetters and Jane Coryell* PHYS THER. 1990; 70:65-76.
- The Effects of Neurodevelopmental Treatment Versus Practice on the Reaching of Children with Spastic Cerebral Palsy. *Linda Fetters and Joann Kluzic*. PHYS THER. 1996; 76:346-358.
- Developmental hand dysfunction. Theory assesment treatment. *Rhoda Priest Edhart*. 1989.

Análisis de instrumento de evaluación de desempeño de actividades de la vida diaria instrumental "Lawton & Brody"

Autores: Hernández Perez, Karla; Neumann Collyer, Vivian; Jerez Pimentel, María Fernanda.

Correo electrónico: kahernandez@santotomas.cl

Resumen

Objetivo

Analizar el instrumento de evaluación de Independencia en AVDI "Lawton y Brody", determinando si los factores género, desempeño previo y nivel socioeconómico, afectan las conclusiones relacionadas con el grado de dependencia/independencia de las personas.

Metodología

Se realiza en dos etapas, primero se aplica encuesta de percepción sobre ILB a 22 Terapeutas Ocupacionales en Chile y en segundo lugar se aplica ILB más un cuestionario complementario a 37 usuarios de tres centros de rehabilitación junto a la impresión de sus TO tratantes.

Resultados

Los resultados obtenidos sobre la percepción de los terapeutas ocupacionales, indican que el 91 % de los encuestados está en desacuerdo o muy en desacuerdo con las aseveraciones sobre el ILB.

La impresión de los terapeutas ocupacionales en relación al nivel de dependencia de los usuarios demostró que no existen diferencias significativas en comparación con los resultados obtenidos con ILB.

El cuestionario complementario permite identificar que existe una relación moderada entre desempeño previo y actual dependiendo de la actividad. El 88.6 % de las personas considera que el desempeñar las AVDI incluidas en ILB no depende del género y que pueden ser realizadas por hombres y mujeres. El 56.1 % considera importante el factor socioeconómico en relación al acceso que se tiene a herramientas de mayor calidad, comodidad y modernidad.

Conclusiones

La percepción de los TO sobre el ILB muestra que éste es un instrumento que no permite valorar aspectos socioculturales relacionados con género, desempeño previo y nivel socioeconómico.

Los resultados de la segunda etapa indican que el ILB permite identificar el nivel de dependencia de los sujetos solo en las AVDI que incluye, y en comparación con la impresión del equipo tratante las conclusiones son similares.

Este estudio muestra que el factor género no influye en la realización de las AVDI a diferencia del nivel socioeconómico que impacta en el acceso algunas de ellas y el desempeño previo es correlacional con el desempeño actual.

Introducción

En la actualidad, tanto las actividades de la vida diaria básicas como instrumentales, están definidas en el Marco para el Trabajo de la Terapia Ocupacional de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional, publicado en 2008. (1)

Las AVDI por lo general, dependen de factores culturales y sociales y pueden clasificarse en: cuidado de los otros, cuidado de mascotas, facilitar la crianza de los niños, gestión de la comunicación, movilidad en la comunidad, uso de la gestión financiera, gestión y mantenimiento de la salud, establecimiento y gestión del hogar, preparación de la comida y limpieza, mantenimiento de la seguridad y responder a la emergencia, compras. (1)

Para la evaluación de éstas existen diversos instrumentos y listas de chequeo, los cuales por lo general valoran si una persona es dependiente o independiente, en Chile se utiliza fundamentalmente el Índice de Lawton y Brody (Philadelphia Geriatric Center) publicado en 1969, éste es uno de los instrumentos de medición de AVDI más utilizado internacionalmente, sus mayores limitantes son las variables que se estudian, las que están influidas por aspectos culturales y del entorno, por lo que es necesario adaptarlas al nivel cultural de la persona; algunas actividades requieren ser aprendidas o requieren la presencia de elementos externos para su realización. Las actividades instrumentales son además difíciles de valorar en personas institucionalizadas por las limitaciones impuestas por el entorno social propio del centro.(2)(3)(4) Por tanto, este instrumento ampliamente utilizado arroja resultados que se pueden ver influidos por el desempeño previo de la persona, por variables de género y socioeconómicos, ya que no se considera que algunos ítems pueden ser realizados por un tercero, así como tampoco han sido adaptados al siglo XXI, por ejemplo el uso de nuevas tecnologías en electrodomésticos, por lo tanto algunas preguntas son poco atingentes a la realidad actual.(5)(6)

A partir de lo anterior, en la presente investigación, se propone realizar el análisis del instrumento Lawton y Brody, a través de dos vías, la primera es la identificación de la percepción sobre éste de los Terapeutas Ocupacionales de los Servicios públicos de la Región de Valparaíso, Chile y la segunda vía es a través de la evaluación de las AVDI de usuarios de servicios de terapia ocupacional de un centro público y dos centros privados junto a sus respectivos terapeutas ocupacionales tratantes, utilizando el ILB más un cuestionario complementario que contempla variables de desempeño previo en AVDI, género y nivel socioeconómico, los que se contrastan con la impresión de los y las TO tratantes, la selección de los centros es para permitir mayor heterogeneidad de la muestra en términos de nivel socioeconómico.

Los objetivos de la investigación son:

Identificar la percepción de terapeutas ocupacionales de los Servicios Públicos de las ciudades de Valparaíso, Viña del Mar, Concón y Quilpué, sobre el instrumento Lawton y Brody.

Identificar los niveles de dependencia/independencia de la población en estudio, utilizando: a) Lawton y Brody, y b) impresión del equipo tratante subyacente en la observación directa y entrevista.

Generar una encuesta que considere aspectos relacionados con el desempeño previo, género, nivel socioeconómico, que no son consideradas en la evaluación Lawton y Brody.

Analizar estadísticamente los resultados obtenidos con el cuestionario complementario que considera los aspectos de desempeño previo, género y nivel socioeconómico, y la existencia de diferencias significativas con el resultado del grado de dependencia de la persona, obtenidos con ILB y la impresión del equipo tratante.

Metodología

La metodología de la presente investigación, se enmarcó en diseño no experimental, descriptivo, correlacional, exploratorio y transversal, la cual se realizó en dos etapas; en la primera se confeccionó y validó a través de expertos un instrumento de evaluación tipo

escalamiento likert, denominado "Cuestionario sobre Percepción de Índice de Lawton y Brody" y se aplicó vía correo electrónico. Se establece como población en estudio a los 46 terapeutas ocupacionales pertenecientes a los servicios públicos de las ciudades de Valparaíso, Viña del Mar, Concón y Quilpué. Obteniendo como muestra del estudio, la participación de 22 terapeutas ocupacionales. (Anexo N°1)

En una segunda etapa se evaluó el desempeño en AVDI de usuarios de servicios de terapia ocupacional de un centro público y dos centros privados utilizando el ILB más un cuestionario complementario que contempló variables de desempeño previo en AVDI, género y nivel socioeconómico ($\alpha=0,7$), los que se contrastaron con los resultados de una encuesta sobre la impresión del desempeño ($\alpha= 0,912$), de los y las TO tratantes. (Anexo

2) La selección de los centros se realizó para permitir mayor heterogeneidad de la muestra en términos de nivel socioeconómico.

Se capacitó a dos investigadoras auxiliares y coinvestigadoras en la aplicación de los instrumentos, se seleccionó la muestra según los criterios de inclusión/exclusión previamente establecidos (hombres y mujeres mayores de 50 años sin alteración cognitiva severa), se aplicaron los instrumentos y se realizaron análisis estadísticos mediante software SPSS-22.

Discusión e implicancias de los resultados por equipo de investigación.

Los resultados obtenidos en la primera etapa identifican que del total de encuestados, un 90,9 % se encuentra en desacuerdo con que el ILB cumple con las expectativas de los TO (Anexo 3), sin embargo por la falta de un instrumento acorde a las necesidades de la disciplina sigue siendo utilizado por los profesionales, ya que permite identificar si el usuario es en la actualidad dependiente en el desempeño de las AVDI incluidas en el mismo. (3)(7)

En torno a los resultados obtenidos en la segunda etapa, donde se realizó la aplicación del ILB a usuarios de unidades de terapia ocupacional en conjunto con una entrevista al TO para identificar su impresión sobre el desempeño en AVDI de los mismos, los resultados obtenidos indican que los puntajes otorgados con el ILB en comparación con la impresión del equipo tratante son similares, observando una diferencia en los niveles extremos (Anexo 4). Los especialistas lo consideran un índice con muchas limitaciones, sin embargo en términos generales éste permite identificar los niveles de dependencia de los usuarios debido a su buena relatividad y validez.(3)(8)

Sobre el 78 % de los usuarios encuestados consideraron que el género no condiciona el desempeño en las AVDI (Anexo 5), esto se contradice con los diversos estudios revisados, en los cuáles se pesquisa como principal limitación el hecho de que se considera una escala más apropiada para las mujeres según los patrones sociales típicos, esta diferencia puede deberse a que en el siglo XXI no existen roles masculinos y femeninos marcados relacionados con quehaceres domésticos como en el siglo pasado por lo que ambos sexos realizan las diferentes actividades evaluadas en igual proporción.(9)

Sobre el 25% del total de los evaluados considera que el nivel socioeconómico es condicionante del desempeño en AVDI (Anexo 6), esto se vincula con el acceso a herramientas de mayor calidad, comodidad y modernidad según los recursos económicos por lo que a mayor sean éstos mayor acceso se tiene a automóviles particulares, celulares con alta tecnología, lavadora, entre otros, por lo que este estudio muestra que es importante pesquisar el nivel socioeconómico de las personas para conocer el acceso que éstas tienen a herramientas que le facilitan la ejecución de algunas AVDI.(2)(9)

Se observa que el desempeño previo es correlacional con el actual, en la muestra quienes no realizaban alguna actividad en el pasado no la realizan en el presente y viceversa. (Anexo 7)

Conclusión

Según los resultados obtenidos, el 77,3 % de los TO encuestados considera que el ILB permite medir dependencia en AVDI, sin embargo el 90,9% de éstos cree que el ILB como instrumento de evaluación de AVDI no cumple las expectativas de los Terapeutas Ocupacionales en relación a sus resultados, ya que no contempla desempeño previo, género, características culturales, nivel socioeconómico y no se encuentra actualizado tanto a las actividades de la vida diaria instrumentales definidas desde el año 2008 como a los avances tecnológicos.(10)

Las investigadoras infieren que la contradicción entre el uso del instrumento y la baja aprobación del mismo, se debe a que es el único instrumento accesible existente, si bien no ha sido validado en Chile, se recomienda su uso, excluyendo a otras pautas disponibles por falta de validación y estandarización de las mismas. (11) Las investigadoras observan que un porcentaje importante de TO no utiliza ningún instrumento estandarizado y crean herramientas de evaluación en su práctica profesional, que no son validadas, por lo tanto no arrojan estadísticas significativas reales de los niveles de dependencia en AVDI y solo sirven en sus lugares de trabajo bajo una perspectiva subjetiva del desempeño ocupacional en esta área.

En torno a los resultados obtenidos en la aplicación del ILB a usuarios evaluados, en conjunto con una entrevista al TO para identificar su impresión sobre el desempeño en AVDI de sus usuarios, los resultados obtenidos indican que los puntajes otorgados con el ILB en comparación con la impresión del equipo tratante son similares en los niveles medios (Ligero y moderado), observando una diferencias en los niveles extremos (Independencia, severa y total), esta diferencia se puede producir por el sistema de puntuación del índice el que puntúa con igual puntaje más de una destreza en la misma actividad, lo que sube o baja el puntaje final.

Los resultados arrojan que el factor género no tiene relación con la capacidad de desempeño de las AVDI puesto que todas las actividades son consideradas de igual ejecución para ambos sexos. (12)

Con relación a los recursos económicos la muestra indica que éstos son relevantes en la ejecución de la mayoría de las AVDI, dejando fuera la toma de medicamentos y cuidar la casa, esto está relacionado con el acceso a la ejecución de algunas actividades que estaría supeditado a la cantidad de recursos económicos que se tenga, por ejemplo en el uso del transporte privado, éste dependería de la capacidad para acceder a tener un vehículo motorizado particular.

Se observa que el desempeño previo es correlacional con el actual, en la muestra quienes no realizaban alguna actividad en el pasado no la realizan en el presente y viceversa, por lo que no se puede concluir que el desempeño previo tenga un impacto en la ejecución de las AVDI en el presente.

Anexos

Anexo 1

Tabla 1. Antecedentes demográficos Terapeutas Ocupacionales de los servicios públicos de las ciudades de Viña del Mar, Valparaíso, Concón y Quilpué, de la V Región de Chile.

Años de Ejercicio Profesional	Nº Personas	% Género	% Área de trabajo	% Ha utilizado ILB	%Utiliza en la actualidad ILB
1 a 4	15	Hombres: 20 % Mujeres: 80 %	Sf adultos: 53 % Pediatria: 7 % Salud mental: 33 % Comunitaria: 7 %	si: 100% no: 0%	si: 73% no: 27%
5 a 10	5	Hombres: 40 % Mujeres: 60 %	Sf adultos: 20% Pediatria: 40% salud mental: 40% comunitaria: 0%	si: 100% no: 0%	si: 20% no: 80%
11 a 15	1	Hombres: 0% Mujeres:100%	Sf adultos: 100% Pediatria Salud mental Comunitaria	si: 100% no: 0%	si: 100% no: 0%
16 a 20	0	Hombres:0% Mujeres:0%	Sf adultos:0% Pediatria:0% Sa- lud mental: 0% Comunitaria: 0%	si: 0% no: 0%	si: 0% no: 0%
20 a +	1	Hom- bres:100% Mujeres: 0%	Sf adultos:0% Pediatria:0% Sa- lud mental:100% Comunitaria:0%	si: 100% no: 0%	si: 0% no: 100 %
TOTALES	22	Hombres: 23% Mujeres: 77%	Sf adultos:46% Pediatria:14% Salud men- tal:36% Comunitaria:4%	si: 100% no: 0%	si: 27% no: 73%

Anexo 2

Tabla 2. Perfil socio demográfico usuarios de servicios de terapia ocupacional.

Género	Edad	Patología	Nivel educacional	Nivel socioeconómico
16 mujeres	50-79	6 SNC 10 trauma/reuma	7 Educación básica incompleta o inferior. 1 Básica completa. 4 Media incompleta 3 Media completa 0 universitaria incompleta 1 universitaria completa 0 post grado	1 Ingreso familiar sobre \$1.472.412 1 Ingreso familiar entre \$797.631 y \$ 1.472.411 1 Ingreso familiar entre \$496.016 y \$797.630 8 Ingreso familiar entre \$ 219.280 y \$ 496.015 5 Ingreso familiar hasta \$219.278
20 hombres	50-86	12 SNC 8 trauma/reuma	2 Educación básica incompleta o inferior. 2 Básica completa. 3 Media incompleta 8 Media completa 0 universitaria incompleta 4 universitaria completa 1 post grado	2 Ingreso familiar sobre \$1.472.412 3 Ingreso familiar entre \$797.631 y \$ 1.472.411 3 Ingreso familiar entre \$496.016 y \$797.630 9 Ingreso familiar entre \$ 219.280 y \$ 496.015 3 Ingreso familiar hasta \$219.278

Anexo 3

Tabla 3. Resultados Cuestionario de Percepción sobre el Índice Lawton y Brody

CATEGORIA	FRECUENCIAS										
	ILB Permite identificar dependencia en AVDI.	ILB Considera las diferencias entre sexos	ILB Considera el desempeño previo de la persona	ILB Considera el nivel económico de la persona	ILB Considera las características culturales de la persona	ILB Considera los motivos por los cuales la persona no realiza una actividad	ILB Mide las AVDI consideradas por AOTA	ILB Utiliza puntaje que identifica asistencia requerida.	ILB Tiene una puntuación fácil de interpretar	Las preguntas de ILB son atingentes a la realidad actual	ILB Cumple las expectativas de los T O
Muy en desacuerdo	2	8	8	7	8	10	2	8	1	5	2
En desacuerdo	3	11	12	14	14	9	12	7	5	9	18
% en desacuerdo	22,7	90,5	95,2	95,5	100,0	86,4	63,6	71,4	28,6	63,6	90,9
De acuerdo	14	2	1	1	0	3	8	5	11	8	2
Muy de Acuerdo	3	0	0	0	0	0	0	1	4	0	0
% de acuerdo	77,3	9,5	4,8	4,5	0,0	13,6	36,4	28,6	71,4	36,4	9,1

Anexo 4.

Tabla 4. Nivel de dependencia según ILB e impresión del equipo.

Nivel de Dependencia	L.B	%	Equip. Trat	%
Total	1	2,8	3	8,3
Severa	6	16,7	1	2,8
Moderada	6	16,7	7	19,4
Ligera	11	30,6	11	30,6
Independencia	12	33,3	14	38,9
Total	36	100	36	100,0

Anexo 5

Tabla 5. Actividades propias del género.

Categorías	Uso Red Fija	Uso Celular.	Realizar las Compras	Preparar la Comida	Cuidar la Casa	Uso Transporte Público	Uso Transporte Privado	Realizar Medicación	Manejo asuntos Económicos
	Actividad Propia del Genero	Actividad Propia del Genero	Actividad Propia del Genero	Actividad Propia del Genero	Actividad Propia del Genero	Actividad Propia del Genero	Actividad Propia del Genero	Actividad Propia del Genero	Actividad Propia del Genero
No	32	34	28	31	29	35	33	31	34
%	89	94	78	86	81	97	92	89	94
Si	4	2	8	5	7	1	3	4	2
%	11	6	22	14	19	3	8	11	6
Total	36	36	36	36	36	36	36	35	36

Anexo 6

Tabla 6. Actividad dependiente de nivel socioeconómico.

Categorías	Uso Red Fija	Uso Celular.	Realizar las Compras	Preparar la Comida	Cuidar la Casa	Uso Transporte Público	Uso Transporte Privado	Realizar Medicación	Manejo asuntos Económicos
	Depende Rec.Econ.	Depende Rec.Econ.	Depende Rec.Econ.	Depende Rec.Econ.	Depende Rec.Econ.	Depende Rec.Econ.	Depende Rec.Econ.	Depende Rec.Econ.	Depende Rec.Econ.
No	18	17	15	14	27	10	9	22	10
%	50	47	42	39	75	28	25	61	28
Si	18	19	21	22	9	26	27	14	26
%	50	53	58	61	25	72	75	39	72
Total	36	36	36	36	36	36	36	36	36

Tabla 7. Correlaciones por actividad (pasado/presente)

Actividad	pasado v/s Presente
	Coef. Correlación
Uso red fija	0,7
Uso Celular	0,6
Hacer Compras	0,4
Preparar Comida	0,6
Cuidado Casa	0,6
Uso Transporte Público	0,4
Uso Transporte Privado	0,2
Respons. Medicación	0,1
Manejo Asuntos Economicos	0,6

Referencias bibliográficas

- Ávila Alvarez A, M. p. (2010). Terapia -Ocupacional. Recuperado el 20 de junio de 2013, de Marco para la práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf>
- Jiménez P; López F (2012) Valoración de las actividades instrumentales de la vida diaria tras un ictus mediante la escala de Lawton y Brody, Rev Neurol ; 55 (6): 337-342
- Trigás, M.et al. (2011.). Escalas de valoración funcional en el anciano. Galicia Clin ; 72 (1): 11-16 Recuperado el 10 de julio de 2013 de www.meiga.info/escalas/ESCALA_DELAW-TONYBRODY.pdf
- Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: selfmonitoring and instrumental activities of daily living. Gerontologist 1969;9:179-86. Recuperado el 15 de abril de 2014 de www.eurohex.eu/.../Lawton_Gerontol_1969.pdf
- Gázquez J;Rubio R;Pérez M;Lucas F; (2008) Análisis de los factores predictores de la dependencia funcional en personas mayores. International Journal of Psychology & Psychological Therapy. Vol. 8 Issue 1, p117-126.
- Moruro Miralles P, Romero Ayuso D, (2006) Actividades de la vida Diaria, Barcelona, Elsevier.
- Martín I, Ortiz I, (2006) Identificación de ítems para la creación de un cuestionario de valoración de actividades instrumentales de la vida diaria en personas mayores. Atención Primaria ,Volumen 37, Número 6, Págs. 313-318
- Vergara et al (2012) Validation of the Spanish version of de Lawton IADL scale for its application in elderly people. Health and quality of life outcomes, 10:130.Recuperado el 5 de septiembre de 2014 de <http://www.hqlo.com/content/10/1/130>
- Martín I, et al, (2012) Fiabilidad del cuestionario VIDA, para valoración de actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) en personas mayores, Atención Primaria, 2012 44 (6):309-319
- Zavala M.; Domínguez G.(2011) Funcionalidad para la vida diaria en adultos mayores Revista Médica del IMSS. Nov/dic2011, Vol. 49 Núm. 6, p585-590.
- Polonio B, Romero D, (2010) Terapia Ocupacional aplicada al daño cerebral adquirido, Madrid, Médica Panamericana
- Tomás C, Zunzunegui M, (2003) Dependencia evitable para las actividades de la vida diaria: una perspectiva de género. Revista Española de Geriatria y Gerontología Volumen 38, número 6, Págs. 327-333

Aproximación a una herramienta de evaluación formal de estereognosia para niños de pre-escolar, con edades de 5 y 6 años

Autor: Alvarez, Maria de los Angeles; Cárdenas; María Bernardita.
Correo electrónico: mariabernarditacar@yahoo.com

Introducción

En Terapia Ocupacional se busca favorecer la participación de la persona en las diferentes áreas de desempeño, para lo cual la funcionalidad de los miembros superiores resulta un aspecto fundamental. Las diferentes estructuras del miembro superior se articulan para brindarle la máxima función a la mano, la cual requiere habilidades sensoriales, motoras y cognitivas. En particular, los aspectos sensoriales de la mano han recibido atención por considerarse claves para influir en la habilidad manipulativa, indispensable para las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales, el juego y la escritura. (1)

En este trabajo se intenta indagar sobre el componente del sistema sensorial táctil, tomando específicamente la estereognosia como objeto de investigación. La estereognosia es la capacidad de poder identificar los objetos a través del tacto sin visión. En esta primera aproximación, simplemente comenzaremos a indagar en las habilidades de reconocimiento en niños típicos de 5 a 6 años, habiéndose elegido esta edad porque en ella se hace presente fuertemente la necesidad de escritura manual y del desarrollo de las habilidades de autovalimiento, con componentes manipulativos que requieren una adecuada discriminación táctil.

El objetivo a largo plazo, es llegar a poder establecer un instrumento de medición de la capacidad de reconocer formas al tacto sin visión en niños de 5 a 6 años. Si bien existen instrumentos para medir la estereognosia en niños, los mismos se hallan incluidos dentro de herramientas de evaluación más extensas (y costosas) como puede ser las evaluaciones estandarizadas como las Pruebas de Integración Sensorial y Praxis (SIPT, Sensory Integration and Praxis Test, Ayres, 1989), o el Instrumento de evaluación para preescolares (MAP, Miller Assessment for Preschoolers, Miller, 1988).

Objetivo de la investigación

Identificar la cantidad de figuras geométricas que logran reconocer los niños de 5 y 6 años, de desarrollo típico, a través del tacto y sin usar la visión, en jardines de infantes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para establecer una tendencia común, durante los meses de marzo, abril y mayo de 2015.

Marco teórico:

El desempeño ocupacional del niño se relaciona con su habilidad para participar en roles sociales apropiados, como jugar con pares, participar en actividades de recreación en familia, participar de actividades escolares y de actividades de autocuidado. Para poder desempeñarse en actividades funcionales que requieren habilidades manipulativas de la mano se requiere de las habilidades sensoriales, motoras y cognitivas. Los componentes sensorio motores son facilitadores intrínsecos del desempeño. (1; 2)

Los componentes que sustentan este desempeño, pueden organizarse en diferentes niveles de complejidad, siendo uno de los niveles basamentales el de los componentes sensoriomoto-

res tales como fuerza, ajustes posturales, control muscular disociado, patrones motores específicos y discriminación táctil. (2)

Mientras el niño se desarrolla, las manos son parte del sistema perceptual que participa en la construcción del conocimiento del infante. Es durante el juego exploratorio en el primer año de vida que los niños empiezan a aprender sobre el ambiente, su cuerpo, y cómo sus acciones tienen efectos. La mayoría de la literatura de percepción táctil de formas en niños se trata del reconocimiento de objetos comunes (por ejemplo peine, moneda). (3)

La mayoría de los movimientos de la mano requiere un feedback sensorial. Por ejemplo el input táctil regula la fuerza de la prensión y controla el deslizamiento de la mano. La representación en la corteza primaria somatosensorial de una parte del cuerpo depende del uso. Cuanto más se usa, mayor va a ser la representación y/o más conexión dendrítica. El feedback somatosensorial es necesario para guiar los movimientos de manipulación. La coordinación de la información sensorial táctil y visual en las actividades con un objetivo dirigido son uno de los roles de la corteza parietal posterior. (3)

El reconocimiento táctil de formas ha recibido atención en la investigación desde distintas líneas.

Por un lado, se ha investigado específicamente el desarrollo de dicho componente del desempeño. Uno de los estudios más conocidos del desarrollo de percepción táctil de formas en niños es de Piaget y Inhelder en 1948. Estos autores encontraron que la habilidad de los niños para identificar objetos y formas a través del tacto mejora progresivamente cuando va aumentando la edad. Los niños de 2 años y medio a 3 años y medio de edad, fueron capaces de reconocer los objetos comunes pero no lograron identificar las figuras. Desde los 3 años y medio hasta los 5 años, los niños desarrollaron la habilidad de encastrar las formas topológicas. El reconocimiento de las figuras geométricas emerge desde los 4 a 4 años y medio con la habilidad de diferenciar las curvas de las líneas. La habilidad para reconocer figuras geométricas en mayores números y niveles de complejidad se muestra que incrementa progresivamente desde los 4 años y medio hasta los 7 años de edad. (3)

Por otro lado, se ha prestado atención a la relación entre la percepción táctil y las habilidades manipulativas. En los estudios sobre el desarrollo de la praxis, de Gubbay, Ellis, Walton, y Court (1965) se encontró una relación entre la percepción táctil y praxis. Ayres (1965) reconoció que el procesamiento táctil es un factor primario en las habilidades de praxias. El desarrollo de la praxis parece estar relacionado directamente con la función de discriminación táctil. (2)

En el estudio de J.C. Smith se sostiene que la Terapia Ocupacional se guía por el principio de que las habilidades sensoriomotoras son la base de la habilidad del niño para funcionar en el ambiente, por lo tanto los componentes sensoriomotores deberían ser predictores fundamentales del desempeño funcional. (2)

En el estudio "Los efectos de la defensividad y discriminación táctil sobre las habilidades de manipulación intra-mano", de Jane Case-Smith, se detectó que la defensividad táctil conjugada con pobre discriminación, conlleva a tener un pobre desempeño en las habilidades de manipulación de la mano. (4)

Población y Muestra

Población: La población estará integrada por niños con desarrollo típico de 5 y 6 años que asisten a jardines de infantes privados de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La selección de la muestra se llevará a cabo teniendo en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión: Se incluyen en el estudio a niños de desarrollo típico, de 5 y 6 años de edad que asisten a jardines de infantes privados de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que tengan consentimiento de los padres.

Criterios de exclusión: Se excluyen en el estudio a:

Niños que expresen la negativa a participar de la evaluación.

Niños que presenten alteraciones en su desarrollo, según registro del docente o en su legajo escolar.

Niños cuyos padres no den su consentimiento para realizar la evaluación.

Criterios de eliminación: Que el niño no acepte completar la evaluación.

Coordenadas témporo-espaciales: La investigación será llevada a cabo en las salas de tres Jardines de infantes privados de la Ciudad de Autónoma de Buenos Aires, con un mínimo de 90 niños a evaluar, durante el año 2015.

Reparos éticos del proyecto: Aquellas familias que acepten participar del estudio, deberán previamente firmar el Consentimiento Informado. (Anexo)

El investigador mantendrá la confidencialidad de los datos personales de los niños que participen en el estudio. En el presente estudio, se adhiere a las normas internacionales de investigación de Helsinki y actualizaciones.

El estudio no tendrá ningún costo para las familias ni sus colegios.

Diseño, Materiales y Métodos

Diseño

Estudio cuantitativo de tipo descriptivo.

Materiales y técnicas a emplear

Se acordará la visita a los Colegios y se realizará una entrevista inicial con la docente, en la que se obtendrá información de los niños, para establecer si cumplen con los criterios de inclusión.

Se utilizará un instrumento de evaluación diseñada para el propósito de la investigación. La evaluación estará constituida por un conjunto de figuras geométricas que los niños deben identificar a través de la exploración táctil y sin ayuda de la visión. Las figuras serán las siguientes: círculo, cuadrado, triángulo, rombo, hexágono, pentágono, trapezoides. Se detallan las condiciones y las consignas durante la evaluación: El niño se sentará frente a la mesa, enfrenteado al examinador. Se usará una caja, que permitirá que el niño ingrese su mano, para poder darle una figura para explorar. Sobre la mesa estarán las figuras como modelo, para que el niño, luego de la exploración, pueda señalar cuál le parece qué es igual a la figura explorada. La consigna dada será la siguiente: "Vamos a hacer un juego de adivinar. Mira bien estas formas que tengo acá. Ahora yo te doy una y sin mirar vos tenés que adivinar cuál de estas es. ¡No vale mirar! La tenés que tocar. Y señalar cuál es igual. Hagamos una de prueba. No tenés que sacar la mano". Se evaluará si el niño reconoce o no la figura y se realizarán las siguientes observaciones: si usa siempre la misma mano o cambia de mano; cómo es su manipulación intra-mano; el tiempo que lleva el reconocimiento de la forma; la observación de su conducta en general y si necesita tocar las formas referentes. Dada la finalidad del estudio, no se considera necesario efectuar una devolución con los resultados obtenidos de los niños a las familias o al colegio. La intención será poder detectar si existe una tendencia común en las habilidades de estereognosia de formas geométricas, en las edades de 5 y 6 años, y poder compartir los resultados iniciales a través de jornadas de actualización de Terapia Ocupacional.

Instrumento de registro de datos y método de almacenamiento

El método de almacenamiento será computarizado. Los datos obtenidos serán registrados en la guía de los instrumentos de medición y luego serán volcados a una planilla Excel para su posterior procesamiento estadístico.

Recursos

Los recursos humanos necesarios serán el equipo de Terapia Ocupacional. Los recursos materiales necesarios serán: fotocopias para las planillas de evaluación, materiales de la evaluación, materiales de librería y una computadora. Los recursos físicos serán las salas de los Jardines de Infantes.

Plan de investigación:

	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12
Diseño del	x	x	x									
Búsqueda Bi-			x	x	x							
Reclutamiento			x	x	x							
Análisis de los						x	x	x				
Informes preli-									x	x		
Informe Final											x	x

Tabla I (1)

Anexo:

Consentimiento para las instituciones.

Equipo de Terapia Ocupacional de la Institución A.E.D.I.N.

Trabajo de investigación.

Informe de consentimiento informado

TEMA: Aproximación a una herramienta de evaluación formal de estereognosia para niños de pre-escolar, con edades de 5 y 6 años de desarrollo típico en Jardines de Infantes privados de C.A.B.A., durante el año 2015.

Por medio de la presente, nos dirigimos a usted a fin de solicitarle su consentimiento para llevar a cabo una actividad en el jardín de infantes, para el estudio: "Aproximación a una herramienta de evaluación formal de Estereognosia para niños de Pre-escolar, con edades de 5 y 6 años". Propuesto por el equipo de Terapia Ocupacional de la institución A.E.D.I.N.

¿Cuál es el propósito de este informe de consentimiento?

Este Informe de consentimiento se da a usted para ayudarle a entender las características del estudio, de tal modo que usted pueda dar voluntariamente su consentimiento para poder realizar el trabajo en esta escuela.

¿Cuál es el objetivo de este estudio?

Identificar la cantidad de formas geométricas que logran reconocer los niños de 5 y 6 años, de desarrollo típico, a través del tacto y sin visión, en jardines de infantes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para establecer una tendencia común, durante el año 2015.

¿Cuál es la importancia del estudio?

En la actualidad existe escasa información referida a las herramientas de evaluación de Estereognosia en niños y se considera que mediante los resultantes de esta investigación se aportarían nuevos conocimientos sobre este tema y esto podría brindar una nueva herramienta de evaluación de Estereognosia, en este caso para niños de 5 y 6 años de edad.

¿Cómo se llevará a cabo la recolección de datos en la escuela?

La recolección de datos dependerá de la disponibilidad de la escuela para realizar la evaluación. Si es posible, se llevará a cabo una evaluación que estará constituida por un conjunto de figuras geométricas que los niños deben identificar a través de la exploración táctil y sin ayuda de la visión. Las formas serán las siguientes: círculo, cuadrado, triángulo, rombo, hexágono, pentágono, trapezoides.

Condiciones: El niño se sentará frente a la mesa, enfrenteado al examinador. Se usará una caja, que permitirá que el niño ingrese su mano, para poder darle una figura para explorar. Sobre la mesa estarán las figuras como modelo, para que el niño, luego de la exploración, pueda señalar cuál le parece qué es igual a la figura explorada.

Consigna: "Vamos a hacer un juego de adivinar. Mira bien estas formas que tengo acá. Ahora yo te doy una y sin mirar vos tenés que adivinar cuál de estas es. No vale mirar! La tenés que tocar. Y señalar cuál es igual" "Hagamos una de prueba" "No tenés que sacar la mano"

¿Cuáles son los posibles riesgos?

Este estudio no implica ningún riesgo para la institución ni para el niño evaluado.

Confidencialidad.

Las únicas personas que sabrán que en este Jardín de Infantes se desarrolló este estudio es el equipo de Terapia Ocupacional de la institución A.E.D.I.N que realizarán este estudio.

Si durante el desarrollo del estudio le surgen dudas o inconvenientes puede contactarse con el equipo de Terapia Ocupacional de la Institución A.E.D.I.N. Contacto malvarez@aedin.org

En el momento que solicite información relacionada con el proyecto los investigadores se la proporcionarán.

Su participación en esta investigación es voluntaria y usted tiene la posibilidad de dejar de participar, sin tener ninguna consecuencia para la institución.

Consentimiento informado

He leído y escuchado satisfactoriamente las explicaciones sobre este estudio y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Entiendo que puedo renunciar al consentimiento cuando lo desee.

Autorizo el uso de la información para los propósitos de la investigación. Yo estoy de acuerdo con la recolección de datos necesarios para este estudio en este Jardín de Infantes.

Nombre del director:

Firma:

D.N.I.:

E-mail de contacto:

Fecha:

Consentimiento para los padres.

Consentimiento informado para participar de la investigación: "Aproximación a una herramienta de evaluación formal de estereognosia para niños de pre-escolar, con edades de 5 y 6 años"

Nos dirigimos a ustedes con el fin de solicitar su consentimiento para que su hijo/a, participe en una actividad de reconocimiento de figuras geométricas a través del tacto sin uso de la visión, en el jardín de infantes. La misma pertenece al trabajo de investigación: *"Aproximación a una herramienta de evaluación formal de Estereognosia para niños de Pre-escolar, con edades de 5 y 6 años"*, desarrollado por el Equipo de Terapia Ocupacional de la Institución A.E.D.I.N.

La actividad que se llevará a cabo es evaluar el reconocimiento de formas geométricas, a través del tacto con sus manos y sin ayuda de su visión.

En la realización de este estudio y en su posterior publicación se respetarán la confidencialidad de los datos obtenidos, no implicando ningún riesgo para su hijo/a.

Si desea conocer más detalles sobre nuestro trabajo de investigación, cuenta con un consentimiento ampliado en la Dirección de la Escuela.

Desde ya muchas gracias.

Saluda atentamente.

Equipo de Terapia Ocupacional de A.E.D.I.N

Doy mi consentimiento para que mi hijo/a..... participe de la actividad en el Jardín de Infantes, correspondiente al trabajo de investigación: *"Aproximación a una herramienta de evaluación formal de Estereognosia para niños de Pre-escolar, con edades de 5 y 6 años"*, propuesto por el equipo de Terapia Ocupacional de la Institución A.E.D.I.N.

SÍ

NO

FIRMA Padre/ Tutor :

ACLARACIÓN:

Bibliografía

- Jane Case Smith. 2011. "Occupational Therapy for Children". Ed Mosby. Fourth Edition.
- Case Smith Jane. 1995. The Relationships Among Sensorimotor Components, Fine Motor Skill, and Functional Performance in Preschool Children. The American Journal of Occupational Therapy 49, 7: 645-652.
- Sharon A. Cermak. 2006. "Hand Function in the Child: foundations for remediation", "Perceptual Functions of the Hand". Henderson & Pehoski Eds, Mosby Elsevier, Missouri.
- Case Smith Jane. 1991. The effects of tactile Defensiveness and Tactile Discrimination on in-hand manipulation. The American Journal of Occupational Therapy 45, 9: 811-818.
- La comisión de práctica: Susanne Smith Roley, MS, OTR/L, FAOTA. Janet V. De Lany, Ded, OTR/L, FAOTA. Cynthia J. Barrows, MS, OTR/L. Susan Brownrigg, OTR/L. DeLana Honaker, PhD, OTR/L. Deanna Iris Sava, MS, OTR/L. Vibeke Talley, OTR/L. Kristi Voelkerding, BS, COTA/L, ATP. Debrah Ann Amini, Med; OTR/L. Emily Smith, MOT. Pamela Toto, MS, OTR/L, BCG, FAOTA. Sarah King, MOT, OTR. Deborah Lieberman, MHSA, OTR/L, FAOTA. *Con aportaciones de:* M. Carolyn Baum, PhD, OTR/L, FAOTA. Ellen S. Cohn, Scd, OTR/L, FAOTA. Penelope A. Moyers Cleveland, EDD, OTR/L, BCMH, FAOTA. Mary Jane Youngstrom, MS, OTR/L, FAOTA. 2008 "Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso". Asociación Americana de Terapia Ocupacional.

Estimulación recibida y su relación con el desempeño funcional de niños de 2 a 5 años

Autor: Lic. TO Minué Belber, Natacha Soledad

Correo electrónico: natyminue@hotmail.com

Resumen

El presente trabajo surge como producto de mi tesis Doctoral (Doctorado en Ciencias de la Salud y de la Educación, con orientación a la Terapia Ocupacional, UNLaR, año 2012 – Título en trámite).

En el mismo se aplicó una investigación cuali - cuantitativa descriptiva-explicativa, el diseño empleado fue: de campo, ex -pos -facto, transversal y estadístico. Se trabajó sobre una muestra obtenida de 11 establecimientos educativos, recreativos de gestión pública y privada, del ámbito urbano de la ciudad capital de La Rioja. Se obtuvieron datos evolutivos de 345 niños, mediante la aplicación de encuestas y escalas a los docentes y cuidadores de los pequeños seleccionados para la muestra.

El objetivo era reconocer qué habilidades de desempeño logran los pequeños según la idiosincrasia de esta parte del territorio argentino; en las diferentes etapas que componen los años de estudio de la misma y su relación con las áreas ocupacionales (automantenimiento – productividad y tiempo libre). Asimismo determinar el nivel de efectividad en la ejecución, la independencia, cantidad, frecuencia y duración de las tareas; a fin de obtener una nomenclatura sistemática relacionada a períodos cortos de edad, que sirva como parámetro para ajustar la demanda y la estimulación a las posibilidades de cada niño. Esta información podría ser empleada para facilitar la detección oportuna de posibles desfases, por medio de evaluaciones simples, empleando actividades fácilmente observables de la vida diaria, ya que estarán relacionadas a la cotidianidad.

En virtud del marco teórico desarrollado -cuya principal mirada está centrada en los paradigmas neuro-científico y psicodinámico- se relacionó la estimulación recibida por los niños en los tiempos actuales, según el facilitador del estímulo, el tipo de estímulo brindado, la frecuencia del mismo, la vinculación con el aspecto emocional del aprendizaje y las adquisiciones evolutivas del niño.

Considerando la particularidad de cada niño como ser único en su historia y contexto; se logró estandarización de habilidades del niño, (en cohortes de 6 meses de edad), respecto de grandes destrezas: motrices, cognitivas, comunicativas, sociales, productivas y de las actividades de la vida diaria vinculadas al logro de la independencia en las actividades básicas cotidianas.

Esta información, ofrece a profesionales de diferentes campos: salud, educación, social, como a cualquier persona a cargo o interesada en el bienestar de los pequeños, una importante herramienta que delimita lo normal y esperado, de lo que podría resultar una llamada de atención para su consulta a tiempo y tratamiento específico, en el caso de que sea necesario.

Desarrollo

Reconocernos en el mundo que evoluciona día a día, es aceptar que dicho avance ocasiona modificaciones a corto plazo en los seres que lo habitamos.

Diferentes corrientes científicas ofrecen su mirada y aportes sobre estas transformaciones. Las Neurociencias, en particular, centran su mirada en las estructuras cerebrales, su potencial

y las respuestas frente a diversos estímulos. Desde este paradigma se ha comprobado que el niño recibe durante los cinco primeros años de vida experiencias fundamentales para el resto de su existencia¹; que le permitirán adquirir, desarrollar y adaptarse a las situaciones que se le presentan.

El niño, ser social por excelencia, llega al mundo para conformar su grupo primario: la familia. Lacan sostiene que "la familia es una institución de estructuras complejas y constituye el órgano privilegiado de las influencias del adulto sobre el niño."² Las familias deben proporcionar a los pequeños experiencias que contribuyan al logro de una progresiva autonomía, a actuar por sí mismos, con la libertad necesaria para construir su identidad personal.

La actual familia difiere a la de hace algunos años. Desde la conformación parental, los roles asumidos por sus integrantes, desde la dinámica vincular, como también desde el contexto cultural que determina una manera singular de familia. Algunos condicionantes, como la vorágine cotidiana, las exigencias laborales, las preocupaciones por la falta del sustento económico⁽³⁾ entre otras; hacen que los responsables de los niños, a menudo, no presten demasiada atención o no se detengan a pensar sobre: ¿Qué habilidades posee el niño en relación a las demandas que se le presentan cotidianamente?

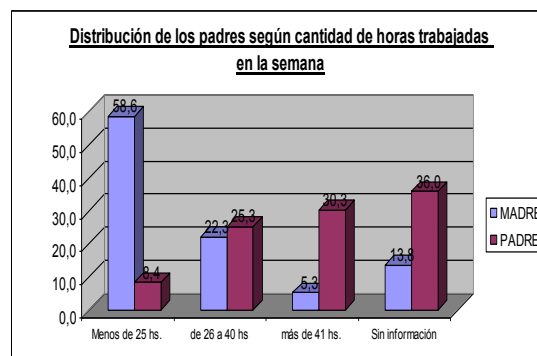
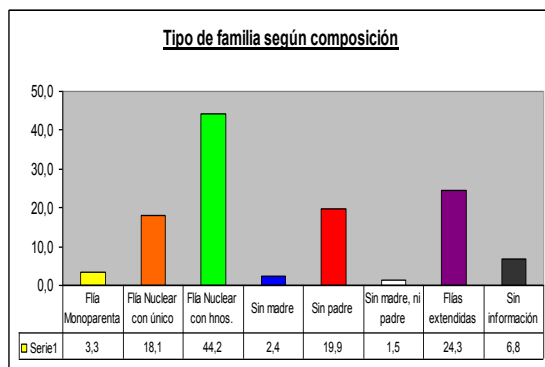


Gráfico N° 1 y 2: Análisis de tipos de familias y horas que trabajan, según muestra seleccionada en la investigación.

Si bien la escolarización significa la socialización del niño, la estimulación más allá de sus progenitores o personas que los cuidan habitualmente; en muchos la escuela forma parte de su cotidianidad recién a partir de la edad obligatoria por ley, e incluso, hay ausencia de inserción educativa de niños de 5 años y más.^{3 4}

La no inserción educativa, limita las posibilidades de obtención de "experiencias significativa. Es decir, vivencias de aprendizaje, vínculo de gozo y de asombro; con el cual el niños aprende a través de sus sentidos, percepciones, emociones y cognición". En éstas circunstancias, los facilitadores son exclusivamente sus tutores o cuidadores. Muchas veces éstos no cuentan con la formación u orientación referida a las demandas evolutivas específicas a la etapa que atraviesa ese pequeño.

¹ Gianelli de Sparta, C - "Etapas evolutivas: Características y Recursos para cada edad" - Año 2007 - Iglesia Ríos de Vida: Retiros de Maestros y Preadolescentes - España: ofrece una detallada presentación de las características físicas, sociales y espirituales del niño desde los 3 a 11 años.

² Nancy B. Villanueva V., "Socialización y comportamiento infantil según el género" - Mitologías, Vol. 12. - Bs A., Argentina, Año 1997, Centro Argentino de Etnología Americana, ALyC- ISSN 0326-5676 , <http://redalvc.uaemex.mx>

³ Sotomayor, María - "Factores que influyen en la Socialización de los niños en un comunidad marginal y que condicionan el desempeño ocupacional" - Universidad Nacional de La Rioja, La Rioja - Argentina - Año 2007./ (24) Hilda P. Versluys - Terapia Ocupacional - Willard/Spackman - pag. 161

⁴ Ley de Educación Nacional, Senado de la Nación Argentina, Bs. As.

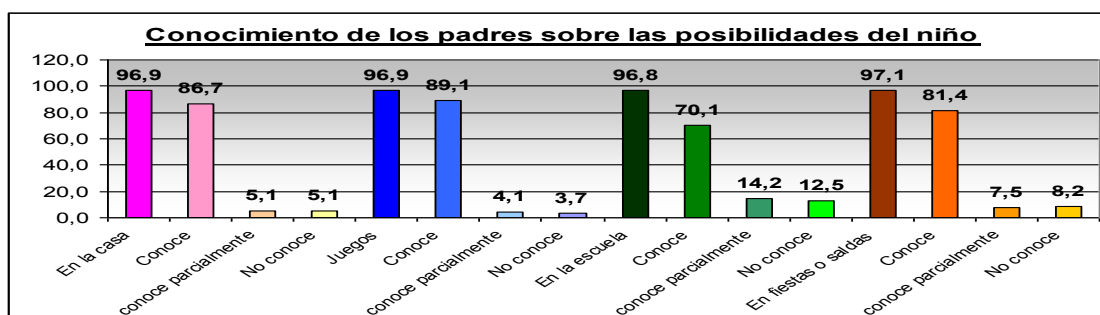


Gráfico N° 3: Cuidadores/Tutores según conocimiento de las posibilidades del niño en distintos ámbitos cotidianos.

También se debe considerar que hay otros agentes estimuladores indirectos o no humanos. Tales como los medios de comunicación: principalmente la televisión, internet y telefonía. Los factores ambientales, que le brinda al niño experiencias que asimilará de diversas maneras y en diferentes tiempos, por ej:

Por medio de los sentidos: visión, audición, olfato, gusto, tacto, propiocepción y sensaciones vestibulares.

Por medio de la percepción: el reconocimiento de la información que nos da el propio cuerpo y el ambiente.

Por medio de las emociones: los sentimientos y sensaciones que despiertan las diferentes situaciones vividas.

Por medio de la cognición: la capacidad intelectual, de entendimiento y juicio que nos permite tomar las decisiones y ejecutar las acciones para dar una respuesta, etc.

Carol Simons aporta que "el desarrollo es la capacidad de aprender, adaptarse y enfrentarse al mundo; tiene su génesis en el movimiento, las emociones y la interacción con el medio ambiente." ⁵

Muchos científicos ocupacionales coinciden en plantear que la ocupación -entendida prácticamente como las actividades o tareas realizadas con fines de automantenimiento (vestido – alimentación – higiene), Productividad (escolaridad) y Tiempo Libre (juego y esparcimiento)- a menudo es considerada como trivial y vulgar. Por lo contrario es realmente compleja y permite la detección oportuna de posibles alteraciones, por ej.: tomar con los dedos una gomita masticable pequeña y llevarla a la boca requiere de:

Motivación: expresada mediante el deseo y la acción de búsqueda del objeto.

Integración del cuerpo: donde puede identificar sus partes y funciones, utilizando la mano dominante para alcanzar el elemento.

Reconocimiento del espacio y la distribución de los elementos dispuestos en él: ubicar visualmente el objeto, saber cuánto debe moverse para alcanzarlo y qué obstáculos se pueden presentar para llegar a él.

Discriminación de forma y distancia de los objetos entre sí y del objeto con el cuerpo: para poder determinar el tipo de toma (prehensión), fuerza, contracción mantenida, etc. que requiere el elemento para tomarlo y llevarlo a donde se quiere.

Amplitud articular, movilidad específica, coordinación visomotriz, coordinación ojo mano, resistencia, prehensión fina subterminal: para tomarlo y trasladarlo al destino deseado.

Juicio: para determinar que haré con el elemento: comerlo, tirarlo, apoyarlo en otro lado, etc.

⁵ Carol J. Simon y Mary Margaret Daub – "Desarrollo humano en el transcurso del ciclo vital" – Sección 2ª – Terapia Ocupacional – 8va. Ed. – Editorial Panamericana – España - Año 1998. – pag. 95

Sensopercepción táctil superficial, kinestésica, visual, gustativa/olfativa: reconocer las características de consistencia y textura de la gomita: cómo está hecha, si es blanda, dura, áspera, suave, colores, sabor, saber qué movimiento está haciendo el cuerpo, etc.

Memoria de trabajo y anterógrada: para recrear experiencias similares anteriores o parecidas, sólo para citar algunas de las habilidades más necesarias.

Cómo en gran cantidad de investigaciones, el inicio de ésta tuvo su origen en situaciones observadas de manera reiteradas y que se trasformaron en la siguiente hipótesis de trabajo: **“En la actualidad ¿los niños desarrollan las habilidades de desempeño estandarizadas antes de los tiempos establecidos o las formas de ejecución son diferentes?”**. Llevó a plantear como objetivo principal:

Relacionar los estímulos a los que está expuesto el niño, con las habilidades ocupacionales que posee.

En el transcurso de 4 años, se relevaron datos sobre 345 niños de 2 a 5 años, que asistían a 11 establecimientos educativos, de gestión pública y privada del radio urbano, en la Capital de la Provincia de La Rioja.⁶

Se aplicaron encuestas de auto llenado a los padres/cuidadores/niñeras y docentes de los pequeños. Mediante el análisis estadístico de esta información, se logró estandarizar las habilidades de los niños por año de vida; diferenciando el desempeño de la unidad de análisis según habilidades: motrices, cognitivas, del lenguaje, afectiva, de alimentación, de automantenimiento y específicas al ámbito de la sala/aula/taller del establecimiento educativo al que asistían. Dentro del amplio material obtenido, se resaltan las siguientes conclusiones:

Los tiempos estandarizados de los niños de hoy, son levemente superados (por algunos grupos), que lo sistematizado en otras investigaciones anteriores. Lo que difiere es la ejecución de las tareas, los mecanismos de acción y los recursos empleados.

Entre los dos y tres años el niño desarrolla la motricidad gruesa. Una vez logrado el control de ésta, recién inicia el desarrollo de la fina.

Un porcentaje importante de niños de 5 y 6 años tiene dificultades en el manejo del cuerpo en el espacio: se caen, tropiezan con elementos, presentan movimientos torpes, poca resistencia física, problemas relacionados a éste síntoma, tales como: óseos, sobrepeso, etc. Ello puede deberse a la falta de juegos que implique movimiento del cuerpo, sumado a otros factores como la alimentación y el uso de herramientas tecnológicas como recursos de tiempo libre y esparcimiento, etc. La falta de movilidad corporal, incide en la motricidad gruesa.

Si bien los logros motrices son del niño; el contexto, la familia y el proceso de individuación son tan relevantes, como la actividad a desarrollar.⁷

El juego y los momentos libres (ocio), ofrecen al niño vivir situaciones no planificadas o desestructuradas, por medio de la actividades de la vida diaria (por ej. ayudar a cocinar, disfrazarse, tomar elementos de la casa y jugar a “hacer como”, utilizar juguetes sin funciones predeterminadas: botellas, tapas, cajas, trapos, telas, piedras, palos, etc.; es decir experiencias concretas; que le permiten poner a prueba su cuerpo, el ambiente y su rol. Esto ayudará a que el niño desarrolle:

Pensamiento representativo: cuando participa del juego simbólico y dramático (jugar a los oficios, por ej).

⁶ Para el cálculo de la muestra se consideró información poblacional de la Dir. Gral. de Estadística de la Prov. de La Rioja – INDEC, Proyecciones al año 2007 y del Dpto. de Estadísticas del Ministerio de Educación, Cultura y Tecnología de la Prov. de La Rioja, Año 2007.

⁷ Vigotsky: «el niño tiene un papel activo en el proceso de aprendizaje, pero no actúa solo»... Interioriza versiones más adecuadas. Resalta la importancia del lenguaje./ Margaret Mahler: «El éxito de dif. Pautas del desarrollo está ligado a procesos de humanización y de individuación.» Gay, José, Psicología para todos – Guía completa para el crecimiento personal – Aprendizaje, conducta y emociones, 4 Tomos, Barcelona, España, Editorial Océano,s.f.

Pensamiento abstracto: cuando hace actividades de clasificación y resuelve problemas: ordenar y ubicar lugares en la mesa, etc.

El niño se enfrenta a un bombardeo de estímulos a los que selecciona y concentra su atención sólo en el que más le interesan, poniendo a prueba extrema la capacidad de discriminar y controlarse, en esta sociedad actual.

Es particularmente llamativo la carencia de iniciativa, la ausencia de deseo como impulso motivador y la poca creatividad que presentan los niños. Respecto de esto se comprobó lo expuesto por **Bruno Bettelheim** "*nuestros hijos no tienen menos capacidad de fantasía que otras generaciones. Hoy día el problema radica en que a las fantasías personales no se les concede espacio suficiente para que se desarrollen y se ven invadidos continuamente por los productos de fantasías impersonales y desindividualizados de los medios de comunicación de masas.*"⁸

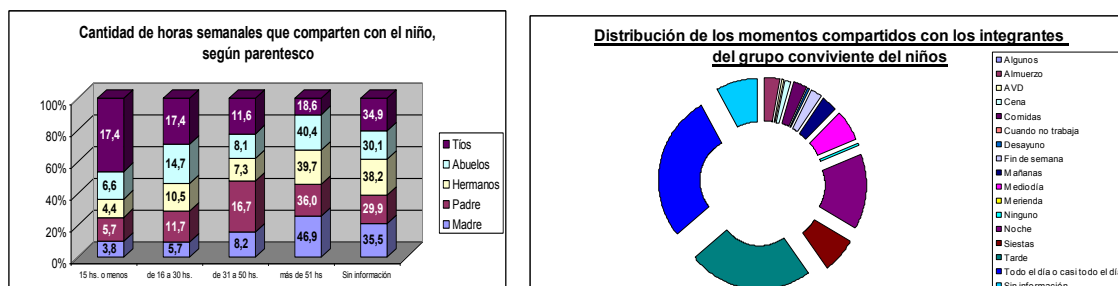


Gráfico N° 4 y 5: Horas semanales y momentos compartidos, según grado de parentesco del grupo conviviente de los niños de la muestra.

Hay más proximidad entre el mundo de los adultos y el de los niños. Mediante las relaciones cotidianas, los límites, normas y diferencias generacionales, se encuentran poco definidas.

Los juguetes de los niños se asemejan al mundo de los adultos, de quienes imitan acciones de sus referentes mayores.⁹

- Las ofertas del medio ambiente se van modificando y adecuando a los cambios culturales. El niño lo demuestra en el manejo de la tecnología, el lenguaje más evolucionado y la combinación de acciones motrices y del lenguaje. Este manejo sorprende por las manifestaciones de los pequeños, cada vez a menor edad.

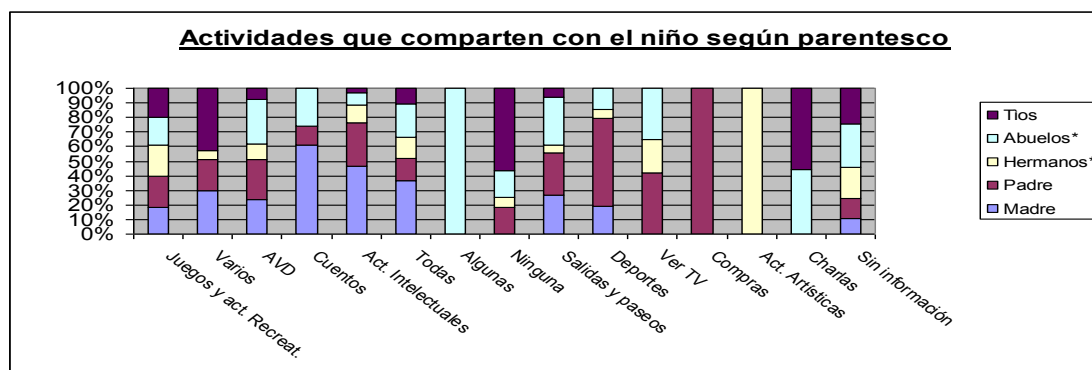


Gráfico N° 6: Actividades que comparten con los niños, según parentesco.

⁸ Bruno Bettelheim - s.f. - No hay padres perfecto - Capítulo 14 "El Juego: puente hacia la realidad" - s.l.

⁹ Claudia Allen - Terapia Ocupacional - Willard / Spackman - Ed. 8va. - Editorial Panamericana- España - 1998

Cuando más temprano se institucionaliza el niño, cuando está motivado y ha elegido de alguna manera ese lugar; mejor o menor tiempo llevará la integración y adaptación a la institución.

Hoy el formador (docente o maestro) está fuertemente influenciado por la organización fundada dentro del espacio institucional, fuertemente custodiado por el contexto social.¹⁰

Producto de la investigación se obtuvo una nomenclatura de habilidades. A partir de ella se encuentra en elaboración una guía práctica ^(se presenta ejemplo de borrador, al final del trabajo), basada en RBC para que cualquier persona a cargo de los pequeños pueda detectar algún problema (banderas rojas) que favorezca la consulta oportuna a profesionales relacionados al desarrollo de niños.

En esta evaluación se debe prestar atención a todos los aspectos del desarrollo: crecimiento, maduración y factores ambientales. Tratando de identificar la zona de desarrollo próximo

(Bruno Bettelheim) Considerar:

Que muchas veces el tipo de padres, determina el tipo de hijo. (Moreno y Cubero)

Los familiares y docentes se transforman en el "otro significativo".

Los patrones se aprenden por imitación y son específicos a una situación, donde los adultos son el modelo a copiar.

Los estilos de aprendizaje: activo, reflexivo, teórico o pragmático.

El valor del ambiente donde el pequeño aprende, ya que la evocación está afectada por el contexto, el humor y es más probable, que los elementos se evoquen en ambientes similares a los ambientes donde fueron aprendidos.

Al evaluar las nuevas formas de hacer del niño, se debe tener en cuenta:

- Cómo usa el espacio y los elementos.
- En cuánto tiempo hace las actividades o tareas. Los descansos que hace.
- Más que considerar la cantidad de cosas que hace, hay que pensar en cómo las hace.
- Si puede hacer las cosas sólo, si necesita ayuda o si no puede nunca.
- Si lo que hace ¿es efectivo?
- Que el niño hará las actividades cotidianas según:
- Sus habilidades y capacidades.
- Los factores contextuales.
- Las demandas de la tarea.
- La satisfacción de sus necesidades vitales.
- Que el niño accionará sobre un objeto, que es provisto por otros sujetos de cultura.

¹⁰ Lidia Fernández, artículo "La educación, el arte, los medios de comunicación y los ideales en la actualidad".

Niños de 2 años y 6 meses a 3 años:

Al levantarse!

- Suelen levantarse de buen humor.
- Es cariñoso y le gustan los mimos y caricias.
- Ya puede levantarse sólo de la cama.
- Si duerme en cuna, empieza a buscar cómo bajarse, por ej. trepando, arrastrándose, desliziándose y hasta tirarse desde lo alto.
- Puede mover objetos livianos, como almohadonas, cajas o juguetes, que le sirven para trepar.

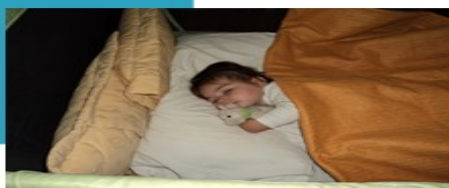


Imagen 1 y 2:

Muestra de borrador de Guía para padres/cuidadores.

Niños de 2 años y 6 meses a 3 años:

¿Que hacen en el baño?



- En lugares conocidos, se maneja con confianza.
 - Se da cuenta cuando está por hacer sus necesidades.
 - Puede decirle a un mayor que quiere ir al baño.
 - Si usa pañal y hace necesidades, lo comunica.
- Si se pone nervioso puede hablar apurado, rápido, más fuerte, trabarse o no se le entiende.
- Como se mueve mucho, los que están a su cuidado puede confundir este movimiento con sus ganas de ir al baño.
 - Muchas veces por jugar puede hacer sus necesidades en la ropa. Pero sabe que lo está haciendo.
 - Pueden subir y bajar del inodoro solo. Quizás necesite de algo que use para subir o un adaptador de la tabla del dispositivo.

Bibliografía

Abad, Francisco J./ Jesús Garrido/ Julio Olea/ Vicente Ponsoda – 2006 - Introducción a la psicometría – Teoría clásica de los Test y Teoría de la Respuesta al ítem – España - (Facultad de Psicología) Universidad Autónoma de Madrid.

Antolin, Marcela – 2006 - Cómo Estimular el desarrollo de los niños y despertar sus capacidades - Bs. As. Argentina - Editorial Círculo Latino Austral S.A.

Bleichmar, Silvia – 2005 - La Subjetividad en riesgo - 1ª Ed. - Bs. As. – Argentina - Topía Editorial - Colección Psicoanálisis, sociedad y Cultura.

Bleichmar, Silvia – 2009 - El Desmantelamiento de la subjetividad - Estallido del Yo - Bs. As. – Argentina - Topía Editorial - Colección Psicoanálisis, sociedad y Cultura.

Bruno Bettelheim - s.f. - No hay padres perfecto - Capítulo 14 "El Juego: puente hacia la realidad" - s.l.

Carreras, Julia – 2001 – Argentina - Universidad Nacional de Tucumán.

Casacci, María Elena (Prof. Lic.) – 2003 - "Psicología Evolutiva I" - Tucumán – Argentina - Univ. De Tucumán - Facultad de Psicología.

Chokler, Myrtha Hebe - s.f. - "Los organizadores del desarrollo psicomotor" – Del mecanismo a la psicomotricidad operativa. - s.l. - Ediciones CINCO.

Delval, Juan – 1994 - El desarrollo Humano – México - Siglo XXI Ediciones.

Dromi, Roberto / Menem, E, 1994 - La Constitución reformada - Bs. As. – Argentina - Ediciones Ciudad Argentina.

Eco, Umberto – 1998 - Como se hace una tesis – Técnicas y procedimientos de investigaciones, estudios y escritura - 22º edición - Editorial Gedisa S.A - Barcelona, España - Colección Libertad y Cambio – Serie Práctica.

García del Moral y Mora, A. – s.f. - "El creador Infantil, la creación en el niño..." - www.revistafuentes.org/hmt/article.php?id_volumen=3&id_article=54.

Gay, José - s.f. - Psicología para todos - Guía completa para el crecimiento personal - Aprendizaje, conducta y emociones - 4 Tomos - Barcelona, España - Editorial Océano.

Gianelli de Sparta, C. - 2007 - "Etapas evolutivas: Características y Recursos para cada edad" - España - Iglesia Ríos de Vida: Retiros de Maestros y Preadolescentes.

Gispert, Carlos (Dir.) - s.f. - Psicología del niño y del adolescente - Barcelona, España - Océano.

Grieve, June - 1995 - Neuropsicología para Terapeutas Ocupacionales - Evaluación de la percepción y de la cognición - (Educación Especial), 3º Edición - Colombia - Editorial Médica Panamericana.

Grupo Editorial Océano Dir. José Farré Martín - s.f. - Psicología del niño y del adolescente - 2 Tomo - Barcelona, España - Editorial Océano Multimedia.

H. Sinchar/M. Stambak/ I. Lézine/ S. Rayna & M. Verba - 1982 - Los bebés y las cosas - La Creatividad del desarrollo cognoscitivo - (Temas de Psicología y Pedagogía), 2º Edición - Bs. As. Argentina - Editorial Gedisa.

Halac, Eduardo Quiroga, Daniel (Dr.'s) - s.f. - "El aprendizaje en el niño y sus dimensiones psicosociales" - Córdoba, Argentina - Universidad Nacional de Cba. Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Medicina.

Krupittzky, Sara - s.f. - Test de Screening o pesquisa en desarrollo Infantil - Argentina - Fundación Hospital de Pediatría Oficina Sanitaria Panamericana Nestle Argentina S.A.

Mulligan, Shelley - Proceso de Evaluación - 2006 - Terapia Ocupacional en Pedriatría - 1ª Ed. - USA - Editorial médica Panamericana.

Ordeñez Legardo, Mª del C. - s.f. - Estimulación temprana "Inteligencia emocional y cognitiva" - Madrid - España.

Revista de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de grupo- 2000 - Psicolanálisis de las configuraciones vinculares - Además de la Palabra - Capital Federal - Ediciones PubliKar - Tomo XXIII - Número 2.

Revista de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de grupo - 2006 - Psicolanálisis de las configuraciones vinculares - Subjetividad y psiquismo - Capital Federal - Ediciones PubliKar - Tomo XXIX - Número 1-

Revista de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de grupo - 2007 - Psicolanálisis de las configuraciones vinculares - Subjetividad y cultura - Capital Federal - Ediciones PubliKar - Tomo XXX - Número 1 -

Ricardo Luis Machi - 2003 - Introducción a la Estadística en Ciencias de la salud - 1º Reimpresión - Bs. As. Argentina - Editorial Médica Panamericana.

Ruth M. Beard - 1971 - Psicología evolutiva de Piaget - 1ª Ed. - Bs. As. Argentina - Editorial Kapelusz -

Salas, Marta A. - s.f. - "El lenguaje de Piaget - Una perspectiva psicoanalítica" - Argentina - Univ. De Tucumán - Facultad de Psicología.

Sotomayor, María, 2007 - "Factores que influyen en la Socialización de los niños en un comunidad marginal y que condicionan el desempeño ocupacional" - La Rioja - Argentina - UN-LaR - Lic.en Terapia Ocupacional.

Spits, René A. - 1972 - El Primer año de vida - Capítulo III 4."El objeto precursor de la percepción" - 4ta. Edición - s.l. - Editorial Aguilar.

Villanueva V., Nancy B. - 1997 - "Socialización y comportamiento infantil según el genero" - Editorial Mitologías - Bs. As. - Argentina - Vol . 12.

Williard/Sapackam - Helen L. Hopkins/ Helen D. Smith - 1998 - Terapia Ocupacional - 8º edición - España - Editorial Médica Panamericana.

Nuevo Diccionario Enciclopédico - 1992 - Argentina - Editorial Visor.

Declaración de los Derechos del Niño – 2002 - Bs. As. – Argentina - Secretaría de Derechos Humanos / UNICEF –

Códice – Diccionario enciclopédico color - s.f. - Barcelona, España - Editorial Ediciones Trébol S.L.

Entre colores - Boletín para la familia – 2007 - Bs. As. – Argentina - Ediciones Santillana S.A.

Mesa 12

Niñez

Aportes de Terapia Ocupacional en la primer Sala de Internación pediátrica de Salud Mental en un Hospital General del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

Autores: Eipstein Julia; Morinelli Sabrina.
Correo electrónico: julitaepstein@hotmail.com

Resumen

Introducción. El presente trabajo se desarrolla en la Sala de Internación Pediátrica de Salud Mental del Hospital de niños Doctor Pedro de Elizalde inaugurada el primero de febrero del 2014 en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental nº 26657. En la misma se brinda atención a niños menores de 12 años con padecimiento mental agudo. **Objetivo.** Compartir los aportes de la inserción de T.O frente al nuevo paradigma de atención en salud mental. **Materiales y métodos.** Utilizamos la ocupación como herramienta de reconocimiento de la singularidad del niño e instrumento facilitador del lazo social. Los tres ejes de intervención sobre los que trabajamos incluyen al niño, su familia y la comunidad. Proponemos espacios donde a partir de las Actividades de la Vida Diaria, el juego, la ocupación de tiempo libre, actividades creativas y recreativas pueda transitarse y en lo posible, recomponerse, algo de lo social que irrumpe la internación. Asimismo se realiza una evaluación del desempeño ocupacional del niño articulando el trabajo en red con dispositivos que favorezcan su participación ocupacional. Respecto de la familia se trabaja en conjunto a fin de favorecer estrategias que les posibiliten acompañar al niño en su desarrollo. **Resultados y conclusiones.** Consideramos que la apertura de una Sala de Internación de Salud Mental en un Hospital General Pediátrico como uno de los cambios impulsados por la Ley de Salud Mental, posibilita iniciar el camino hacia la perspectiva de atención integral de la salud, buscando sustituir un sistema basado en la institucionalización por otro basado en la comunidad. Sin embargo, creemos que no es suficiente con trasladar la atención de la salud mental de un hospital monovalente a un hospital general, generando cambios solo a nivel estructural, sino que el desafío se encuentra en construir y generar movimientos respecto a la lógica de atención planteada. A través de la articulación intersectorial, orientando las acciones hacia una dinámica de construcción social "vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona en el marco de la vida en comunidad".

Desarrollo

El presente trabajo se desarrolla en la Sala de Internación Pediátrica de Salud Mental del Hospital de niños Doctor Pedro de Elizalde inaugurada el primero de febrero del 2014 en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental nº 26657. Cuenta con un equipo interdisciplinario conformado por Psiquiatras, Psicólogos, Terapistas Ocupacionales, Trabajador Social y Enfermería. La capacidad de atención es para 10 pacientes y sus respectivos acompañantes. Estructuralmente cuenta con habitaciones dobles e individuales, un salón de usos múltiples, ofice de enfermería y de profesionales dentro de la sala.

En la misma se brinda atención a niños menores de 12 años con padecimiento mental agudo, quienes en ocasiones presentan un cuadro psiquiátrico agudo sin antecedentes previos, o crónico con agudización de su cuadro de base. La mayoría de las veces esta situación se acompaña de problemáticas sociofamiliares, que se traducen en falta de sostén, contención y posibilidades de abordaje frente a las necesidades del niño.

El niño que llega a una internación por salud mental presenta una urgencia psiquiátrica, entendiendo la misma como "una situación donde el trastorno del pensamiento, del afecto o de la conducta, tanto en sus dimensiones objetivas como subjetivas, son en tal grado disruptivos, que el paciente mismo, la familia o la sociedad, consideran que requiere atención inmediata"¹. En términos generales, "no toda urgencia implica una internación: hace falta entonces que fallen las estrategias ambulatorias y que se trate de un riesgo cierto e inminente"², concepto complejo en sí mismo. Debido a que no es el tema principal de este trabajo diremos que "la percepción y evaluación del riesgo es una construcción sobre acontecimientos futuros de los diferentes grupos sociales, lo que permite plantear que la determinación del riesgo cierto e inminente es una construcción que debe hacerse entre los diferentes profesionales del equipo interdisciplinario junto a las personas destinatarias de la atención y de sus referentes contingentes, sean familiares o no"³.

Frente a la apertura de este nuevo espacio, nos encontramos con la oportunidad de participar en la construcción, desde el inicio, de un dispositivo controvertido como lo es una sala de internación psiquiátrica durante el proceso de transición impulsado por la nueva Ley de Salud Mental. Con la consecuente responsabilidad de reflexionar acerca de los modos de intervención que podrían implementarse para acompañar en la construcción de una red de servicios con base en la comunidad para la atención en salud mental.

Durante este proceso hemos comenzado a delinear las intervenciones desde una mirada próxima a la rehabilitación psicosocial. La misma se define como "la estrategia de salud que facilita y brinda oportunidades a las personas con discapacidad por causas mentales a alcanzar los mejores niveles posibles de funcionamiento en la comunidad, promueve el desarrollo de habilidades individuales y el mejoramiento de los intercambios sociales. Trabaja para el mejoramiento de la calidad de vida y la disminución de los factores de riesgo"⁴.

En esta línea, "cuando se trata de organizar los tratamientos, los planes de intervención y las evaluaciones, se consideran tres dimensiones básicas: las características propias del paciente, las características del contexto institucional donde el paciente ha recibido tratamientos anteriores y la permeabilidad familiar y social que aloja al paciente"⁵.

Al considerar como ejes fundamentales para el desarrollo del niño, el sostén que le brinda su familia, la participación en la comunidad y el acceso a la salud, observamos que, la debilidad de uno o varios de estos pilares puede significar la aparición de riesgo para el paciente.

Las intervenciones de Terapia Ocupacional están en relación a fortalecer estos pilares y dirigidas al niño, a su familia, y a otros actores que sostengan el lazo con espacios de participación en la comunidad.

Consideramos que las mismas no se sostienen una sin la otra. Ya que, tal como lo propone da Rocha Medeiros (2012), el individuo en la construcción de su autonomía y, como parte de su proceso de crecimiento, precisa adaptarse y acomodarse a determinadas condiciones internas y externas. Sin embargo, es atinado considerar que muchas veces, se espera de la Terapia Ocupacional que sus intervenciones se orienten hacia la adaptación del individuo a su grupo institucional, tal como escuela, hogar, centro de rehabilitación, que lo hace parte y lo somete a reglas que le son ajenas, buscando la adaptación en sí misma. En contra posición a

¹ Dra Rosenfeld Silvia, Psicoanalista, Médica Psiquiatra Infantojuvenil. Hospital General de Niños Dr R. Gutierrez. Curso a distancia "Urgencias en psicopatología infanto-juvenil". Clase n 4: Cuadros psicopatológicos más frecuentes en la consulta con niños y adolescentes. Año 2014.

² González, Andrea; Vidal, Andrea; Rodríguez, Nadia y Martín, Julia: "La urgencia subjetiva hospitalizada: la Sala VII del Hospital General de Agudos Gral. San Martín", 2013.

³ Angelini, S., Carrillo, M. F., Irie, A. y Penna, A: "La ley 26657 y la evaluación de riesgo cierto e inminente en las internaciones involuntarias". Trabajo libre presentado en las IX Jornadas Nacionales de debate interdisciplinario en Salud Y Población: Derecho a la salud y protección social. (UBA, Buenos aires) 2011, p. 9-10.

⁴ Barbato, 2006 en Liliana Paganizzi y otros "Rehabilitación Psicosocial" p. 99-100.

⁵ Rodríguez 1997 en Liliana Paganizzi y otros "Rehabilitación Psicosocial" p.100.

estas, nuestra colega plantea, que se dan intervenciones donde se intenta establecer otro tipo de relación con la demanda, dirigidas a desarrollar las posibilidades del individuo como sujeto de su propia historia, capaz de modificar su calidad de vida mediante su accionar. Considerando como foco de la intervención la posibilidad de que los contextos vivenciales de los niños puedan ser transformados.

En este sentido y apoyándonos en el marco que nos brinda la Ley de Salud Mental, la cual hace hincapié en la restitución de lazos sociales, la interdisciplina y la intersectorialidad, pensamos las intervenciones en el dispositivo de internación como uno de los recursos que nos posibilita analizar el desempeño del niño, teniendo como contexto un espacio facilitador de sus posibilidades, para luego poder desarrollarlas en espacios de participación en la comunidad. Trabajando junto con otros efectores comunitarios con el objetivo de brindarle al niño una atención acorde a sus necesidades.

Desde Terapia Ocupacional se implementan espacios de atención individual, espacios de actividades grupales, momentos de juego con pares, espacios de tiempo libre en el parque y atención en las actividades de la vida diaria. Así mismo, se mantiene comunicación con espacios de la comunidad, ya conocidos por el niño o nuevos, donde este podrá sostener su participación ocupacional una vez finalizada la internación.

Durante el proceso de internación utilizamos la actividad como una de las herramientas de evaluación que nos permite analizar los apoyos que necesitará el niño para sostener su desempeño ocupacional; como medio para ensayar habilidades; y como fin en sí mismo durante las ocupaciones que suceden en forma cotidiana y que brindan al niño la posibilidad de reconocerse en su hacer.

Respecto a la familia se trabaja en conjunto manteniendo entrevistas donde se relevan datos en relación a las características del niño, su desempeño y el tipo de vínculo que mantiene con sus referentes principales. Así como en relación a las dificultades que se presentan en el cuidado cotidiano del mismo y cómo esto influye en su desarrollo.

Las entrevistas con los referentes del niño se proponen como un espacio terapéutico y de intervención que, ante la irrupción de un episodio agudo o la recurrencia de crisis en el paciente, acompañen a quienes asumen la función de cuidadores y los ayude a conocer las características de desempeño del niño y las estrategias de afrontamiento necesarias para acompañarlo en su desarrollo. Las mismas tienen como objetivo establecer ciertas pautas ordenadoras para que el familiar acompañante cuente con un ámbito particular, un espacio organizado tanto en función de la necesidad del paciente como de la propia, encontrándose con sus propios recursos y limitaciones a los fines de viabilizar una internación breve y una externalización efectiva.

En este sentido, creemos importante que la internación, además de responder a la emergencia, pueda operar como un recurso acotado dentro de un tratamiento, que incluya tanto el trabajo terapéutico con aquellos familiares que asumen la función de cuidadores como con otros actores sociales que sostengan la participación ocupacional del niño. En vistas a favorecer los apoyos que el mismo precisará a modo de sostén y como facilitadores de cambios para su desarrollo.

Consideramos que la apertura de una Sala de Internación de Salud Mental en un Hospital General Pediátrico, como uno de los cambios impulsados por la Ley de Salud Mental, posibilita iniciar el camino hacia la perspectiva de atención integral de la salud buscando sustituir un sistema basado en la institucionalización por otro basado en la comunidad. Sin embargo, creemos que no es suficiente con trasladar la atención de la salud mental de un hospital monovalente a un hospital general, sino que el desafío se encuentra en construir y generar movimientos respecto de la lógica de atención planteada, al modo de concebir los padecimientos mentales, así como las ideologías de los trabajadores y profesionales de la salud mental y de la población en general. Con este fin y, en concordancia con la Ley, quisiéramos resaltar la necesidad de la articulación intersectorial, orientando las acciones hacia una dinámica de

construcción social *"vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona en el marco de la vida en comunidad"*⁶.

Bibliografía

- Angelini, S., Carrillo, M. F., Irie, A. y Penna, A, 2011: "La ley 26657 y la evaluación de riesgo cierto e inminente en las internaciones involuntarias". Trabajo libre presentado en las IX Jornadas Nacionales de debate interdisciplinario en Salud Y Población:
- Derecho a la salud y protección social. (UBA, Buenos aires) Pág. 9-10.
- Da Rocha Medeiros María Heloisa, 2012. "Terapia ocupacional un enfoque epistemológico y social" Editorial Universidad Nacional del Litoral (Santa Fe, Argentina). 4.71-89
- González, Andrea; Vidal, Andrea; Rodriguez, Nadia y Martin, Julia, 2013: "La urgencia subjetiva hospitalizada: la Sala VII del Hospital General de Agudos Gral. San Martín" presentado en mesa redonda de las Terceras Jornadas de Ex residentes de Psicología, Psiquiatría y Trabajo Social (Buenos Aires).
- Ley Nacional de Salud Mental 26657, Ministerio de Salud-Presidencia de la Nación (Capital Federal, Argentina).
- Paganizzi Liliana, 2007. "Terapia Ocupacional Psicosocial: escenarios clínicos y comunitarios". Ed. Polemos. Parte II. Escenarios Teóricos (Buenos Aires) Cap: Acerca de rehabilitación psicosocial.91-114
- Rosenfeld Silvia, 2014. Curso a distancia "Urgencias en Psicopatología infanto-juvenil". Hospital General de niños Dr. R Gutiérrez. Clase n 4: Cuadros psicopatológicos más frecuentes en la consulta con niños y adolescentes. Presentación en power point.

Agradecimientos: a Lic T.O Silvina Santos quien nos acompañó desde el inicio de nuestra inserción a la sala y nos impulsó a escribir y compartir nuestra experiencia. Y a nuestro equipo de trabajo diario que posibilitan el intercambio y el trabajo conjunto.

⁶ Ley Nacional de Salud Mental 26657

Reflexiones acerca del anónimo transitar de jóvenes en el Hospital especializado en la Emergencia Psiquiátrica

Autor: Lic. T.O. Nogueras, Magalí
Correo electrónico: magalinogueras@hotmail.com

Resumen

Se presenta una reflexión acerca de algunos jóvenes internados en un hospital de salud mental, aquellos que circulan diariamente "boyando" por los parques y pasillos realizando múltiples pedidos, demandando ser mirados y alojados por otro. Sus historias, si bien siempre particulares, están con frecuencia atravesadas por la exclusión, el abandono y el no lugar, donde se evidencian sus derechos vulnerados. En variadas ocasiones la institución hospitalaria reproduce y refuerza estos escenarios. Ante un problema que se le vuelve insoportable, inclasificable e irreductible, la respuesta es nuevamente la expulsión. El objetivo es reflexionar acerca del lugar que estos jóvenes ocupan en el sistema actual de salud mental, y sobre las prácticas ejercidas de las y los terapistas ocupacionales, entendiéndolos como actores principales del proceso de desinstitucionalización y por lo tanto de nuestro compromiso con la política pública. El mismo se realiza a partir de la vivencia cotidiana y la búsqueda de material teórico sobre el tema.

Introducción

La presente producción surge de mi primer acercamiento a la práctica de Terapia Ocupacional (de ahora en adelante TO), en el marco de la residencia de CABA, llevada a cabo en el Hospital de Emergencias Psiquiátricas T. de Alvear. En sus patios y pasillos resulta frecuente el encuentro con jóvenes que circulan de un modo errante por todo espacio posible, demandando ser vistos y buscando un lugar que aloje. Detrás de éste transitar se inscriben historias marcadas por la exclusión y el abandono, quedando a merced de la gran institución. En este contexto, se invita a reflexionar acerca de nuestro rol como trabajadores en el sistema socio sanitario y en las distancias que suceden entre las prácticas y las políticas programadas.

Un anónimo y errante transitar

*Hay mucho misterio en tus ojos... y hay mucha chispa aún en tu cerebro loco,
¡Pero estás hundido en tu propia herida!*

Variados son los jóvenes en el hospital a quienes todos conocen sin saber con exactitud sus nombres, su circulación oscila entre la guardia y las salas de internación. Transitan con paso denso, arrastrando sus pies, con voz medicada, ocasionalmente con baba que cae de sus labios, con frecuencia despeinados, sucios y desprolijos. Su presentación suele ser perseverante e insistente, con una demanda masiva que se expresa en múltiples pedidos y en algunas ocasiones se torna violenta. Una de las estrategias utilizadas por la institución es recurrir a la guardia, atarlos de manos y pies ("contención" según el dialecto psiquiátrico) e inyectarlos para que estén "tranquilos y no molesten". La medicación y la "contención" aparecen como elementos de castigo donde se encuentra el límite extremo. Reciben "la mirada asombrada e interpelante de la institución que lo ratifica en el lugar de un objeto no anhelado (...) sujeto inesperado, constituido en el padecimiento de no pertenencia a un todo social" (1).

Sus historias si bien siempre particulares, encuentran rasgos comunes con situaciones de extrema vulnerabilidad, familias desmembradas, situaciones de calle, violencia, abandono, abusos, consumo problemático de sustancias, cuidados inestables. Quedan así a merced de la gran institución que pese al trabajo de algunos profesionales, en variadas ocasiones no se logra efectivizar el contacto con referentes que los alojen. A su vez, de los hogares conviviales son en reiteradas ocasiones expulsados por involucrarse en situaciones violentas. Así este *"sujeto inesperado"* no encaja en la linealidad de la lógica problema-solución y regresa al psiquiátrico, transitando por un circuito espiral *"un mecanismo que alimenta los problemas y los hace crónicos"* (2).

A modo de ejemplo, relataré un breve momento de la experiencia construida junto a un joven que denominaré Lihuel, con el fin de preservar su intimidad de acuerdo a las normativas vigentes. Dicho tratamiento se ha dado desde lo *"informal"* ya que éste acontece por fuera la rotación programática de la residencia de TO.

Las primeras intervenciones fueron dirigidas a establecer el encuadre de tratamiento, donde resultaba indispensable sostener la norma y el límite. Al principio manteníamos las sesiones en el patio del hospital, espacio público, donde Lihuel invitaba a todo aquel que pasara para que mire lo que estaba haciendo. Posteriormente solicitó mantener las sesiones en consultorios externos, lo cual resultaba imposible debido a que nuestros encuentros no tenían un lugar formalizado en la institución. Pese a ello, conjuntamente encontramos un espacio, algo precario pero que comenzó a ser de su preferencia y permitió instalar un encuadre de intimidad. Éste era el *pasillo de entrada* de la Asociación de Profesionales del hospital. El encuentro se fue significando como el espacio de computación y de tareas, así me nombraba como su *"profesora de computación"*, me decía *"señorita"*.

Las intervenciones apuntaban a alojarlo, dándole Un Lugar, en donde era esperado por otro, convocado, mirado y reconocido. Un dispositivo que intentó *"... poner a trabajar algo del juego de intereses, acompañando al sujeto y acompañando esos intereses de los que se va apropiando y anoticiando en sus posibilidades de realización"* (3) *"... esperar que esa persona identificada en lugar del escombros y del desecho emita alguna señal, a veces un casi inaudible signo de respuesta, e inicie un llamado orientado a rescatarse como sujeto"* (4). No obstante pese a las inadecuadas condiciones de situación de tratamiento e infraestructura, el encuadre permitió que Lihuel desplegara cuestiones relacionadas con su rol como joven adolescente, dando lugar a la vertiente amorosa.

Hay muchas formas de pelar el gato... y puede fusilarte hasta la Cruz Roja, nene.

En este contexto, el alta se vuelve problemática, sin una familia que esté dispuesta a alojar, con escasos dispositivos alternativos que den lugar a estos jóvenes, sin una institución que acompañe al sujeto en éste proceso, procurando un alta cuidada. En el hospital se producen movimientos tras sanciones recibidas debido a las prolongadas internaciones. Muchos de los jóvenes de adolescencia al cumplir los 18 años pasan repentinamente a la salas de adultos, para otros luego de varios meses y hasta años de internación el destino es el alta, en modo abrupto sin ningún tipo de seguimiento, mientras otros se eternizan en la guardia. Sin entrar en detalles el destino de Lihuel fue la expulsión definitiva. Aquel día, fui a su encuentro y dijo *"él es mi papá me voy a mi casa"*. Posteriormente me anoticié que éste era su padrastro, sujeto al cual Lihuel anunciaba en las sesiones que *"lo cagaba a palos..."*.

Conclusiones y Reflexiones...

La gente decente es diferente, nene... pero tu belleza empieza a abrirse paso, nene.

¡En esta vieja cultura frita!

Foucault (5) argumenta que en todo sistema de *poder disciplinario*¹ siempre hay algo "inclasificable", elemento que no encaja en el sistema de distribución, el residuo, lo irreductible, lo inadmisibile. En relación a esto, considero interesante la referencia de Rotelli (2) hacia a los "nuevos crónicos", aquellos jóvenes que acumulan problemas diversos, que alteran el orden público y no son reductibles a categorías diagnosticas. Circulan entre los servicios sin llegar a establecer nunca una relación estable y ocupan periódicamente los lugares de internación. Schraiber y d'Oliveira (6) fundamentan que el desempeño cotidiano de los servicios presenta cuestiones que no están necesariamente contempladas en la producción científica y en las políticas públicas. En las prácticas profesionales operan las ciencias y sus tecnologías, marcadas por la dominación predominante de carácter biomédico donde prevalece la medicalización de las necesidades sociales en salud, independientemente de los contextos institucionales o de los determinantes históricos y sociales.

En este contexto los jóvenes aparecen como "lo inclasificable", "nuevos crónicos", sujetos víctima de la tensión generada a partir de las distancias entre las políticas públicas, las prácticas profesionales y el conocimiento científico. En estos derechos vulnerados vemos las dificultades para hacer efectiva en nuestra práctica cotidiana una Ley² basada en la salud mental comunitaria, los derechos humanos, a través de un abordaje interdisciplinario e intersectorial. En parte, considero que puede deberse a las cuestiones descriptas previamente, sin desconocer las políticas de reajuste ejercidas por el gobierno de turno que opera en Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En mi experiencia dicha situación se inscribe y refleja en el ejemplo de un *tratamiento que no casualmente tuvo lugar en un pasillo de entrada, que a pesar de acotado intentó nombrar, intentó alojar*. Sin embargo, considero que las intervenciones, en cierto modo, cubrían un bache hospitalario, realizando un trabajo circunscrito en lo que respecta a las necesidades del sujeto, inscribiéndose como intervenciones aisladas. Pese a ello, decidí continuar interviniendo.

En este escenario, catarata de preguntas, *¿cómo proceder?, ¿caer en la frustración?, ¿aislarse en el servicio?, ¿para qué, para quién soy TO?* Sin respuestas, pero abriendo a la reflexión. Hallo que nuestra realidad se encuentra hundida en un terreno profundamente contradictorio y la conquista de la libertad de la persona con padecimiento mental debe coincidir con la conquista de la libertad de la comunidad íntegra (7). Resulta inútil transformar "las practicas terapéuticas" si la exclusión está en la comunidad misma. Como "articuladores sociales" (8) nuestro trabajo es favorecer que la lucha de la salud mental sea la lucha de la comunidad, mediante la participación en el proceso de desinstitucionalización ejerciendo un rol activo y de compromiso con la política pública (2). Camino imposible de tomar sin "el *reconocimiento heurístico de la interdependencia*" (9), el trabajo conjunto, practicas transdisciplinarias, participación en movimientos populares, construyendo una TO territorial volcada para la construcción de redes sociales y acción colectiva (cultural, social y/o política) (9).

Para finalizar, como profesional en formación, propongo aceptar nuestras propias contradicciones, permaneciendo atentos a no ejercer una práctica técnica descontextualizada, neurobiologista, reduccionista, aislada, específica y extrajera. Proceso que no comienza en trabajo posuniversitario sino tempranamente (y continuamente) en nuestra formación.

¹ Según Foucault, en un dispositivo disciplinario cada elemento tiene un lugar bien determinado. El punto contra el cual choca a los sistemas disciplinarios que clasifican, jerarquizan, vigilan, etc., será el elemento que no puede clasificarse, el que escapa a la vigilancia, el que no puede entrar en el sistema de distribución. El sistema es normalizador, inventa siempre nuevos sistemas de recuperación que se caracterizan por un trabajo constante de la norma de la anomia.

² Ley Nacional de Salud Mental n° 26.657.

Referencias bibliográficas

- (1) Carballada A. 2008. La intervención en lo social y las problemáticas sociales complejas: los escenarios actuales del Trabajo Social. Margen .48: Edición Digital. www.margen.org
 - (2) Rotelli F. 2014. "Vivir sin manicomios: la experiencia de Trieste". Topía Editorial. (Ciudad Autónoma de Buenos Aires). XXXII. 29-35.
 - (3) Kleiban S. ____ Equipo de Terapias Expresivas y Recursos Creativos. Coordinación de Hospital de Día matutino del Hospital Álvarez. 4-5
 - (4) Perugino A. 2014. "Hueco de vida: Subjetividad y exclusión". Yoster Libros. (Buenos Aires). 7.
 - (5) Foucault M. 2012. "El poder psiquiátrico". Fondo de Cultura Económica. (Buenos Aires). 74-76.
 - (6) Schraiber L. B, d'Oliveira A. F. 2014. La perspectiva de género y los profesionales de la salud: apuntes desde la salud colectiva brasileña. Salud colectiva. 301-312.
 - (7) Basaglia F. 2005. "Escritos solecionados: em saúde mental e reforma psiquiátrica". Trad. Paulo Amarante. Garamond. Rio de Janeiro. 61-72
 - (8) Galheigo S. M. 2012. Perspectiva crítica y compleja de terapia ocupacional: actividad, cotidiano, diversidad, justicia social y compromiso ético-político. TOG (A Coruña). 9, 5: 176-187.
 - (9) Barros D. D.; Almeida M. C de; Vecchia T.C. 2007. Terapia ocupacional social: diversidad, cultura e saber técnico. Rev. Ter. Ocup. Sao Paulo. 18, 3: 128-134.
- i Estrofas de la obra musical *Fusilados por la Cruz Roja* del disco La mosca y la Sopa de Patricio Rey y sus Redonditos de Ricota. 1991

Agradecimientos

A todas las mujeres que me apoyan diariamente, aquellas con las que compartí esta experiencia en la práctica diaria, en las supervisiones individuales y colectivas. A mis compañeras de residencia del Alvear y todas aquellas que participaron de ese primer ateneo donde fue narrado por primera vez éste caso. A Daniela Testa y Verónica García Ariceta por su acompañamiento y sugerencias en la escritura del trabajo... entre otros apoyos. A mi familia. Y muy especialmente a Lihuel, de quien aprendí que mediante la insistencia y la perseverancia mucho se puede lograr...

Los ritmos en la construcción de lo cotidiano. Continuidades y discontinuidades en las temporalidades de la época

Autores: Benassi, Julia; Sarmiento, Camila; Vinzón, Valentina.

Correo electrónico: juliabenassi.jb@gmail.com

Resumen

El ritmo es un rasgo de la música, que se manifiesta en las actividades cotidianas, como correr, martillar, amasar, comer, entre otras, formando parte de nuestra vida desde las primeras experiencias tempranas. Aparece cuando algo se repite y a su vez cuando algo varía. La repetición es la clave que permite la duración y continuidad, y la variación aporta la discontinuidad que asegura la construcción de un tiempo presente, uno que se aproxima y otro al cual poder volver. Así, el ritmo conforma cierta legalidad, anuncia una regla.

De este modo, también se van desarrollando las rutinas, como ritmos diarios, y en este sentido se pueden pensar los hábitos como construcción de ritmos.

Cabe preguntarse por las cotidianidades que construimos en esta época. En los modos de organización tiempo – espacio, y en el hacer que en éstos se producen. Preguntarse por los ritmos de nuestros modos actuales de producción, en tiempos de simultaneidad, en dónde ya no hay un tiempo para cada cosa sino múltiples ritmos conviviendo en un mismo tiempo –espacio.

En este escenario social parece especialmente necesario “producir temporalidad”, favorecer los procesos de continuidad-discontinuidad en lo cotidiano a partir de lo cual producir sentidos compartidos.

Nuestra profesión trabaja en, con y desde la construcción de lo cotidiano, esto define su intervención y por lo mismo, la deja siempre indeterminada, abierta. Lo cotidiano es ritmo, es movimiento, es cambio y permanente fluir. Con frecuencia nos encontramos intentando acompañar ritmos para poder *bailar juntos con el otro*. Cuando se pierde o no se puede seguir el ritmo la orquestación que requiere la construcción de un cotidiano colectivo se interrumpe. Por ello, nuestra actuación como profesionales del campo de la terapia ocupacional nos implica muchas veces en la tarea de propiciar condiciones para que la experiencia temporal de hacer con otros sea posible, construyendo ritmos compartidos.

El ritmo es un rasgo de la música, que se manifiesta en las actividades cotidianas, como correr, martillar, amasar, comer, etc. Forma parte de nuestra vida desde las primeras experiencias tempranas, mas ligadas a la musicalidad y al movimiento que al lenguaje verbal. "Experiencias sensorio-motoras, corporales, no verbales, temporales, traman desde el nacimiento modos sensibles de estar con los otros que no se pierden, ni siquiera cuando adquirimos el lenguaje" (2). Pensemos en el juego del avioncito cuando una madre alimenta a su hijo pequeño, o cuando lo acuna en sus brazos para hacerlo dormir, se trata de acciones conjuntas construidas a partir de movimientos corporales, arrullos, vocalizaciones, gestos, miradas que se entrelazan de manera rítmica. Así, podemos pensar en un "lenguaje particular" (3) de las actividades que remiten a una multiplicidad de signos y a otros modos de construcción que exceden el análisis semiótico e implican además una aproximación estética al hacer humano.

Estas primeras experiencias temporales se construyen también a través de los objetos, que colaborarán en el aprendizaje del tiempo: "a través de ritmos, pulsos, sucesiones, secuencias"; y del espacio: "mediante orientaciones de recorrido, trayectorias, fragmentaciones, cuadrículas". Los objetos, para su uso, requieren praxias y acciones especiales del cuerpo, desarrolladas en un tiempo y un espacio, que permiten aprendizajes(4).

De esta manera, aparece el ritmo, cuando algo se repite y a su vez porque algo varía. La repetición es la clave que permite la duración y continuidad, y la variación aporta la discontinuidad que asegura la construcción de un tiempo presente, uno que se aproxima y otro al cual poder volver. Cuando una mamá mece a un niño, tararea una sucesión de notas, acompaña esto de un movimiento sincrónico, hace una pausa y vuelve a repetir, repetición y variación conforman el ritmo que permite al niño experimentar ese espectáculo que su madre monta para él. Entonces se deja acunar, entrando seguro en el sueño porque sabe qué vendrá y por ello puede esperar, en un encuentro de aprendizaje temporal. Así, el ritmo conforma cierta legalidad, anuncia una regla. Como sabemos la "actividad va a requerir (...) modelos previos pero también va a dar lugar a combinaciones nuevas", y así (5) lo cotidiano acontece, en una articulación de ritmos, según se van co-construyendo las acciones, las vivencias de cooperación, desde las más tempranas. En este sentido, el ritmo se co-construye, el adulto da forma a un ritmo compartido cuando puede estar atento, captar el ritmo del otro, tal como cuando intentamos bailar con otro. Así también se van desarrollando las rutinas, como ritmos diarios, y en este sentido se pueden pensar los hábitos como construcción de ritmos. Al respecto Walter Benjamín (6) propone que los hábitos deben construirse con los niños en forma de juego, entendiendo al juego como ritmo, y por lo tanto como forma de organización temporal. El mundo de los niños se encuentra envuelto de canciones (para dormir, para comer, para cepillarse los dientes), es decir que el tiempo de la infancia se caracteriza por ser primordialmente musical. "Solo la repetición con ritmo genera reglas" (7).

Repetición e innovación toman forma en lo cotidiano, lugar en donde se realiza el movimiento de producción y de reproducción de las ocupaciones, y por lo tanto en donde se da la producción del ser humano, en el curso de su desarrollo histórico (8)(9). Los terapeutas ocupacionales, somos agentes que intervenimos en la cotidianeidad, en los contextos en los cuáles nosotros mismos estamos incluidos y de los cuales somos producto, por tanto somos reproductores y también recreadores (10).

"Todas las sociedades en su tiempo y contexto producen su propia cotidianeidad. Cambian la organización del espacio y el tiempo, los comportamientos individuales y colectivos, las formas de producción y actividades principales (...)" (11).

Cabe preguntarse entonces por las cotidianeidades que construimos en esta época. En los modos de organización tiempo – espacio, en los modos de hacer que en éstos se producen. Preguntarse por los ritmos de nuestros modos actuales de producción, en tiempos de simultaneidad, en dónde ya no hay un tiempo para cada cosa sino múltiples ritmos conviviendo en un mismo tiempo – espacio. En esta diversidad se ganan "tiempos" y sin dudas también se pierden otros: el tiempo de compartir un juego mientras solamente se juega con el otro, el tiempo de mirarse, esperarse, encontrarse, el tiempo del descubrimiento que lleva *tiempo*.

Nos cuestionamos también por los tiempos que donamos hoy a nuestros niños, en el juego, en los baños, en las comidas... ¿qué cotidianeidad construimos? ¿Cómo afectan estos modos contemporáneos las relaciones, los vínculos?

Los tiempos actuales apremian, se caracterizan por su rapidez, inmediatez y urgencias. Sin embargo, la creación de ritmos compartidos nos impele a hacer lugar a otros tiempos: de esperas, de pausas, de reflexión, de encuentros con el otro. En palabras de Calmels, necesitamos "producir temporalidad", en tanto "prácticas y relaciones que favorecen tiempos de espera, de pensamiento compartido, de contemplación, todos ellos enmarcados en un ritmo que fluye/avanza sin violentar los procesos biológicos y las cadencias personales de cada sujeto/persona". Los cambios en la temporalidad modifican los tiempos cotidianos. Este autor analiza la continuidad-discontinuidad en lo diario y sostiene que "la continuidad borra los rituales, borra las ceremonias. En los intervalos, las pausas, las ceremonias, aparecen los sentidos"¹(12).

¹ Hablamos de sentidos, como significados compartidos, direcciones posibles, que se producen cuando aparece la discontinuidad, las pausas, los intervalos.

El ritmo promueve el afianzamiento de los vínculos así como la creación de nuevos lazos entre las personas, sentando las bases para la producción de ocupaciones colectivas (13). Los ritmos constituyen en la crianza "el campo sobre el que se labrarán nuestros futuros modos posibles de estar con otros" (14).

Lo expuesto da cuenta de una concepción de ritmo ligada al desarrollo de cualquier actividad cotidiana, y en este sentido a la musicalidad más que a la música propiamente dicha. A continuación compartiremos dos viñetas clínicas construidas a partir de ritmos musicales, lo cual no pretende reducir la complejidad planteada sino pensar la musicalidad en lo cotidiano, más allá de la primacía de la música, en estos casos particulares.

En nuestro ejercicio como terapeutas ocupacionales (T.O.) observamos con frecuencia que los niños con los que trabajamos presentan dificultades para tolerar tiempos de espera y sostener una actividad paralela a la del adulto o a sus pares, demandan constantemente y esperan respuestas con inmediatez.

¿Qué sucede en lo cotidiano? ¿Qué pasa en el ámbito hogareño con las esperas, las pausas, las demoras, los momentos compartidos, la disponibilidad del adulto? Si en el hogar la atención del adulto es constante, las situaciones se resuelven con inmediatez, no hay demoras.... ¿qué ocurre cuando esto se discontinúa?

En línea con lo expuesto anteriormente, surge la necesidad y el desafío de producir temporalidad, de crear ritmos compartidos, que exceden el espacio de la sesión en consultorio y deben ampliarse: involucrar no solo diferentes ámbitos (hogar, club, escuela) sino además a los diversos actores/productores de la vida cotidiana y fundamentalmente a las familias.

Así sucedió con Juan, un niño de 7 años, sumamente alegre y "musical". Inicialmente, en las sesiones de juego con su T.O., notábamos que aquellas actividades que implicaban breves esperas y tomas de turnos le generaban intenso malestar, durante el desarrollo de las mismas no podía permanecer sentado hasta su finalización, se enojaba y abandonaba la propuesta a los pocos minutos de haberla iniciado, dirigiéndose a otros elementos de manera desafiante. Situaciones semejantes a la descrita sucedían a diario en el hogar, lo que dificultaba el desarrollo de sus actividades cotidianas y afectaba significativamente la calidad de vida familiar. Conociendo a Juan y valiéndonos de su gran interés por la música en general, empezamos a inventar canciones. Así nacieron diversas melodías: para invitarlo a sentarse antes de jugar; para señalar turnos de juego; para marcar los tiempos de espera; para ir al baño; para lavarse las manos, entre otras. La ritualización de las mismas fue dando lugar no sólo a la regulación conductual sino principalmente a su bienestar emocional. Se puede pensar así, la creación de ritmos compartidos, como una contribución significativa a la participación de Juan en el desarrollo de las propuestas lúdicas en particular y de su vida cotidiana en general, ampliando sus posibilidades de participación social. En la misma línea se acompañó a la familia, generalizando las estrategias, incentivándolos en la producción de temporalidades y ayudándolos a acompasar los ritmos personales en la cotidianeidad. En resumen, las melodías dieron "cuerpo" a los ritmos inherentes a cada actividad, los hicieron explícitos para Juan, posibilitaron la creación de ritmos compartidos que poco a poco se fueron internalizando y tejiéndose en la trama familiar.

Felipe, de 9 años, ama la música, desde las canciones de Luis Pesceti, hasta las de Michael Jackson, conoce numerosos cantantes y las letras que componen. Suele tararear algún tema o pedir cantarla/escucharla juntos. Es por esto que en su dispositivo de intervención se propuso un taller de producciones musicales y audio-visuales, coordinado por una T.O y un profesor de música y compartido con otros (pares, familiares). Este espacio ha ido tomando diferentes matices a lo largo del tiempo, abordando en momentos iniciales canciones infantiles de formas musicales y letras simples, repetitivas, y actualmente se incluyen otras que él propone conocidas a través de la radio o tv. Son componentes clave del taller, también, los instrumentos, en particular los de percusión, donde golpe tras golpe se comienzan a desplegar sonidos, melodías, canciones. Si bien Felipe disfruta y tiene un gran potencial para compartir

situaciones con otros, le resulta complejo establecer vínculos con los otros². Esta característica es primordial a la hora de producir melodías, canciones grupalmente, por lo que suelen ser constantes las disonancias, los "entreveros" y entre-versos musicales que aparecen a la hora de tocar con un par. Sin embargo, es de la mano de la exploración dedicada, de la improvisación, de producir temporalidades de escucha, acompañamiento, narración, demora y esperas que van surgiendo oportunidades de acompasar los sonidos, las palabras, los ritmos de cada uno, y así de producir experiencias musicales conjuntas.

Para concluir, podríamos decir que los T.O. trabajamos en, con y desde la construcción de lo cotidiano, esto define nuestra intervención y por lo mismo, la deja siempre indeterminada, abierta. A su vez, es necesario vislumbrar a las actividades como fenómenos indeterminados, incluyendo "la noción de azar, de invención, de tiempo. Incluir al otro, a lo singular, a la pregunta" (15). Entender la actividad como "policéntrica y polisémica" (16).

Lo cotidiano es ritmo, es movimiento, es cambio y permanente fluir. Con frecuencia nos encontramos intentando acompasar ritmos para poder bailar juntos. Cuando se pierde o no se puede seguir el ritmo, nos pisamos, nos chocamos, nos aturdimos, y entonces la orquestación que requiere la construcción de un cotidiano colectivo se interrumpe. Nuestra actuación como profesionales del campo de la terapia ocupacional nos implica muchas veces en la tarea de propiciar condiciones para que la experiencia temporal de *hacer con otros* sea posible, compartiendo ritmos. En este sentido planteamos la musicalidad como elemento inherente del hacer humano y por lo tanto intrínseco a nuestras prácticas. Desde esta proposición es que pensamos al ritmo no ya como medio de intervención sino como objeto de trabajo sobre el cual este escrito procura reflexionar (17)(18).

Bibliografía

- Español, Silvia, 2014. "Psicología de la música y del desarrollo. Una exploración interdisciplinaria sobre la musicalidad humana". Ed. Paidós. (Buenos Aires). 1-204.
- (14) Español, Silvia, 2008. La entrada al mundo a través de las artes temporales. Estudios de Psicología, 29 (1) 81-102.
- Paganizzi, Liliana, 1997. Actividad. Lenguaje particular. Edigraf (Buenos Aires). 1-110.
- Calmels, Daniel, 2013. "Fugas. El fin del cuerpo en los comienzos del milenio". Ed. Biblos (Buenos Aires). 1-221.
- (15) Yujnovsky, Natalia, 2007. ¿Por qué podemos pensar a la actividad como recurso terapéutico?. Notas del curso "Dispositivos alternativos en Salud Mental. Introducción al acompañamiento terapéutico". Vaivén. Espacios en movimiento. 2007.
- Benjamin, Walter, 1989. "Escritos. La literatura infantil, los niños y los jóvenes". Ed. Nueva Visión (Buenos Aires). 1-129.
- Rodríguez Garrido, Cintia, 2006. "Del Ritmo al Símbolo. Los signos en el nacimiento de la inteligencia". Ed. I.C.E. -Horsori. (Barcelona). 1-315.
- Martínez Antón, María Rita, 1999. La actividad y la ocupación. Rev. Materia prima. **1**, 14: 9-12.
- (11) Galheigo, Sandra, 2003. O cotidiano na terapia ocupacional: cultura, subjetividade e contexto históricosocial. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo. **14**, 3: 104-9.
- (10) (16) María Eloísa da Rocha Medeiros, 2008. Terapia Ocupacional. Un enfoque epistemológico y social. Ediciones UNL (Santa Fe). 1-91.
- (12) Calmels, Daniel, 2007. Analizadores del jugar. En La educación inicial hoy: maestros, niños, enseñanzas: ciclo de conferencias 2007. 51-7.

² Comprendiendo a éstos desde la construcción dialógica de la tríada actividad – sujeto (paciente) – sujeto (T.O.) que propone la T.O Paganizzi.

- (13) Albino, A.; Benassi, J.; Bottinelli, M.M.; Fraile, E.; Nabergoi, M.; Yujnovsky, N. (en prensa) "Collective production: contributions to the discussion on the concept of collective occupations". Capítulo de libro en Pollard, Nick & Sakellariou, Dikaïos (eds.) Occupational Therapy Without Borders. 2nd edition. Editorial Elsevier, United Kingdom. Resumen aceptado, 2014.
- (17) Da Rocha Medeiros, H., 2004 A identidade da Terapia Ocupacional. Enviado para publicación en la Escuela de T.O. de Salvador.
- (18) Benassi, J.; Nabergoi, M., 2007. Reflexiones epistemológicas en Terapia Ocupacional. Un eje para pensar sobre las implicancias de nuestras intervenciones. En: L. Paganizzi et. al, Terapia Ocupacional Psicosocial. Escenarios Clínicos y Comunitarios. Polemos: Bs. As. Argentina

ESTUDIO PILOTO: La percepción del cuidado en la atención de un servicio de rehabilitación pediátrica en un hospital público del conurbano bonaerense

Autores: Cledón, Soledad Florencia; Monzon, Juliana Laura; Prada, María Cecilia

Correo electrónico: clledonflorencia@hotmail.com

Resumen

Introducción

Para la atención de un servicio de rehabilitación pediátrica, es indispensable el reconocimiento de los familiares de manera significativa, tomando sus necesidades individuales y sus preferencias al momento de planear la intervención terapéutica. Esta relación entre familiar y terapeuta entiende, que el proveedor del servicio (profesional) cuenta con el conocimiento científico para establecer condiciones y tratamiento efectivo y que el familiar es el experto en el niño, su familia, sus fortalezas, necesidades y valores. Dicha colaboración, sumada a la evaluación de las necesidades del niño, planteo de objetivos e intervención que refleje las necesidades de la familia y le sean significativos, la toma de decisiones conjuntas, un servicio que sea flexible y que se adapte a la familia, nos aproxima a lo que se entiende como un servicio centrado en la familia.

Objetivos

El objetivo de este trabajo es indagar sobre la percepción de las familias en relación al cuidado recibido en la atención por parte de los agentes de salud del área pediátrica del Hospital Subzonal Especializado en Rehabilitación "Dr. José María Jorge".

Metodología

Encuesta, utilizada de carácter anónimo y autosuministrada, proviene de la evaluación MPCO – 20.

Resultados

Para realizar el análisis de los datos se dividió encuesta en dos áreas. La primera considera las personas que trabajan con los niños (preguntas del 1 -15) y la segunda la organización que brinda los tratamientos (preguntas del 16-20). De las 20 encuestas administradas se observó que las personas manifiestan mayor conformidad en relación a los tratamientos y la atención de las personas que trabajan con los niños que en lo que respecta a la organización donde reciben los tratamientos.

Conclusión

Nos cuestionamos la alta conformidad que manifestaron las personas en relación a los cuidados ya que nuestro interés para realizar este estudio radica en que la organización del servicio y la eficacia del tratamiento no brinda en todos sus aspectos el cuidado centrado en la familia. Profundizar el estudio de la percepción del cuidado que reciben las personas de los agentes de salud del área pediátrica del Hospital nos permitirá visualizar aspectos o factores que facilitan u obstaculizan la intervención.

Introducción

La investigación social en salud ha contribuido a dilucidar que son las familias las que producen los bienes y servicios ligados al cuidado de las personas, ante todo, de los dependientes. A su vez, el trabajo de cuidado se ejerce en la esfera no doméstica, en el que operan el Estado, las empresas y organizaciones de la sociedad civil.¹

Partiendo de algunos autores que trabajan el concepto de cuidado, entre sus varias acepciones, este puede ser entendido tanto como la gestión y producción de recursos para el mantenimiento cotidiano de la vida de las personas, es decir, los bienes, servicios y las actividades que permiten a las mujeres y los varones alimentarse, educarse, estar sanas y vivir en un hábitat propicio. Como bien, la acción de hacerse cargo de otro, sostener a otro. Los cuidados se brindan y se reciben. Todas las personas son autovalentes y dependientes, ambas cosas a la vez, por más que hay períodos de la vida en que prevalece la autosuficiencia (adultez) y otros en lo que prima la dependencia (niñez y vejez).² La consideración del cuidado y de la dependencia conduce a tener en cuenta que todas las personas requieren de las familias, de la sociedad y de la comunidad para que les suministren soportes a lo largo del curso de vida (Arriagada, I., 2010, citado en Lupica, C., 2014^a).

Desde esta perspectiva es interesante destacar que el Ministerio de Salud de la Nación, adhiere a la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud (2002, 55/18), a través de la implementación de un sistema de gestión de riesgos sanitarios y seguridad de los pacientes en respuesta a desarrollar el programa de Garantía de la Calidad. Destacan alcanzar la seguridad y atención centrada en la persona, a partir de la capacitación de los profesionales y gestión de pacientes; elaborar historias clínicas únicas, presentar consentimiento informado, deberes y derechos del paciente; fomentar la participación de los pacientes y usuarios.³

Del análisis bibliográfico no se encontraron en nuestra región investigaciones sobre terapias centradas en la familia en relación a rehabilitación pediátrica, se ha encontrado la conceptualización e implementación del modelo de Maternidades seguras y centradas en la familia, como proyecto de UNICEF, ministerio de salud de la Nación y organizaciones afines. Este trabajo destaca la cultura organizacional que reconoce a los padres y a la familia, junto al equipo de salud, como protagonistas de la atención de la mujer embarazada, la madre y el recién nacido y define la seguridad de la atención como una de sus prioridades; estimula el respeto y la protección de los derechos de la mujer y del recién nacido por parte de los miembros del equipo de salud; promueve la participación y la colaboración del padre, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y el recién nacido. Si bien este trabajo describe un servicio en particular, las bases conceptuales de éste aseguran la implementación de prácticas seguras y de probada efectividad.⁴

Basando nuestro quehacer profesional en los conceptos expuestos anteriormente, entendemos que en la atención de un servicio de rehabilitación pediátrica, es indispensable el reconocimiento de los familiares de manera significativa, tomando sus necesidades individuales y sus preferencias al momento de planear la intervención terapéutica. Esta relación de colaboración entre familiar y terapeuta entiende, que el proveedor del servicio (profesional) cuenta con el conocimiento científico para establecer condiciones y tratamiento efectivo y que el fa-

¹ Lupica, Karina (2014) "Niñez, juventud y maternidad en Argentina. Interrelación de derechos y oportunidades a través del sistema de cuidados" Newsletter del observatorio de maternidad. 78:Pag 1-11. Disponible en www.o-maternidad.org.ar.

² Knox, Virginia; Menzies, Shona (2005) "Using the Measure of Processes of Care to Assess Parents' Views of a Pediatric Therapy Service" British Journal of Occupational Therapy 68(3) Pg. 110-115.

³ Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/pngcam/>. última revisión enero de 2015.

⁴ Larguía, Miguel González María Aurelia, y col. (2011). "Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF)" UNICEF. Argentina. 1era. Ed.7-141. Disponible en www.unicef.org/argentina/spanish/GUIA_MSCF.pdf

miliar es el experto en el niño, su familia, sus fortalezas, necesidades y valores. Dicha colaboración, sumada a la evaluación de las necesidades del niño, planteo de objetivos e intervención que refleje las necesidades de la familia y le sean significativos, la toma de decisiones conjuntas, un servicio que sea flexible y que se adapte a la familia⁵, nos aproxima a lo que se entiende como un servicio centrado en la familia.

Objetivos y metodología

El objetivo de este trabajo es indagar sobre la percepción de las familias en relación al cuidado recibido en la atención por parte de los agentes de salud del área pediátrica del Hospital Subzonal Especializado en Rehabilitación "Dr. José María Jorge".

Para tal fin se analizan 20 encuestas provenientes de familiares de niños/as que han recibido tratamiento en el transcurso del año 2014 en dicho hospital. La encuesta, utilizada de carácter anónimo y autosuministrada, proviene de la evaluación MPCO – 20⁶. La misma ha sido adaptada en relación al vocabulario y al contenido de las preguntas para facilitar su comprensión.

Resultados

Para realizar el análisis de los datos se dividió encuesta en dos áreas. La primera considera las personas que trabajan con los niños (preguntas del 1 -15) y la segunda la organización que brinda los tratamientos (preguntas del 16-20).

Tomando la escala de conformidad se considera que la principal falencia de los profesionales es la escasa información, principalmente por escrito, que reciben los familiares durante el tratamiento, de los 20 encuestados las respuestas promediaron una conformidad menor al 60%. Sin embargo, de las encuestas se extrae que hay una alta satisfacción en relación al proceso de tratamiento llevado a cabo con los niños, en la visión holística de la persona y en la participación del familiar en este proceso. En dichas preguntas, las respuestas promediaron una conformidad mayor al 60%, entendiendo que los profesionales cumplían casi siempre o siempre con los requisitos.

En relación a la institución que brinda los servicios se concluye que la conformidad es menor al 60% en casi la totalidad de las preguntas. Manifiestan que la red de atención, la organización, el asesoramiento y la información que se les da es escasa. Expresan como positivo que la institución cuenta con información sobre discapacidad. A partir de lo cual se entiende que durante el tratamiento la organización donde reciben los servicios nunca, casi nunca o algunas veces respondió a sus demandas.

Conclusión

Partiendo del análisis de los datos nos cuestionamos la alta conformidad que manifestaron en relación a los cuidados ya que nuestro interés para realizar este estudio radica en que la organización del servicio y la eficacia del tratamiento no brinda en todos sus aspectos el cuidado centrado en la familia. Esto nos hace pensar, por un lado, que esta diferencia entre la percepción del profesional y la del cuidador, podría deberse al atravesamiento del modelo médico – hegemónico que coloca a la persona en un lugar más pasivo y de "paciente" no un cliente involucrado en su práctica, minimizando la posibilidad de reclamar y sentirse parte involucrada del tratamiento. Como así también, podría ser producto de la mala interpretación del instrumento de indagación, por lo que podría ser beneficioso para futuros trabajos, rever este instrumento u otra metodología de encuesta como pueden ser las narrativas.

⁵ Karen Hanna and Sylvia Rodger, (2002) "Towards family-centred practice in pediatric occupational therapy: A review of the literature on parent-therapist". Australian Occupational Therapy Journal 49, 14-24

⁶ Woodside, Renbaum; King (1998) "A famil-specific use of the Measure of process of care for Service Providers (MPOC-SP)" Canchild Center. Canada. 5:72-84

De esta manera es interesante reflexionar sobre conceptos que considera Venturiello quien sostiene que es necesario fortalecer espacios donde se establezcan relaciones de mutuo conocimiento. Los profesionales son portadores del conocimiento tecno-científico que, hasta por definición, es también provisional y debe poder relacionarse con el saber cotidiano de las personas reconocida como ciudadana y portadora de derechos⁷.

Consideramos necesario desde nuestro accionar cotidiano rever las prácticas de los profesionales y administradores, brindar mayor cantidad de recursos, identificar y reducir de los errores, optimizar la efectividad en la atención y mejorar en los resultados de la atención. Como así también se debe hacer hincapié en planificar la atención según los intereses de lo que las personas, como complemento de lo que cada profesional considere necesario desde su área. Se deben tener en cuenta las características individuales y colectivas propias de las personas ingresan a la atención. Varias investigaciones indican que brindar un servicio centrado en la familia se asocia con un incremento en las habilidades de los padres y conocimiento del desarrollo de sus hijos. Este tipo de atención mejora la satisfacción hacia los servicios recibidos, disminuye el estrés y brinda bienestar a la familia, favoreciendo la evolución en el desarrollo y adquisición de habilidades del niño.⁸ Profundizar el estudio de la percepción del cuidado que reciben las personas de los agentes de salud del área pediátrica del Hospital nos permitirá visualizar aspectos o factores que facilitan u obstaculizan la intervención terapéutica para contribuir al diseño de estrategias y modalidades acordes a las necesidades.

Bibliografía

- Lupica, Karina (2014) "Niñez, juventud y maternidad en Argentina. Interrelación de derechos y oportunidades a través del sistema de cuidados "Newsleter del observatorio de maternidad. 78:Pag 1-11. Disponible en www.o-maternidad.org.ar.
- Karen Hanna and Sylvia Rodger, (2002) "Towards family-centered practice in pediatric occupational therapy: A review of the literature on parent-therapist". Australian Occupational Therapy Journal **49**, 14-24
- Knox, Virginia; Menzies, Shona (2005) "Using the Measure of Processes of Care to Assess Parents' Views of a Pediatric Therapy Service" British Journal of Occupational Therapy **68** (3)Pg. 110-115.
- Larguía, Miguel González María Aurelia, y col. (2011). "Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF)" UNICEF. Argentina. 1era. Ed. 7-141. Disponible en www.unicef.org/argentina/spanish/GUIA_MSCF.pdf.
- Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/pngcam/>. última revisión enero de 2015
- Venturiello, María Pía (2012) "Discapacidad motriz, redes sociales y familiares: percepciones sobre la vida cotidiana, el cuidado y la rehabilitación en el Área Metropolitana de Buenos Aires" (Tesis doctoral) Universidad de Ciencias Sociales. UBA. Vol 1, Pag 1-227.
- Woodside, Renbaum; King (1998) "A family-specific use of the Measure of process of care for Service Providers (MPOC-SP)" Canchild Center. Canada. **5**:72-84.

⁷ Venturiello, María Pía (2012) "Discapacidad motriz, redes sociales y familiares: percepciones sobre la vida cotidiana, el cuidado y la rehabilitación en el Área Metropolitana de Buenos Aires" (Tesis doctoral) ⁸ Universidad de Ciencias Sociales. UBA. Vol 1, Pag 1-227.

⁸ Woodside, Renbaum; King (1998) "A family-specific use of the Measure of process of care for Service Providers (MPOC-SP)" Canchild Center. Canada. **5**:72-84.

Mesa 13

Rehabilitación neurológica

El equilibrio ocupacional de personas en tratamiento de diálisis crónica

Autoras: Lobo Herrera, Julieta; López, Macarena Luz

Correo electrónico: Julietalobo.h@gmail.com

Lugar: Instituto de Ciencias de la Rehabilitación y el Movimiento.
Universidad Nacional de San Martín.

Resumen

Introducción: en Argentina, 26.572 personas con Enfermedad Renal Crónica (ERC) son tratados con Hemodiálisis (HD) o Diálisis Peritoneal (DP). El impacto en la rutina diaria de las personas con ERC y diálisis, convierte al terapeuta ocupacional en un potencial integrante del equipo tratante. **Objetivo:** conocer las diferencias entre la percepción del equilibrio ocupacional (EO) de los pacientes en HD y DP en un centro de diálisis de Buenos Aires. **Material y métodos:** el diseño fue descriptivo, mixto, observacional, transversal y prospectivo, con un muestreo probabilístico estratificado. La muestra incluyó 28 pacientes, evaluados mediante una encuesta y el Cuestionario Ocupacional modificado, 3 meses antes de iniciar tratamiento y al momento de la evaluación. Se contabilizaron los pacientes que mejoraron, empeoraron o no modificaron su percepción del EO. Estos resultados se triangularon con datos cualitativos. **Resultados:** 6 de 14 pacientes en DP mejoraron la percepción del EO y solo 3 de 14 lo hicieron en HD. Mayor cantidad de pacientes en HD presentaron una percepción "Muy Equilibrada" de su EO. Mayor cantidad de pacientes en DP refirieron satisfacción por su rutina (85,7% vs 64,3%), no desean agregar ni quitar actividades a la misma (14,28% vs 7,14%) y percibieron un impacto en la organización de su rutina diaria solo al inicio del tratamiento (28,57% vs 21,42%). Menor cantidad de personas en DP refirieron disconformidad con el tiempo dedicado a las actividades (7,14% vs

21,42%). Estas diferencias no resultaron estadísticamente significativas. **Conclusiones:** Las respuestas a las preguntas abiertas de la mayoría de los pacientes de HD, no se correspondieron con el resultado del Cuestionario Ocupacional modificado. Mientras que los resultados cuantitativos no coincidieron con investigaciones anteriores, los datos cualitativos concordaron con ellas: los pacientes en DP presentaron mayor satisfacción por su rutina. Estos resultados pueden deberse a las diferencias socio-educativas entre los grupos estudiados.

Introducción

La Enfermedad Renal Crónica (ERC) es la disminución de la función renal, o presencia de daño renal de forma persistente durante al menos 3 meses. La Diálisis Crónica (DC) es un tratamiento sustitutivo de la función renal que se realiza mediante Hemodiálisis (HD) o Diálisis Peritoneal (DP).

La HD es un procedimiento extracorpóreo que permite extraer a través de una máquina y filtro de diálisis, el exceso de agua y los productos tóxicos generados por el organismo que se han acumulado en la sangre como consecuencia de una insuficiencia renal. Por su parte, la DP es un procedimiento intracorpóreo, que utilizan el peritoneo como membrana de diálisis para extraer el exceso de agua y los productos tóxicos acumulados (1).

Por lo general, para recibir el tratamiento de HD, los pacientes concurren a un centro de diálisis 3 veces por semana durante 4 hs; mientras que los pacientes en DP, realizan el tratamiento en su hogar, ingresando y sacando líquido de diálisis en su abdomen a través de un catéter, 4 veces al día. Los pacientes que reciben este último tratamiento, necesitan cumplir

con una serie de requisitos relacionados con su nivel de independencia y ciertas condiciones de higiene y seguridad en el hogar.

El impacto que producen la HD y la DP en la organización de la rutina diaria de las personas y en su percepción del EO, convierte su rehabilitación en un área de incumbencia para la Terapia Ocupacional.

El siguiente estudio fue realizado como trabajo final integrador para la obtención del título de Licenciatura en Terapia Ocupacional en la Universidad Nacional de San Martín. El objetivo del mismo fue conocer las diferencias entre la percepción del EO en pacientes tratados con HD y DP.

El propósito de esta investigación es promover el EO de los pacientes bajo tratamiento de DC. Para ello, intenta brindar una fundamentación teórica y empírica de utilidad que colabore en la selección de un tratamiento u otro, considerando las diferencias en la percepción del equilibrio ocupacional de los pacientes en cada tratamiento. Asimismo, pretende aportar información a los médicos especialistas acerca de la incumbencia de la Terapia Ocupacional en el tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica (ERC), reflejando la importancia de la participación del terapeuta en los equipos interdisciplinarios de los centros de diálisis.

En relación a las investigaciones realizadas en el marco de otras disciplinas se encuentran trabajos que hacen referencia al concepto de calidad de vida en los pacientes con ERC, abordando este concepto desde la Hemodiálisis (HD) o la Diálisis Peritoneal (DP) (2) (3) (4).

Con respecto a las incumbencias de la Terapia Ocupacional en el tratamiento de la ERC, se encuentran antecedentes de investigaciones realizadas por terapeutas ocupacionales tanto nacionales como brasileros en las que se trabajan cuestiones relacionadas a la calidad de vida, las actividades laborales, el impacto físico, social y/o psicológico de la enfermedad y la modificación de las rutinas al iniciar el tratamiento.

A pesar de la riqueza del aporte de los trabajos hallados, hasta el momento no se ha encontrado ninguno que compare ambos tratamientos abordando la temática del EO. Es por esto que consideramos que este estudio, desde la perspectiva de la Terapia Ocupacional presenta aportes relevantes tanto para la disciplina, como también para toda la comunidad científica.

Materiales y métodos

Este trabajo presenta un diseño descriptivo, mixto, observacional, transversal y prospectivo. Para el mismo, se realizó un muestreo probabilístico estratificado en 4 Centros de diálisis de CABA y Zona Norte de la Provincia de Buenos Aires, agrupado según el tipo de tratamiento.

La muestra estuvo compuesta por 28 pacientes, 14 en HD y 14 en DP. Se incluyeron solo aquellos pacientes en tratamiento durante más de 3 meses, que tuvieran entre 25 y 65 años de edad y que hemodializaran o realizaran su control mensual en un centro de diálisis de Zona Norte. Fueron criterios de exclusión: haber realizado previamente otro tratamiento dialítico o trasplante renal, presentar trastornos en la vertiente comprensiva y/o expresiva del lenguaje y no prestar consentimiento a participar de la investigación.

Luego de firmar un consentimiento informado, los pacientes fueron evaluados mediante una encuesta y el Cuestionario Ocupacional modificado. Ambos instrumentos fueron completados por las entrevistadoras. El cuestionario fue completado en relación a la rutina que mantenían 3 meses antes de iniciar el tratamiento y al momento de la evaluación, registrando las actividades que realizaban cada una hora y tomando en cuenta un día de semana y uno de fin de semana.

En la encuesta, dieron cuenta de su opinión sobre la rutina diaria, satisfacción por la misma, deseo de agregar o quitar actividades, la conformidad con el tiempo dedicado a ellas y su percepción sobre el impacto del tratamiento en la organización de la rutina diaria. El Cues-

tionario Ocupacional modificado indagó sobre el grado de disfrute, calificación e importancia de las actividades que realizaban, a través del otorgamiento de un puntaje de 1 a 5 puntos. Se contabilizaron las horas con 4 o 5 puntos del Cuestionario Ocupacional previo y actual para ubicar a cada unidad de análisis (UA) en el valor de la escala correspondiente al EO ("muy desequilibrado", "desequilibrado", "poco equilibrado", "equilibrado" o "muy equilibrado").

Con los resultados obtenidos, se realizaron tablas de frecuencias acerca de las percepciones del EO obtenidas en cada grupo. Luego, se compararon las frecuencias de percepción (mejora, empeora o no percibe modificación) con el tipo de tratamiento. Los resultados de la percepción actual del EO se triangularon con información cualitativa recolectada mediante preguntas abiertas y analizada a través del análisis de contenido, utilizando la unidad de registro frase u oración. De esta manera, se buscó comprender resultados no esperados o generar nuevas hipótesis para indagar, enriqueciendo el análisis y las conclusiones extraídas (5). Finalmente, los cruces de variables fueron examinados estadísticamente con el test exacto de Fisher y la prueba U de Mann-Whitney.

Resultados

La muestra estuvo conformada por igual cantidad de varones y mujeres, con una edad promedio de 45 años. Con respecto a las características de los grupos de HD y DP, se encontraron notables diferencias en el nivel de estudios alcanzado: el 64,3% de los pacientes del primer grupo no completó los estudios secundarios, mientras que el 42,9% del segundo grupo finalizó estudios terciarios, universitarios y de posgrado.

En relación a la percepción del EO obtenida en el Cuestionario Ocupacional actual, el porcentaje de personas en tratamiento de HD con un resultado de la percepción "Muy Equilibrado" fue del 64,3 %, mientras que dicha percepción fue del 50% en pacientes de DP.

En cuanto a la evolución de la percepción del EO previa al tratamiento, 6 pacientes en DP mejoraron la percepción del EO, transcurridos al menos 3 meses del inicio del mismo, mientras que solo 3 personas lo hicieron en HD (Gráfico 1).

Comparando las respuestas a las preguntas abiertas correspondientes a los grupos de DP y HD, se encontró mayor cantidad de personas en tratamiento con DP que refieren satisfacción por su rutina (85,7% vs 64,3%), no desean agregar ni quitar actividades a la misma (14,28% vs 7,14%) y perciben un impacto en la organización de su rutina diaria solo al inicio del tratamiento (28,57% vs 21,42%). Asimismo, una menor cantidad de personas en DP refirieron disconformidad con el tiempo dedicado a las actividades (7,14% vs 21,42%) (Gráfico2).

En cuanto a la concordancia entre los datos cuantitativos y cualitativos, se halló que la mayoría de las respuestas a las preguntas abiertas de los pacientes en HD, no coincidieron con la percepción del EO obtenida a través del Cuestionario Ocupacional actual. Esto se vio reflejado en las personas cuyo resultado del EO actual fue "Muy Equilibrado" de las cuales, el 27% refirió no estar completamente satisfechas con su rutina diaria; la mayoría de ellas señaló tener el deseo de agregar actividades a la rutina; el 22% no estuvo conforme con el tiempo dedicado a sus actividades; y, por último, más de la mitad de los pacientes de este grupo manifestó percibir un impacto negativo del tratamiento en la organización de su rutina.

Luego de explorar estadísticamente los cruces de variables mediante el test exacto de Fisher y la prueba U Mann-Withney (no paramétrica), no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en los resultados obtenidos.

Conclusiones

Se concluye que el grupo de pacientes en HD presentó mayor cantidad de personas con percepción "Muy Equilibrada" de su EO, que el grupo de pacientes en DP. En contraste, el doble de los pacientes en DP mejoró su percepción del EO en relación con los pacientes de HD.

En el análisis de las respuestas a las preguntas abiertas, se detectó que las UA en tratamiento de DP manifestaron mayor satisfacción por su rutina, están más conformes con el tiempo dedicado a las actividades y tienen menor deseo de agregar o quitar actividades a la rutina diaria que las UA en tratamiento de HD. En la mayoría de los casos de los pacientes de HD, las respuestas no se correspondieron con el resultado obtenido en el Cuestionario Ocupacional actual. Así, se resalta que fueron los datos cualitativos los que brindaron resultados de mayor concordancia con otras investigaciones.

En su mayoría, las personas en tratamiento de HD obtuvieron una percepción del EO "Muy Equilibrada" a través del Cuestionario Ocupacional actual. Estos resultados cuantitativos no concordaron con los antecedentes hallados en donde se afirma que los pacientes en DP tienen mejor calidad de vida, se sienten más satisfechos con su estado general y el tratamiento, a su vez, tiene un impacto menor en sus vidas en comparación con el de los pacientes de HD (2) (6).

Es necesario considerar que las diferencias encontradas en los resultados de la percepción del EO, pueden deberse, en parte, a las diferencias socio-educativas entre los dos grupos estudiados. En este sentido, se encontró que los pacientes de DP presentaron un nivel de estudios más alto, que los pacientes de HD.

Por lo desarrollado anteriormente, sería interesante resaltar la definición del EO desarrollada por Kielhofner (s/f), quien plantea que "el equilibrio más que representar cierta cantidad de trabajo, juego y descanso refleja una interdependencia dinámica de estos espacios de vida y su relación a valores internos, intereses, metas y para las demandas externas del medio ambiente" (7).

En futuras investigaciones se sugiere ampliar el N muestral para aumentar la representatividad del estudio, así como agregar al instrumento de evaluación preguntas que indaguen acerca de circunstancias externas al tratamiento que puedan favorecer o perjudicar la percepción del EO (factores socio-económicos, personales, laborales, enfermedades concomitantes, etc.). Se propone también adaptar el Cuestionario Ocupacional modificado para su aplicación en esta población, por cuanto tanto la comprensión de las preguntas como la formulación de sus respuestas, podrían haberse visto influenciadas por la edad avanzada y/o el nivel de estudios alcanzado.

Por último, se destaca la necesaria participación del terapeuta ocupacional en los equipos de tratamiento y rehabilitación de las personas con ERC en diálisis.

Gráfico 1.

"Cantidad de Pacientes que mejoran, empeoran o no perciben modificaciones en su EO según el tipo de tratamiento"

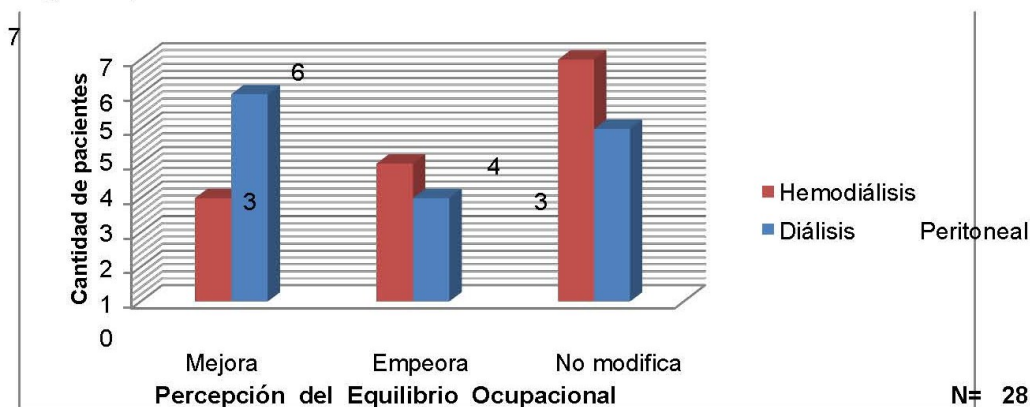
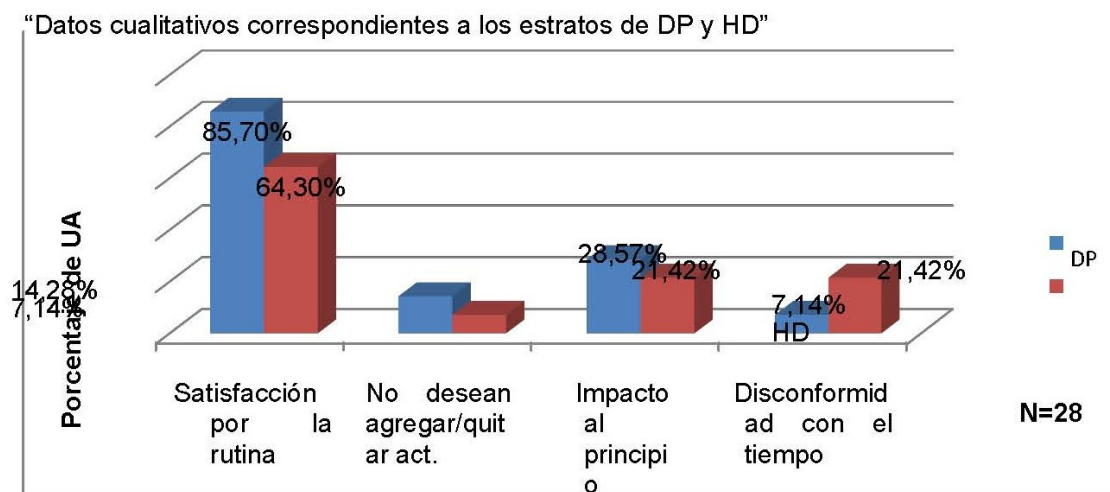


Gráfico 2.



Referencias Bibliográficas

1. Valderrábano, F. 1999. "Tratado de Hemodiálisis". Editorial Médica Jims (Barcelona). 31-37.
2. Juergensen E., Wuerth D., Finkelstein S., Juergensen P., Bekui A., Finkelstein F. 2006. Hemodialysis and Peritoneal Dialysis: Patients' Assessment of their Satisfaction with Therapy and the Impact on Their Lives. CJASN **1**: 1191-1196.
3. Araújo Sadala M., Azevedo de Souza Bruzos G., Pereira E., Bucuvic, E. 2012. La experiencia vivida por pacientes en diálisis peritoneal domiciliaria: un abordaje fenomenológico. Revista Latino-Am. Enfermagem. **20**, 1: 1-8.
4. Rodríguez Vidal M., Castro Salas M., Merino Escobar J. 2005. Calidad de Vida en Pacientes Renales Hemodializados. Revista Ciencia y Enfermería. **11**, 2: 47-55.
5. Bottinelli M. M. 2003. "Metodología de la investigación". Editorial Gráfica Kels (Buenos Aires). 77-145.
6. Universidad del País Vasco. 2011. Servicio de Información y Noticias Científicas (Sinc). "La diálisis peritoneal tiene menos impacto en la calidad de vida de los pacientes que la hemodiálisis". s/p.
7. Gómez Lillo, S. 2009. Equilibrio y organización de la rutina diaria. Rev. Chilena de Terapia Ocupacional **6**: 47 - 54.

Adaptación y evaluación del programa de entrenamiento en lectura IOBA-PEL en pacientes con déficit visual por daño cerebral adquirido

Autor: Dunand, Melisa
Correo electrónico: melidunand@gmail.com

Resumen

Objetivo: Este estudio se desarrolla como trabajo fin del máster en Rehabilitación Visual encuadrada dentro de una tesis doctoral, y tiene como objeto adaptar el Programa de Entrenamiento en Lectura IOBA- PEL, que fue diseñado y evaluado en pacientes con Degeneración Macular Asociada a la Edad por Coco-Martín et al.(1); para su aplicación en pacientes con déficit visual con Daño Cerebral Adquirido (DCA) y evaluar eficacia y repercusiones en la calidad de vida percibida.

Metodología: Se adaptó el programa de entrenamiento en lectura IOBA PEL y se implementó mediante un estudio clínico prospectivo, llevado a cabo en la Unidad de Rehabilitación Visual del Instituto de Oftalmobiología Aplicada (IOBA) de la Universidad de Valladolid, en 5 (cinco) paciente con afectación visual por daño cerebral adquirido. Durante 12 semanas y distribuido en 4 fases de entrenamiento los pacientes debieron leer en sus casas el material del programa especialmente diseñado que se fue cambiando y complejizando (tamaño de fuente, columna y tiempos de lectura) cada tres semanas. Todos los participantes concurrieron a la consulta en un total de 5 visitas y fueron evaluados en la V0, V2 y al finalizar el entrenamiento en la V4.

Resultados: Se evaluaron 5 pacientes (20% de sexo femenino y 80% de sexo masculino) con una media de edad de 56 años; cuatro de ellos diagnosticados de hemianopsia y uno de cuadrantanopsia producto de ACV y tumor cerebral. Se encontraron valores clínicamente relevantes en los test de calidad de vida y función visual. Así mismo, en la velocidad de lectura y en el número de fallos y omisiones de los textos IReST mostraron valores con tendencia positiva.

Conclusión: Los primeros datos obtenidos en este estudio no permiten concluir que la adaptación e implementación del programa de entrenamiento en lectura IOBA PEL puede mejorar el rendimiento lector y la calidad de vida percibida por los pacientes con afectación visual por DCA, por no observar valores significativos por un reducido tamaño muestral.

Introducción

El DCA es la afectación de las estructuras encefálicas en personas que, habiendo nacido sin ningún tipo de daño cerebral, sufren en un momento posterior de su vida lesiones cerebrales que llevan a una afectación del funcionamiento cognitivo, emocional, conductual y/o físico. (2)

Uno de los problema visuales más común ante el DCA es la pérdida de la mitad del campo visual (CV), entendido este como al conjunto de lo que el ojo puede abarcar con un solo golpe de vista. La parte periférica del CV se utiliza preferentemente para analizar las relaciones espaciales y favorecer los desplazamientos; limitada por la nariz y las cejas (60º arriba y 60º interno, 70º y 75º abajo, y 100º y 110º externo). (3)

Ante una lesión el individuo pierde la capacidad de percibir estímulos visuales procedentes de la parte del espacio contralateral al hemisferio donde se localice esta, "hemianopsias"

cuando es la mitad del campo visual la que se ve afectada, y debido a que afecta al mismo lado en ambos ojos se denomina "hemianopsia homónima". En consecuencia, cuando se afecta un cuadrante recibe el nombre de "cuadrantanopsias", inferior o superior en función de la región afectada. (3, 4)

Afectación visual por daño cerebral adquirido e implicaciones funcionales: El DCA es una de las primeras causas de discapacidad, de aparición súbita en una población con un modelo y desarrollo de vida normal, generando un cambio brusco en su proyecto de vida, tanto para el afectado como para su entorno, suponiendo niveles altos de dependencia.

Los movimientos visualmente guiados son más lentos, menos precisos y no bien coordinados, por lo tanto estos individuos pueden ser deshabilitado de la realización de actividades de la vida diaria (AVD). (5) En un estudio piloto sobre las limitaciones todos informaron dificultades para llevarlas a cabo, en orden de prevalencia fueron higiene personal y aseo (41%) y alimentación (13%), y varias actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), incluyendo conducir (98%), ir de compras (94%), gestión de financiera (89%), la preparación de comidas (50%) y el uso del teléfono, Por otra parte, se ha demostrado que la razón más común (60%) de la consulta de un paciente a un servicio de baja visión, cualquiera sea la afectación visual, es la lectura. (6, 7)

Afectación visual por Daño Cerebral Adquirido y sistema Lector: Este estudio se centra en la lectura al ser considerada una de las principales demandas de los pacientes, dado que la dificultad para llevar a cabo afecta a la vida profesional y cotidiana. Una persona sin deficiencia lee alrededor de 2.5 horas / día. Además hay que tener en cuenta que la mayoría de las actividades profesionales requieren de ella. (7) La velocidad de lectura para una buena comprensión puede oscilar entre 150 y 400 palabras por minuto (ppm). (8,9) Mientras que para una persona con discapacidad visual, un promedio de unas 90 ppm puede considerarse útil. Por otro lado consideran que una velocidad de 44 PM proporcionará un buen rendimiento para la lectura «ocasional»: correo, prospectos de medicamentos, tarjetas, etc. (3)

Los ojos siguen un camino de exploración típica, en función del idioma (de izquierda a derecha y de arriba a abajo para las culturas occidentales). Además se ejecutan movimientos oculares específicos, uno ligeramente oblicuo de derecha a izquierda para finalizar en el comienzo de la siguiente línea, y los movimientos sacádicos, entre salto y salto se producen unas pequeñas fijaciones y los movimientos de regresiones (8,9,10, 11, 12, 13)

En los sujetos con hemianopsia sus sacádicos son menos regulares, menos precisos y demasiado pequeños para permitir una búsqueda visual organizada; como consecuencia, los objetos o partes relevantes del CV localizados en el lado afectado son omitidos (14).

Afectación visual por Daño Cerebral Adquirido y calidad de vida: Según la OMS, la calidad de vida es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Concepto muy amplio influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno". (15)

Se han desarrollado una variedad de instrumentos específicos de la visión para evaluar el impacto de la discapacidad visual en la función y la calidad de vida, pero el National Eye Institute Visual function questionnaire (NEI-VFQ) ha sido utilizado en varios estudios con pacientes con afectación visual por daño cerebral (16, 17)

Rehabilitación Visual en pacientes con déficit visual por DCA: Existen limitados recursos en el abordaje de pacientes con afectación visual por DCA en los servicios de Rehabilitación Visual (RV) (18) De acuerdo con la literatura revisada, existen tres métodos de RV para personas con afección visual por DCA: (19, 20, 21)

- Terapia oculomotora
- Terapia de restauración del CV

- **Terapia óptica**

Varios grupos han postulado que con la reconversión y mejora de los movimientos oculares desordenados, el rendimiento de lectura mejora. (22, 23, 24, 25, 26, 27)

Ante el aumento en las cifras de afectados por DCA y los déficit visual que conlleva a un deterioro de la calidad de vida de las personas, principalmente en la lectura, se plantea este estudio con el fin de determinar la eficacia del entrenamiento en lectura con el principal objetivo de conseguir el máximo nivel de independencia en sus tareas cotidianas, con el mejor aprovechamiento de la función visual, para una lectura funcional y comprensible y el alcance de una mejor calidad de vida.

Objetivo general: Adaptar el programa de entrenamiento en lectura IOBA-PEL y evaluar su eficacia y repercusiones en la calidad de vida auto percibida de pacientes con déficit visual por daño cerebral adquirido

Objetivos específicos:

1. Adaptar el programa de entrenamiento IOBA PEL para pacientes con Daño Cerebral Adquirido
2. Seleccionar los test de medida de función visual para pacientes con alteración de campo periférico de base neurológica
3. Entrenar mediante la lectura del IOBA PEL, los movimientos oculares.
4. Evaluar la eficacia del programa de entrenamiento en lectura IOBA PEL sobre el rendimiento de lector en pacientes con déficit visual por DCA
5. Analizar si existen diferencias estadísticamente significativas en los valores referidos por el paciente en las escalas de calidad de vida y cuestionario de salud.

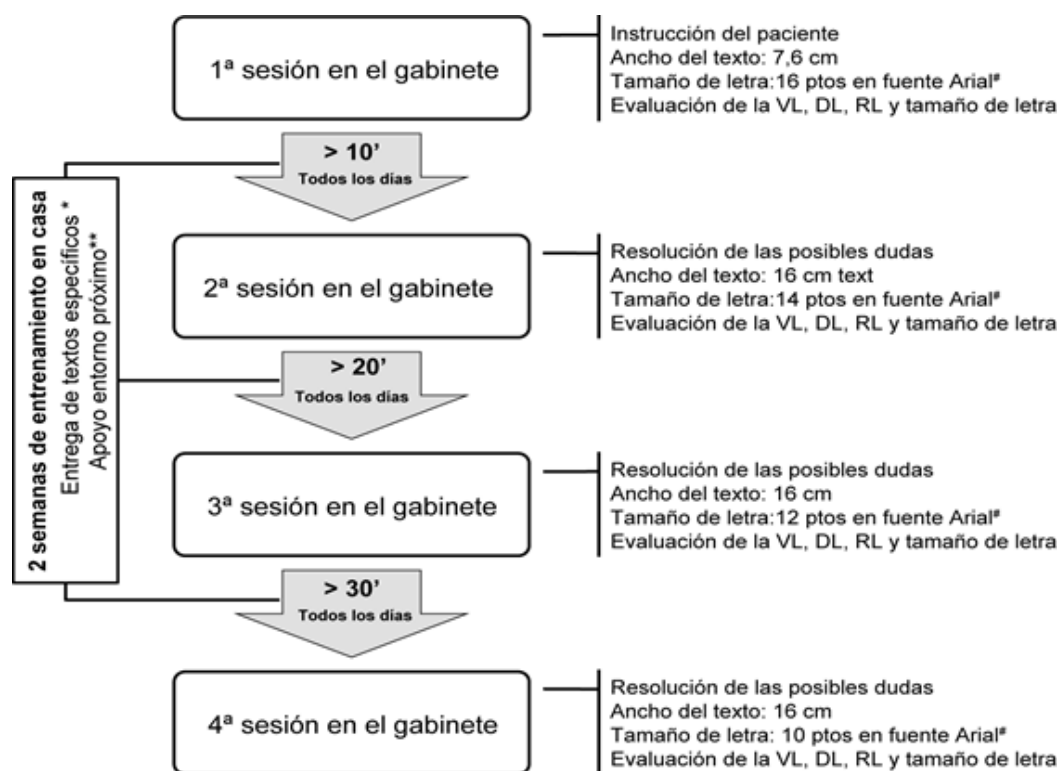
Materiales y Métodos: Estudio de cohortes clínico prospectivo

Situación geográfica: Valladolid, Castilla y León, España

Institución: Grupo de Cirugía Refractiva y Baja Visión del Instituto de Oftalmobiología Aplicada (IOBA) de la Universidad de Valladolid (UVA).

Adaptación del IOBA-PEL para pacientes con afectación visual por daño cerebral adquirido: El original entrenamiento en lectura IOBA PEL para pacientes con Degeneración Macular Asociada a la Edad (1) debió ser adaptado para su utilización con pacientes con defecto de campo visual por daño cerebral adquirido. (fig. 1)

Figura 1: Programa de entrenamiento en lectura IOBA PEL para pacientes con DMAE



* Entrega de textos específicos: Cuentos infantiles, nivel: 6 °

** Apoyo del esposo/a (y / o cuidador) en el entrenamiento en casa.

* Los tamaños de las letras fueron prescritos durante la sesión de entrenamiento en el gabinete, en función de la comodidad del paciente

VL: Velocidad lectora; DL: Distancia de lectura; RL: Resistencia lectora.

Sujetos: Se incluyeron 10 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión, 5 aceptaron continuar luego de la primera sesión y firmaron el consentimiento informado, 4 restante declinaron su participación en el estudio por la imposibilidad de cumplir el protocolo de visitas y 1 por no contar con el apoyo de la familia. (Tabla 1)

Tabla 1. Resumen datos demográficos

P	Se xo	Eda d	Edu- cación	E.C.	DCA	Afectación Visual	Res- peto Macu-	Otra Se- cuela	Tiempo Evolución	O.D.	M. D.
1	M	70	Prima- rio	Ca- sado	ACV	Hemianop- sia Izquier-	1º BI	-----	7 meses	Der	D er
2	F	67	S/E	Ca- sado	ACV	Hemianop- sia Derecha	2º BI	Hemi- plejía	7 meses	Der	D er
3	M	37	Uni- versit	Ca- sado	Tu- mor	Cuadran- tanopsia	10º BI	-----	4 meses	Izq	D er
4	M	64	Prima- rio	Sol- tero	ACV	Hemianop- sia Izquier-	1º BI	-----	16 meses	Der	D er
5	M	42	Prima- rio	Sol- tero	Tu- mor	Hemianop- sia Derecha	1º BI	Afasia	13 meses	Der	D er

P. Pacientes E.C. Estado Civil; O.D. Ojo Dominante; M.D. Mano Dominante; S/E. Sin Educación formal;

Der. Derecha; Izq. Izquierda; BI binocular

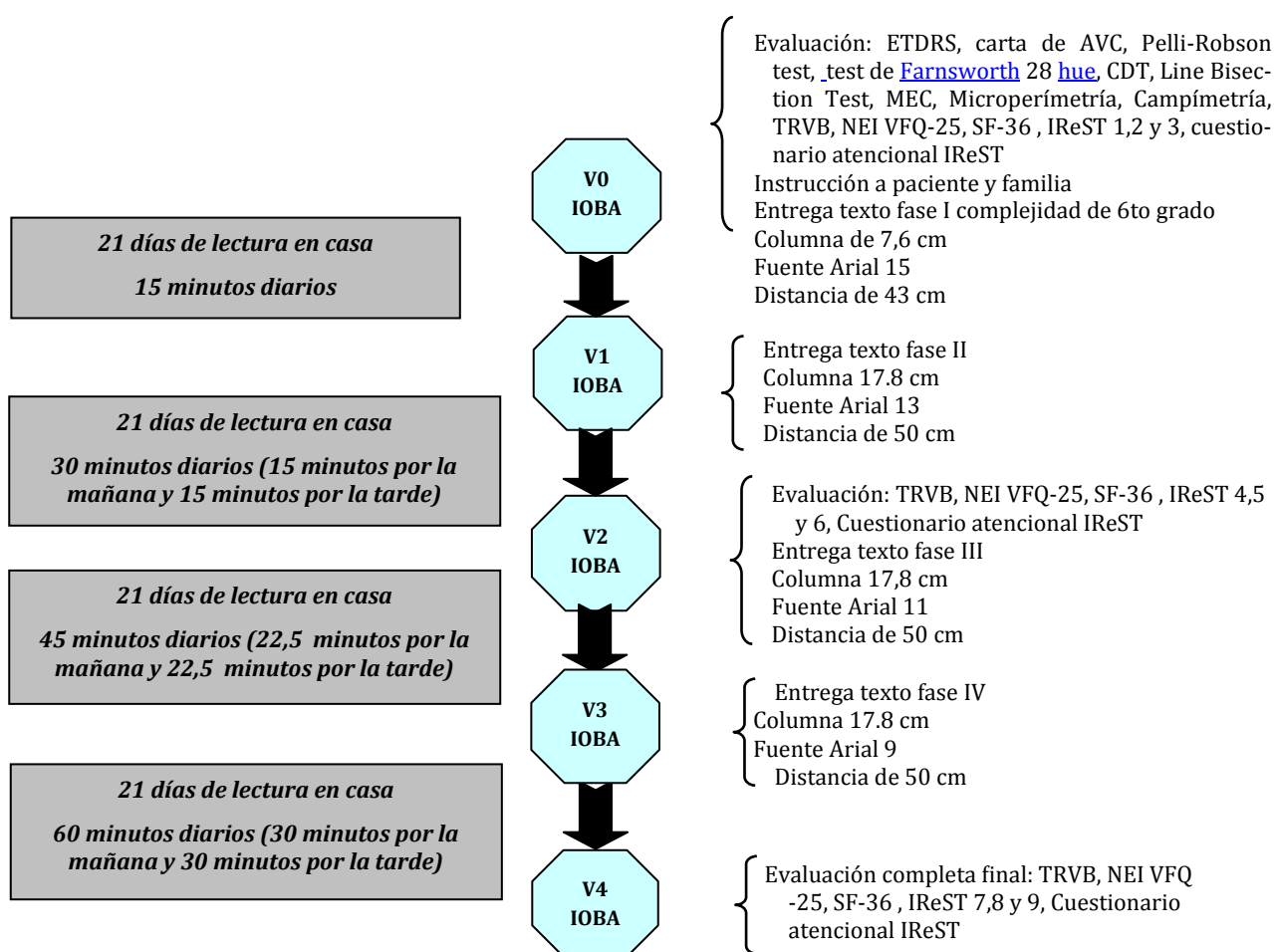
Materiales diseñados para el entrenamiento adaptado: 1 (un) cuaderno de instrucción del entrenamiento, 4 (cuatro) cuadernos con planillas anotación (cada uno correspondiente a una fase de entrenamiento), 4 (cuatro) cuadernos de cuentas (cada uno correspondiente a cada una de las cuatro fases)

Complejidad: El material de lectura se corresponde con textos de un nivel de complejidad de sexto grado.

Cronograma del estudio: Todos los candidatos se sometieron al programa de entrenamiento de lectura en sus casas durante un período total de 84 días (12 semanas), con controles cada 21 días en el IOBA. Dicho programa modificado exclusivamente para este estudio, consta de cuatro fases cuya configuración de los textos varía tanto en el tamaño de la fuente como el ancho de la columna.

El tiempo de lectura también dependerá de la fase de entrenamiento, así como la distancia, la cual es establecida previamente de acuerdo a los grados de amplitud de los movimientos oculares (sacádicos, de regresión, salto de línea) que se proponga estimular, para la fase I 5° y el resto 10°, 10° y 20° en total del movimiento horizontal respectivamente. (fig. 2)

Condiciones durante el entrenamiento: Fue imprescindible la colaboración y supervisión de un familiar o responsable como apoyo durante el entrenamiento, con ciertas funciones como cronometrar, controlar la correspondencia de la lectura, efectuar las anotaciones. Como también de contención y motivación, indispensable para la eficacia y perseverancia en el entrenamiento.



Conclusión

Fue posible la adaptación del programa de entrenamiento en lectura IOBA PEL para la aplicación en pacientes con afectación visual por DCA.

Los primeros datos obtenidos en este estudio, no permitieron concluir que la implementación de dicho programa puede mejorar el rendimiento lector y la calidad de vida percibida por estos pacientes, dado que no se observaron valores significativos consecuentes de un bajo tamaño muestral.

Se apreciaron valores clínicamente relevantes en tres aspectos: los neurolingüísticos, la función visual y la calidad de vida. En relación a los neurolingüísticos, la correlación de errores en la resolución del test de Benton se correspondió con el carácter predictor de una lesión orgánica; así mismo, la disminución de fallos cometidos y el aumento de aciertos en la resolución del mismo test, indicaron beneficios sobre la percepción visual y memoria visual. Por otro lado, en la función visual se encontraron valores clínicamente significativos en el número de fallos y omisiones de palabras durante la lectura de textos IReST. En cuanto a la visión general, de cerca y de lejos se observaron mejorías mediante el NEI-VFQ 25. Por último, la calidad de vida, en sus sub escalas de salud general, función física y salud mental reflejaron una tendencia positiva hacia el entrenamiento.

Es preciso incrementar el tamaño muestral de este estudio para la comprobación o refutación de estos resultados presentados en este trabajo

Bibliografía

- Coco-Martín, M. B, Cuadrado-Asensio R., López-Miguel A., Mayo-Isar A., Maldonado M., and Pastor J. 2013. Design and Evaluation of a Customized Reading Rehabilitation Program for Patients with Age-Related Macular Degeneration. *Ophthalmology* 120, no. 1: 151-59. doi:10.1016/j.ophtha.2012.07.035
- Fernández Gómez E., Ruiz Sancho A. y Sánchez Cabeza A. 2009. Terapia Ocupacional en Daño Cerebral Adquirido. *TOG (A Coruña)*, 6, supl. 4. Pp. 410-464.: <http://www.revistatog.com/suple/num4/cerebral.pdf>.
- ORTIZ ORTIZ, Purificación Coord. ed.; MATEY GARCÍA, M. A. Coord. tec.; BASTERRECHEA E., P.; BLOCONA SANTOS, C.; ECHEVERRÍA ARELLANO, M. J.; MATEY GARCÍA, M. 2011: "Discapacidad visual y autonomía personal: Enfoque Práctico de la Rehabilitación". ONCE (Madrid); I 84.
- Harrington D, Drake M. 1993. Los campos visuales, Barcelona: Ediciones científicas y técnicas, S.A.VI
- Nelles, Gereon, Anja Pscherer, Armin de Greiff, Horst Gerhard, Michael Forsting, Joachim Esser, and H Christoph Diener. 2010 Eye-Movement Training-Induced Changes of Visual Field Representation in Patients with Post-Stroke Hemianopia. *Journal of Neurology* 257, no. 11: 1832-40. doi:10.1007/s00415-010-5617-1.
- Warren, Mary. 2009. Pilot Study on Activities of Daily Living Limitations in Adults With Hemianopsia. *The American Journal of Occupational Therapy* 63, no. 5: 626-33. doi:10.5014/ajot.63.5.626.
- Rubin, Gary S. 2013 Measuring Reading Performance. *Vision Research* 90. Testing Vision: From Laboratory Psychophysical Tests to Clinical Evaluation: 43-51. doi:10.1016/j.visres.2013.02.015.
- CUETOS VEGA, Fernando. 2009 "Psicología de la lectura" Escuela Española (Madrid) IX 14-16.
- Carpenter, P. A., 8: Just, M. A. 1977 "Reading comprehension as eyes see it." In M. A. Just 8: P. A. Carpenter, Cognitive processes in comprehension. Hillsdale, LEA..

- Schuett, Susanne, Charles A. Heywood, Robert W. Kentridge, and Josef Zihl. 2008. The Significance of Visual Information Processing in Reading: Insights from Hemianopic Dyslexia. *Neuropsychologia* 46 (10): 2445–62.
- Trauzettel-Klosinski, Susanne. 2011. Current Methods of Visual Rehabilitation." *Deutsches Ärzteblatt International* 108 51-52: 871–78. doi:10.3238/arztebl.2011.0871.
- Díaz Álvarez S., Gómez García A., Jiménez Garófano C., M^a del Pilar Martínez Jiménez. 2004 " Bases optométricas para una. lectura eficaz".
- Rayner, Keith, Timothy J. Slattery, and Nathalie N. Belanger. 2010. Eye Movements, the Perceptual Span, and Reading Speed. *Psychonomic Bulletin & Review* 17, no. 6: 834–39. doi:10.3758/PBR.17.6.834.
- Hayes, Allison, Celia S. Chen, Gayle Clarke, and Annette Thompson. 2012. Functional Improvements Following the Use of the NVT Vision Rehabilitation Program for Patients with Hemianopia Following Stroke. *NeuroRehabilitation* 31, no.1: 19–30. doi:10.3233/NRE-2012-0771.
- World Health Organization. 2001. The International Classification Functioning, Disability and Health. Geneva: WHO
- Hinds, A., A. Sinclair, J. Park, A. Suttie, H. Paterson, and M. Macdonald. 2003. Impact of an Interdisciplinary Low Vision Service on the Quality of Life of Low Vision Patients. *British Journal of Ophthalmology* 87, no. 11: 1391–96. doi:10.1136/bjo.87.11.1391.
- Vila Lopez, J. M. Apuntes sobre Rehabilitacion Visual. Madrid . ONCE 1994 Pag.16
- Markowitz, Samuel N. 2006. Principles of Modern Low Vision Rehabilitation. *Canadian Journal of Ophthalmology / Journal Canadien d'Ophtalmologie* 41, no. 3: 289–312. doi:10.1139/I06-027.
- Bouwmeester, L., Joost H., and Cees L. 2007. The Effect of Visual Training for Patients with Visual Field Defects due to Brain Damage: A Systematic Review. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry* 78, no. 6: 555–64. doi:10.1136/jnnp.2006.103853.
- Pouget, M.-C., D. Lévy-Bencheton, M. Prost, C. Tilikete, M. Husain, and S. Jacquin-Courtois. 2012 Acquired Visual Field Defects Rehabilitation: Critical Review and Perspectives. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine* 55, no. 1: 53–74. doi:10.1016/j.rehab.2011.05.006.
- Susie Luu, Andrew W. Lee. 2010. Visual Field Defects after Stroke--a Practical Guide for GPs. *Australian Family Physician* 39, no. 7: 499–503.
- Zihl J., 2000 "Rehabilitation of Visual Disorders After Brain Injury" Front Cover. Psychology Press, Routledge (New York) II. 29-61
- Schuett, S., C. A. Heywood, R. W. Kentridge, R. Dauner, and J. Zihl. 2012. Rehabilitation of Reading and Visual Exploration in Visual Field Disorders: Transfer or Specificity? *Brain* 135, no. 3: 912–21. doi:10.1093/brain/awr356.
- Pambakian, A. L. M., and C. Kennard. 1997. Can Visual Function Be Restored in Patients with Homonymous Hemianopia?. *British Journal of Ophthalmology* 81, no. 4. 324–28. doi:10.1136/bjo.81.4.324.
- Pambakian, Alidz MRCP; Currie, Jon MBBS, PhD; Kennard, Christopher PhD, FRCP, F Med Sci. 2005. Rehabilitation Strategies for Patients With Homonymous Visual Field Defects. *Journal of Neuro-Ophthalmology*: - Volume 25 - Issue 2 - pp 136-142
- Schuett, Susanne, Charles A. Heywood, Robert W. Kentridge, and Josef Zihl. 2008. Rehabilitation of Hemianopic Dyslexia: Are Words Necessary for Re-Learning Oculomotor Control?. *Brain* 131, no. 12: 3156–68. doi:10.1093/brain/awn285.
- Ong, Yean-Hoon, Maurice M. Brown, Patrick Robinson, Gordon T. Plant, Masud Husain, and Alexander P. Leff. 2012. Read-Right: A 'Web App' That Improves Reading Speeds in Patients with Hemianopia. *Journal of Neurology* 259, no. 12: 2611–15.

Diseño de un Instrumento de Evaluación de desempeño en Actividades de la vida diaria instrumentales

Autor: Neumann Collyer, Vivian; Hernández Pérez, Karla; Jerez Pimentel, María Fernanda
Correo electrónico: vivianneumann@santotomas.cl

Resumen

Las actividades de la vida diaria instrumental (AVDI) son una parte fundamental de las áreas ocupacionales de los seres humanos. A lo largo de la historia de la terapia ocupacional, éstas siempre han sido objeto de evaluación e intervención. (1) Existen variados instrumentos para la valoración de las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales, sin embargo para estas últimas se utiliza en Chile generalmente el Índice de Lawton y Brody, instrumento creado en 1969, el cual presenta limitaciones en su aplicación al no considerar género, nivel socioeconómico, desempeño previo, actividades realizadas por terceros y entrega el mismo puntaje a los distintos niveles de ejecución, lo que a veces genera que sus resultados sean poco fidedignos.(1)(2)

Este instrumento fue analizado el año 2014, a través de la investigación "Análisis de instrumento de evaluación de desempeño de actividades de la vida diaria instrumental "Lawton y Brody" para determinar los factores que influyen en los resultados de dependencia/independencia de las personas", cuyos resultados permitieron identificar principalmente que los terapeutas ocupacionales están en desacuerdo con las características del instrumento, a pesar de que efectivamente permite determinar el nivel de dependencia de las personas.

Los resultados obtenidos en el estudio, son la base de información en la presente investigación para el diseño y validación de un instrumento que valore el desempeño en las AVDI, ajustándose a las necesidades y características actuales de las personas, incorporando los factores nivel socioeconómico, desempeño previo, y considerando la evolución en la terminología en Terapia Ocupacional, propuesta en el Marco para el Trabajo de la Terapia Ocupacional de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional, AOTA, documento que orienta el trabajo de la disciplina a nivel mundial desde el año 2008.

Los resultados de esta investigación se tendrán a finales del año 2015 por lo cual presentaremos el instrumento diseñado previo a su validación.

Introducción

El objetivo general de esta investigación es elaborar un instrumento para determinar el nivel de independencia de las personas en el desempeño de actividades de la vida diaria instrumental aplicable a la población adulta. Se pretende diseñar un instrumento que contenga las AVDI declaradas en el Marco para el trabajo de la AOTA,(3) considerando en su diseño el desempeño previo de la persona y si existen factores socioeconómicos que pudiesen afectar el desempeño de las actividades particulares.

El Índice de Lawton y Brody fue analizado el año 2014 por las mismas investigadoras, a través del estudio para determinar los factores que influyen en los resultados de dependencia/independencia de las personas, cuyos resultados permitieron identificar principalmente que los terapeutas ocupacionales están en desacuerdo con las características del instrumento, a pesar de que efectivamente permite determinar el nivel de dependencia de las personas. Los resultados obtenidos en el estudio son la base de información en la pre-

sente investigación para el diseño y validación de un instrumento que valore el desempeño en las AVDI.

Desarrollo

Marco Teórico

Las actividades que realizamos los seres humanos cotidianamente, como asearnos, vestarnos o desplazarnos de un lugar a otro, entre otras, han sido desde los orígenes de la terapia ocupacional objeto de su interés y atención constante. Si bien han estado relacionadas con otras disciplinas, ya en el año 1950 se publica la primera escala de evaluación de independencia en actividades de la vida diaria, elaborada por terapeutas ocupacionales.(1) En la actualidad, tanto las actividades de la vida diaria básicas como instrumentales, están definidas en el Marco para el Trabajo de la Terapia Ocupacional de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional, publicado en 2008, en donde se establecen las ocho áreas ocupacionales, que deben ser contempladas al momento de determinar el nivel de participación de una persona en su contexto, estas son Actividades de la Vida diaria básicas (AVDB), actividades de la vida diaria instrumental (AVDI), trabajo, estudio, juego, tiempo libre / ocio, descanso / sueño y participación social. Los Terapeutas Ocupacionales reconocen, que la salud es alcanzada y mantenida cuando las personas son capaces de comprometerse en actividades y ocupaciones que permiten la participación deseada o necesaria en el domicilio, la escuela, el centro de trabajo y la vida en la comunidad.(3)

Las AVD permiten al ser humano organizar su tiempo, ya que al ser "diarias" permiten que los individuos regulen el paso del tiempo, también están estrechamente relacionadas con la autonomía e independencia personal, la experiencia de la disciplina con personas en situación de discapacidad, coloca en primer plano este tipo de actividades a las que normalmente, si no estamos aquejados de alguna limitación en su realización, no damos mayor importancia. (1)(4)

Por lo tanto, las AVD se encuentran como uno de los aspectos de mayor relevancia para el ser humano y a la par, de la intervención del terapeuta ocupacional en muchos campos de práctica, en la medida que posibilitan el desempeño independiente y autónomo de actividades cotidianas que contribuyen al bienestar y a la libertad de acción y expresión.(5)

Las AVDI por lo general, dependen de factores culturales y sociales y pueden clasificarse en: cuidado de los otros, cuidado de mascotas, facilitar la crianza de los niños, gestión de la comunicación, movilidad en la comunidad, uso de la gestión financiera, gestión y mantenimiento de la salud, establecimiento y gestión del hogar, preparación de la comida y limpieza, mantenimiento de la seguridad y responder a la emergencia, compras. (3)

Para la evaluación de éstas existen diversos instrumentos y listas de chequeo, los cuales por lo general valoran si una persona es dependiente o independiente, en Chile se utiliza fundamentalmente el Índice de Lawton y Brody (Philadelphia Geriatric Center) publicado en 1969, el cual fue desarrollado en el Centro Geriátrico de Filadelfia, para la población adulta mayor, institucionalizada o no, con objeto de evaluar independencia física en AVDI, sus mayores limitantes son las variables que se estudian, las cuales están influidas por aspectos culturales y del entorno, por lo que es necesario adaptarlas al nivel cultural de la persona; algunas actividades requieren ser aprendidas o requieren la presencia de elementos externos para su realización.(6)(7)(8) No todas las personas requieren la misma habilidad ante el mismo grado de complejidad y la puntuación de diversos parámetros de la escala puede reflejar ciertas situaciones sociales, más que el verdadero grado de capacidad del individuo. Se considera una escala más apropiada para las mujeres (muchas de las actividades que mide la escala han sido realizadas tradicionalmente por ellas) pero también se recomienda su aplicación a los hombres, aunque todavía están pendientes de identificar aquellas actividades instrumentales realizadas por ellos según los patrones sociales. (7)

Por tanto, este instrumento ampliamente utilizado arroja resultados que se pueden ver influidos por el desempeño previo de la persona, por variables de género y socioeconómicos, ya que no se considera que algunos ítems pueden ser realizados por un tercero, así como tampoco han sido adaptados al siglo XXI, por ejemplo el uso de nuevas tecnologías en electrodomésticos, por lo tanto algunas preguntas son poco atingentes a la realidad actual. (1)(2)(8)(9)

Durante el año 2014 las investigadoras llevaron a cabo un estudio cuyo objetivo fue analizar el instrumento de evaluación de Independencia en AVDI "Lawton y Brody", determinando si los factores género, desempeño previo y nivel socioeconómico, afectan las conclusiones relacionadas con el grado de dependencia/independencia de las personas.(10)

Se realizó en dos etapas, en la primera se aplicó una encuesta de percepción sobre ILB a 22 Terapeutas Ocupacionales que trabajan en servicios de Terapia Ocupacional Públicos en la Región de Valparaíso, Chile y en la segunda se aplicó el ILB más un cuestionario complementario a 36 pacientes de tres centros de rehabilitación, éste iba enfocado a determinar el nivel socioeconómico de la persona evaluada, su desempeño previo, si consideraba que cada actividad evaluada por el ILB tiene relación con el género o si el tener mayor o menor recursos económico determinaba su posibilidad de ejecución. Paralelo a la aplicación de estos se le solicitó al terapeuta tratante diera su impresión sobre el evaluado y determinara su nivel de dependencia/independencia.

Resultados: Los resultados obtenidos sobre la percepción de los terapeutas ocupacionales, indican que el 91 % de los 22 terapeutas ocupacionales encuestados está en desacuerdo o muy en desacuerdo con las aseveraciones sobre el ILB.

En la segunda etapa, la impresión de los terapeutas ocupacionales en relación al nivel de dependencia de los usuarios demostró que no existen diferencias significativas en comparación con los resultados obtenidos con ILB.

Los resultados obtenidos con el cuestionario complementario permite identificar que existe una relación moderada entre desempeño previo y actual dependiendo de la actividad. El 88.6 % de las personas considera que el desempeñar las AVDI incluidas en ILB no depende del género y que pueden ser realizadas por hombres y mujeres. El 56.1 % considera importante el factor socioeconómico en relación al acceso que se tiene a herramientas de mayor calidad, comodidad y modernidad.

Las principales conclusiones de esta investigación es que la percepción de los TO sobre el ILB muestra que éste es un instrumento que no permite valorar aspectos socioculturales relacionados con género, desempeño previo y nivel socioeconómico. Los resultados de su aplicación permiten identificar el nivel de dependencia de los sujetos solo en las AVDI que incluye y en comparación con la impresión del equipo tratante las conclusiones son similares.

Este estudio muestra que el factor género no influye en la realización de las AVDI a diferencia del nivel socioeconómico que impacta en el acceso algunas de ellas y el desempeño previo es correlacional con el desempeño actual.

Metodología de la investigación

A partir de los resultados anteriores y de que no existe en Chile un instrumento validado y estandarizado para medir nivel de dependencia /independencia en población adulta en las AVDI, es que surge la idea de diseñar un instrumento para determinar el nivel de independencia de las personas en el desempeño de actividades de la vida diaria instrumentales. Se realizará un focus group con terapeutas ocupacionales de la región de Valparaíso de Chile para determinar el significado que le dan a éstas y cuáles son las que se considerarán dentro de esta clasificación, además de considerar las declaradas en los distintos marcos teóricos analizados, como los son el Marco para el trabajo de la AOTA, Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional, MOHO, considerando en su diseño el desempeño previo

de la persona y si los factores socioeconómicos que pudiesen afectar el desempeño de las actividades particulares, ambos destacados como importantes en la investigación pasada.

Una vez diseñado el instrumento, se realizará una validación de constructo a través del estudio de las diferentes dimensiones que contiene éste, para lo cual se utilizará un análisis factorial confirmatorio.

Posteriormente se hará un análisis de la confiabilidad del instrumento mediante el coeficiente alfa de Cronbach, el cual mide la consistencia interna del mismo.

Se realizará un análisis de correlación múltiple entre las distintas dimensiones definidas en el instrumento, para verificar la existencia de algún tipo de relación entre la variable dependiente o de respuesta (nivel de independencia) y las variables independientes (distintas dimensiones del instrumento).

A través de un análisis de regresión múltiple, se tratará de identificar aquellas dimensiones que tienen un mayor peso sobre la construcción del instrumento, utilizándose para ello el método Stepwise, el cual es un método que incorpora las variables secuencialmente y a través del poder explicativo que se logra con el instrumento, permite identificar el mayor o menor aporte de cada una de ellas a su construcción.

Nuestro universo en estudio está conformado por todas las personas adultas atendidas en los Centros Comunitarios de Rehabilitación de la Corporación Municipal Viña del Mar, estudiantes, administrativos y docentes del Sistema Educacional Santo Tomás sede Viña del Mar, que cumplan con los criterios de inclusión. (Personas entre

18 y 75 años de edad sin daño cognitivo severo) El tamaño muestral se determinará del universo de usuarios definido según los criterios de inclusión, considerando un

95% de confianza en su determinación. Se aplicará un método de muestreo aleatorio simple.

Los resultados de la presente investigación estarán disponibles a fines del año 2015, sin embargo, el instrumento diseñado ya podrá ser presentado a mediados del mismo.

Referencias bibliográficas

1. Moruro Miralles P, Romero Ayuso D, (2006) Actividades de la vida Diaria, Barcelona, Elsevier.
2. Gázquez J;Rubio R;Pérez M;Lucas F; (2008) Análisis de los factores predictores de la dependencia funcional en personas mayores. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*. Vol. 8 Issue 1, p117-126.
3. Avila Alvarez A, M. p. (2010). *Terapia -Ocupacional*. Recuperado el 20 de junio de 2013, de Marco para la práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf>
4. Burton C; Strauss E; Bunce D; Hunter M; Hultsch D;(2009) Functional Abilities in Older Adults with Mild Cognitive Impairment, *Gerontology* ;55:570–581
5. Pritchard E, et al, (2014) .Exploring the association between volition and participation in daily life activities with older adults living in the community. *Clinical Rehabilitation*2014, Vol. 28(11) 1136–1144. Recuperado el 20 de noviembre de 2014 <http://descubridor.santotomas.cl:2073/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&sid=80e7bb91-845a-4eac-a544-24a7414d40d5%40sessionmgr112&hid=125>
6. Jiménez P; López F (2012) Valoración de las actividades instrumentales de la vida diaria tras un ictus mediante la escala de Lawton y Brody, *Rev Neurol* ; 55 (6): 337-342
7. Trigás, M., Ferreira, L. & Meijide, H. (2011). Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicia Clínica*, 72(1), 11-16.

8. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: selfmonitoring and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969;9:179-86. Recuperado el 15 de abril de 2014 de www.eurohex.eu/.../Lawton_Gerontol_1969.pdf
9. Martín I, Ortiz I, (2006) Identificación de ítems para la creación de un cuestionario de valoración de actividades instrumentales de la vida diaria en personas mayores. *Atención Primaria* ,Volumen 37, Número 6, Pags. 313–318
10. Tomás C, Zunzunegui M, (2003) Dependencia evitable para las actividades de la vida diaria: una perspectiva de género. *Revista Española de Geriatria y Gerontología* Volumen 38, número 6, Pags 327–333

Participación en actividades significativas y terapias alternativas como parte del cuidado compasivo: presentación de caso

Autora: Pérez Riffo, Mariela Alejandra.

Correo Electrónico: marielaperezto@gmail.com

Institución: Hospital de Agudos Bernardino Rivadavia.

Resumen

A partir de la presente comunicación, se pretende, por un lado, compartir la implementación del uso de actividades enmarcándolas dentro de la perspectiva de las necesidades que se satisfacen a través de la participación (elección y control, autoestima, propósito, significado) y por otra parte, hacer mención a las distintas formas de involucrarse en actividades teniendo en cuenta las dimensiones de la ocupación mencionada por Wilcock. Abordar esta concepción en estos pacientes que, paulatinamente pierden funciones, capacidades donde un hacer concreto difícilmente se vuelve posible y como consecuencia, frecuentemente esta imposibilidad es fuente de frustración; permite abrir un sinnúmero de posibilidades para estar, acompañar, y proporcionar bienestar a través de la experiencia que brinda el participar, rol fundamental de la Terapia Ocupacional. Detectar lo que para los pacientes y sus familias es importante y necesario es la clave para cuidar, brindar confort, y tener la intención activa de dar respuesta a estas necesidades constituye lo que se llama un cuidado compasivo. A través de la presentación muestro los beneficios expresados por el paciente a partir de su participación en actividades tales como el reiki, uso de cuencos, uso de técnicas de relajación, confección de regalos para su nieto, entre otras, donde no siempre se caracterizaron las sesiones por obtener un determinado objeto o producto terminado, concreto, palpable. La dimensión del hacer como uno rasgo característico de nuestra práctica y frecuente pedido de interconsulta "que el paciente haga algo" trasciende a lo que implica realmente participar de algo, esto brinda diversas posibilidades en el encuentro con nuestros pacientes sobre todo con aquellos donde es predecible que cada vez "puedan menos desde el hacer".

Introducción

El objetivo de la presentación es compartir el beneficio referido por el paciente y la familia sobre las intervenciones de terapia ocupacional realizadas en relación a la participación en las actividades en el marco de un cuidado compasivo.

El sufrimiento está unido a la experiencia del individuo de alienación de otros, un sentido de "estar fuera" de la comunidad y se experimentan como inferiores a los otros. Esta clase de experiencia contribuye a la pérdida de autoestima y dignidad.(1) Las personas con enfermedades que amenazan la vida experimentan distintos niveles de sufrimiento, es por esto que uno de los objetivos se relacionan con restaurar estos vínculos y sentido de pertenencia con otros. La compasión parece ser la forma de lograr esto. Como lo plantea Schantz se relaciona tanto con la habilidad para participar en los sentimientos de sufrimiento de los otros y para desear actuar en orden de aliviar ese sufrimiento. Es el componente de la acción lo que diferencia la compasión de otros conceptos: empatía, simpatía. Sin embargo las acciones requeridas podrían no siempre estar caracterizadas por el hacer, sino más bien por el acto de la intención conciente de estar presente en los momentos de desesperanza, desesperación de los otros. La compasión es la habilidad y deseo de estar presentes.(1) Dicha ha-

bilidad es necesaria para todos los profesionales del equipo de salud. Desde Terapia Ocupacional (TO) la participación en actividades es una forma de trabajar la autoestima, dignidad, sentido de pertenencia.

Elegí esta experiencia del caso de MR porque su seguimiento me permitió re significar la práctica de TO, valorar nuestras intervenciones e incursionar en recursos adicionales de las prácticas de terapias complementarias como el uso de cuencos tibetanos, técnicas de relajación y Reiki como otra dimensión de la ocupación y formas de participación en las actividades.

Desarrollo del caso

Se trata de un paciente masculino 44 años, casado, empleado en tareas de mantenimiento. Con diagnóstico de Cáncer gástrico desde el 14/6/14. TO recibe la interconsulta por médicos de cirugía el 15/7/2014 y se realizó un seguimiento diario durante

101 sesiones hasta el 23/12 en el hospital y por whatss app hasta el 27/12 día que fallece el paciente. Contexto físico: el paciente y su esposa estaban en una habitación para 2 pacientes ocupados por ambos, permanecieron juntos toda la estadía, poseían todos los elementos de uso personal, y algunos para tiempo libre TV, DVD. En relación a elementos de soporte vital presentaba vía central, yeyunostomía al inicio del seguimiento y fluctuó con sonda vesical y O2. En relación a su entorno social su esposa actual constituía su principal soporte y fuente de cuidados, su hijastra Karen también era significativa para el paciente. Él estaba separado de su primer matrimonio con quien tenía dos hijos (19 y 20 años) con quienes no se vinculaba. También estaban sus padres, y 9 hermanos con sus esposas e hijos, pero no siempre presentes a nivel de soporte emocional y red para repartir el cuidado vivían en Gran Buenos Aires y las visitas eran esporádicas. En cuanto a su nivel de participación en actividades permanecía el 80% del tiempo en cama aunque deambulaba para ir al baño con ayuda de la esposa por los elementos de soporte vital. Semidependiente en AVD, las limitaciones se debían a dolor mal controlado, náuseas, vómitos, debilidad y fatiga progresiva. Otros síntomas presentes, en ambos, paciente y familia eran cerco del silencio, negación, dificultad para expresar sus emociones. Se produjeron progresivas pérdidas durante el seguimiento debilidad generalizada, adelgazamiento extremo, fluctuaciones en el control sintomático por fallas en el equipo tratante, angustia, enojo por el estado de salud y fallas en la comunicación.

Tanto el paciente como la esposa, en principio, eran distantes en relación a las propuestas terapéuticas de TO e impresionaba que no detectaban el aporte que podrían brindarles. Pautadamente, a partir del establecimiento del vínculo y de un cuidado compasivo cuya herramienta central fue la entrevista motivacional (2) (donde se relevaron los problemas que eran importantes para ellos) y pudiendo, posteriormente, vehiculizar la necesidad de intervención del equipo de Cuidados Paliativos(CP) en el manejo del dolor, mejoró la receptividad del paciente al servicio brindado por TO. Aumentó su confianza y se pudo apropiarse de los espacios terapéuticos demandando él y/o su esposa el tipo de actividad en la que deseaban y necesitaban involucrarse.

Las personas con enfermedades que amenazan la vida y luego en etapa final de vida experimentan significativa disrupción, desvinculación y subsecuente deprivación ocupacional a medida que sus roles y actividades son erosionadas y la muerte se hace inminente. Es función de TO asistir a las personas a participar en sus ocupaciones elegidas dentro de los límites de su enfermedad y así lograr su satisfacción y bienestar, examinando y tratando los síntomas causados por la misma. Dentro de las actividades elegidas por él, que constituyeron fuente de alivio de sus síntomas físicos, psicológicos y espirituales se encontraron la participación en lectura de libros facilitados por TO, actividades de pintura de mandalas, paisajes pre impresos, conversaciones acerca de su historia, sus miedos, confección de regalos para su futuro nieto (móvil, atrapasueños, video) técnicas de relajación, uso de cuencos tibetanos y reiki.

Cómo se introdujeron en el proceso terapéutico estas actividades ?Por qué fue beneficioso implementarlas según las expresiones del paciente y familia? Las respuestas se basan en el aporte de TO en los CP, el cual consiste en facilitar este proceso de cambio donde está caracterizado por sucesivas pérdidas en la participación de roles, actividades, funciones, y brindar la posibilidad de respuestas adaptativas a estas nuevas situaciones.(3) La forma que contamos para ello, para aliviar los síntomas identificados por los pacientes y familias tiene su raíz en facilitar la participación en las actividades priorizadas por ellos. Entendiendo participar desde una dimensión amplia y no sólo a la categorización conocida en relación a un hacer concreto como es aquella que divide a las actividades en automantenimiento, productividad, tiempo libre. La ocupación, según Hammel, postura que adhiero, debe ser entendida en términos de cualidades de experiencias que describen las personas al involucrarse.(4) Es por ello que me baso en lo propuesto por Hammel(4) en reconocer que a través de la participación en la ocupación se satisfacen necesidades intrínsecas humanas y por lo tanto se alcanza el bienestar. Esas necesidades la constituyen el sentido de elección y control, (qué quiere hacer cómo, con quién cuándo) autoestima, significado (que implica para el paciente involucrarse) y propósito (por qué y para qué). Por eso participar no siempre significa hacer un producto final terminado como el móvil para el nieto, Dimensión del hacer según Wilcock) sino a la posibilidad de disfrutar, de estar con otros, de vivenciar la experiencia de participar y estar, como en una reunión familiar, una charla, los sonidos del cuenco, recibir reiki (dimensión del ser, pertenecer, transformarse). Estas actividades aquí enumeradas encuadran más a las dimensiones de la ocupación que describe Wilcock. Él define a la ocupación como algo más que el hacer, la síntesis del ser, el transformarse y pertenecer siendo el comprometerse en una actividad/ocupación la que posibilita esto. En esas categorías es que ubico las intervenciones realizadas. El bienestar experimentado por el paciente y su familia se desprenden necesariamente de la satisfacción de las necesidades intrínsecas que le permitió esta participación. Algunas de las expresiones referidas por el paciente o su esposa luego de las intervenciones, que dan cuenta del beneficio clínico en él en tanto alivio de síntomas fueron:

"Al principio cuando venía TO pensaba que era poco importante que yo tenía un problema groso y que era una pavada (refiriéndose a la intervención de TO), luego empecé a ver cómo me relajaba, me ayudaba a distraer y a combatir los síntomas"

Esposa pide que TO vaya antes del almuerzo *"si venís, estás, o le pasás reiki , él está tranquilo, sin síntomas, y come..."*"Los cuencos me relajan automáticamente"

"Siento paz, tranquilidad" luego del reiki," "el reiki me calma los síntomas" "antes del reiki tenía dolor ahora se me fue" En algunas sesiones se dormía luego del reiki a veces pedía que no se lo despierte.

En gran cantidad de oportunidades su elección más frecuente en función del bienestar producido fue el reiki (modalidad de medicina complementaria reconocida por la OMS desde

1947)9,10,11,12,13,14. Éste constituyó una de las actividades diarias desde el 18/9, día en que surgió la posibilidad de utilizarla, el resto de actividades se combinaban con esta durante la sesión, antes o después.

Creo que lo que marcó el beneficio de estas intervenciones en este paciente fue el estar presente más allá de la actividad implementada y escuchar lo que el paciente refería en relación a qué daba alivio a sus síntomas físicos, psicosociales y espirituales. Es decir, lo que definíamos en un principio como un cuidado compasivo, cada sesión implicaba un decisión activa para según lo que necesita brindar alivio y si no se producía como sucedió en varias oportunidades simplemente estar y acompañar.

Conclusiones

Los TO tenemos muchas herramientas a nuestro alcance, dependerá de la incursión que hagamos de ellas, por supuesto algunas requieren formación adicional. Lo cierto es que nuestra profesión nos habilita, a asistir a las personas a participar en sus actividades/ ocupaciones

elegidas dentro de los límites de su enfermedad. Esta participación trasciende el hacer concreto del paciente (hacer una AVD, hacer un objeto terminado) y permite explorar y trabajar con ocupaciones/actividades de contemplación, reflexión, meditación, introspección, expresión de sentimientos, estar en compañía de seres queridos, entre otras. El objetivo final de promover la participación según estas dimensiones ocupacionales posibilita aliviar síntomas y así producir satisfacción y bienestar.cfr(5)

Es cierto que requerimos evidencia científica para argumentar la efectividad del uso de las terapias complementarias y TO. Así mismo , hoy no podemos afirmar que es efectivo para "todos" los pacientes y sus familias la implementación de cada una de las actividades elegidas, por este paciente, sólo puedo mencionar que, clínicamente para este paciente lo fue, a partir de lo que refería en relación al alivio sintomático. Es decir la herramienta de valoración fue cuantitativa valorando el grado de discomfort del síntoma y cualitativa a partir de la experiencia vivenciada por el paciente y su familia.

Probablemente, en una gran cantidad de oportunidades, no tengamos todas las herramientas para brindar alivio de la forma que pensamos tendríamos que hacerlo, es probable que no sepamos utilizar otras herramientas que serían apropiadas, no tenemos porqué saberlo todo. Sin embargo lo que sí es una responsabilidad ética al asistir a nuestros pacientes, es desarrollar destrezas en relación al cuidado compasivo es decir promover activamente el bienestar de los otros. El cuidado compasivo no es sólo lo que los cuidadores hacen, no es compasión reducida a una forma de ser con otra persona o sentir. Más bien es la forma de transformarse y pertenecer con otra persona donde ambos están mutuamente involucrados y donde el cuidador compasivamente es capaz de reconocer tanto la vulnerabilidad y dignidad propia y del otro.(6)Por otro lado para todo acompañamiento compasivo, primero, debemos ser compasivos con nosotros y reconocer nuestras necesidades, así podremos acompañar y cuidar compasivamente a otros.

Bibliografía

- Wiklund Gustin, L; Wagner, L. 2012 "The butterfly effect of caring- clinical nursing teachers´ understanding of self compassion as a source to compassionate care." Scandinavian Journal of Caring Sciences 27: 175-183
- Lizarraga, S; Ayarra, M Entrevista motivacional. 2001. Annales Sis San Navarra 24; (suple2) 43-53.
- Peiretti, A; Peuvrié, B. 1999 "Terapia Ocupacional en Cuidados paliativos". Boletín Científico Asoc Arg Medicina y Cuidados Pall. V, 12
- Hammel, K 2009. "Self care, Productivity and Leisure or dimensions of occupational experiences? Rethinking occupational categories" Revue Canadienne D´Ergotherapie 76 N°2 : 107-114
- Keesing, S; Rosenwad, L 2011."Is occupation missing from occupational therapy in palliative care?" Australian Occp Therp J 58:329-336.
- Stoffel, V 2013. "From Heartfelt Leadership to Compassionate Care" Am J Occup Ther 67, 6: 633-640.
- Cooper, J 1997 "Occupational Therapy in Oncology and Palliative Care". Singular Publishing Group, Inc.(San Diego, California) 1-283.
- Cooper, J 2006 "Occupational Therapy in Oncology and Palliative Care". John Wiley & Sons. Ltd 2nd edition. (UK) .1-262
- Díaz Rodríguez, L; Arroyo Morales, M; Cantarero Villanueva, I; Fernández Lao, C; Polley, M; Fernández de las Peñas, C 2011. "Una sesión de Reiki en enfermeras diagnosticadas con Síndrome de Burnout tiene efectos beneficiosos sobre la concentración de IgA salival y la presión arterial." Rev Latino Am Enfermagem 19, 5: 1-8
- Berger,L; Tavares, M; Berger,B. 2013 "A Canadian Experience of Integrating

Complementary Therapy in a Hospital Palliative Care Unit". J Palliat Med 16, 10:1294-1298.

Thrane, S; Cohen, S. 2014. "Effect of Reiki Therapy of Pain and Anxiety of Adults: An In-Depth a Literature Review of Randomized of Trials with Effects Size Calculations". Pain Management Nursing 15, 4: 897-908.

Richenson, N; Spross, J; Lutz,K; Peng, C. 2010. "Effects of Reiki of Anxiety, Depression, Pain and Physiological Factors in Community-Dwelling older Adults" Reserch in Gerontological Nursing. 3,3:187.199.

Bao,Y; Kong,X; Yang, L; Liu, R; Shi,Z; Li, W; Hua,B; Hou, W. 2014."Complementary and Alternative Medicine for Cancer Pain: An Overview of Systematic Review". Evidence-Based Complementaried and Medicine Alternative 2014:1-9

Banegas de Ahogado, BC; Calderón Perilla, AY; Lara Suarez, PM; Forero Archbold, A; Marín Ariza, DA; Celis Rincón, A. 2008. "Experiencias de profesionales de Enfermería en Terapias Alternativas y Complementarias Aplicadas a personas en situación de dolor" Av. Enferm XXVI, 1: 59-64.

Facilitando la función. Experiencia de un dilema ético en Terapia Ocupacional

Autora: Lic. Alves Eugenia

Correo electrónico: eugeniaalves_to@hotmail.com

Institución: I.Na.Re.P.S. (Mar del Plata, Buenos Aires) C.P.7600

Resumen

El presente trabajo pretende mostrar una experiencia del tratamiento realizado a una persona con cuadriplejia, secuela de Guillain Barré, donde uno de los objetivos se vio atravesado por un dilema ético.

Desde Terapia Ocupacional se mantiene como objetivo general y el cual guía la práctica diaria, el poder mejorar la funcionalidad en las áreas de desempeño. Mientras se trabaja con los componentes de la función, se ponen en juego, distintas estrategias para que la persona aumente su grado de autonomía en las actividades de la vida diaria, pudiendo nombrar, entre ellas, la incorporación de adaptaciones y/o ayudas técnicas.

Se consideran que existen diversos factores importantes a trabajar previo al uso de una adaptación, tales como la identificación de las capacidades remanentes, toma de conciencia de enfermedad, motivación en mejorar el desempeño personal, entre otros. Estos aspectos permitirán el uso de la adaptación y la incorporación a la rutina diaria.

En el caso a presentar, L. posee aspectos que influyen negativamente en el proceso de rehabilitación, como la desmotivación, características depresivas previo al episodio de la patología de base, exacerbado luego del mismo. La única actividad en que L. depositaba cierto grado de interés era el poder fumar, aspecto que fue tomado desde Terapia ocupacional para que sea la "puerta de entrada" a la implementación de nuevas metas personales. Se plantea la posibilidad de realizar una adaptación para poder sostener el cigarrillo y desempeñar la actividad con mayor independencia, situación que genera un dilema ético ya que desde el área médica no se consideraba oportuna dicha intervención por no ser favorable para su patología de base.

Desarrollo

L. , de 24 años, soltero. Presenta cuadriplejia como secuela de Guillan Barré el día 12 de abril de 2014.

Su red familiar se conforma por sus padres, tres hermanas y su hija de cuatro años que convive con la madre con quien se relaciona de manera conflictiva. Su ocupación antes del evento era empleado en un frigorífico, donde realizaba actividades que requieren elevado esfuerzo físico. Vivía solo. En su tiempo libre disfrutaba de salidas con su hija, y tocar la guitarra era la actividad que realizaba durante la mayor parte de su tiempo.

A pesar de tener muchos amigos, L. tenía una personalidad previa, que demostraban ciertas dificultades psíquicas. Permanecía largo periodo encerrado, a oscuras, perdiendo su propio cuidado y aspecto personal.

L. sufre de manera brusca los síntomas del Guillain Barré el día 12/4/14, dejando como secuela cuadriplejia y neuralgia generalizada. Refiere haber presentado una semana antes del episodio un cuadro de gastroenteritis. Como antecedentes previos Lucas era fumador, 20 cigarrillos diarios.

Ingresa a I.Na.Re.P.S. el día 12 de mayo, derivado de la clínica 25 de mayo, donde recibió tratamiento con Inmunoglobulina.

En la evaluación funcional al ingreso se lo observa colaborador, lucido. Refiere intenso dolor general. Se registra movilidad activa en cuello, en miembros inferiores con rangos iniciales y eliminando la gravedad. En miembros superiores se registra plejía, solo esbozos de movimientos en mano derecha pulgar e índice y mano izquierda anular y meñique. No presenta control de tronco, leve activación de abdominales ante la estimulación pero insuficiente y con elevado dolor. Movilidad pasiva limitada por dolor.

La sensibilidad se mantuvo conservada, en sus modalidades de tacto superficial y profundo.

Dependiente total en todas las actividades de la vida diaria, recibiendo asistencia total en todas las tareas por parte de su hermana y amigo quienes acompañan y el servicio de enfermería.

El tratamiento de terapia ocupacional se desarrolló con el objetivo general de mejorar la funcionalidad de Lucas y su desempeño activo en las distintas áreas y roles en que desea volver a participar. Se mostró dispuesto a recibir las terapias, pero pasivo ante ellas, sin interés en el desempeño diario y sin posibilidad de reconocer los logros adquiridos, atravesado por etapas por importante angustia.

La desmotivación fue una característica con la que el equipo se enfrentó durante todo el proceso, asistiendo a las sesiones en actitud de recibir tratamiento en vez de realizar activamente el mismo. No cumplía las indicaciones ofrecidas. Aportaba elevado valor a lo estético y a la mirada social, motivo por el cual le generaba vergüenza el uso de valvas y equipamiento, por lo que, solo los usaba en contextos familiares y muchos de ellos no los utilizó. Asistió irregularmente a la terapia psicológica, a pesar de ser explicado de la importancia de la misma en el momento.

En cuanto al contexto de L., contaba con una red social conflictiva desde lo vincular, ya que, previo al episodio de su patología de base, presentaban dificultades de interacción principalmente con su mamá y hermana menor. L. tiene una hija que convive con la madre, con quien Lucas no mantiene lazos afectivos.

Durante la internación en INAREPS, fue acompañado por su hermana de 17 años y un amigo, quienes se ocuparon del cuidado diario y de las altas transitorias. Si bien estuvieron presentes, madurativamente no fueron capaces de encuadrar la exigencia de

L. y su personalidad demandante, manteniendo hábitos y rutinas no acorde al momento de rehabilitación en que se encuentran

En relación al equipo de rehabilitación, se mencionan: el médico fisiatra, el terapeuta ocupacional, el terapeuta físico, psicóloga, psiquiatra, neurólogo, y profesionales formantes del comité de bioética de INAREPS.

Debido a la negatividad del paciente y del entorno poco favorecedor, el equipo de rehabilitación tuvo un desafío importante para llevar adelante el proceso de rehabilitación y cumplir, en la mayor medida posible, el objetivo planteado.

Debido a las limitaciones funcionales, se intentó que L. utilice diferentes adaptaciones para fomentar la independencia en las actividades diarias. La falta de aceptación de las mismas fue una característica que continuó en este objetivo.

La única actividad que generaba motivación en L. era fumar, que lo hacía, a pesar de no recibir la autorización del equipo tratante. Solicitaba a un tercero que encendiera el cigarrillo y colocara en su boca, luego con movimientos de tronco tiraba la ceniza que muchas veces caía sobre el almohadón, corriendo riesgos secundarios para su salud. Dada esta situación consultó con la médica fisiatra la posibilidad de crear una adaptación para fumar y ser esta la puerta de entrada que permitiera a L. aceptar el uso de adaptaciones. La autorización médica no fue dada ya que, según refiere, no era beneficioso para su patología de base. A pesar de esto L. continuaba fumando, situación que generó un DILEMA ETICO, de-

bido a que como terapeuta ocupacional apoyaba la posibilidad de ganar mayor independencia en una actividad que para Lucas era significativa, pero a su vez, coincidía con la médica en que no era favorable para su situación de salud actual.

Se presento el caso en el comité de ética de I.Na.Re.P.S. Donde se analizo desde los principios éticos y se ofrecieron las siguientes consideraciones: Propiciar la autonomía del paciente, quien desde su condición funcional de salud, pueda hacerse responsable de sus decisiones. Consecuentemente se podría arbitrar los medios para que tenga la oportunidad de poder elegir (principio de justicia) En cuanto al principio de beneficencia- no maleficencia, es relevante atender al riesgo potencial y real en el que el paciente queda expuesto al forzar su condición autónoma ante el malestar que le provoca la asistencia de sus pares. Es importante tener presente los riesgos que el paciente ha vivenciado mediante movimientos de tronco, haciendo que las cenizas caigan fuera de la silla, pero habiendo quemado almohadón y ropa debido a esta situación. Apremiar que se trata de un proceso reciente de toma de contacto del paciente con su situación diagnóstica, periodo de duelo que implican distintas emociones: angustia, ansiedad y enojo. A partir de esta consideración se puede redefinir una estrategia terapéutica para abordar en el momento que se considere oportuno, el tratamiento a la adicción del cigarrillo.

Se citó al equipo interdisciplinario para reflexionar sobre los aspectos mencionados y se tomó la decisión de realizar la adaptación.

Luego de haber comenzado a utilizar la ayuda técnica para fumar, L. aceptó también el uso de un mango universal para colocar los cubiertos, cepillo de dientes, entre otros. A pesar de aceptar las adaptaciones mencionadas, las utilizaba solo en contextos familiares, ya que le avergonzaba su uso.

Con el trabajo diario de rehabilitación, L. logro mejoría en los componentes de desempeño, ganando mayor movilidad y amplitud articular, llegando a utilizar prensiones funcionales, con lo que abandono el uso de la adaptación, fumando de manera independiente.

Conclusión

La experiencia del tratamiento de L, permitió identificar una situación dilemática, que muchas veces como profesionales de la salud atravesamos en nuestro quehacer. Poder contar con un comité de ética, y reflexionar en conjunto tomando decisiones desde la bioética, genero un aprendizaje y una nueva mirada hacia la intervención terapéutica.

La posibilidad de escuchar, identificar y valorizar el interés del paciente, para establecer en forma conjunta los objetivos, permite priorizar y responsabilizar humanísticamente a la persona que está atravesando la enfermedad. Es importante replantearnos desde que lugar organizamos un plan de tratamiento, y cuantas veces, escuchamos realmente a la persona, respetando sus tiempos y posibilidades.

Bibliografía

TROMBLY. Terapia Ocupacional para enfermos incapacitados físicamente. Editorial La Prensa Mexicana. 1991.

PAETH ROLPHS. Experiencias con el Concepto Bobath. Fundamentos, tratamientos y casos. Segunda edición. Editorial Panamericana. 2006.

American Occupational Therapy Association. Marco de trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional. Dominio y proceso. Segunda Edición. 2010. www.terapia-ocupacional.com

POLONIO LOPEZ. Terapia Ocupacional en discapacitados físicos. Teoría y Práctica. Editorial Panamericana. 2003.

SPACKMAN. Terapia Ocupacional. 10º Edición. Editorial Panamericana. 2005

Mesa 14

Educación

Mirada socio-histórica de la educación especial y la Terapia Ocupacional

Autores: Olga Mabel Martínez; Susana María Martín; Analía Guido; Micaela Catani

Correo electrónico: martineztrifiro@gmail.com

Institución: Instituto Universitario del Gran Rosario.

Resumen

En el marco del proyecto de investigación, "Análisis de las necesidades formativas de los profesionales de Terapia Ocupacional dentro del ámbito de la educación especial en las escuelas laborales de formación integral, en la Provincia de Santa Fe, Argentina", desde el Instituto Universitario del Gran Rosario, se compartirá algunas búsquedas y construcciones iniciales en torno al desarrollo de las visiones y teorías de la educación, en particular de las personas con discapacidad, y de la terapia ocupacional, en sus contextos socio-históricos.

Es un estudio en el que se utiliza una metodología cualitativa.

Resulta necesario recorrer los diferentes paradigmas con respecto a la discapacidad, la educación y la terapia ocupacional. Muchos y complejos son los factores que intervinieron en su conformación y modificaciones, entre ellos pueden citarse los referidos a variables políticas, económicas, culturales y sociales. Paralelamente a estos cambios se van produciendo otros que, por supuesto, no se presentan desvinculados y que tienen que ver con el avance del conocimiento en relación con el niño, el adolescente y el joven con discapacidad. El recorrido propuesto permite identificar y comprender las diferentes miradas y posicionamientos socio-históricos de la educación especial y de la terapia ocupacional en esta, para así seguir avanzando en el análisis de los fundamentos de las perspectivas explícitas e implícitas de la práctica profesional de los T.O. en las escuelas especiales laborales de formación integral de la provincia de Santa Fe. Será necesario avanzar sobre los fundamentos teóricos y las prácticas, modelos y modalidad de intervenciones que se ¿combinan, se entrelazan o se excluyen? desde los paradigmas de integración y de inclusión educativa.

Introducción

Desde un proyecto de investigación sobre las necesidades formativas de los terapeutas ocupacionales que ejercen su práctica profesional en escuelas laborales de formación integral, en la Provincia de Santa Fe, se elabora un marco referencial teórico para este objeto que se pretende investigar. La construcción de este marco y la contextualización del tema, implicó una búsqueda de antecedentes, revisión bibliográfica, documentos internacionales, nacionales y provinciales, investigaciones y experiencias referenciales de terapia ocupacional en el ámbito educativo.

Comprender los diferentes paradigmas a lo largo del tiempo con respecto a la discapacidad, la educación y la terapia ocupacional permitirá visualizar e identificar las concepciones, supuestos y principios, que han fundamentado e incidido en la formulación de políticas públicas, la vida en las escuelas, el desarrollo de la propia disciplina, la formación y práctica del terapeuta ocupacional en dicho campo.

En el curso del devenir histórico surgieron diversas concepciones pedagógicas que tuvieron preponderancia en los distintos momentos de la evolución social y educativa, que son históricamente construidas y por lo tanto evolucionan y cambian. Muchos y complejos son los factores que intervienen en estas modificaciones, entre ellos pueden citarse los referidos a variables políticas, económicas, culturales y sociales. Paralelamente a estos cambios se van

produciendo otros que, por supuesto, no se presentan desvinculados y que tienen que ver con el avance del conocimiento en relación con el niño, el adolescente y el joven con discapacidad.

Así, pueden mencionarse la pedagogía tradicional, el movimiento de la escuela nueva, el tecnicismo y más recientemente, entre otras teorías, la pedagogía crítica. Se verá que dentro del encuadre de la TO también encontramos movimientos que marcaron las distintas miradas de la disciplina.

Desarrollo

La historia de la Educación Especial y la historia de la Terapia Ocupacional fueron condicionadas por procesos políticos, sociales, económicos e ideológicos. En la primera, puede determinarse, desde la antigüedad, cinco etapas: a- Etapas de los Inicios, b- Etapa de la Institución, c- Etapa de las Escuelas Especiales, d- Etapa de las Escuelas Integradoras y e- Etapa de las Escuelas Inclusivas.

Para este trabajo, interesa focalizar a partir de la etapa de las escuelas integradoras (1) y su vinculación con el desarrollo de los paradigmas en T.O.

A fines de la década del '70 y durante la década del '80, la educación para la formación laboral, desde un enfoque tecnicista, entiende la enseñanza – aprendizaje como un solo proceso, se prioriza el resultado o producto, el objeto para su comercialización, ubicando al alumno como un hacedor, operario, un sujeto productor (2).

El enfoque mecanicista de la Terapia Ocupacional coincide en parte con esta perspectiva entendiendo que el componente biológico es el protagonista en el proceso terapéutico, dejando relegado a un segundo margen de compromiso las ocupaciones y el significado de la actividad para las personas. La recuperación de las funciones permitiría la habilitación de una persona productiva (3).

En 1993, la Ley Federal de Educación (4) refuerza las ideas de respuesta a la diversidad, en el art. N° 28, inc B, manifiesta: "brindar una formación individualizada, normalizadora e integradora, orientada al desarrollo integral de la persona y a una capacitación laboral que le permita su incorporación al mundo del trabajo y la producción". Inciden en la formación laboral, el concepto de calidad de vida, el modelo de competencias, y la necesidad de programas de transición a la vida adulta que trasciende en la sola formación para el oficio o puesto de trabajo, integrando la formación laboral en la adquisición de competencias sociales y personales.

El decreto N° 2679/93 (5) reglamenta los servicios de la modalidad especial, dejando explícito el cargo y las funciones del terapeuta ocupacional en las escuelas laborales posprimarias.

En esta década, comienza a gestarse el paradigma pedagógico-sociológico, por el cual, los niños y niñas con discapacidad son considerados con posibilidad de ser educados y capaces de ejercer derechos y deberes como las personas sin discapacidad.

Se comienza a atender los niños con discapacidad sensorial y leve, conjuntamente con los niños sin discapacidad en las escuelas "convencionales", es decir se produjo un cambio en la práctica educativa pasando de ser segregadora a ser integradora. Esto posibilitó el avance hacia los principios de normalización e integración y los valores de equidad, justicia y solidaridad sin discriminación, aceptando la diversidad. Puede mencionarse tres conceptos claves que aparece con la Escuela Integradora: normalización, maestra integradora y Necesidades Educativas Especiales (6).

El paradigma de la integración en el campo educativo también impactó en el campo de la salud. En T.O., el paradigma contemporáneo reorienta la disciplina para preservar los logros en los avances biomédicos alcanzados, pero priorizando como eje central la participación en ocupaciones y las significaciones e importancia en el compromiso activo de las personas, recuperando los valores iniciales de la profesión.

Al adherirse Argentina a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, a través de la Ley 26.378/08 (7) y plasmarla en la Ley de Educación Nacional N° 26206 (8), estas normativas favorecen un cambio de paradigma desde un modelo médico hacia un modelo curricular, desde predeterminar la normalidad de cada persona hacia posibilitarle su propio proceso de construcción de conocimientos.

Otro aspecto relevante resulta la redefinición del concepto de discapacidad como “el resultado de una compleja relación entre la condición de salud de una persona, sus factores personales y los factores externos que representan las circunstancias en las que vive esa persona” (9). Así también se destaca la enunciación del medio como responsable de aproximarse, facilitar a la persona y no solo la persona al medio, como así también es importante el respeto por las diferencias y consideración de la singularidad de cada sujeto, más allá de los diagnósticos.

La inclusión plantea una forma diferente de entender a la discapacidad, la escuela, el aprendizaje, la práctica profesional, la sociedad, la formación docente, sustituyendo la idea del déficit por otra que incluye las potencialidades y posibilidades de cada persona, así como también dispone de una gama de estrategias para cada alumno de acuerdo a sus necesidades. Es la escuela la que se adapta para responder a las necesidades de todos los alumnos, la que se abre a la comunidad y a los padres. Se amplía el campo de la Educación Especial, considerando que también pueden tener necesidades educativas especiales los niños que pertenecen a poblaciones marginadas o a minorías lingüísticas y étnicas (10).

En T.O., el paradigma emergente impulsa fundamentos y prácticas centradas en la promoción y reconocimiento de la ocupación como un derecho de la salud, la justicia ocupacional, el apartheid ocupacional, son conceptos asociados a la inclusión social y educativa, a la construcción de la cultura de la diversidad.

Conclusiones

Este recorrido permite visualizar y comprender las diferentes miradas y posicionamientos socio-históricos en la educación especial y de la terapia ocupacional en dicho ámbito, que dan sustento a teorías, modelos de intervención y la práctica profesional.

El pasaje de la educación laboral a la educación integral dispuesto desde el diseño curricular de la provincia de Santa Fe, implicaría para el TO nuevos diálogos e intervenciones, principalmente dentro del sistema educativo, destacándose la escuela media. Se perseguirá, mediante entrevistas a terapeutas ocupacionales que se desempeñan en escuelas especiales laborales de formación integral de la provincia de Santa Fe conocer cómo estos cambios han incidido y están presentes en el ejercicio profesional de los T.O. Indagar visiones paradigmáticas desde la que fundamentan su práctica los T.O, las demandas contextuales condicionantes atendiendo a normativas técnico-administrativas, legislativas- pedagógicas, y al Proyecto Educativo Institucional (PEI). Podría derimirse cuáles son las miradas y prácticas integracionistas e inclusivas que coexisten, se entrelazan o se autoexcluyen en la formación y el ejercicio profesional.

Bibliografía

- Diseño Jurisdiccional de Educación Especial.1998. “La Educación Especial en la Provincia de Santa Fe”. Santa Fe. p 7-13.
- Gilbert, R. 1986 “Las ideas actuales en Pedagogía”. Grijalbo. (México)
- Kielhofner, G. 2004. “Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional”. Editorial Panamericana. (Bs. As).
- Ley Federal De Educación N° 24.195 Sancionada: abril 14 de 1993. Promulgada: abril 29 de 1993. (Argentina).

- Decreto N° 2679/93. Reglamento de los Servicios Educativos de la Modalidad Especial. (Santa Fe).
- Diseño Jurisdiccional de Educación Especial (1998) "La Educación Especial en la Provincia de Santa Fe" p 13-21
- Ley 26.378. 2008. Convención Internacional sobre los Derechos de las personas con Discapacidad. (Argentina)
- Ley de Educación Nacional N° 26206. 2006. (Argentina)
- OMS. 2001. "Clasificación Internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud. Versión abreviada". Grafo. (España) p 27.
- Ministerio de Educación de la Provincia de Santa Fe. 2011" Diseño curricular Jurisdiccional para la educación integral de adolescentes y jóvenes con discapacidad". (Santa Fe).

Experiencia de Terapia Ocupacional en educación integral. Contándonos nuestra propia historia

Autores: Licenciada en T.O. Encina, Valeria Cristina; Licenciada en T.O. Herrera Suárez, María Luisa.

Correo electrónico: mariluisa.herrera@gmail.com

Escuela de Educación Integral (E.d.E.I.) - Ushuaia, Tierra del Fuego, Argentina

Resumen

Se narra la experiencia de conformar la coordinación técnica y el equipo de orientación en la Escuela de Educación Integral de Ushuaia. La intervención es desde la modalidad especial. Se da a conocer lo trabajado con jóvenes y adultos con discapacidad, en la organización institucional, el proceso de admisión y la orientación individual, familiar y al equipo docente. Se resumen las intervenciones desarrolladas y los desafíos próximos.

El propósito es generar intercambio para mejorar la práctica y contribuir a que se amplíen las posibilidades de ejercicio del T.O. en educación especial.

Se concluye que el trabajo interdisciplinario y la orientación permanente son el método apropiado para la educación integral de adultos con discapacidad.

Contándonos nuestra propia historia

En la provincia de Tierra del Fuego, previo a la creación de las E.d.E.I. (Escuelas de Educación Integral) existía un colectivo de adolescentes y adultos - con y sin discapacidad- que se hallaban fuera del sistema educativo formal y del ámbito laboral. Este conjunto de individuos ocupaba un espacio de vulnerabilidad social, excluidos del mundo laboral por falta de calificación o carencia de competencias adecuadas, y a la vez restringidos en su acceso a intercambios sociales. Hablamos de un colectivo que experimentaba "*condiciones discapacitantes*"¹ dado que la participación social en la vida diaria se veía afectada o limitada, más allá de las condiciones físicas o cognitivas.

Los docentes, padres y amigos se nuclean y solicitan al gobierno provincial en reiteradas oportunidades diferentes propuestas o modos de dar respuesta a esta exclusión o falta de ámbito inclusivo. Piden desde formación laboral y legislación hasta talleres productivos y terapéuticos. El Ministerio de Educación (tomando como base las normativas más recientes) crea las E.d.E.I. que buscan responder a la demanda de adolescentes y adultos sin calificación laboral (en principio con discapacidad, con y sin certificado de discapacidad) en el contexto de la educación formal integral y permanente, ateniéndose a un currículum diversificado. Se contempla a la formación laboral como eje, pretendiendo ir más allá de la educación para el trabajo, incluyendo educación para la salud y educación para la ciudadanía. Prevé espacios de capacitación donde adquirir habilidades para el vivir diario, para poder integrarse e interactuar en diversos contextos con otras personas, capitalizando la trayectoria de cada alumno, su potencial, sus deseos y lo que la comunidad puede ofrecerle.

Se concursan los cargos y se encuentran dos T.O. trabajando en forma conjunta, desde los cargos de *Coordinación Técnica*, cuya misión es "ordenar, facilitar y supervisar las relaciones interpersonales y de comunicación institucional" y *Terapista Ocupacional del Equipo de Orientación* (E.O.), con la misión establecida de "favorecer el acceso y permanencia de jóve-

¹ Kronenberg, SimóAlgado, Pollard; 2.007 "Terapia Ocupacional sin Fronteras: Aprendiendo del Espíritu de supervivientes"; Ed. Médica Panamericana (España) Sección 2 Cap. 6. Pág. 59

nes y adultos, aportando apoyos específicos para el desarrollo de sus capacidades y futura integración socio laboral”.

Desde el principio el planteo fue el de trabajar interdisciplinariamente tanto con los colegas del equipo de orientación (Trabajadora Social, Psicólogo y Psicopedagoga) como con ambas coordinaciones, técnica y pedagógica. Por la especificidad del proyecto y su completa relación con el paradigma de la ocupación y de la terapia ocupacional, las T.O. logramos una inmediata identificación positiva y apropiación de los roles. Con el transcurrir del tiempo y el quehacer cotidiano se lograndepurar los largos listados de funciones (de las cuales varias excedían lo que un T.O. puede hacer dentro del ámbito educativo). Se propone la posible intervención: qué se iba a evaluar y cómo, sobre qué se iba a asesorar y a quiénes, y también se explicita lo que no se va a realizar por pertenecer al ámbito de salud, como diagnósticos y tratamientos.

Las T.O. participamos desde la apertura de la escuela organizando todo lo concerniente a Coordinación y E.O., desde horarios, cartelera, revisión de caja curricular, folleto informativo, entrevistas, legajos, listados de materiales. Se trabajaba en reuniones de equipo y ateneos supervisados mensualmente por un equipo asesor del Ministerio de Educación. Paralelamente se llevan a cabo reuniones con equipos interdisciplinarios de otras instituciones escolares primarias y secundarias para informar sobre el proyecto y conversar sobre posibles ingresos u admisiones. Se vivió un clima de mucho compromiso y alegría por ser parte de un hecho tan importante como la puesta en marcha de la E.d.E.I.

En Octubre 2.012 tras un breve proceso de admisión se conforma el primer grupo de 9 alumnos. El trabajo se abocó a conocer a cada joven, su historia, sus expectativas, sus potencialidades, e intercambiar la información recabada con técnicos y docentes en los ateneos semanales. Se ponen en marcha talleres en los que desarrollan diversas técnicas de presentación y autoconocimiento. El armado de afiches y/o collage sobre la proyección laboral futura y los anhelos personales de cada uno fue una herramienta valiosa, que nos brindó información respecto a prioridades y deseos de cada joven (enamorarse, trabajar, viajar, tener amigos). Otra técnica grupal utilizada fue la de exploración de imágenes, objetos y herramientas, relacionados con actividades y roles de adultos, con el objeto de identificar el grado o la claridad en la proyección hacia la vida adulta. Se realizaron encuestas, escritos, y observaciones áulicas mediante las cuales se buscó evaluar sin aplicar protocolos; se logra identificar necesidad de adaptar explicaciones, secuenciar pasos, ubicar témpora y espacialmente al alumno, conflictos vinculares, etc.

A partir del año 2.013 el antes llamado proceso de admisión pasa a ser realizado solamente por el equipo de orientación y a denominarse proceso de orientación, dado que no se trata tan solo de evaluar para decidir quién ingresa o no a la E.d.E.I., sino de orientar a cada posible alumno, si se vería favorecido por la propuesta de la escuela o en qué otras instituciones (educativas o no) encontraría un mayor beneficio de acuerdo a su singularidad. Se reciben muchas demandas ajenas a la institución, como alfabetización o dispositivos similares a los de Hospital de día o Talleres protegidos. El nuevo proceso de orientación tiene como premisas fundamentales la edad (entre 16 y 30 años), el interés, el grado de autonomía, conexión armoniosa con la realidad, las necesidades y las posibilidades de inserción futura en el ámbito laboral. Dentro del mismo se cuenta con varios momentos: una entrevista con el interesado, una con sus padres o tutores; participación en una cierta cantidad de talleres grupales y finalmente entrevista conjunta en la que se hace devolución de la mejor propuesta para cada uno de los casos. Paralelamente se mantiene un trabajo de asesoría interdisciplinaria ante la demanda de alumnos y docentes.

Algo a destacar desde la perspectiva de la T.O. de la participación en los procesos de orientación, es que si bien lo convocante para los jóvenes y sus familias es el acceso a la formación integral con una perspectiva laboral, a medida que se desarrollaban entrevistas y encuentros surgían cuestiones como nunca haber viajado en colectivo, no conocer el centro de la ciudad, no haber salido a tomar algo a una confitería, no elegir ni comprar prendas de vestir, no tener amigos, desconocer si tenían “derecho” a estar de novios, casarse y tener hijos,

sentirse “marcados” por haber asistido a la escuela especial de la ciudad, etc. Esta demanda se fue trabajando tanto en el proceso mismo de orientación como a lo largo del año lectivo. Se detectaron intereses muy distintos a la panadería y gastronomía que ofrece la E.d.E.I. Se generó un proceso de orientación vocacional en el cual se los escuchó, asesoró y acompañó para hallar el lugar indicado donde capacitarse o desarrollar este interés (desde carpintería o instalaciones de gas hasta talleres artísticos y grupos de danza).

En 2.015 la matrícula total asciende a 37 jóvenes. Al proceso de orientación y al trabajo anual se agrega el inicio de pasantías que requerirá al T.O. la evaluación detallada de los alumnos y los posibles puestos de trabajo.

Surgen muchas preguntas permanentemente: Si bien el perfil del alumno está escrito, la admisión siempre fue tema complejo, delicado y de debate institucional permanente con cada cambio en el equipo directivo o docente. ¿Quiénes deberían ingresar? ¿Todos aquellos que lo soliciten? ¿Puede el E.O. decir que no a un joven o a su familia? ¿Decir que no implica discriminación? Si la misión de la E.d.E.I. es por encima de todo la inclusión ¿Se debería adaptar la propuesta a cada alumno que así lo requiera? y ¿En qué nos diferenciamos de las otras propuestas educativas de la ciudad? SI hoy se habla de seleccionar y adaptar contenidos: ¿Corresponde con una propuesta de la educación integral para adultos? ¿Se poseen los recursos humanos para garantizar ciertas admisiones?

La posible admisión de algunos jóvenes fue trabajada con anterioridad a su entrevista inicial como una derivación de caso clínico junto al equipo de salud o escolar que estaba siguiendo el caso. La propuesta del E.O. era que la demanda o preinscripción la haga el joven interesado en persona, que no haya intermediarios, posicionar al sujeto como adulto que hace una elección vocacional desde el primer momento, pero esto no era siempre posible. En relación a la permanencia, es inestable; se registran pocos abandonos pero mucho ausentismo. La mayoría de los alumnos que continúan es por la oportunidad de seguir estudiando de adultos les es satisfactoria. La E.d.E.I. les brinda otra mirada, ofrece un desafío, un poder hacer diferente, estructurante y significativo a su cotidianeidad.

Como desafíos a largo plazo nos proponemos que se incorporen otros T.O., específicamente para las pasantías laborales, y que los T.O. sean incluidos para acceder al cargo de maestro pasante y como profesor para el trayecto Educación Laboral. Sería importante también participar de la elaboración y lograr el marco legal para las pasantías de alumnos con discapacidad que cobran pensión. A mayor largo plazo aun generar otros trayectos específicos (Ej.: Técnico en jardinería), proyectos fuera de la escuela (Ej.: talleres productivos) y brindar capacitaciones.

A modo de conclusión: Si bien el rol del T.O. tiene sus limitaciones por el ámbito escolar y el proyecto mismo, lo interdisciplinar enriquece y diversifica las tareas, la modalidad de intervención se amplía, lo específicamente técnico como herramientas de evaluación del mundo laboral queda relegado. En instancias iniciales buscamos y presentamos teoría, funciones, rol, el uso de instrumentos estandarizados, como un fuerte impulso de explicar todo lo concerniente al rol del T.O. en un E.O. en discapacidad; repitiendo un mecanismo aprendido (histórico si se quiere) de justificar nuestra labor. Hoy desde vemos una realidad menos exigida desde lo teórico y más exigente desde lo humano. Se requiere compromiso con el otro, con el alumno, con su individualidad, para poder realizar intervenciones espontáneas que conlleven a su autodeterminación y empoderamiento. Si la participación social en ocupaciones significativas influye en la salud, y las personas con discapacidad constituyen un grupo vulnerable, nuestro trabajo en la escuela pertenece a las esferas de la prevención y de la rehabilitación. Y si la terapia ocupacional trata de *“la emancipación y la capacitación en las ocupaciones significativas de la vida diaria para todas las personas que sufren estados discapacitantes”* (Kit Sinclair)², de eso nos estamos ocupando.

² Kronenberg, Simó Algado, Pollard Terapia Ocupacional sin Fronteras. Kit Sinclair, Prefacio, xiv

Bibliografía

- Arteaga Botelo, N.; Vulnerabilidad y desafiliación social en la obra de Robert Castel; Revista Sociológica; año 23, número 68, México; septiembre-diciembre; 2008, p. 151-175
- Castel, Robert; La dinámica de los procesos de marginalización: de la vulnerabilidad a la exclusión en <http://www.topia.com.ar/articulos/entrevista-robert-castel>
- Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad.
- Ley de Educación de la Provincia de Tierra del Fuego N° 1018/2014
- Disponible en: <http://www.legistdf.gov.ar/lp/leyes/Provinciales/LEYP1018.pdf>
- Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología de T.D.F.
- Decreto N° 2424/2.010
 - Resolución M.E.C.C.yT. N° 1886/2.011
- Ministerio de Educación de la Nación: Educación Especial, una modalidad del Sistema Educativo en Argentina. Orientaciones 1. 2009
- Educación Integral de adolescentes y jóvenes 2005-2008 Consejo Federal de Educación. Resolución 115/2011
- Kronenberg Frank. Simó Algado, Salvador. Pollard, Nick; Terapia Ocupacional sin Fronteras: Aprendiendo del Espíritu de supervivientes; Ed. Médica Panamericana; España, 2007
- UNESCO, International Bureau of Education; Taller Regional Preparatorio sobre Educación Inclusiva; Buenos Aires, septiembre 2007

El complejo marco de la Educación Integral y las propuestas de nuestra disciplina

Autores: Céspedes, Claudia Mariel; Deu, María Juliana; Rimoldi, Cristina Andrea; Stellato, Paola Camila
Correo electrónico: claudiamcespedes@hotmail.com

Resumen

El presente trabajo tiene como propósito reflexionar acerca de la influencia del cambio de paradigma que ha atravesado a las instituciones de Educación Integral en la Modalidad de Educación Especial de la provincia de Entre Ríos en la última década, y a las prácticas e intervenciones de la Terapia Ocupacional como disciplina en estas instituciones.

La propuesta se centra en rescatar las transformaciones de estas prácticas, llevadas a cabo desde diferentes escenarios educativos - como Terapistas Ocupacionales a cargo de talleres, en equipos técnicos institucionales y de entes reguladores como el Consejo General de Educación- desde el complejo marco de la Educación Integral del que la Terapia Ocupacional no es ajena.

Dicho análisis no pretende ser aislado sino situar a la disciplina como parte de la construcción conjunta de escenarios educativos que nos invitan a interrogarnos acerca de la lógica de los problemas para la generación de estrategias diversas de abordaje que tiendan a que el sujeto pueda mejorar su calidad de vida.

Objetivos

- Relatar las transformaciones suscitadas en la Educación Integral entrerriana desde la Terapia Ocupacional como práctica situada en diferentes escenarios educativos.
- Interrogarnos acerca de la construcción y reconstrucción de nuestras prácticas educativas en este ámbito.

Introducción

Hablar de Terapia Ocupacional en Educación y fundamentalmente en Educación Especial requiere repensar las prácticas e intervenciones en el marco del cambio de paradigma que ha atravesado a las instituciones de Educación Especial, hoy Escuelas y Centros de Educación Integral y Centros Educativos y/o Terapéuticos (Resolución Nº 305/11 C.G.E) y a sus comunidades educativas.

Este cambio de mirada plantea la necesidad de transformar los formatos organizativos de estas instituciones y los Lineamientos y Diseños Curriculares de los distintos Niveles y Modalidades del Sistema Educativo Entrerriano, y requiere situar al sujeto de nuestras prácticas, es decir, al sujeto con discapacidad, como sujeto de derecho para el cual las oportunidades de inclusión en el sistema educativo debieran estar garantizadas.

La Terapia Ocupacional como práctica situada se encuentra recorriendo este cambio de paradigma, el que supone cambios de perspectivas y de enfoques, no sólo del otro como destinatario de la acción, de la práctica, sino también de aquello que consideramos una intervención educativa.

El propósito de este trabajo se centra en reflexionar acerca de la influencia de lo que hoy pensamos como *marco complejo* de la Educación Integral en el que la Terapia Ocupacional como disciplina, como quehacer y práctica, necesariamente se construye en un trabajo articulado y colaborativo de reflexión y planificación conjunta.

Transitando cambios, redefiniendo nuestras perspectivas

Partiendo de la idea de la Educación Integral como: "...estímulo de diversas potencialidades: corporales, intelectuales, físicas, éticas, estéticas que nos implica, en un proceso de acompañamiento en el descubrimiento y la construcción de capacidades, formas, y posibilidades de encuentro entre personas para ser partícipes de un proyecto colectivo y de la vida pública"¹; consideramos que este cambio de enfoque en la Educación que llamamos Integral nos lleva a plantearnos múltiples y nuevos interrogantes acerca de cómo construir y reconstruir nuestras prácticas educativas en medio de las transformaciones que están viviendo nuestras sociedades en este siglo.

Haciendo referencia a las transformaciones

Superar el discurso médico/pedagógico de las perspectivas clásicas y unilineales arraigadas en las instituciones y comprender al otro como distinto en términos de *que todos de alguna u otra manera no podemos algo*² fue el punto de partida para enriquecer las diferentes **formas de encuentro con esos otros** de la educación: alumno, estudiante, niño, joven, adulto; con sus familias y referentes, entre docentes y diferentes actores que forman parte de las comunidades educativas, entre instituciones, entre equipos de trabajo, entre agentes intra e inter-institucionales.

Estos encuentros han ampliado los tiempos de escucha, de participación, de despliegue de voces que se aúnan para la **construcción de una propuesta** que sea **significativa**, que contemple la **trayectoria educativa**³ como proceso continuo y recorrido singular, acordes a las posibilidades de cada uno y a la mirada del otro como sujeto con derecho a la educación y a nosotros como garantes de la misma.

Así, vemos que nuestras **intervenciones como Terapeutas Ocupacionales**, también están atravesadas por este cambio de miradas y perspectivas, cambio que intentamos cobrir en la práctica institucional junto a los equipos de trabajo que cotidianamente son interpelados e invitados a desnaturalizar lo repetitivo e institucionalizado y/o aquello que no coincide con las necesidades e intereses de quienes hoy son y están en las escuelas.

Este "ver nuestras intervenciones" no es algo que haya sucedido espontáneamente ni que se constituya en un recorrido acabado, sino que es un proceso que vamos transitando cotidianamente y que en la práctica va teniendo su impacto y trascendencia. En este sentido, podemos mencionar hitos que van marcando este transitar como es el caso de la reciente emisión de la Resolución N° 100/15 CGE que aprueba el "*Documento de Roles y Funciones de los Profesionales que conforman los Equipos Interdisciplinarios de la Provincia de Entre Ríos*", documento construido desde el encuentro de diferentes voces (Colegios Profesionales, Representantes Gremiales, Representantes Educativos) y sustentado en marcos normativos más amplios como la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Ley de los Derechos de las niñas, niños y adolescentes N° 26.061, la Ley de Educación Nacional N° 26.206, la Ley de Educación Provincial N° 9890, la Ley Provincial de Discapacidad N° 9891, entre otras.

Este documento, se constituye en el corolario no sólo de lo que fue el ingreso de los Terapeutas Ocupacionales a los Equipos Técnicos de las Escuelas y Centros de Educación Integral y Centros Educativos y/o Terapéuticos, iniciado en el año 2007 sino también en el complemento de la Resolución N° 5138/11 CGE que aprueba la "*Organización y Funciones de las Configuraciones de Apoyo de la Modalidad Educación Especial*", integrando en las mismas a los Terapeutas Ocupacionales, así como también del camino iniciado en la redefinición de los perfiles pro-

¹ Resolución N° 303/11 C.G.E "Lineamientos de la Educación Especial desde la perspectiva de la Educación Integral".

² ROSATO, Ana y otros (2009) "Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit". Capítulo 2. Buenos Aires. Noveduc.

³ Resolución N° 1550/13 C.G.E "Programa Integral de Trayectorias Escolares

fesionales para la cobertura de cargos en la modalidad, lo que dio origen a la Resolución N° 4748/11 CGE mediante la cual estos profesionales (T.O) pueden acceder a Cargos de Técnico Auxiliar en Centros de Estimulación Temprana, priorizando además esta titulación para los espacios de Talleres de Orientación Vocacional Ocupacional (T.O.V.O) y Talleres de Capacitación Laboral y Formación Profesional.

Estos nuevos escenarios, nos colocan frente al desafío de superar las estructuras que brindaban los Pre-Talleres y grupos de Actividades Prácticas, actualmente encuadrados en formatos de Talleres de Orientación Vocacional Ocupacional y espacios de Alfabetización en Clave de Múltiples Lenguajes, lo que implicó atravesar cambios no solo nominales sino también pensar en flexibilizaciones que requieren dejar de lado los agrupamientos ciclados, nivelados por edades y por características derivadas de la discapacidad, para plantear propuestas acordes a las posibilidades e intereses de los destinatarios. El transitar por los espacios de Educación Integral en estos momentos, es hablar de *"trayectos educativos"*, de recorridos singulares donde se coloca la mirada sobre cada niño, adolescente o joven y sobre lo que éste quiere y puede.

Es decir, que desde esta redefinición del objetivo de la Educación Integral, se pone el foco en aquello que el sujeto desea, siente y quiere para la construcción de un *"proyecto de vida posible"*, para lo cual la Terapia Ocupacional debe ampliar sus enfoques no sólo en relación a lo que el otro me dice sino a su contexto, tendiendo a que las propuestas y posibilidades educativas sean construidas en torno a un nosotros que involucre a la familia, las instituciones extra escolares, y otros actores comunitarios, para promover que los proyectos de "nuestros alumnos" se sostengan en una red que los contenga y que permita que sus logros sean significativos y perduren en el tiempo.

En este sentido, otro de los propósitos que se encara actualmente es el fortalecimiento de la formación profesional mediante Prácticas Educativas Vocacionales Ocupacionales (P.E.V.O) que contribuyan a vincular a cada joven con el dinamismo de un determinado ámbito laboral, brindando la oportunidad de enriquecer su formación integral. Esto nos invita a valorizar ámbitos de aprendizaje fuera de la institución escolar, siendo necesario dar a los jóvenes, la posibilidad de salir del aula y proyectarse a otros estamentos de la sociedad, permitiéndoles interactuar en un medio real de trabajo que aporte a su formación y capacitación.

El desarrollo de las Prácticas, el ejercicio mismo de las tareas que requiere cada puesto o ámbito de desempeño, nos interpela a re direccionar nuestra tarea: incorporar o adaptar contenidos curriculares para el desarrollo de competencias que enriquezcan la trayectoria escolar y ocupacional del alumno. *El trabajo se aprende, como también se aprende en el trabajo, como también se aprende a ser trabajadores.*

Pensamos que en este transitar por las instituciones, estamos en el camino de darle a otros "voz y voto", de escuchar sus *"yo quiero"*, *"yo no quiero"*, *"esto me gusta"*, *"esto no"*, *"yo quisiera ser..."*, *"yo sueño ser..."*; y esto no sólo como expresión de lo que quieren y desean recibir de la educación, sino desde lo que es significativo para sus realidades, para sus proyectos, para sus contextos. Asimismo, como Terapistas Ocupacionales, no podemos dejar de mencionar lo que nos marca intrínsecamente desde nuestra formación académica, ver al otro como *protagonista* de sus elecciones, acciones, de sus propios procesos educativos y formativos. Es aquí donde entra en juego el concepto de **ocupación significativa** *"aquella que permite que el sujeto se (re) conozca a él mismo y a su entorno, a través de la expresión de los intereses, valores, destrezas y habilidades"*⁴ En este sentido, podemos pensar que "ir a la escuela" puede ser una ocupación significativa para ese otro en tanto nuestra práctica garantice que así lo sea.

⁴ Resolución N° 100/15 C.G.E "Documento de Roles y Funciones de los Profesionales que conforman los Equipos Interdisciplinarios de la Provincia de Entre Ríos"

Reflexiones finales

Desde los cambios que estamos vivenciando en estos años de trabajo en los escenarios educativos, como Terapistas Ocupacionales proponemos la revisión de prácticas que se orienten a facilitarle a ese otro de la educación (niño, adolescente, joven, adulto) los medios para una participación activa en su entorno, en función de su autonomía, entendiendo esta última como la *"capacidad del sujeto de auto determinarse, de optar y ser respetado en sus decisiones, de conducirse mediante su propia representación"*⁵.

Concebimos que en la búsqueda de promover metas educativas, nuestro aporte contribuye al desarrollo integral del sujeto de aprendizaje en beneficio del cual debiéramos hacer una deconstrucción y cuestionar procesos, intervenciones, estrategias, para poder identificar qué cuidados, apoyos, facilitaciones y articulaciones debemos y podemos ofrecer y hacer, esto es lo que intentamos dejar planteado a través de nuestras prácticas en los escenarios educativos que transitamos en los cuales, continuamos interrogándonos acerca de: ¿Qué significa educar en medio de las transformaciones que están viviendo nuestras sociedades en este siglo XXI? ¿Qué aportes y posibilidades vinculan nuestras prácticas con los nuevos escenarios educativos? ¿Cómo interpelaríamos nuestra formación profesional en estos nuevos escenarios que nos posicionan como "educadores"? ¿Qué significa pensarnos como educadores en cada etapa de la vida? ¿Qué herramientas ponemos en juego para que las propuestas educativas recuperen al "otro" como constructor de su proyecto de vida?

Bibliografía

- AGUDELO Mejía, Santiago *"Doce temas de Formación"* (1993) Montevideo Cinterfor/OIT.
- FILHO, Marília Lobo y Otros *"Métodos y Técnicas para la Formación Profesional"* (1989) Montevideo, Cinterfor/OIT.
- ROSATO, Ana y Otros (2009). *"Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit"*. Capítulo 2 Buenos Aires. Editorial Noveduc
- Ley de Educación Nacional N° 26.206
- Ley de Educación Provincial N° 9.890
- Lineamientos Educación Especial desde la Perspectiva de la Educación Integral. Consejo General de Educación Provincia de Entre Ríos. Resolución 0303/2011
- Orientaciones Curriculares para la Modalidad de Educación Especial. Consejo General de Educación Provincia de Entre Ríos. Resolución 0304/11
- Escuelas y Centros dependientes de la Dirección de Educación Especial y de la Dirección de Educación de Gestión Privada de la Provincia de Entre Ríos. Resolución 0305/11
- Organización Institucional y funcionamientos de los Centros Educativos Integrales y Terapéuticos. Consejo General de Educación Provincia de Entre Ríos. Resolución 3075/11
- Organización Curricular de los Cursos de Capacitación Laboral y de Formación Profesional para las Escuelas de Educación Integral. Consejo General de Educación. Resolución N° 3742/11.
- Sistema de Prácticas Educativas Vocacionales Ocupacionales para alumnos de la Modalidad Educación Especial. Consejo General de Educación. Resolución N° 3743/11.
- Programa Integral de Trayectorias Escolares. Consejo General de Educación. Resolución N° 1550/13
- Documento de Roles y Funciones de los Profesionales que conforman los Equipos Interdisciplinarios de la Provincia de Entre Ríos. Consejo General de Educación. Resolución N° 100/15.

⁵ Ibídem

Perfiles funcionales en escolares de escuelas comunes. Aportes a la promoción de la participación en ocupaciones escolares

Autores: Boggio, Carla; Marengo, Ana Carolina.
Correo Electrónico: crboggio@yahoo.com.ar

Introducción

La educación en la diversidad e inclusiva supone a los profesionales que intervenimos en el área de educación desafíos crecientes. La tradicional modalidad de trabajo de los equipos técnicos centrada en los diagnósticos funcionales y en la derivación a servicios terapéuticos externos de aquellos niños que presentan dificultades para aprender es desplazada por formas de intervención centradas en la prevención primaria que propician el desarrollo funcional personalizado, la promoción de la competencia para el desempeño en ocupaciones escolares y la prevención de las dificultades para dicha participación.

Material y métodos

Cada principio de año, todos los niños ingresantes a primer grado son evaluados por personal técnico. Se examina el estado funcional neurocognitivo responsable del aprendizaje. A partir de los datos de cada evaluación se confecciona un perfil funcional que se contrasta con los datos recogidos por la docente durante los primeros 15 días de trabajo. Según el perfil de cada niño y los factores de vulnerabilidad funcional que estén presentes se diseñan estrategias y recursos que apoyen el desarrollo funcional, promuevan el desempeño escolar y prevengan las restricciones de participación.

Objetivos:

- 1) Promoción del desarrollo de las funciones que posibilitan el aprendizaje y del desempeño escolar.
- 2) Prevención de dificultades en el desarrollo de las funciones que intervienen en el aprendizaje y del desempeño escolar.
- 3) Detección temprana de las desviaciones del desarrollo y las dificultades para el desempeño escolar.

Resultados

Se estimula el desarrollo de funciones neurocognitivas en todos los niños y se diseñan estrategias para estimular funciones puntuales en los niños con vulnerabilidad funcional.

Conclusiones

Los ajustes realizados a la medida de las necesidades de cada niño apoyan la continuidad de la participación en las ocupaciones escolares.

El Colegio San José de Esperanza es una institución que brinda servicios educativos desde hace 125 años. Pertenece a la Congregación del Verbo Divino y es una institución de carisma misionero.

Puntualmente la experiencia que se comparte es desarrollada por el Servicio de Orientación Educativa (en adelante SOE) de dicho colegio, del cual la terapia ocupacional es una de las especialidades profesionales integrantes. Al igual que los restantes miembros del SOE, la T.O. asume funciones de orientación educativa.

En términos de Rodríguez Espinar (1), la orientación escolar es una disciplina científica que abarca el conjunto de conocimientos que permiten la aplicación en el ámbito educativo de una serie de principios teóricos que facilitan el diseño, ejecución y evaluación de programas dirigidos a la producción de cambios necesarios para el alumno y en su contexto a fin de que logre su plena autonomía y realización, tanto en la dimensión personal, como social y educativa.

La institución ha hecho una opción preferencial por el trabajo de atención en y a la diversidad y por la inclusión escolar hace ya 28 años; razón por la cual los grupos escolares se caracterizan por ser altamente heterogéneos, fundamentalmente en sus aspectos funcionales.

Para dar respuesta a la compleja heterogeneidad escolar que posee, la institución ha optado por formarse en el marco de las neurociencias y el modelo ecológico; y por supervisar sus prácticas con especialistas del campo de la neuroeducación y el neuroaprendizaje. Esta elección teórica y metodológica permite orientar la acción educativa en función de las necesidades singulares de cada niño.

Dentro de las escuelas las ocupaciones centrales son las escolares o de educación y éstas incluyen, según el Marco de Trabajo de T.O., aquellas actividades necesarias para el aprendizaje y la participación en el ambiente escolar (2).

El trabajo que se comparte se desarrolla en el primer grado del nivel primario. Dicho año escolar configura un gran desafío para la comunidad educativa (educadores, educandos y familias). Los alumnos (de entre 5 y 6 años) transitan un nuevo nivel escolar (primario) con algunas características similares a las del nivel anterior (inicial) y con muchas características propias que implican la puesta en juego de múltiples recursos funcionales y adaptativos. En términos de Jean Ayres, el primer grado se presenta como un escenario en el que el niño despliega sus habilidades adquiridas e interactúa no sólo con objetos, sino también con un cúmulo de personas que le demandan el desempeño de variados roles, como el rol de estudiante. Asumir este rol implica un doble desafío; por un lado el niño adquiere un conjunto de comportamientos esperados por la sociedad y moldeados por la cultura. Y por el otro, se enfrenta a tres procesos altamente complejos de aprendizaje, que desde siempre, los educadores han llamado "destrezas básicas": lectura, aritmética y escritura (3).

El aprendizaje de estas destrezas básicas escolares (lectura, aritmética y escritura) es posible gracias al desarrollo y la diferenciación de funciones altamente complejas neurocognitivas que subyacen, posibilitándolo. Estas funciones se modifican a través del desarrollo evolutivo que ocurre en la infancia. Tanto Piaget como Vygotski reconocieron y precisaron una intrincada e indisoluble relación de interdependencia entre desarrollo y aprendizaje y aún cuando sus teorías presentan diferencias, existen entre ellas tres puntos de convergencia de valor central para esta experiencia: la concepción del conocimiento como construcción que resulta de la actividad del niño; la importancia de la interacción social (docente-alumno; alumno-alumno) que media dicha construcción y las herramientas que lo hacen posible (recursos pedagógicos y didácticos)(4).

Por razones históricas, los caminos de la neurobiología y de la educación tuvieron pocas ocasiones de encontrarse hasta el momento. Cuando lo hicieron se entrecruzaron en el campo de la patología y no tanto en el del desarrollo típico. Kurt Fisher, quien se ha distinguido como uno de los pioneros del estudio del desarrollo del cerebro y las habilidades mentales desde el punto de vista educativo, afirma que el cerebro crece con la experiencia y madura con el ejercicio siguiendo algunas pautas precisas y controlables. No se trata de reducir lo mental a lo neuronal, pero sí de "comprender mejor cómo comprendemos" con el cerebro que cada uno tiene y que de cierta manera va "esculpiendo" mediante su historia personal. La

neuroeducación es una oportunidad de ahondar en la intimidad de cada persona, y del estilo particular y personal que cada uno tiene al aprender (5).

El presente trabajo desafía las tendencias más tradicionalistas de los SOE orientadas a la prevención secundaria (diagnósticos de alumnos cuando ya hay fracaso escolar) y se posiciona en una perspectiva de prevención primaria: promoción del desarrollo funcional y prevención del fracaso escolar.

Material y métodos

Dada la importancia que el desarrollo de determinadas funciones tiene para el aprendizaje de las habilidades escolares básicas (lectura, escritura y cálculo), el SOE implementa un trabajo a principio de año con todos los niños ingresantes a primer grado (90 alumnos en promedio), agrupados en 6 grupos de 15 alumnos cada uno.

La propuesta consiste en examinar el estado de las funciones que se van a tener que poner en juego para aprender a leer, escribir y hacer cálculos, tales como: toma del lápiz, coordinación para hacer trazos con lápiz, integración visomotriz para reproducir imágenes gráficas, organización del herramientas y materiales sobre la mesa de trabajo, atención, clasificación de información gráfica, secuenciación temporal, ordenamiento por tamaños, análisis/síntesis visual, identificación de sonidos similares, identificación de longitudes de sonidos, comprensión de cuentos, recuerdo de información, capacidad para interactuar, solucionar problemas y relacionarse con pares.

Cada grupo de 15 niños trabaja una mañana con el personal del SOE, en un aula, realizando actividades contenidas en un cuadernillo de trabajo (preparado para tal fin) que permiten ponderar el estado de las funciones mencionadas en el párrafo anterior. Incluyendo pruebas rápidas estandarizadas como el VMI (6), pruebas formales extraídas de baterías más extensas y complejas como la prueba de atención del Test WIPSI y actividades diseñadas para los propósitos de valoración funcional, supervisadas por neuroeducadores externos a la institución.

Durante la mañana de trabajo se registran datos objetivos de la funcionalidad de cada niño y cualitativos de su desempeño (necesidad de repetición de consignas, de refuerzo positivo, de afirmación con la vista, de aumentar la estabilidad de tronco, etc.).

Tras la realización de este cuadernillo de actividades valorativas y con la información provista en el mismo, el personal del SOE construye un perfil funcional de cada niño, describiendo las funciones que el niño tiene desarrolladas y puntualizando aquellas en las cuales es necesario tender acciones para favorecer su desarrollo porque pudieran operar como factores de vulnerabilidad para el desempeño escolar. Cada perfil funcional construido es cruzado con la información que recogió el docente durante las primeras tres semanas de clases.

Resultados

Función valorada	Total Nenas: 42	Total Nenes:41
	Dom. derecha: 40	Dom. derecha: 36
	Dom. Izquierda: 2	Dom. Izquierda: 5

	Apoya la acción	Vulnera la acción	Apoya la acción	Vulnera la acción
1) Estabilidad postural en tronco	40	2	37	4
2) Prensión del lápiz	36	6	32	9
3) Integración Visomotriz	25	17	28	13
4) Atención	27	15	20	21
5) Categorización de información gráfica	30	12	28	13
6) Secuenciación temporal	37	5	27	14
7) Análisis/síntesis visual	35	7	37	4
8) Organización espacial	36	6	32	9
9) Seriación	38	4	37	4
10) Conciencia fonológica Reconocimiento de sonidos: Reconocimientos de longitudes				
	24	18	24	17
11) Lenguaje comprensivo	37	5	35	6
12) Lenguaje expresivo	38	4	34	7
13) Ritmo de trabajo	37	5	39	2
14) Autonomía	40	2	40	1

Intervención

Los datos del proceso valorativo se usan para la construcción de las siguientes estrategias grupales e individuales:

- Estrategias de estimulación funcional neurocognitiva para **todos** los alumnos: Todos los niños realizan actividades de estimulación del desarrollo funcional neurocognitivo contenidas en un cuadernillo diseñado por el SOE, coherente con el plan curricular del primer grado, las expectativas de desarrollo de la edad y los intereses lúdicos. Este cuadernillo es usado tanto dentro del aula con la maestra a cargo, como en casa, con actividades asignadas de tarea.

- Estrategias de apoyo al desarrollo de las funciones puntuales que sean necesarias estimular en aquellos **niños que presenten indicadores de vulnerabilidad**: Se analizan los factores de vulnerabilidad en cada niño que los exhibe. En virtud de la naturaleza de dicha vulnerabilidad (menos habilidades sensoriomotrices y perceptivas; menos habilidades de procesamiento; menos habilidades de lenguaje; etc.) se emplean bolsas lúdicas de estimulación funcional focalizada. Estas bolsas son entregadas con una frecuencia de tres veces por

semana a cada niño con vulnerabilidad funcional, para que juegue en el hogar y active el desarrollo de habilidades puntuales.

- Estrategias de **ajuste ambiental**: Incluyen una gama de modificaciones que se realizan en el ambiente áulico y en los elementos usados para las actividades escolares. Incluyen la organización del mapa áulico junto con el docente, ubicando a los niños en virtud de sus características funcionales y preferencias afectivas. Se confeccionan ayudas técnicas como prensos, rebordes en las mesas para evitar las recurrentes caídas de materiales de trabajo; ordenadores visuales en la mesa de trabajo. Se limitan los estímulos de la sala de clases siguiendo un criterio de ecología perceptiva. Se preparan apoyapiés para aquellos niños que presentan dificultades de estabilidad postural y se diseñan elementos multisensoriales para la silla y el banco de trabajo para aquellos niños que son buscadores de estímulos.

- Estrategias de **acomodación de la propuesta escolar** a las condiciones y posibilidades del niño/a: algunos niños requieren transitoriamente que la información sea dosificada, fraccionada en unidades menores; que las actividades sean presentadas de a una por vez; que las consignas sean repetidas dos y más veces de modo personal; que lo que se espere que haga sea previamente modelado por la docente y, en algunos casos puntuales, que los contenidos sean dados de manera más lenta y privilegiando un método puntual por encima de otro. Estas decisiones se toman junto al docente y se monitorea su efectividad.

Conclusiones

Se incorporó el concepto de **prevención** del fracaso escolar a la cultura institucional posibilitando la **revisión** de los actores de sus prácticas educativas. Se tendieron **puentes** entre la biología, el desarrollo, la ecología ambiental y las teorías del aprendizaje, lo cual posibilitó que se **personalizaran las prácticas educativas** según el modo de procesamiento de la información de cada niño/a, para que pueda aprender según su estilo cognitivo. Haciendo carne los conceptos de **equidad educativa**: darle a cada alumno lo que necesita, en la medida que lo necesita y por el tiempo que lo necesita.

Bibliografía

- Rodríguez Espinar y otros, 1993. "Teoría y Práctica de la Orientación Educativa". PPU (Barcelona). 24.
- Asociación Americana de Terapia Ocupacional, 2008. "Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso." The American Journal of Occupational Therapy (USA). 12.
- Ayres, Jean., 2008. "La integración sensorial en los niños: desafíos sensoriales ocultos". Tea (Madrid), 11.
- Logatt Grabner C. , Castro M., 1999. "Neurociencia para el cambio. Neuroeducación para todos". Revista Latinoamericana de Psicología. 31, 3, 477-489
- Asprelli, María Cristina, 2101. "La didáctica en la formación docente". Homosapiens (Argentina).
- Beery K. y Buktenica N., 1997. "Developmental Test of Visual-Motor Integration". Modern Curriculum Press (Toronto)

Participación social de los niños con discapacidad en escuelas especiales y comunes

Autores: Luther, Ma. Magdalena; Murphy, Sofía; Wyss, Camila
Correo electrónico: magdalenaluther@hotmail.com

Resumen

Introducción: El proceso de inclusión educativa que ocurre en la actualidad es lento e implica cambios tanto en escuelas comunes como en escuelas especiales, sin dejar de lado el cambio que tiene que darse en la sociedad. Si bien hay un avance importante en este proceso y existen experiencias positivas de integración de niños con discapacidad en escuela común, en muchos casos los niños "integrados" permanecen aislados.

Dentro del ámbito escolar, la Terapia Ocupacional se puede enfocar en la *participación social*, aspecto que es importante para favorecer la integración de los niños en la escuela.

Objetivos:

- 1) Caracterizar la participación social en la escuela de los niños con discapacidad que asisten a escuelas especiales,
- 2) Caracterizar la participación social en la escuela de los niños con discapacidad integrados en escuelas comunes, y
- 3) Comparar la participación social en la escuela de los niños con discapacidad que asisten a escuelas especiales, con la participación social en la escuela de los niños con discapacidad integrados en escuelas comunes.

Metodología: La muestra se conformó por 16 niños con discapacidad de 7 a 12 años observados en escuelas especiales y en escuelas comunes con integración del Partido de San Isidro, durante el período septiembre – noviembre del año 2013. Se realizaron tres observaciones de la interacción de cada niño con discapacidad con sus compañeros y maestros en el recreo y en el aula, de 15 minutos cada una, utilizando una planilla de observación.

Resultados y discusión: Aplicando el análisis estadístico χ^2 , no se encontraron diferencias significativas en la participación social de los niños en el recreo ($p > 0,05$), pero sí en el aula ($p < 0,05$).

A partir de lo observado se puede decir que la integración escolar de los niños con discapacidad está en proceso.

Introducción

En algunos países, en la década de los sesenta, surge el proceso de inclusión en el ámbito laboral, sanitario, educativo y en el de la participación social, como respuesta a la presión de diferentes movimientos al derecho a la no discriminación (Blanco, 1999; Giné 1998). El proceso de inclusión educativa que ocurre en la actualidad es lento e implica cambios tanto en escuelas comunes como en escuelas especiales, sin dejar de lado el cambio que tiene que darse en la sociedad. Respecto a esto, algunos autores dan a conocer el debate acerca de la conveniencia de la integración escolar de los niños con discapacidad en una escuela común o en una escuela especial (Blanco, Maray y Muñoz, en Hineni, UNESCO y UNICEF, 2001).

Si bien hay un avance importante en este proceso y existen experiencias positivas de integración de niños con discapacidad en escuela común, en muchos casos los niños "integrados" permanecen aislados. Esto puede resultar de la transformación del niño en "niño paciente", con el cual la maestra integradora establece una relación terapéutica, generándole

pocas posibilidades de interactuar con el grupo de pares. De esta manera, en la escuela integradora, muchas veces se produce exclusión en lugar de inclusión, lo que resulta en una experiencia desagradable para los niños con discapacidad. No sólo se debe "colocar" al niño con discapacidad, sino que este debe pasar a formar parte del grupo. Entonces, no debe considerarse únicamente qué se va a hacer con el niño con discapacidad, sino qué se va a hacer con el grupo entero. (Sverdlick, Dubrovsky, Navarro y Rosenbaum, 2005).

Es necesario empezar a crear conciencia en la sociedad acerca de la discapacidad ya que el problema se da más en lo cultural, que en la escuela o los niños con discapacidad integrados. Una manera de llevar a cabo la concientización es a partir de la integración, comenzando en las escuelas.

Siendo que la Terapia Ocupacional tiene como objeto de estudio las ocupaciones de las personas en el ambiente, en el caso de los niños, debe considerarse el ámbito escolar ya que es allí donde pasa la mayor parte del tiempo. Dentro de este ámbito, se pone el foco en la *participación social*. La posibilidad de participación, entendida como "la implicación de la persona en una situación vital" (OMS, 2001, p.15 y 227), podría ser un indicador con el cual justificar una posible respuesta al debate.

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, el propósito del trabajo es determinar las diferencias en la participación social en la escuela de los niños con discapacidad de 7 a 12 años integrados en escuelas comunes y la de los niños con discapacidad que asisten a escuelas especiales, en el Partido de San Isidro de la Provincia de Buenos Aires, Argentina en el período septiembre – noviembre del año 2013.

Discusión / Conclusiones

Con respecto a la participación social en el recreo, hubo aproximadamente un 17,46 % más de niños con discapacidad que presentaron entre muy buena y buena participación social en escuelas especiales que en escuelas comunes; en el aula, la cantidad de niños con discapacidad con participación social entre muy buena y buena en escuelas especiales fue aproximadamente un 14,28 % mayor que en escuelas comunes. Entonces, aplicando el análisis estadístico χ^2 , no se encontraron diferencias significativas en el recreo ($p > 0,05$), pero sí en el aula ($p < 0,05$).

Retomando los conceptos planteados por Blanco, Maray y Muñoz al comenzar el trabajo de investigación, efectivamente, se observó que la inclusión de las personas con discapacidad en la sociedad está en proceso e implica cambios tanto en las escuelas comunes como en las especiales: actualmente, estas escuelas tienen el deber de establecer una red de apoyo entre sí. Deben estar en contacto, y los niños integrados deben asistir también a escuelas especiales. Respecto a esto es interesante discriminar que, mientras que en la escuela común privada no mencionaron tener inconvenientes con la comunicación con las escuelas especiales a las que responden sus alumnos integrados, en la escuela estatal sí los mencionaron.

Por otra parte, a diferencia de lo que se esperaba observar, la experiencia en escuelas comunes con integración nos ha demostrado que los niños con discapacidad no son simplemente "colocados" en el aula, como plantean Sverdlick, Dubrovsky, Navarro y Rosenbaum.

No se puede dejar pasar por alto que la mayoría de los niños integrados en escuelas comunes con alguna discapacidad mental se encontraban en grados con niños de menor edad a ellos. Esta diferencia de edad pudo haber influido en los resultados ya que, probablemente, si el niño con discapacidad fuera al grado correspondiente con su edad cronológica estaría en discrepancia en comparación con sus compañeros en varias cuestiones (incluso en lo referido a la participación social), ya que por no comprender algunas consignas o modos de los niños, él mismo podría aislarse o sus compañeros lo podrían discriminar.

Otro punto a considerar es el tipo de gestión de las escuelas. Respecto a las escuelas comunes, se observaron más niños con discapacidad en escuelas de gestión estatal que de gestión privada; y respecto a las escuelas especiales, por el contrario, se observaron más ni-

ños con discapacidad en escuelas de gestión privada que de gestión estatal. Esto pudo haber influido en los resultados del trabajo e incluso haber sido una limitación para el mismo, ya que la participación social se pudo haber visto afectada por el tipo de gestión y no por el tipo de escuela, o por ambas cosas. Además, se notó que el tipo de discapacidad influyó en los resultados en la participación social por lo que se remarca como limitación la disparidad de casos por tipo de discapacidad observados en los diferentes tipos de escuela. Considerando ambos aspectos mencionados, es que se recomienda, en próximas investigaciones semejantes, tener en cuenta el mismo número de escuelas privadas y estatales de cada tipo de escuela y mayor cantidad de casos y en iguales proporciones por cada tipo de discapacidad, respectivamente.

Siendo que se utilizó la observación como instrumento, debe considerarse que la presencia de un observador en la escuela puede generar cambios en la conducta del niño que se pretende observar, significando una limitación para el trabajo.

Durante la realización del trabajo descubrimos que sería relevante profundizar en otras líneas de investigación relacionadas con el tema. Estas podrían ser: estrategias utilizadas por los maestros de grado para la integración de los niños con discapacidad; grado de involucramiento de las familias en el proceso de integración; participación social de los niños con discapacidad fuera de la escuela; trabajo transdisciplinario en educación especial.

Finalmente, se desea resaltar que el complejo proceso de integración requiere de la participación activa de todos los actores y profesionales involucrados, teniendo como tales la responsabilidad de desarrollar herramientas para identificar y abordar los problemas necesarios para lograr una inclusión efectiva. Consideramos que desde la disciplina de Terapia Ocupacional es posible brindar un enfoque directo sobre la participación social, área ocupacional que es fundamental para que los niños en edad escolar puedan sentirse parte de un grupo, sin sentirse discriminados por presentar algún tipo de discapacidad. En escuelas comunes con integración, para favorecer su participación social es importante brindar información al contexto, tanto a los compañeros como a los maestros, para que puedan comprender la situación y poseer herramientas.

Como dice Reinoso, los niños que se educan hoy en el ámbito de la diversidad se transformarán mañana en adultos constructores de una sociedad diferente, inclusiva.

Bibliografía

- Blanco G., R. (1999). *Hacia una escuela para todos y con todos*. En boletín del Proyecto Principal de Educación para America Latina y el Caribe Nro 48. Oficina Regional de Educación de UNESCO para America Latina y el Caribe.
- Bottinelli, M. M. (2003). *Metodología de la investigación. Herramientas para un pensamiento científico complejo*. Buenos Aires.
- Organización de las Naciones Unidas. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. (2006).
- Doyle Lyons, K. (2008). *Habilidades de comunicación interacción y factores socioemocionales*. En Crepeau, Cohn y Schell "Terapia Ocupacional" 10 º Ed., Unidad 7, Cap. 25. Págs.: Willard & Spackman .Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- Dubrovsky, S. (2005). *Educación común, Educación especial: un encuentro posible y necesario*. "Por la inclusión..." Un espacio para pensar la inclusión y la igualdad educativa desde el MERCOSUR.
- http://www.porlainclusionmercosur.educ.ar/mat_educativos/textos/dubrovsky.html
- Hineni, UNESCO y UNICEF (2001). *Inclusión de niños con discapacidad en la escuela regular*. Ciclo de debates: Desafíos de la política educacional, UNICEF, Fondo para las Naciones Unidas para la Infancia Oficina de Área de Argentina, Chile y Uruguay. http://www.unicef.cl/archivos_documento/47/debate8.pdf

Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF. Versión abreviada*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

http://www.conadis.salud.gob.mx/descargas/pdf/CIF_OMS_abreviada.pdf

Rubio, J. y Varas, J. (1999) *El análisis de la realidad, en la investigación social. Métodos y técnicas de investigación*. Madrid. Ed.CCS. - Samaja, J. A. (1993) *Epistemología y Metodología. Elementos para una teoría de la investigación científica*. Colección Temas EUDEBA.

Sverdlick, I., Dubrovsky, S., Navarro, A., y Rosenbaum, Z. (2005). *Ilusiones y verdades acerca de la integración en la escuela común*. Serie: Estudios e investigaciones, Secretaría de Educación del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, volumen 4.

<http://www.buenosaires.gob.ar/areas/educacion/dirinv/pdf/ilusiones.pdf>

Liderando el juego, una experiencia en escuela especial. Terapia ocupacional. Un proyecto diferente.

Autor: Bruno, Natalia; Laura k. Cañones; Ferreiro, Mabel; Gil Puente, Ximena.

Correo electrónico: fiorena21@yahoo.com.ar

Introducción

Los **terapistas ocupacionales** que intervenimos en **escuelas** tenemos la necesidad de preguntarnos cuáles son los espacios, en que pueden desarrollarse los alumnos al concluir su recorrido escolar, qué herramientas les ofrecemos para su crecimiento, su **formación laboral** y su integración en la **comunidad**.

Nuestro proyecto que tiene una impronta pensada en y para la comunidad surge como respuesta a nuestras inquietudes y creencias que es importante pensar otras formas de construir el rol del trabajador.

Por un lado ofrecemos a los estudiantes la posibilidad de entrar en contacto con diferentes técnicas y/o tecnologías en la ejecución de las actividades de una ludoteca y también contribuimos a facilitar la etapa de transición entre lo educacional y lo laboral. Esta perspectiva educativa con miras a un desarrollo integral, fomenta la preparación para el ejercicio de la ciudadanía (caballero, L. 2013), la formación para la convivencia democrática, enfatizando valores como la libertad de creación, el disfrute de una vida plena en condiciones que aseguren su dignidad, integración igualitaria y el desarrollo máximo de las potencialidades individuales.

Nos replanteamos la práctica de Terapia Ocupacional en la escuela para pensar el aporte de la profesión para el colectivo social expulsado del mercado laboral, propiciando la reconstrucción y significación social del valor al trabajo, fortaleciendo las capacidades de cada uno de los integrantes, favoreciendo sus potencialidades, dignificando sus tareas y roles e impactando en las tramas relacionales y vinculares a través de la solidaridad y apoyo mutuo para, revertir la deprivación ocupacional de los participantes de éste sistema educativo .

Desarrollo de la experiencia

Se puso en marcha un proyecto que consistió en la creación de una ludoteca en la Escuela de Educación Especial (E.E.) del Colegio Ward,

Nuestro objetivo fue crear un espacio de recreación para facilitar la capacitación y apropiación de jóvenes del Centro de Formación Integral para Jóvenes (CFI Superior) (resolución 1269/11) como multiplicadores y líderes recreativos de ludoteca propiciando la interacción y experiencias entre niños, jóvenes y adultos de la comunidad educativa.

Otros de los objetivos planteados fueron: Rescatar los espacios, los medios y el tiempo para jugar; Propiciar el empoderamiento de los jóvenes del CFI superior para coordinar el desarrollo de las actividades de juego; Generar espacios de construcción de juegos; Elaborar un reglamento para el mejor funcionamiento del espacio; Favorecer una instancia de juego cooperativo;

En el marco de ésta **intervención comunitaria**, el objetivo principal fue generar un espacio de empoderamiento, emancipación y construcción de subjetividades (Galheigo SM.2012) de los alumnos más grandes de la escuela, donde desarrollaran, a su vez, diversas habilidades y destrezas requeridas para la inserción en el mundo laboral.

Para la puesta en marcha de este proyecto, se realizaron 18 encuentros en el transcurso de 4 meses del año 2014., las cuales tuvieron una duración de 3 horas aproximadamente c/u. Participaron 15 alumnos entre 17 y 22 años de edad, con diversos diagnósticos de discapacidad mental y docentes de la E.E.

Para iniciar el proyecto, se realizó como primera instancia, una asamblea entre todos los participantes activos de dicho proyecto para la presentación del mismo, y se establecieron las pautas de trabajo. Una vez delimitado cierto marco de convivencia y trabajado la importancia del rol laboral, se comenzó la actividad sobre el aprendizaje del uso, clasificación y entrenamiento en el reconocimiento de los juegos en el armario y el posterior guardado. Se Discutió en asamblea los juegos a construir, los recursos necesarios y procedimientos. Se llevó a cabo la Construcción y reparación de juegos. Se discutió sobre las cláusulas, penalidades y armado del reglamento como así también sus roles laborales

Para la inauguración de la juegoteca se propuso realizar momentos lúdicos de 30 minutos por grupo, una vez por semana, trabajando con grupos de diez integrantes como máximo por grupo y no más de dos grupos por vez. Estos momentos lúdicos fueron coordinados por los alumnos de CFI Superior de acuerdo a las habilidades de cada alumno. Cada alumno del CFI coordinaba cierta cantidad de juegos para los cuales eran competentes en la enseñanza hacia los alumnos más pequeños, mientras que uno o dos, realizaban una tarea de supervisión, asistiendo a algún grupo que lo requiriese. Al finalizar cada jornada de trabajo, se realizaba una puesta en común sobre lo vivido en dicho espacio, donde los alumnos del CFI Superior expresaban sus vivencias, inquietudes y sugerencias.

Se tuvo en cuenta la información diagnóstica inicial para contrastarla con la situación final y poder compararlas con las metas propuestas. Y por último, el proceso de evaluación se ejecuto mediante una grilla para la sistematización de los acontecimientos o datos de relevancia de lo que fue ocurriendo en cada etapa y haciendo hincapié en las siguientes preguntas: ¿Cuáles fueron los logros? ¿Cuáles fueron las dificultades? ¿Qué se hizo bien? ¿Qué se hizo mal? ¿Qué se puede hacer mejor?...

Luego de la Evaluación final del proyecto, en asamblea, se procedió a la entrega de la Certificación de la práctica Laboral.

Conclusión

Los jóvenes en este proyecto, pudieron posicionarse dentro del rol de líderes recreativos y fue para ellos una experiencia laboral muy enriquecedora.

Exploraron la participación activa con voz y voto, tomando decisiones frente a diferentes situaciones decisivas a través de una práctica que favorecía y empoderaba a cada participante en acción.

Sabemos que para ellos, fue difícil apartarse del rol de alumnos para posicionarse en el rol de líder recreativo, materializándose en una ocupación colectiva y liberadora. A su vez, al reconocer los objetivos, intereses y motivos de los actores se logró que cada joven lleve adelante el taller de la Juegoteca ocupando un rol laboral clave, y significativo.

Reconocemos que ofrecer oportunidades para el desarrollo de la identidad, la competencia y pertenencia es parte consecuente de la emancipación de los individuos, es por ello que asumimos que involucrarnos en otras prácticas educativas a través de la implementación de proyectos comunitarios es parte del Arte de la Terapia Ocupacional para construir subjetividades y ciudadanía. Creemos que es parte del desafío ampliar la mirada y pensar más allá del conocimiento científico ya conocido de la Terapia Ocupacional para revalorizar la significación de lo significativo de las actividades individuales y culturales en las cuales los seres humanos se comprometen. Existe una necesidad imperiosa de hacer una exploración crítica de la naturaleza política de la terapia ocupacional. Terapia ocupacional como practica que facilite y empodere a las comunidades con las cual se desarrolla para que se produzcan cambios reales, cambios que derriben la perpetuación de la privación y de la marginalización.

Bibliografía

- GALHEIGO SM. Perspectiva crítica y compleja de Terapia Ocupacional: actividad, cotidiano, diversidad, justicia social y compromiso ético-político. TOG (A.Acuña) (revista en internet). 2012; monog.5: (176-187). Disponible en <http://www.revistatog.com/mono/num5/compromiso.pdf>
- CABALLERO, L. (2013). La calidad de papel. La representación social de la calidad en educación en maestros y estudiantes. El caso de una institución educativa pública. <http://www.calidadeducativa.edusanluis.com.ar/>
- DIRECCION GENERAL DE CULTURA Y EDUCACION DE LA PROVINCIAL DE BUENOS AIRES, ARGENTINA. (2011) Modalidad especial Res. 1269 - 11 (Disponible en: www.suteba.org.ar/download/res.-1269-11-modalidad-especial-31166.pdf)

Mesa 15

Gerontología

Multiplicidad de resultados de un taller para estimular la memoria de adultos mayores. El motor se pone en marcha

Autor: Romina Banchemo
Correo electrónico: rbanchemo@live.com

Resumen

En el presente trabajo se analizaron los distintos resultados obtenidos en un Taller de Memoria para adultos mayores realizado en la Universidad Nacional de Quilmes, enfocándose primordialmente en lo que podríamos denominar "efectos secundarios".

El objetivo de este trabajo fue identificar los logros de los participantes a fin de no perder de vista el ámbito de influencia de Terapia Ocupacional y reconocer que se están abordando más áreas de las planificadas inicialmente en el taller.

Para la realización del mismo se tuvieron en cuenta las devoluciones recibidas de los adultos mayores participantes, en forma oral y escrita, al finalizar la cursada del taller; y las variables que se pudieron observar en los mismos.

Los resultados indicaron que se evidencia, a través de las historias mencionadas, una multiplicidad de resultados luego de la participación en el taller; obteniendo logros en áreas ocupacionales que influyeron positivamente en la vida de cada persona.

En conclusión, al brindar a los adultos mayores el acceso a un taller para estimular la memoria, les fueron otorgadas herramientas y un ámbito facilitador para producir cambios en el presente y futuro de la vida de cada uno; la posibilidad de realizar actividades, que muchas veces en este segmento de la población, se consideran olvidadas.

Trabajo Final

La Secretaría de Extensión de la Universidad Nacional de Quilmes a través de un convenio realizado con el INSSJP (Instituto Nacional de Seguridad Social para Jubilados y Pensionados) "PAMI" otorga a sus afiliados, en su gran mayoría adultos mayores, la posibilidad de acceder a distintos talleres y cursos de su interés. Los mismos se encuentran estructurados con el fin de promover el desarrollo personal, social, cultural y económico de los asistentes. Dentro de este marco se dictó el Taller para Estimular la Memoria y Atención al cual asistieron de 15 a 18 alumnos de entre 65 y 94 años en cada uno de los dos cursos observados.

Al finalizar el taller se solicitó a los alumnos una devolución de lo experimentado, con la libertad de poder expresar su agrado o no, inquietudes, logros y expectativas. A modo de ejemplo se detallan algunas de dichas devoluciones con el fin de analizar lo acontecido:

Sra. Avelina: relató que a medida que asistía a las clases fue contándole a su hija, la cual es una estudiante, las actividades que realizaba; esto provocó despertar el interés de su hija y la comunicación entre ambas mejoró de manera satisfactoria.

Sra. Lidia: comenzó el taller luego de un largo tiempo de no salir de su casa debido al fallecimiento de su esposo y luego de un hijo. Lidia padecía una marcada disminución auditiva y se encontraba a la espera de un audífono. En la primera clase manifestó que no iba a poder adaptarse al grupo y en su devolución escrita transmitió: "he asistido a unas clases que han sido de mucho placer".

Sr. Alberto: eligió dar su devolución de manera oral, contó que gracias al taller pudo vencer los miedos y que había decidido inscribirse en la Universidad en la carrera de Comunicación Social.

Sra. Norma: manifestó de manera escrita "desearía el año próximo tener al menos dos clases semanales, se me harán largas las vacaciones esperando el reencuentro".

Sr. Rubén: él nos contó que desde que falleció su esposa no salía de su casa para realizar ninguna actividad, alguien le recomendó el taller y se anotó. Rubén no faltó a ninguna clase.

Durante el transcurso del curso se observaron situaciones que también merecen ser mencionadas:

Sra. Marta y Sr. Eduardo (casados hace 41 años): Juntos asistieron al taller, al comienzo del mismo se los observaba tensos, con poco dialogo entre sí. A medida que se fueron relacionando con sus compañeros la relación entre ellos se modificó, fueron más atentos, afectuosos y se ayudaron mutuamente.

Sra. Elsa: en ella lo más destacable fue su cambio en cuanto a su arreglo personal, a medida que transcurrían las clases era más notoria la dedicación que Elsa ponía a su aspecto y cómo esto influía en su autoestima.

El grupo en general fue conociéndose y abriéndose camino a nuevas experiencias, luego del horario de clases era común verlos reunidos en el comedor de la universidad compartiendo una merienda, integrándose al ámbito universitario y adaptándose a la metodología del lugar.

Se involucraron con sus compañeros, colaboraron con Lidia (quien mencionamos padecía una disminución auditiva), fueron pacientes con sus tiempos y ello no afectó la dinámica del curso.

Participaron en otras actividades propuestas desde la Universidad, como por ejemplo la visita a Tecnópolis o una charla sobre Sexualidad en la Tercera Edad.

Todo lo expuesto anteriormente nos lleva a analizar los resultados obtenidos en el taller.

Al comienzo del mismo se planificaron estrategias para el desarrollo y entrenamiento de destrezas de ejecución cognitivas y sensoriales-perceptivas mediante actividades que promovieran ejercicios atencionales y mnemotécnicos y de procesamiento y uso de la información. El resultante de la aplicación de los mismos fue satisfactorio y se consideraron cumplidos los objetivos planeados; paralelamente surge del análisis de resultados que como consecuencia del plan de intervención se observan modificaciones sustanciales en los individuos de gran importancia para nuestra profesión.

Los múltiples resultados obtenidos abarcan distintas áreas de la ocupación:

AVD: higiene y arreglo personal, sexualidad.

AIVD: gestión de la comunicación, movilidad en la comunidad y gestión y mantenimiento de la salud.

Educación: participación en la educación formal, exploración de las necesidades educativas informales o intereses personales y participación en la educación personal informal.

Ocio y Tiempo Libre: participación en el ocio.

Participación social: participación en la comunidad, participación en la familia y con compañeros.

La intervención realizada a través de un taller para adultos mayores nos lleva a reconocer el ámbito de influencia de la Terapia Ocupacional en este segmento de la población el cual es vulnerable a la exclusión social por barreras físicas, sensoriales, económicas y de conocimiento; sumado al aislamiento como consecuencia de la pérdida del tramado familiar y los vínculos sociales. En este último caso, las relaciones estables protegen la estabilidad mental del individuo frente a varias pérdidas sociales asociadas al envejecimiento como ser la viudez o la jubilación. Cambian en la sociedad los roles y las funciones y va a depender de las herramientas con que cada uno cuente para afrontar esta etapa de manera positiva o no. La mirada del otro puede generar dos tipos de problemas en los adultos mayores: el que realmente puedan tener y el que los demás piensen que tiene.

El concepto de vejez se internaliza. Según Salvarezza en su libro *La Vejez*, una persona comenzará a considerarse vieja cuando perciba en sí misma algunos de los atributos que, en función de su modelo personal de vejez, caracterizan a esta etapa evolutiva. Estos criterios se pueden agrupar en edad cronológica, disfunciones físicas y mentales, sentimientos de inutilidad y disminución en participación social.

Nos encontramos frente a personas que necesitan reubicarse en diversos ámbitos, las cuales en ocasiones, el fin de la actividad laboral es vivenciado como un desconcierto, una desorientación respecto al qué hacer de ahora en más.

No debemos dejar de tener en cuenta que los adultos mayores en su conjunto se encuentran sufriendo un proceso de resocialización, la ocupación de su tiempo se ve modificada debido a que en la actualidad existe la posibilidad de un acercamiento a actividades culturales, sociales, deportivas, de turismo social y la creciente participación en la vida universitaria; desde nuestra profesión debemos acompañar estos cambios y promover estas actividades teniendo en cuenta las capacidades de cada persona. La multiplicidad de resultados obtenidos en este taller nos demuestra que no debemos perder de vista los efectos secundarios consecuencia de nuestras intervenciones.

Desde nuestro lugar sabemos que cada persona cuenta con herramientas para el desempeño en distintas actividades, es nuestra tarea promover la identificación y utilización de las mismas; explorar cuales son aquellas actividades significativas en esta etapa de la vida donde muchas veces las personas ni se lo plantean. Poner en movimiento al adulto mayor implica no solo la importancia que tiene la actividad que se está realizando sino que además existe, como en la mayoría de los casos expuestos, la posibilidad de que ellos descubran nuevos intereses, encuentren nuevos espacios y formen nuevos vínculos. Un programa de psicoestimulación cognitiva como este taller tiene como objetivo mantener las funciones cognitivas necesarias para desarrollar y ejecutar las AVD. Las actividades cognitivas planificadas implicaron la obtención de efectos secundarios en la intervención; áreas como educación, participación social, comunicación, relaciones interpersonales y salud se vieron modificadas positivamente según los argumentos de los concurrentes y la observación a lo largo del curso. Debemos destacar además la importancia de la prevención de los efectos del aislamiento social en la vejez, causante de múltiples enfermedades.

Promover la apertura de espacios en la Universidad para esta población tiene como finalidad la prevención primaria de la salud y la detección de intereses ocupacionales.

El "motor se pone en marcha", cada uno de los alumnos del taller modificó su rutina para asistir al mismo, para cada uno implicó algo diferente pero para todos algo importante, prepararse, arreglarse, hacer la tarea y movilizarse hasta la Universidad; pero además como consecuencia pudieron identificar otros intereses, animarse a tomar nuevos rumbos y a vivir nuevas experiencias. Tal es el caso de Alberto que comenzará una carrera en la universidad, de Rubén que decidió salir de su casa luego del luto, de Lidia que ahora tiene nuevas amigas con quien merendar o de la mayoría de los asistentes que manifestaron esperar con ansias los cursos del año siguiente.

En conclusión, nuestra intervención desde Terapia Ocupacional acompaña este proceso que atraviesan los adultos mayores en nuestros días, promueve la exploración, brinda herramientas para la acción y abre nuevos espacios.

A partir de un Taller, se obtienen múltiples resultados.

Bibliografía

Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA et al. 2010, "Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso", AOTA, 2da edición

- Salvarezza Leopoldo. 1998, "La Vejez. Una mirada gerontológica actual", Paidós, (Buenos Aires).
- Crepeau, Cohn, Schell. 2005, "Willard y Spackman Terapia Ocupacional". 10a. Edición. Editorial Médica Panamericana. (Buenos Aires). Sección 2B Vejez. Pág. 133-136
- Crepeau, Cohn, Schell. 2005, "Willard y Spackman Terapia Ocupacional". 10a. Edición. Editorial Médica Panamericana. (Buenos Aires). Sección 2C Preparación para la jubilación. Pág. 259
- Ana Isabel Corregidor Sánchez. 2010, "Terapia Ocupacional en Geriatria y Gerontología" Bases conceptuales y aplicaciones prácticas. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, Ergon (Madrid)

La gerontología educativa según la percepción de adultos mayores de la ciudad de Santa Fe

Autora: Martín, Eliana

Correo Electrónico: to_elianamartin@hotmail.com

Resumen

El envejecimiento poblacional es una problemática abordada por múltiples disciplinas y un tema de preocupación mundial.

El objetivo de la investigación fue describir el perfil del adulto mayor, analizar las actividades que forman parte de su rutina y su percepción acerca de la gerontología educativa como una de las áreas ocupacionales de esta etapa.

Con un enfoque cualitativo, se realizó un estudio comparativo entre un grupo de quince personas que cuentan con la educación como ocupación significativa dentro de su desempeño ocupacional y un grupo control conformado por siete personas, contemplado a través del Pasetel de la Vida.

La estrategia de recolección de datos ha sido mediante una entrevista abierta que permitió conocer la voz de los protagonistas, dialogando acerca de la educación, sus vivencias y habilidades y reflexionando críticamente sobre el entorno socio-histórico en el cual se desempeñan.

El análisis del contenido mediante matrices descriptoras, posibilitó inferir el resultado más relevante: la visión gerontológica actual y una conceptualización más "tangible" del mejoramiento de calidad de vida y su relación con la ocupación.

Las personas adultos mayores que experimentan la educación, la interpretan a la luz de sus valores, anticipan comportamientos satisfactorios, la eligen y, direccionan sus decisiones hacia un desempeño potencialmente exitoso, un incuestionable envejecimiento activo y una autopercepción positiva y saludable, apreciándose integrados y parte de la sociedad.

Palabras claves: gerontología educativa; ocupación significativa; envejecimiento activo; calidad de vida.

Introducción

Los interrogantes que guiaron esta investigación, intentando describir los beneficios o aportes que realiza esta actividad (la educación) como ocupación significativa en el abordaje profesional del adulto mayor fueron:

¿Es posible generalizar acerca de los beneficios o mejoras o aportes que realiza esta actividad como ocupación significativa, para abordar o intervenir con el adulto mayor?

¿Se puede inducir a partir de la comparación de dos grupos, características psicosociales de las personas adultas mayores de 65 años de la ciudad de Santa Fe, que cuentan dentro de su rutina con actividades educativas?

¿La gerontología educativa según la percepción de los adultos mayores es un factor incidente en la integración a la sociedad y su adaptación a los tiempos actuales?

¿Qué intereses presentan los adultos mayores? ¿Qué ocupaciones desempeñan los adultos mayores en este caso, de la ciudad de Santa Fe? ¿Cómo las resignifican y le otorgan valor para su salud, su bienestar y su vida?

El por qué del estudio de la percepción del adulto mayor acerca de la educación gerontológica....

Consideramos propicia la profundización en esta temática dentro de la terapia ocupacional, y como punto de partida a futuras conceptualizaciones, mencionamos las siguientes premisas:

- Planteamos la gerontología educativa como un campo de intersección de saberes provenientes de diferentes disciplinas.
- El adulto mayor (sujeto de conocimiento) es multidimensional y complejo y está en constante proceso de definición, autodefinición y reconstrucción, tanto en el orden de la sociedad y la cultura como en el de la subjetividad.
- El empoderamiento del adulto mayor como sujeto activo de la sociedad, responsable de un rol, libre de elegir, (libertad otorgada por la posibilidad de encontrar esos espacios de opción)
- El adulto mayor como agente de su propio desarrollo, con un bagaje de experiencias que lo definen pero no lo limitan.
- La intervención educativa, será también terapéutica, a través de una actividad con propósito para el sujeto, que potencie cada componente del desempeño en su máxima energía, cuya finalidad sea en sí misma, la motivación de vivir la experiencia. Propiciando a través de la adaptación positiva, la inclusión en su entorno.

Podríamos aventurarnos a delimitar la incumbencia de la Terapia Ocupacional en el ámbito de la gerontología educativa:

En lo concerniente al adulto mayor:

- Evaluación de las características intrínsecas de la persona.
- Percepción general de los patrones de desempeño de la persona para desarrollarse en el área ocupacional (la educación)
- Enfoque de intervención requerida por la persona (habilidades, disfunciones, adaptaciones necesarias por la persona)
- Vivencia de situaciones placenteras que le signifiquen un desafío y motus propio para darle sentido a su vida.
- Ampliar las redes sociales y favorecer una adaptación exitosa.

En lo concerniente a la actividad (intervención educativa- terapéutica específica)

- Uso terapéutico de las actividades que conforman la intervención educativa.
- Actividades con propósito
- Métodos preparatorios (actividad como vehículo terapéutico)

En lo concerniente a la gerontología educativa en sí misma

- Asesoría
- Organización de servicios educativos
- Diseño de situaciones y experiencias de enseñanza- aprendizaje
- Diseño y adaptación "curricular" (o plan o programa de actividades)
- Elaboración de dispositivos didácticos de aplicación comunitaria
- Formación
- Instrucción y capacitación de animadores o facilitadores
- Información a familiares y organismos pertinentes

Objetivos

A nivel general nos propusimos los siguientes objetivos:

- * Describir el perfil ocupacional de las personas mayores de 65 años y su percepción acerca de la gerontología educativa en Santa Fe.

A nivel más específico hemos fijado los siguientes objetivos:

- * Describir los aspectos beneficiosos o positivos de la gerontología educativa como ocupación significativa para los adultos mayores de 65 años de la ciudad de Santa Fe.

- * Identificar características psicosociales de las personas mayores de 65 años que desempeñan actividades educativas en la ciudad de Santa Fe.

- * Introducir la gerontología educativa como factor influyente de integración a la sociedad y facilitadora de adaptación exitosa a los cambios sociales.

Muestra

El universo de estudio son adultos mayores con edades comprendidas entre 65 y 95 años conformando dos grupos.

El primer grupo estará constituido por adultos mayores que concurren hace más de 2 años a Proyecto 3 UNG de educación no formal de la ciudad de Santa Fe.

El segundo grupo estará conformado por adultos mayores que no participan de ninguna experiencia educativa fuera de su hogar. Los mismos fueron seleccionados dentro de un grupo de personas adultas mayores que asisten a consultorios, concurrentes de clubes y gimnasios, vecinos que se ofrecieron a participar.

Se utilizó un sistema aleatorio para determinar la muestra definitiva de ambos grupos.

Métodos

Descripción de los instrumentos:

Se utilizó para describir la rutina diaria de los adultos mayores el Pastel de la Vida (The Pie of life form) Modelo de la Ocupación Humana de G. Kielhofner.

Entrevista semi estructurada de autoría propia: se llevó a cabo a través de la implementación (por parte del investigador) de un formulario el cual estuvo compuesto por combinaciones de preguntas cerradas y abiertas. Las primeras, por su parte, tuvo como objetivo registrar, codificar, tabular y analizar los datos obtenidos, brindados por las personas en respuesta a ciertas preguntas predeterminadas por el investigador en base a los supuestos teóricos manejados. Siguiendo la lógica cualitativa estos supuestos no persiguen el objetivo de prede-terminar variables o hipótesis a verificar, sino que se trata de partir de ideas previas y supuestos que orienten la búsqueda y construcción del objeto de estudio. Las segundas, preguntas abiertas, como instrumento propio de la investigación cualitativa, permitió el acercamiento al conocimiento y comprensión de la problemática investigada (la percepción de la educación como actividad significativa en la adultez mayor) a través de los significados, perspectivas y definiciones de las personas tal como los expresen con sus propias palabras.

Resultados

Se entrevistaron 15 personas mayores de 60 años conformándose el grupo G.E. (personas adultos mayores que cuentan en su rutina con ocupaciones del área educación, es decir que asisten a PROYECTO 3) y 7 sujetos del grupo control G.C. (personas adultos mayores que no cuenta en su rutina con ocupaciones del área educación)

Ambos grupos presentan y mencionan patologías de complejidad variable, pero no altamente invalidante o que ocasione dependencia. Se observa un nivel educativo medio alto para ambos grupos. Promedio de edad: 72 años.

Resultados del Pastel de la Vida: Se efectuó el recuento de las horas destinadas a cada ocupación y se realizó un promedio del mismo, para unificar las personas de ambos grupos analizados.

Area ocupacional	Grupo GE	Grupo Control
ABVD	11,33	14,57
AIVD	3	4,25
Juego	2	0
Tiempo libre	3,06	4,28
Educación	2,13	0
Trabajo	3	4
Partic Social	3	1,11

Tabla I: cantidad de horas destinadas a cada área ocupacional, de cada grupo.

El análisis de las entrevistas realizadas sistematizó la información a través de la codificación en matrices descriptoras, permitiendo visualizar las relaciones más importantes entre las categorías construidas; e identificando patrones conceptuales más amplios explicando razones, causas y relaciones entre los distintos fenómenos.

En el patrón descriptivo **Percepción de la Gerontología Educativa** nos permitió describir la visión de los adultos mayores acerca de la educación e indagar sobre la motivación que posibilita su participación en la misma. Lograron definirla, observarla como una actividad de valor y reconocer lo que "los mueve" para desempeñarla. Es decir, al experimentar competencia, afloran pensamientos y sentimientos gratificantes y pueden así, construir ideas acerca del futuro y sus posibilidades. Lo antes dicho, brinda los elementos para incorporarla como parte de su rutina y experimentar el rol "participante".

En lo referente a las **Características Psicosociales**, no se propuso con esta investigación elaborar tipologías sino más bien, comprender con qué recursos positivos cuentan, y lo que posibilitan los mismos, es decir, los vínculos amplios, la participación social y sus habilidades sociales y comunicacionales para transmitir sus pensamientos y su mirada particular y única.

Mantienen vínculos familiares o con amigos, valoran y posibilitan encuentros frecuentes. Conocen, y participan en voluntariados, campañas solidarias, asociaciones de cualquier tipo con frecuencia, además por sus mismos compañeros, asisten también, a otros lugares recomendados o acompañados. Las actividades poseen un alto compromiso social, y al narrarlos, hacen hincapié en conceptos como el altruismo y la solidaridad. Valorán el apoyo de redes sociales estrechadas.

El patrón **Impacto Social de la Gerontología Educativa** describe a la educación en la tercera edad como facilitadora de procesos de adaptación, cumpliendo un rol muy importante dentro de la sociedad, y su impacto es altamente positivo para afrontar los cambios actuales. Su entorno apoya y valora los intereses explorados y posibilita una mayor inclusión.

Conclusiones

El perfil ocupacional del adulto mayor de la muestra, se trasluce en una rutina diaria equilibrada y dinámica, de actividades variadas, donde logran identificar intereses, valorar cada una de ellas con "tenor significativo regulado" (no pueden nombrar una, como más importante) y la educación como área significativa que posibilita y potencia muchas otras. La misma, como un área ocupacional predominante en otros ciclo vitales, se redescubre en la vejez, lo que se evidencia cuando se indaga en ambos grupos, considerándola muy importante o fundamental.

Las características psicosociales observadas (extroversión, flexibilidad, reflexión crítica, búsqueda de desafíos, adaptación a los cambios) son la base para la acción que proporciona el fundamento para la motivación hacia la ocupación. Las personas adultos mayores que ex-

perimentan la educación, la interpretan a la luz de sus valores, anticipan comportamientos satisfactorios y la eligen, y, direccionan sus decisiones hacia un desempeño exitoso, que no es más ni menos, que un envejecimiento activo y una autopercepción positiva y saludable.

La investigación deja entrever que la educación es una herramienta poderosa, de intervención y como recurso de afrontamiento de cambios, emociones y pensamientos que se despiertan en la vejez, y que el potencial de las habilidades se conserva, se compensan, brindando no solo experiencia de bienestar sino, una visión más benévola y positiva del futuro.

El envejecimiento activo, entendido como el proceso dinámico que optimiza las oportunidades para una mejor calidad de vida, fomenta el protagonismo del adulto mayor en el logro de su bienestar. La participación en diferentes actividades de la esfera social, y específicamente de una institución educativa, genera un empoderamiento natural que refuerza la autoestima, fomenta la dignidad y el ejercicio pleno de sus derechos.

La educación como medio facilitador de un envejecimiento sano, proclamado en discursos de todo tenor, requiere de una "inyección" de promoción adecuada, que tendrá beneficiarios directos (los adultos mayores) e indirectos (otras generaciones).

Esta investigación invita a repensar las estrategias utilizadas hasta hoy para el abordaje del envejecimiento, recalcando su importancia e inmediatez necesaria en el accionar cotidiano.

Bibliografía

- Asamblea Mundial sobre el envejecimiento. Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento. 1982. Viena, Austria. Editado por Naciones Unidas, 1983 Nueva York.
- Maddox, 1964; Baltes y Chaie, 1973. Citado en Estrés y estilos de afrontamiento en la vejez: Un estudio comparativo en senescentes argentinos institucionalizados y no institucionalizados Dorina Stefani y Carolina Feldberg (2006 diciembre) vol. 22, nº 2, p 267-272. Disponible en: <http://www.inenia.es/oai:dialnet.unirioja.es:ART0000127481>
- Osorio, P. 2006 s/d. "Abordaje antropológico del envejecimiento y alargamiento de la vida en La Longevidad: más allá de la biología. Aspectos socioculturales" en PAPELES del CEIC, nº 22, CEIC (Centro de Estudios sobre la Identidad Colectiva), Universidad del País Vasco.
- Marco de Trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional: Ámbito de competencia y proceso. The American Journal of Occupational Therapy. Terminología Uniforme (2002) Vol 56 Number 6. Revisada en 2008.
- Yuni J, Urbano C Educación de adultos mayores Teoría, Investigación y práctica Editorial Brujas. 1º Edición. Argentina. 2005 p 19 27 28 36
- Jorge Aromando Una Visión Sobre La Perspectiva Educativa Y Cultural Del Adulto Mayor En Mercosur VII Jornadas Nacionales De Estudios De Población (AEPA) 2003. Tafí del Valle. Argentina.
- Carmen Serdio Sánchez (2008)"La educación en la vejez: fundamentos y retos de futuro" Universidad Pontificia de Salamanca. Facultad de Ciencias de la Educación. Salamanca, España (mayo-agosto de 2008). Revista de Educación 467-483. Disponible en http://www.revistaeducacion.mec.es/re346/re346_18.pdf
- Kielhofner, G Terapia Ocupacional: Modelo de la Ocupación Humana Teoría y Aplicación 3ª Ed 2002; p 22 24 27
- Romero Ayuso y Moruno Miralles Terapia Ocupacional. Teoría y técnicas., Editorial MASSON Barcelona 2003 p 89.
- Ethel I. Daglio (Re) Orientación Vocacional- Ocupacional en la Tercera Edad (en prensa) Santa Fe- Argentina 2000

- José Ramón Navarro Bragado Calidad De Vida: Un Marco De Referencia En La Intervención Con Los Adultos Mayores (en prensa) 2008.
- Carmen Mas Tous Evolución De Las Diferencias Del Genero En El Dominio Cognitivo: Expectativas, Atribuciones Y Rendimiento En Memoria Verbal (en prensa) Argentina. 2008.
- Norma TAMER Educación Para La Tercera Edad Y Envejecimiento en "El envejecimiento humano. Sus derivaciones pedagógicas". Editorial: Interamer-Organización de los Estados Americanos OEA. Argentina.1995.
- José A. Yuni. Motivación Académica En La Segunda Mitad De La Vida (en prensa) 1997
- Fabio Daniel Etcheverría Arroyo. Educación De Adultos, Subjetividad Y Transformaciones Sociales Impacto social, humano y económico de la Educación de Personas Adultas (en prensa) Madrid. España. 2007
- Ileana Algazi- Margarita Dubourdien Capitulo III Investigación Sobre El Estado De Salud De Las Personas Que Concurren A Uni3 En "Motivación y Salud para los Adultos Mayores" Grafica Digital Delano SA. Montevideo Uruguay 2000; p 63.
- "Glosario 2002. Anexo B". En Informe 2002. Las personas mayores en España. Observatorio de personas mayores. Madrid: Imsero, 2002, pp. 557-577. Disponible en: <http://www.imserosmayores.csic.es/documentos/estadisticas/informe-mayores/2002/inf2002pdf/vol1/glosario.pdf>
- Pineda, E; Luz de Alvarado, E; Canales F. Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo del personal de salud. Segunda Edición OPS. 1994; p 122.
- Henrich,V; Ruiz,M; Negri,C - Rutinas Diarias en Ancianos de Geriátricos de la ciudad de Santa Fe (en prensa) Santa Fe, Argentina. 2004; p 78.
- Yuni J, Urbano C Investigación Etnográfica e Investigación- Acción Editorial Brujas. 3º Edición. Argentina. 2005; p 256
- Anguera Argilaga, M.T. Metodología Cualitativa. En MT Anguera, J Arnau, M Ato, R Martinez, J Pascual & G Vallejo. Métodos de investigación en Psicología. Cap 20. "Tratamiento Cualitativo de los datos" Madrid: Síntesis. 1996. p 549- 576
- Samuel Gento Palacios "Marco Referencial Para La Evaluación De Un Proyecto Educativo" Facultad de Educación UNED. Madrid 1998 p 118
- Estrategias Regionales de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el envejecimiento de 2004 de la CEPAL (p 3)
- Bernardino Fernández-Calvo, Roberto Rodríguez-Pérez, Israel Contador, Alicia Rubio-Santorum y Francisco Ramos "Eficacia del entrenamiento cognitivo basado en nuevas tecnologías en pacientes con demencia tipo Alzheimer" Departamento de Psicología Universidad Federal de Paraíba Joao Pessoa (Brasil) Universidad Federal de Paraíba (Brasil), Fundación Velum. Universidad de Salamanca Psicothema 2011. Vol. 23, nº 1, pp. 44-50 ISSN 0214 - 9915 CODEN PSOTEG Disponible en: www.psicothema.com Copyright © 2011 Fecha recepción: 24-3-10 • Fecha aceptación: 7-9-10
- Carolina Moreno Carrillo, Francisco Lopera Restrepo. Artículo original "Efectos de un entrenamiento cognitivo de la atención en el funcionamiento de la memoria de trabajo durante el envejecimiento" Acta Neurol Colomb 2009;25:244-251).
- María Laura de la Barrera, Danilo Donolo y María Cristina Rinaudo "Riesgo de demencia y niveles de educación: Cuando aprender es más saludable de lo que pensamos" Universidad Nacional de Río Cuarto. Córdoba (Argentina) 2010. Anales de psicología -, vol. 26, nº 1 (enero), 34-40 (P 35-39)

El adulto mayor y su percepción acerca del desempeño en las actividades de la vida diaria. Una investigación en la provincia de Buenos Aires

Autores: Gaviglio, Andrea; Finauri, María Laura; Adur, Gabriela

Correo electrónico: agaviglio@unq.edu.ar

Resumen

Este trabajo es parte de una investigación denominada "La atención de la salud en las personas mayores", que se realizó entre el año 2007 – 2009 financiada a través de la obtención de la Beca Ramón Carrillo- Arturo Oñativia del Ministerio de Salud de la Nación, con sede en la Universidad Nacional de Quilmes carrera de Lic en Terapia Ocupacional.

Es de importancia para el profesional de la Terapia Ocupacional poder conocer que piensan los adultos mayores acerca de su desempeño ocupacional, como se ven a sí mismos en esta etapa de la vida donde las funciones corporales comienzan a disminuir. El objetivo de esta investigación fue analizar la percepción que tiene el adulto mayor, de 65 años y más, en relación a su desempeño en las AVD y AIVD, que habitan en la provincia de Buenos Aires, tomando como referencia algunos partidos del conurbano bonaerense y el gran La Plata. Se utilizaron métodos cualitativos y cuantitativos. Se realizaron encuestas a 444 adultos de 65 años y más, residentes en los partidos de La Plata, Berazategui, Florencio Varela y Lanús. La muestra es probabilística, proporcional al tamaño de la población, estratificada, controlada por cuotas y ponderada. El error máximo de los resultados es de 4,6% y cuenta con un 95% de confianza. Los resultados mencionan que mitad de estos entrevistados tienen 65 a 70 años. La mayoría cuenta con estudios primarios completos e incompletos y un porcentaje menor estudios secundarios incompletos. Un 35,3% necesita ayuda para su movilidad funcional y un 13,4% depende en el manejo de su dinero. Los mayores de 71 años son quienes han manifestado mayores dificultades en su aseo personal. Un 41,5% declara tener enfermedad crónica pero sólo 18% declara problemas de salud graves. Una gran proporción viven acompañados y únicamente el 14% viven solos. A medida que avanza la edad las dificultades se acrecienta.

Introducción

Este trabajo es parte de una investigación denominada "La atención de la salud en las personas mayores", que se realizó entre el año 2007 – 2009 financiada a través de la obtención de la Beca Ramón Carrillo- Arturo Oñativia del Ministerio de Salud de la Nación, con sede en la Universidad Nacional de Quilmes carrera de Lic en Terapia Ocupacional.

Teniendo en cuenta la importancia de la percepción que tienen los adultos mayores acerca de su desempeño ocupacional durante el proceso de envejecimiento pareció oportuno realizar un recorte de la investigación antes mencionada.

Es dable de mencionar que no existen estudios específicos sobre el tema en el conurbano bonaerense, sobre percepción del usuario acerca de su desempeño funcional en las actividades consideradas por los terapeutas ocupacionales sobre la vida diaria. Si hay estudios que mencionan la autonomía del adulto mayor institucionalizado (J. Rojas Ocaña; A. Toronjo Gómez; C. Rodríguez Ponce; J.B. Rodríguez, 2006), o aquellos que se refieren a la percepción acerca de la calidad de vida (Julio Aranda y Arestrides Horna. 2006.).

Es importante primero referirnos a que denominamos envejecimiento, durante mucho tiempo se ha vinculado de manera casi exclusiva a las situaciones de enfermedad y depen-

dencia. Sin embargo, la mayoría de las personas mayores ni están enfermas ni están limitadas, por lo que el envejecimiento, desde la perspectiva del ciclo vital, no tiene porque definirse como un proceso patológico que incapacite para roles sociales productivos y que necesariamente deba asociarse con la enfermedad (Kastenbaum, 1980), sino que constituye una etapa vital como la niñez, la madurez o la adolescencia, con unas enfermedades características y también con oportunidades propias.

Ahora bien, resulta evidente que por consecuencia del envejecimiento, adultos saludables se convierten, se tornan más débiles y muestran una disminución en sus funciones fisiológicas y un evidente aumento de la vulnerabilidad. Este hecho, junto al predominio de una histórica visión biológica o '*medicalizada*' del estudio del envejecimiento, ha provocado que conceptos exentos de connotaciones patológicas como *envejecimiento* (proceso de llegar a viejo o de envejecer, independientemente de la edad cronológica y del estado de salud), y otros más directamente relacionados con situaciones de pérdida de capacidad física y de salud, como *senilidad* o *senectud* (estado generalizado de deterioro, característico de los últimos años de la vida), se hayan utilizado indistintamente, creando cierta confusión en su interpretación.

El objetivo central de este trabajo fue analizar la percepción que tiene el adulto mayor, de 65 años y mas, en relación a su desempeño en las actividades de la vida diaria (AVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), que habitan en la provincia de Buenos Aires, tomando como referencia los partidos de Berazategui, Lanús, Florencio Varela y el gran La Plata.

La elección de los cuatro partidos surgió de la siguiente manera:

a) *por cercanía*; la zona de influencia de la Universidad Nacional de Quilmes, la cual se encuentra ubicada en la localidad de Bernal partido de Quilmes, sus estudiantes (quienes realizaron las encuestas) son principalmente de la zona de Quilmes, Berazategui, Florencio Varela, Lanús, La Plata, Lomas de Zamora, Almirante Brown y Capital Federal (estos últimos en menor proporción), y del interior de la provincia de Buenos Aires y del país.

b) *accesibilidad y nivel de complejidad*. Por lo tanto la muestra se realizaría en los siguientes partidos de: Berazategui, Florencio Varela, Lanús y La Plata, este último por tener la mayor cantidad de adultos mayores residentes.

Diseño de la metodología. Material y métodos

Para esta investigación se utilizó un diseño de tipo descriptivo, la estrategia metodológica es la triangulación de datos de tipo cuantitativo y cualitativo que da una mayor convergencia a los resultados obtenidos. Se realizaron encuestas a 444 adultos mayores que concurrían a diferentes servicios de salud de los cuatro partidos del conurbano bonaerense. La muestra fue probabilística, proporcional al tamaño de la población, estratificada, controlada por cuotas y ponderada. El error máximo de los resultados es de 4,6% y conto con un 95% de confianza.

El diseño de la encuesta consistió en 19 (diecinueve) preguntas de tipo cerradas y abiertas en relación a la movilidad funcional, uso de los sistemas de comunicación, *preparación de la comida y limpieza del hogar, aseo personal, Ir de compras y manejo del dinero*, además se le agrego una primera parte con los datos filiatorios, como la residencia, sexo, edad, nivel educativo y con quien vive.

Resultados

Los adultos mayores que respondieron a la encuesta fueron algo más de sexo masculino que femenino (52,5 % y 47,5%), la mitad de los encuestados se encuentra en la franja etarea de 65 a 70 años (57.4%), la tercera parte en la de 71 a 75 años (21.7%) y la

cuarta parte restante distribuidas de la siguiente manea de 76 a 80 años (10,1%) y de 80 años y más (10.3%).

En relación al *nivel educativo* podemos mencionar que la gran mayoría (el 60.1%) tiene primaria incompleta/completa.

En cuanto a los diferentes tipos de ayuda económica que recibían estas personas observamos que casi la mitad contaba con una pensión no contributiva iniciada y otorgada en el año 2007, por medio del Estado Nacional (47%), una cuarta parte tenía una pensión (19,2%) y la parte restante obtenía ayuda familiar, especialmente de sus hijos (20,4%). Más de la mitad de los encuestados manifestaron vivir con su pareja/conyugue, (54.2%) más de la tercera parte viven con uno de sus hijos, nuera y yerno (38.1%) y el resto viven solos (14%). Cabe aclarar que la población investigaba es de bajos recursos económicos en situación de vulnerabilidad social.

La proporción de ancianos a vivir solos es notoria en las grandes ciudades no así en el conurbano bonaerense donde la proporción de personas mayores en hogares extendidos es superior, indicando que habría más ancianos conviviendo con otras generaciones. Ello puede atribuirse a diferentes factores: por un lado la razón económica, la protección y la compañía.

En cuanto a la *movilidad funcional* se observa que algo más de la tercera parte de los adultos mayores encuestados declaran que necesitan ayuda para moverse. Esta limitación se acentúa considerablemente entre las mujeres en relación a los varones y entre los que tienen más edad. Ante esta afirmación, una de las entrevistadas *manifestaba "siempre mi marido se ocupó de todo, de pagar los impuestos, ir al banco, y yo de la casa, vio que difícil es no? ahora con la artrosis, dolores casi no me muevo; otra mujer expresaba: "Cuesta mucho trabajo ir de un lugar al otro, ya no puedo caminar bien. Es sano caminar pero cuesta".*

El aspecto relacionado con el *uso de los sistemas de comunicación* se puede mencionar que casi una tercera parte del total de los encuestados necesitan ayuda, esto se da en partes iguales, con una mínima diferencia, entre hombres y mujeres y a medida que avanza la edad. Ante esta pregunta un entrevistado expresó: *"hoy en día hay que recurrir a los jóvenes, nietos, vecinos, para que te ayuden, a usar el cajero, el celular y todos los aparatos nuevos".*

En cuanto a la *preparación de la comida y limpieza del hogar*, una tercera parte manifestó tener dificultades en estos aspectos, observándose en partes iguales en ambos sexos y acrecentándose notablemente en edades más avanzadas. Ante esta pregunta una entrevistada respondió, *"Nunca supe cocinar bien, antes cocinaba mucho para mis hijos y mi marido, ahora estoy sola, casi ya no cocino, y me olvide de algunas cosas. Hoy no podría cocinar como antes.*

Del aspecto *Aseo personal*, podemos mencionar que la cuarta parte de los encuestados manifestaron tener dificultades, tanto hombres como mujeres en casi igual proporción. En relación a la edad el grupo quinquenal de 71 a 75 años fue el que manifestó mayores dificultades.

Todo lo que hace referencia al *Ir de compras* se puede observar como en los anteriores aspectos que una tercera parte de los adultos mayores manifestó dificultades, acrecentándose más en el sexo femenino que en el masculino, y a medida que avanza la edad. *"Cada vez salgo menos, traigo pocas cosas, la bolsa pesa mucho, la otra vez estuve un mes sin salir, me cai y me lastime, ya no tengo la misma fuerza y agilidad que cuando era joven, me da miedo".*

Por último las actividades relacionadas al *Manejo del dinero*, se puede indicar que más de una cuarta parte de la población encuestada ha referido problemas, predominando las mujeres en relación a los hombres en una escasa proporción (24,7% hombres y 28,5 mujeres) y aumentado las dificultades a mayor edad.

Respecto a las actividades de la vida diaria e instrumentales podríamos mencionar que más de la tercera parte de los encuestados manifestó dificultades en aquellas actividades relacionadas con el ir de compras, comida y limpieza (AIVD) asociadas a la movilidad funcional (AVD). Las personas de mayor edad fueron quienes manifestaron mayores dificultades. En un estudio realizado (Guralnik 1993), llegaron a la conclusión que la mayor edad está asociada con la dependencia funcional tanto para las AVD como la AIVD, al igual que la mayor edad es el factor de riesgo más importante del deterioro funcional (Pérès 2005).

Se podría decir que al estar afectada la movilidad funcional, en varias ocasiones por dolor en las articulaciones, por procesos artríticos, osteoporosis y el eventual reemplazo de prótesis de cadera, acompañadas esta por el proceso biológico del envejecimiento, se ha dificultado la realización de las actividades de la vida diaria instrumentales como el trasladarse de su casa para realizar las compras o el pago de servicios (impuestos, cobro de pensión o jubilación, etc.).

Quienes mayormente expresaron las dificultades fueron las mujeres, perciben peor que los hombres su capacidad funcional básica, pero conservan mejor su capacidad instrumental. Se podría presumir que es debido a que ellas son quienes más comúnmente realizan estas tareas o quienes por cuestiones culturales lo expresan más que los hombres.

En una menor proporción las dificultades expresadas se relacionaron con la comunicación, el manejo del dinero y la higiene personal. En cuanto a otro de los aspectos mencionados y que ha quedado en último término por los adultos mayores es el de la *higiene personal*, esta también es asociada a la movilidad funcional y a los procesos antes descriptos, es la primera actividad de automantenimiento que queda afectada cuando hay un deterioro funcional. Según Zautra y Hempel, 1984 el principal determinante de la percepción de salud entre los adultos mayores es el nivel de actividad o movilidad física que puede desarrollar el sujeto y por lo tanto su nivel de independencia.

Conclusión

El envejecimiento tanto en el mundo como en nuestro país nos sitúa ante necesidades emergentes y la Terapia Ocupacional (T.O) es una profesión relevante en el área, considerando el valor terapéutico de lo cotidiano como una condición en su intervención. Algunas características en el proceso salud - enfermedad de los adultos mayores determinan que en este grupo exista un mayor riesgo de deterioro funcional, como se puede observar en esta investigación, el mismo puede llevar a la discapacidad y dependencia. Por lo tanto es de importancia la promoción de un envejecimiento saludable que permita vivir una vejez activa y satisfactoria.

La TO centra su foco en la ocupación, entendiendo ésta como las actividades diarias que todos realizamos, a las que atribuimos un significado y una relevancia, ya que nos permiten desempeñar nuestros roles e integrarnos a la sociedad. El Terapeuta se ocupa de la promoción, prevención y rehabilitación de la salud a través de la ocupación, por lo tanto es una disciplina relevante en la satisfacción de las necesidades del cuidado de la salud, en este caso de los adultos mayores.

Los cambios físicos, psicológicos y sociales que se le atribuyen a esta etapa de la vida inciden en la capacidad de realizar las ocupaciones de la vida diaria, esto impacta en la calidad de vida de la persona. El Terapeuta debe colaborar en la promoción de un estilo de vida saludable, el mejor uso del tiempo libre, colaborar en la prevención de los riesgos, y fomentar una vida activa y saludable.

Este tipo de investigaciones son importantes para conocer de que manera impactan ciertas enfermedades o procesos de deterioro propios de esta etapa, en la capacidad de persona para realizar las actividades de la vida diaria que le son significativas y le permiten organizar su rutina y ejercer los roles en los que se ha involucrado a lo largo de su vida. En este ciclo

el terapeuta ocupacional debe buscar el desarrollo de otras habilidades, potenciar las capacidades remanentes y adaptar los ambientes tanto los físicos como los sociales para lograr una mayor satisfacción y autonomía en las actividades de la vida diaria

Hasta aquí el siguiente trabajo pretende aportar al campo de la TO un conocimiento sobre una parte de la población, de adultos mayores insertos en el conurbano bonaerense, como ellos se perciben a sí mismos acerca de su funcionamiento ocupacional.

Por lo expuesto es necesario incentivar a los estudiantes del grado y posgrado a realizar estudios que tiendan al conocimiento de cómo las personas perciben las ocupaciones en las diferentes etapas de la vida y en distintos contextos sociales, y como estas influyen en su salud con el fin de facilitar el acceso a las diferentes prestaciones que ofrece la Terapia Ocupacional.

Bibliografía

- Guralnik JM, Lacroix AZ, Abbot RD. (1993). Maintainin mobility in late life. Demographic characteristics and chronic conditions. *Epidemiol*; 137: 845.
- HelpAge International. (2000). The mark of a noble society: Human rights and older people. Published. 67-74 Saffron Hill, London EC1N 8QX, UK.
- INDEC. (2010). Encuesta Nacional de Hogares. Cuadro P12- P. Provincia de Buenos Aires. Población en viviendas particulares por tipo de cobertura de salud, según sexo y grupo de edad.
- Kastenbaun, R (1980)- Vejez, años de plenitud. México. Harper &Row.
- Naciones Unidas. CEPAL. Informe 2009. "El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores socio demográficos para América Latina y el Caribe."
- ONU. (2013). Centro de noticias. Nueva York. 3 de Junio de 2013. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/News/story.asp>
- OPS, OMS, (2013) Ministerio de Salud de la Nación. Situación de la Salud en Argentina.
- Pantelides, E. A. (2003). Atención de la salud y la tercera edad. Buenos Aires: CEDES, Serie Seminarios Salud y Política Pública.
- PNUD. (2001). Informe para el Desarrollo Humano 2001. Ed. Mundi. 2000.
- Pérès K, Venet C, Allions A. (2005). The disablement process: factors associated with progression of disability and recovery in French elderly people. *Disable Rehabil*. 27: 236
- Zautra y Hempel, (1984). En Desarrollo Humano. Estudio del Ciclo vital, 2da Edición. Ed. Pearson.

Beneficio en el nivel funcional de pacientes con Demencia institucionalizados a partir de la intervención de Terapia Ocupacional

Autores: Lic. Mara Maslavski.; Lic. Viviana Lost ; Lic. Jesica Bezruk
Terapistas Ocupacionales en Residencia Manantial. Especializada en Alzheimer y Demencias.
Correo electrónico: mmaslavski@gmail.com

Resumen

Uno de los criterios diagnósticos de las demencias (DSM IV) es la dificultad en la realización de las actividades de la vida diaria (AVD). Dentro de las escalas de severidad en demencia, se utiliza como dato para ubicar a un paciente en una fase u otra, aspectos de su desempeño en las AVD (Rubinstein y Politis, 2012). La disciplina que se encarga del estudio de dichas actividades es Terapia Ocupacional.

En las demencias, el objetivo de Terapia Ocupacional es mantener la capacidad funcional; entendida, según Avila Alvarez (2010), como la acción de realizar una actividad, resultante de una transacción dinámica entre la persona, el ambiente y la actividad. En base al ambiente, Tilly y Reed (2004) reconocen áreas que pueden abordarse desde modificaciones en el ambiente físico y social. Contemplan en ambiente físico, aquellas relacionadas a necesidades fisiológicas, de higiene, deambulación y traslado. Y en el ambiente social aquellas relacionadas con la conducta.

El presente trabajo tiene como **objetivo** *identificar variaciones en el nivel funcional de pacientes institucionalizados en residencia especializada en demencias, al ingreso y luego de un periodo de 9 meses.*

Se evaluaron 23 pacientes diagnosticados con demencia (DSM IV), con la Escala por interrogatorio de las Actividades de la Vida Diaria (EIAD, Roumec, et al; 2014). La evaluación se realizó al ingreso y luego de 9 meses de recibir tratamiento de Terapia Ocupacional y beneficios generales del dispositivo de atención interdisciplinario. A los 9 meses el 30% incrementó su nivel funcional, el 39% mantuvo el nivel funcional y el 30% disminuyó. Sobre estos resultados, se remarca que las intervenciones apuntaron a potenciar la autonomía y participación de la persona y siendo la demencia una enfermedad progresiva se destaca que a los 9 meses, el 70% de la muestra ha logrado mejorar o mantener su nivel de funcionalidad.

Introducción

La demencia, de acuerdo a la clasificación del DSM IV, se diagnostica ante aparición de múltiples déficits, entre ellos cognitivos que conlleven a un deterioro significativo del funcionamiento social u ocupacional y representen una declinación significativa respecto del nivel de funcionamiento previo. Llevando al individuo a una situación de progresiva dependencia (1). Desde Terapia Ocupacional (T.O), uno de los objetivos que se persigue es retrasar el deterioro, analizando holísticamente a la persona y observando en qué medida los factores ambientales repercuten en su desempeño y proceso de deterioro.

Diversos autores, sostienen que a través de un programa de T.O, combinado con otras terapias no farmacológicas y farmacológicas, es posible recuperar la capacidad funcional residual del paciente, favoreciendo que llegue a un nivel de autonomía esperable dentro de sus capacidades (2). Dentro de Instituciones especializadas en Alzheimer, la Fundación Reina Sofía en España (3) en su manual para profesionales reconocen que el objetivo es retrasar el

avance de la enfermedad, manteniendo (desde T.O) la máxima independencia en las actividades de la vida diaria (AVD).

El modelo teórico que guía la práctica de T.O dentro de la Institución es una combinación del Modelo de la Ocupación Humana de Kielhofner y el Marco de presión ambiental. Por medio de los cuales se analiza, como propone Calkins (4) la interacción persona- ambiente y qué factores benefician el desempeño. Fomentando intervenciones en la línea propuesta por Tilly y Reed (5) para abordar las AVD por medio de modificaciones en el ambiente físico y social. Se contemplan dentro de las actividades de la vida diaria, las básicas; baño, cuidado de intestino y vejiga, aseo e higiene en el inodoro, higiene y arreglo personal, vestido, alimentación, movilidad funcional. (6). En las mismas se evalúa el nivel funcional del residente, cómo se beneficia de las adaptaciones ambientales de la Institución y que particularidades requiere desde adaptaciones físicas y conductuales para recuperar la capacidad funcional que permita fomentar su autonomía. Se trabaja de manera interdisciplinaria con enfermería y asistentes geriátricos.

Objetivo *identificar variaciones en el nivel funcional de pacientes institucionalizados en residencia especializada en demencias, al ingreso y luego de un periodo de 9 meses.*

Metodología

Sujetos

La muestra fue de 23 pacientes institucionalizados en una residencia especializada en Alzheimer y Demencias en la ciudad autónoma de Buenos Aires. De los cuales 18 eran de sexo femenino y 5 de sexo masculino, diagnosticados con demencia (DSM IV). El promedio de edad y años de educación se muestran en **tabla I**.

Instrumentos

Se administró el **Mini Mental State Examination de Folstein et al. (MMSE)** (7) y la **Valoración Clínica de la Demencia de Hughes et al. (CDR)** (8). Los resultados de las pruebas específicas de demencia se detallan en tabla I y II.

Tabla I.

Tabla II.

	Media	SD
Años de edad	85	7.11
Años de educación	12	4.37
MMSE	14	8.95

**Promedio de edad, año de educación
y resultados de MMSE
Resultado de CDR expresado
en porcentaje**

Nivel CDR	Porcentaje
0,5	4%
1	26%
2	39%
3	30%

Para evaluar la funcionalidad se administró la **Escala por Interrogatorio de las Actividades de la Vida Diaria (EIAD)** (9) que evalúa el nivel de independencia de las AVD básicas (continencia urinaria, continencia fecal, aseo, toilette, alimentación, movilidad, traslado dentro del hogar, baño, vestido, entre otras) en pacientes con deterioro cognoscitivo y demencia. Cada una de ellas está dividida en acciones que constituyen la tarea y la manera en que el paciente la ejecuta. Los niveles de funcionalidad son los siguientes: *independiente* (el paciente inicia y finaliza la actividad sin asistencia), *independiente con indicación* (los pacientes son capaces de completar la tarea una vez que alguien da la indicación verbal de inicio), *independiente con supervisión* (en el cual la persona es hábil para realizar la tarea, requiriendo la permanencia de otra persona para realizarla sin riesgo), *mínima asistencia* (se necesita 25% de asistencia física o cognitiva para ejecutar las actividades sin riesgo), *moderada asistencia* (se necesita 50% de asistencia física o cognitiva frecuente para mantener cada paso o actividades simples y rutinarias), *máxima asistencia* (requiere un 75% de ayuda de otra persona, desde lo motor para ejecutar la actividad, y/o cognitivo para iniciarla) y *total asistencia*

(necesita un 100% de ayuda de una o más personas para ejecutar todas las actividades y/o estimulación cognoscitiva para generar una acción motora ante un estímulo externo).

Esta escala fue administrada por un Terapeuta Ocupacional a un asistente geriátrico, para obtener información del desempeño diario del residente. Se realizó en dos oportunidades, una al ingreso del residente en la institución y otra a los 9 meses de su institucionalización. La evaluación duró aproximadamente 10 minutos.

Resultados

Los resultados de la EIAD expresaron que el 70 % de la muestra ha logrado mejorar o mantener su nivel de funcionalidad a los 9 meses. Los que incrementaron el nivel de funcionalidad representan el 30% y los que mantuvieron el 39%. Estos porcentajes se observan en la **figura III**.

Teniendo en cuenta los niveles de funcionalidad de la escala, a los 9 meses se observa incremento de residentes en el nivel de *independencia con indicación* e *independencia con supervisión* y disminución en niveles de mayor dependencia. El grafico de la **figura IV** muestra que porcentaje de pacientes al ingreso y a los nueve meses se ubican en cada nivel.

Figura III.

Evolución de funcionalidad de funcionalidad por paciente al ingreso y a los 9 meses.

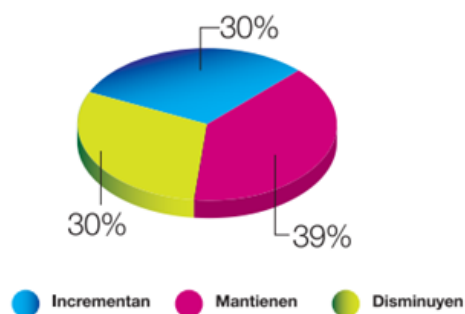
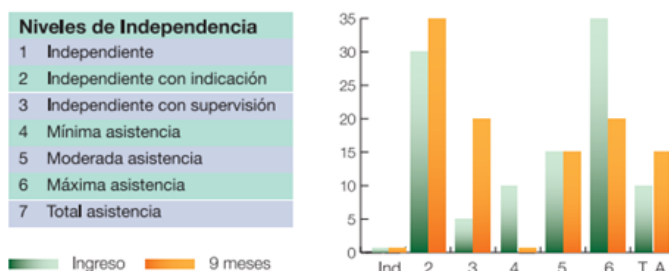


Figura IV.

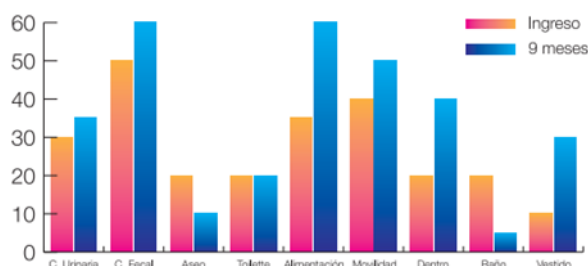
Porcentaje de nivel



En cuanto al nivel de independencia de los residentes por cada AVD se observó un incremento del nivel funcional en más de la mitad de las actividades evaluadas, referidas en el grafico de la **figura V**.

Figura V.

Porcentaje de funcionalidad por AVD al ingreso y a los 9 meses.



Conclusión

En el presente estudio, se pretendió identificar la variación en el nivel funcional de pacientes institucionalizados, en residencia especializada en demencias, al ingreso y luego de 9 meses.

Los resultados expresan que el 70% de la muestra ha logrado mejorar o mantener su nivel de funcionalidad. Se destacan los resultados, considerando que la demencia es una enfermedad progresiva y que la funcionalidad, en las actividades de la vida diaria, se ve influenciada por la alteración de las destrezas cognitivas y motoras-praxicas que van en declive. En base a los resultados podría entenderse como proponen Tilly y Reed (5), que el análisis de las interacciones entre las habilidades de la persona y el ambiente físico – social, así como la utilización de estrategias para potenciar las capacidades preservadas, facilitan el incremento o mantenimiento de los niveles de funcionalidad.

Los niveles de funcionalidad que presentaron incremento, a los 9 meses, fueron los de *independencia con indicación e independencia con supervisión*. Se destaca que al ingreso, la mayoría de los pacientes clasificaba en *máxima asistencia*.

En relación a las actividades básicas que presentaron un incremento marcado del nivel de funcionalidad, se destacan: alimentación, traslado dentro de la Institución y vestido. Las intervenciones en dichas AVDB desde Terapia Ocupacional, se basan tanto en el **ambiente físico** (disminución de distractores, acondicionamiento lumínico, promoción a la habituación espacial, posicionamiento, otros), **social** (agrupación de los pacientes según nivel de deterioro favoreciendo la socialización entre pares, capacitación del personal de asistencia), como en la **persona** (facilitar la participación del residente, uso de adaptaciones como también de ayudas técnicas).

Para las actividades de continencia urinaria y fecal, que presentaron una variación menor, la intervención se basó en establecimiento de rutinas de baño.

Para las actividades de aseo, toilette y baño, en las cuales a los nueve meses el nivel de desempeño se mantuvo o disminuyó, la intervención versa sobre promoción de la seguridad y supervisión constante.

Sobre estos resultados, se remarca que las intervenciones que apuntaron a potenciar la autonomía y participación de la persona, son las que se desarrollaron en las AVDB que presentaron un incremento en la funcionalidad. Priorizando, como propone Cohen-Mansfield (10) al sujeto sobre las variables de tiempo y espacio a fin de crear una conexión con la actividad y el ambiente.

Bibliografía

- Weiner y Lipton. 2009. "The American psychiatric publishing. Textbook of alzheimer disease and other dementias". Editorial Médica Panamericana. 17-42.
- Baldelli MV1, et al. 2007. Dementia and occupational therapy. Arch Gerontol Geriatr 44, 1:45-8.
- Pérez Muraño, C et al. 2012. Guía práctica para profesionales que trabajan con enfermos de Alzheimer. Fundación Reina Sofía, 3: 32-46.
- Calkins, M. 2004. Articulating Environmental Press in Environments for People with Dementia. Alzheimer's Care Quarterly, 5, 2: 165-172.
- Tilly y Reed. 2004. Evidence on interventions to Improve Quality of care for residents with dementia in nursing an assisted living facilities. Chicago, IL, Alzheimer`s Association.
- Ávila Álvarez et al. 2010, American Occupational Therapy Asociation (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process. American Journal of Occupational Therapy, 62, 652-683.
- Folstein, M., Folstein, S. & Mc Hugh, P.1975. Minimental State, A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J. psychiatric Res. 12.3: 189-198.

- Hughes, C., Berg, L., Danziger, L., Coben, L. & Martin, R. 1982. A new rating scale for the staging of dementia. *Br. J. Psychiatry*, 140: 566-572.
- Bettina Roumec, Mariana Gismondi, Andrea M. Gomez, Leandro Sousa. 2014. Escala por interrogatorio de las actividades de la vida diaria: validación y correlación con escalas de severidad de deterioro cognitivo en pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Neurol Arg.* 6.3:137-141.
- Cohen-Mansfield J. 2001. Nonpharmacologic interventions for inappropriate behaviors in dementia: a review, summary, and critique. *Am J Geriatr Psychiatry*. 9, 4:361-381.
- Rubinstein W & Politis D. 2012 "Dificultades de la vida cotidiana en la demencia tipo Alzheimer. Estudio de la apraxia dentro del campo de la Neuropsicología Cognitiva". Editorial Académica Española.
- American Psychiatric Association. 2000. Diagnostic and statistical Manual of Medical Disorders, Text Revision (4th ed.) Washington, DC.

Mesa 16

Clínica en salud mental

Situación clínica, tratamiento en Terapia Ocupacional, consulta externa Hospital Borda

Autora: Gómez Mengelberg, Elisabeth
Correo electrónico: egmengelberg@fibertel.com.ar

Resumen

Introducción

Este trabajo es fruto de una selección de la atención en consulta externa de Terapia Ocupacional del Hospital Borda, en función de poder ilustrar aspectos clínicos, y señalar los factores ambientales y contextuales significativos.

Objetivos

Ilustrar las complejidades de la atención en salud mental e identificar las propias del paciente, del contexto y del sistema de salud. Difundir y contribuir a visibilizar los hechos de abuso y evitar la naturalización de los mismos

Material

Apelaré a detalles significativos del proceso de María que entiendo forman parte de esta situación clínica

María; se casa con un extranjero y se va a vivir a Europa y a otras ciudades de oriente, tiene un hijo, luego se divorcia y vuelve a Argentina, ya con sintomatología psiquiátrica manifiesta comienzan las interconsultas con un especialista de manera privada.

Vive con su hijo en una ciudad de una provincia argentina, el cuadro se agrava y es internada en el Hospital Borda en el servicio de mujeres. Luego de un período de internación retorna a vivir con su hijo y debido a las dificultades en la convivencia es internada en una institución privada provincial. Viaja mensualmente a buscar medicación y a consulta psiquiátrica al Hosp. Borda hasta que abandona.

Va perdiendo autonomía (control de esfínteres, deambulación) y refiere que fue sometida a abusos y maltratos por parte del personal de esa institución. Su familia la trae a vivir cerca de la capital y retoma su atención en el H. Borda.

Consideraciones finales: María inmersa en una situación familiar compleja, es damnificada por no recibir un tratamiento adecuado y por un sistema de Salud que no pone énfasis en controlar a las entidades privadas. Sus dificultades y limitaciones son mayormente producto de la condiciones ambientales y contextuales a las que fue sometida que a su diagnóstico.

Introducción

Este trabajo es fruto de una selección de la casuística de la atención en la consulta externa en Terapia Ocupacional del Hospital Borda, en función de poder ilustrar aspectos clínicos, factores ambientales y contextuales significativos de un tratamiento en TO.

La estadística de consulta externa del Hospital es de alrededor de 10000 anuales, en un alto porcentaje de estos intervienen los TO en múltiples y diferentes prestaciones.

Objetivos

Ilustrar las complejidades de la atención en salud mental e identificar las propias del paciente, del contexto y del sistema de salud.

Difundir y contribuir a visibilizar los hechos de abuso y evitar la naturalización de los mismos.

Material

Apelo a detalles significativos de su evolución que entiendo forman parte de la situación clínica que pretendo mostrar.

Se propone en esta clínica de Terapia Ocupacional que realizamos en el hospital, el reconocimiento de la persona, su familia o convivientes, el del sufrimiento provocado por su patología, los beneficios y perjuicios de los tratamientos recibidos y las condiciones de vulnerabilidad social, entendida como las fragilidad o ruptura de vínculos de pertenencia (familiares sociales e integración escolar, laboral) (1)

Las situaciones de salud y enfermedad de las personas con sufrimiento mental y/o vulnerabilidad psíquica dependen de recursos que le son propios (estructura psíquica y estrategias de vida), recurso afectivos familiares para su alojamiento material y afectivo y recursos comunitarios existentes, estas dimensiones que hacen al diagnóstico situacional, deben ser evaluados simultáneamente en las propuestas de planes de trabajo y resultan los escenarios de intervención directas e indirectas del terapeuta ocupacional (1)

Son los principios rectores de este trabajo la subjetividad, la autonomía la participación social y los derechos de ciudadanía. (2)

Esta situación clínica pone en tensión cierta lógica de que es en el hospital público especializado donde toda persona que padece de sufrimiento mental es víctima de abusos y maltrato, por lo tanto debe ser y es indispensable ser seriamente cuestionado, pero existe una invisibilización y no tanto cuestionamiento sobre estas mismas situaciones que padecen estas personas en el sistema privado de salud mental.

A fin de proteger la identidad del paciente los datos personales, familiares, de migraciones y la ubicación geográfica y temporal han sido modificados.

Situación clínica

María; finalizó el secundario, y se casó con hombre de origen europeo y partió con él a vivir -por motivos laborales- a Europa y luego a una nación del este, allí con dificultades en la convivencia, queda embarazada y ante la sugerencia de su marido de abortar decide no hacerlo y tiene un hijo.

Declarada una situación acuciante en el país que vivían, son regresados por la empresa que trabajaba su marido y quedan viviendo en Europa hasta que la convivencia se hace insostenible y María con su hijo vuelven a Argentina ya con algunas manifestaciones de su enfermedad.

En Argentina se divorcia, vive sola con su hijo en un pueblo de una provincia, realiza múltiples trabajos y ante la posible concreción de un puesto laboral importante en una fábrica comienza con una sintomatología psiquiátrica aguda (crisis psicótico) realizan interconsultas con un especialista en psiquiatría de manera privada y es internada por primera vez en su pueblo. De aquí en más fue internada varias veces en distintas instituciones privadas en varias ciudades de diferentes provincias.

Cada vez que es dada de alta, vuelve a vivir con su hijo, la situación familiar es complicada y tensa y no pueden sostener la convivencia.

El cuadro se agrava y es internada en el Hospital Borda en el servicio de mujeres. Luego de un período breve de internación (donde además del control psiquiátrico y psicofarmacológico, realiza psicoterapia y psicoterapia familiar) retorna a vivir con su hijo y siendo una adulta joven es internada en un geronto-psiquiátrico privado de una provincia, debido a las dificultades convivenciales.

Entre una institución privada y otra del mismo tenor, transcurre casi una década en las que va perdiendo autonomía como el control de esfínteres y la deambulación.

Su familia está formada por hermanos y su padre, y ni el ni su madre -hoy fallecida- reconocieron alguna vez el padecimiento de su hija.

En los primeros años que paso internada en el sistema privado, concurría una vez al mes al hospital público a buscar medicación y siendo atendida por diferentes psiquiatras, en ocasiones no asistía y retiraba la medicación algún familiar.

Pasado varios años sus hermanos la retiran del gerontopsiquiátrico al darse cuenta de la declinación de la condición de María (presentaba escaras, usaba pañales, pasaba la mayor parte en silla de ruedas, desorientada y confusa) la trae a vivir cerca de la capital federal y continua concurriendo a su consulta psiquiátrica en la consulta externa del hospital público.

Al presentarse a la entrevista de Terapia Ocupacional concurre con un familiar y luego de la entrevista organizo una serie de sesiones de carácter psicoeducativo y de orientación familiar incluyendo también a la asistente domiciliaria, elaboramos estrategias para el mejoramiento de la calidad de vida de María, se muestran colaboradores y dispuestos a llevar a cabo las indicaciones dadas.

Si bien se muestran reticentes para responder algunas preguntas acerca de los años de internación; refieren que la visitaban muy esporádicamente hasta que fueron dándose cuenta del deterioro cada vez mayor que María presentaba.

María quien tiene un diagnóstico psiquiátrico de Esquizofrenia. Evidencia dificultades en la memoria y comprensión, se muestra temerosa, inestable en lo cognitivo, muy influenciado por circunstancia ambientales, cualquier evento familiar la inquieta fácilmente así como también lo produce una alteración en su rutina.

Comenta deshilvanadamente lo acontecido en el nivel familiar ya que se reencontró con ellos. Sin estar desligada ni indiferente sus preocupaciones o inquietudes tienen un desarrollo pueril y limitado.

Ha perdido la natural destreza del uso del lenguaje que nos lleva a incluir las coordenadas de tiempo en lo que se enuncia.

Realizamos ejercicios de estimulación cognitiva y habilitamos un cuaderno "viajero", donde acordamos dejar algunos pendientes para realizar en su casa y traer a la sesión siguiente (la frecuencia es semanal).

Al transcurrir las sesiones María se mostrar mas confiada y menos temerosa ante lo nuevo, realizamos rompecabezas, comienza a recordar un idioma extranjero (lo hablaba a la perfección) y lo incluimos en nuestra rutina de tratamiento realizando traducciones sencillas, también hace cálculos simples y trabajamos la organización de las actividades cotidianas, higiene, alimentación y habilidades sociales

Aproximadamente a mitad de su tratamiento en TO, súbitamente me dice del abuso sexual que padeció por parte de un empleado del geronto-psiquiátrico, los castigos padecidos y me refiere las situaciones con algunos detalles y con relativa expresividad.

Inicia la elaboración de un ordenamiento temporal aunque con lagunas y sin insistencia, entonces relata que solo limpiaba ollas, que a veces era atada a la cama para que no se levante al baño, abusada sexualmente por el personal, castigada a permanecer acostada por desobediente,

Cuando se la interroga por si establece alguna relación entre esas situaciones y su condición, me hace referencia a que no es bueno acordarse de eso.

Se frecuenta con asiduidad con su familia y asiste a sus reuniones, su expresión facial se ha modificado: sonríe.

Ubicada en una posición de objeto y despojada de su posición de sujeto (sujeto de derechos legales y cívicos).(1) fue abandonado en parte su actitud pasiva, ya que todo se lo hacían a ella o por ella.

El trabajo con la familia y la asistente domiciliaria, colaboró en mucho en su recuperación acercándose paulatinamente a cierto nivel de autonomía y funcionalidad, pudimos comenzar a avanzar hacia la construcción de un espacio subjetivo y a la tentativa de hacer lazo social. Recupero el control de esfínteres, se encuentra más orientada en tiempo y espacio, colabora en pequeñas tareas sencillas del hogar y puede realizar las actividades de higiene personal con un mínimo de ayuda y sostén.

Puede ocuparse con colaboración de alguna de las actividades del hogar y por el momento carece de la posibilidad de mantenerse por sí misma sin la ayuda material y el afecto de su familia.

Consideraciones finales

María inmersa en una situación familiar compleja, solo recibió tratamiento psiquiátrico psicofarmacológico con continuidad, pero tratamiento familiar y psicoterapéutico, solo recibió en el servicio de internación del Hospital Público.

Varios han sido los hechos anómalos que se entrelazan en esta situación clínica, la paciente de alta de una internación continua con la atención en consultorios externos del mismo hospital, una vez al mes la paciente recorre cientos de kilómetros para asistir al control psiquiátrico Psicofarmacológicos, en varias ocasiones la paciente no concurría y le daban la medicación mensual a un familiar.

De acuerdo a la ley 26657, el sistema de salud deberá proveer tratamiento y atención especializada cerca del domicilio de la paciente, (4)

El hospital no debería otorgar la medicación al familiar sin realizar una entrevista con el paciente,

Fue damnificada por un sistema de Salud que no pone énfasis en controlar el quehacer de las entidades privadas, es allí donde sufrió abusos (castigos y violaciones) que retornan en ocasiones en forma de pesadillas, abandonada física y psíquicamente (solo con medicación) María estuvo a punto de perderse totalmente,

En la complejidad de la atención en salud mental, esta situación clínica deja en evidencia que las limitaciones y dificultades de María no son atribuibles en su totalidad a su diagnóstico, en gran parte han sido causadas por factores ambientales y de contextuales y producto de las condiciones a las que fue sometida.

Bibliografía

- Gómez Mengelberg, E. Paganizzi, L. 2013 "Tratamiento y rehabilitación de las psicosis y otras enfermedades relacionadas" en "Programa de Actualización en Psiquiatría. Proapsis" , Segundo ciclo- **Modulo 2** -Ed. Panamericana, 2013 , Eje 4 Pág. 139-174 (Argentina)
- Días Barros, D., Garcéz Ghirardi, M, & Esquerdo Lopes, R. 2009 "Terapia ocupacional social: una perspectiva socio histórica" En "Terapia Ocupacional sin Fronteras .Aprendiendo del espíritu de supervivientes" F. S. Kronenberg, S. Simó, N. Pollard, Ed. Médica Panamericana (Madrid).
- Apollon.W, Bergeron.D, Cantin.L, (1997) "Tratar la psicosis" Ed. Polemos, Argentina
- Ley Nacional Nº 26.657 de Salud Mental. (2011)- Art 1 inciso B. (Republica Argentina.)

Dispositivo de guardia en salud mental. El hacer del terapeuta ocupacional en el abordaje interdisciplinario de la experiencia de urgencia subjetiva

Autores: Arias, Anabel

Correo electrónico: anabelarias85@hotmail.com

Resumen

Este trabajo presenta una experiencia en un dispositivo de Guardia Interdisciplinaria en Salud Mental creado en el Hospital Escuela de Salud Mental de la ciudad de Paraná, Provincia de Entre Ríos.

Se busca, por un lado, historizar brevemente sobre la organización, dinámica y el posicionamiento ético, clínico y político del dispositivo y su lugar en los modelos de gestión. Y por otro lado, se intentará problematizar sobre los supuestos implicados en torno al lugar del terapeuta ocupacional en la constitución de éstos equipos interdisciplinarios, a partir de preguntas y relatos de situaciones.

Así también se busca poner en discusión el entendimiento respecto de "lo cotidiano" para contribuir al diálogo de las prácticas de salud tendientes a evitar la reproducción de la lógica manicomial / asilar. Propiciando así, una atención que contemple la perspectiva de lo cotidiano en las prácticas de salud.

Para poder pensar sobre estas coordenadas se tomaran algunas escenas que permitan teorizar acerca de cómo y por qué pensamos la clínica con otros, la subjetividad que de allí deviene y su entrecruzamiento con las políticas públicas.

Palabras claves: urgencia subjetiva - interdisciplina – invención

Cartografiando los comienzos del proyecto...

Este escrito surge de la reflexión del proyecto de Guardia Interdisciplinaria en Salud Mental construido en el pasaje por la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (R.I.Sa.M) de **Entre Ríos¹**.

Comenzaré valiéndome de un recorte de situación, intentando tejer un relato que supere lo meramente anecdótico para reflexionar sobre lo que hacemos y de qué modos, ciertas hipótesis que esbozamos para las preguntas que nos van interpelando, algunas conceptualizaciones teóricas a las que apelamos y que posibilitan hacer hablar la experiencia.

"Es fin de mes, tenemos que armar los equipos para hacer las próximas guardias. Se escuchan voces en el tumulto de profesionales: "Ponéme con este", "Si no hay psicólogo no hago guardia", "Armemos el equipo con un médico, un psicólogo y algún T". Nos interpelan: ¿Es competencia del t.o el espacio la urgencia?, ¿Qué es lo hacen allí? ¿Pueden teorizar sobre esto? "De la intervención del trabajador social en la urgencia hay experiencias pero del t.o no", "Que no es necesario el t.o" piensan/dicen algunos, "Que si es necesario" piensan/dicen otros, "Que ponete a escribir de una vez así sustentan algo" dice una con buenas intenciones. "¿Que cuando se va a dejar de joder?" piensan/preguntan otros."

¹ El proyecto de la Guardia Interdisciplinaria, fue propuesto por un grupo de Residentes en el año 1992, pudiendo concretarse sólo por el término de un año- y es retomado en el 2011 siendo llevado a cabo hasta la actualidad con fuerte aval de la dirección de este hospital y de la dirección de Salud Mental y Adicciones.

La guardia interdisciplinaria es un proyecto que surge en la apuesta de romper con los modelos clásicos de atención, entendiendo imprescindible el abordaje interdisciplinario de la urgencia subjetiva. "Tomar la guardia", construir una situación y una intervención en los tiempos que propone la urgencia, es una experiencia novedosa y un desafío para las t.o que hemos deseado hacer camino allí. En este proceso, hemos avanzado en la práctica, pero sigue siendo necesario un tiempo de detenimiento, revisión y construcción teórica, en tanto nos encontramos con un desabastecimiento de teorías disciplinares, y prácticamente no hay antecedentes de otras experiencias de intervención en este campo. En ese desconcierto, la T.O viene siendo de las disciplinas más interpelada y al igual que sostenemos otras preguntas en el campo de la salud mental, en esto decidimos no retroceder.

La escena del armado de equipos directamente me lleva al patio de la escuela, al recreo y al guardapolvo blanco, a ese tiempo en que armábamos los equipos para jugar. Una ceremonia en la que dos niños, elegidos por azar o por líderes, preparaban sus equipos eligiendo los mejores en primer lugar y los más "troncos" al final. Escena dramática dónde sin eufemismos se conocía la posición de cada uno en el grupo. En el contexto de la guardia y salvando las distancias, la T.O, muchas veces, fue vista sin eufemismos como "un poco madera" para la urgencia. Y pareciera que la mayoría de las veces los que han oficiado de "electores" en la construcción de los equipos, fueron las disciplinas, que en el proceso histórico han sido las eternas hegemónicas en el campo de la Salud Mental. Hegemonía, a la vez, que nadie discute que es necesario desterrar.

Éste recorte hizo visible y enunciable un primer desafío –que podría parecer sentimental, pero es **estratégico**- al definir como colectivo nuestra ética de trabajo en la guardia: **la necesidad de sostener una mirada del otro como semejante**. Otro que venga a romper los solipsismos, a situar un lugar, a hacer marca, límite, a irrumpir el puro deseo del sujeto aislado, a instalar cierto orden, a regular y hacer diferencia.

El respeto por la diversidad de miradas suele ser una tarea compleja y a menudo nos encontramos en disputas –reales e imaginarias- en las que no somos reconocidos, omitimos, nos omiten, nos fragmentan en nuestro hacer, fragmentamos. Las disciplinas –a diferencia de los emperadores o dictadores que se nombran como quieren que los nombre la historia- no siempre eligen el lugar que otros atribuyen cuando la nombran. Esos supuestos desde dónde se las convoca no están anclados únicamente al presente, sino que las más de las veces se ponen en juego en relación a la historia. Da Rocha Medeiros (2008) historiza sobre los orígenes complejos en los que la T.O fue considerada "auxiliar" de la medicina, y vinculada al "tratamiento moral" con una fuerte tendencia conservadora y positivista; luego en la pretendida búsqueda de cientificidad que nos posicionara de otro modo en el campo de la salud -y ante los supuestos de que el único objetivo del uso de la actividad era el "entretenimiento"-, consumió hasta el hartazgo las producciones del norte revisando sus instrumentos de evaluación y de intervención. Momento en el cuál tomó un carácter pragmático, funcionalista que nada tiene que ver con los procesos de salud y enfermedad de nuestro contexto, perdiendo otra vez su dirección, su sur. Y desde hace algunos años, podemos ubicar otro tiempo, impulsado sobre todo por las producciones brasileras, de reconstrucción de nuestros marcos teóricos de la mano de la lectura del materialismo histórico y dialéctico quedando las bases de un nuevo Paradigma participativo-dialéctico. No hay dudas, de que la TO es una disciplina desde siempre interrogada. Proceso en el que como t.o renegamos, a veces jugamos a las caperucitas, pero también apelamos a una reflexión de las posiciones que asumimos en el cruce permanente de los lugares que también le fueron y le son atribuidos, nombrándonos desde lo cotidiano de nuestro trabajo, en las fisuras que encontramos para hacer/ser, en el deseo de que algunas cosas cambien, en la espera de ciertas condiciones pero también arremetiendo y acelerando un poco el curso de la historia.

Ese pedido que se nos hace de ubicar cierta *identidad profesional* de la intervención del t.o en la guardia es complicado –y en algún punto, peligroso, en tanto nos desresponsabiliza como grupo-, porque busca que caractericemos y delimitemos cierta imagen desde la cual se

nos reconocerá, pero sobre un “algo” que siempre se verá afectado por el campo de trabajo. Si entendemos que el hacer de una disciplina no es estático sino que se dinamiza en función de una problemática a abordar: *¿Cómo delimitar sin caer en modelos cristalizados?* ¿Es una verdadera búsqueda para esclarecer? o ¿buscamos respuestas/certezas que anulen o desmientan la evidencia? Que en éste caso sería, parafraseando a Stolkner, que **la interdisciplina hoy por hoy es indiscutible, y además esto se traduce en ceder poder, en hacerlo circular**. Pienso que muchas de éstas preguntas se encuentran al servicio de la desmentida, fundadas sobre respuestas ya predeterminadas.

Quizás antes de caer con todo el filo en la especificidad de las disciplinas, podamos instalar posibilidades reales de deliberación que construyan el dispositivo de la guardia, como acto y escritura, como invención que acontezca en el espacio de las dialécticas. Y así nos demos cuenta de que tomar la guardia tiene más que ver con el **deseo** que con una determinada disciplina. Tal vez sea ese deseo –que aparece dónde hay una pregunta, una falta y por ende malestar– lo que habilite un recorrido y en función del cual cada profesional hará y responderá por su elección, dependiendo de las perspectivas desde donde se posicione y entienda las situaciones en las que interviene.

Delimitando lo imposible: la intervención de las terapeutas

Decimos que en la guardia ofrecemos una **escucha** a quién sufre en su urgencia para que éste tenga a quién dirigirla. Escucha en la que cada cual se verá interrogado desde su propio objeto de estudio. La del t.o se orienta tanto a la **cotidianeidad** (Galheigo. 2003), entendida como la invención que hace un sujeto para sostenerse en su existencia, como al **hacer humano** (Da Rocha Medeiros. 2008), es decir, la vida de actividad (Paganizzi. 1997), en función de que éstos puedan ser fundados con **autonomía**. Un sujeto que llega a nuestros consultorios, talleres o a la guardia, no es sólo alguien que delira, que alucina, que está indocumentado, que se intoxica, que abandonó el tratamiento farmacológico o que está en situación de calle. **Las crisis subjetivas, para la mirada de un t.o, se presentan como ruptura de lo cotidiano**. Hay cierto o gran desarme de esa invención, de esa red tejida por las actividades que producen cortes en la continuidad del tiempo. Algo de lo que sostenía la vida del sujeto: los lazos con su trabajo, con sus estudios, con sus objetos, con los otros, el lazo que hace cultura, de momentos se quiebra. Desde ese momento, el sujeto pierde las referencias que antes lo amarraban, no cualquier referencia, sino las suyas, las inventadas en ese cotidiano. Al sujeto en crisis se le vuelve extraño lo cotidiano y cuando esos lazos se cortan y la subjetividad queda desarmada, hará intentos “locos” por amarrarse a algo: el auto-encierro, o ese andar suelto. Actos que quedan por fueran de los códigos convencionales que nos ordenan.

Alguien que llega urgido o en crisis, también puede ser escuchado/interrogado/abordado desde la particularidad de sus modos de hacer. La mayoría de las veces encontramos en los lazos que un sujeto establece con lo cotidiano los elementos que facilitan la descompensación y también el efecto desbastador de una crisis. En esa escucha particular que hacemos nos preguntamos: ¿Cuáles son las condiciones de vida de este sujeto urgido?, ¿Qué puede narrar de su vida cotidiana?, ¿Qué actividades ubica que lo sostenían en su cotidianeidad? ¿Cuáles disfrutaba? ¿Cuáles encuentra poco saludables? ¿Cómo sostuvo estas actividades hasta llegar a la consulta?, ¿Para cuáles se encuentra desorganizado?, ¿Cuida de otros?, ¿Alguien lo ayuda? ¿Podrá volver a su casa después de la consulta?

La brecha de las intervenciones:

¿Qué hacemos en función de eso que escuchamos?, ¿Qué intervención proponer para un sujeto a quién la cotidianeidad se le vuelve extraña?, ¿Qué acercar para rearmar algo de eso que aparece desarmado? Entiendo que la intervención como ficción que armamos de una situación y de cierta problemática que ubicamos, es tarea de todo un equipo y de cada disciplina en particular, dónde para algunas disciplinas estará un poco más allanado.

Si se piensa a la intervención como una respuesta que busca aliviar un momento crítico, tendrá que haber una respuesta vinculada a re-armar algo de ese cotidiano que aparece desarmado. Re-armar lo cotidiano es intervenir sobre la forma de ese cotidiano: ¿qué hacer de ahora en más?, ¿cómo organizar el día a día?, ¿quién cuida o acompaña?, ¿qué tratamiento sigue?... Que en la urgencia pueda haber una escucha en relación a cómo es ese cotidiano, qué lo sostenía a ese sujeto, qué le daba cuerpo a su existencia, vuelve necesaria y pertinente una acción posterior para construir esa "forma". Esto será de diversas maneras: acompañando en el pasaje de la consulta por guardia hasta la sala de internación favoreciendo las condiciones en que se produce y el proceso de reorganización de la cotidianeidad que implica una internación; será acompañando en esa construcción de un nuevo lugar y nuevas rutinas dentro del hospital; otra vez será acompañando el pasaje hacia un tratamiento ambulatorio, ya sea en una derivación a un espacio ligado o no a una actividad; será también coordinando con algún lugar de referencia, como también el caso lo amerita, de contener una crisis dando un tiempo y un espacio donde se despliegue alguna actividad en la guardia. Actividad que pueda ser pensada como ese paréntesis que instaure un compás de espera mientras se delibera que es lo que está en juego en esa urgencia y para quién.

Tal vez el t.o. tenga algo para hacer en la guardia siempre y cuando "algo" de esto se ponga en juego como escucha, como problematización de la situación y como respuesta. La interdisciplina tratará de poner en juego diferentes lecturas para aquellos problemas complejos que aborda, de modo que las respuestas que se ofrezcan sean complejas.

Reflexiones finales

El modo en que pensamos e intervenimos en lo cotidiano y lo que de allí puede o no devenir terapéutico para alguien, hace luz a una manera de posicionarnos entre la diversidad que nos ofrecen los paradigmas. Responde, al decir de Da Rocha Medeiros (2008), a un modo de entender al sujeto, al hacer, al proceso salud - enfermedad. En este sentido, la formación en la R.I.Sa.M boga por un posicionamiento en el hacer colectivo, donde la lógica sea inventar condiciones de posibilidad, romper con las repeticiones.

El paso por la guardia es una invitación al movimiento, a sacudir allí a donde tienda a hacerse sedimento, donde, desde luego, no todos se atreverán a los sacudones que supone. Es una apuesta a interpelar lo que viene dado y devenir en tiempo presente lo potencial, superando la queja en función de una posición que permita concretizar acciones en lo cotidiano. Malestares y esperanzas se entremezclan mientras recorremos estos escenarios, soñamos juntos otros mapas y otras geografías que hagan distancia a la alienación que propone el manicomio como lógica. Allí, las preguntas abren agujeros. Huecos que nos permiten respirar un poco, que a veces atemorizan, invitan a pensar, a reír, a arriesgar una respuesta, a desestimarla, a arriesgar otra y así. Trazan abismos con las hegemonías en las que todo es pleno y por lo tanto no hay preguntas. Entonces me pregunto: ¿Y entre las preguntas y las hegemonías qué hay? Hay intentos, hay historia que nos juega en ocasiones malas pasadas, hay cercanías, hay también distancias que parecen irreconciliables, hay esbozos, hay escritos, hay una trcalada de quizás, hay olvido, hay esperanza y hay también desilusión. Pero sobre todo, me quedo con la esperanza que discurre entre uno y otro, con esa plataforma que se sostiene en las utopías colectivas, en los fines compartidos. Fundamentales para que las preguntas no se nos conviertan en una retórica hueca.

Bibliografía

- Belaga, G et.al (2006) *La urgencia generalizada. La práctica en el hospital*. (1ª ed) Buenos Aires: Grama ediciones.
- Da Rocha Medeiros, Heloísa (2008) *Terapia Ocupacional. Un Enfoque Epistemológico y Social*. Santa Fe. Ediciones UNL.

- Dillon, C; Melamed, G.; Gonzáles, (2011) M. *Abordaje interdisciplinario en Salud Mental en el Servicio de Guardia de un Hospital General*. Recuperado en: http://www.trabajo-social.org.ar/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=46&limit=5&order=name&dir=ASC&Itemid=72
- Galheigo, S. (2003) *Lo cotidiano en terapia ocupacional: cultura, subjetividad y contexto histórico-social*. Trabajo presentado en el panel Cotidiano, Cultura y Subjetividad en el VIII Congreso Brasileiro de Terapia Ocupacional y V Congreso Latinoamericano de Terapia Ocupacional, realizado en Foz do Iguaçu, Paraná.
- Lewkowicz, Ignacio y Grupo doce (2001): *Del fragmento a la situación. Notas sobre la subjetividad contemporánea*. Grupo Editor Altamira, Bs As.
- Paganizzi, L. (1997) *Actividad, Lenguaje Particular*. Buenos Aires
- Sotelo, I. et.al (2009) *Perspectivas de la clínica de la urgencia*. (1ª ed) Buenos Aires: Grama ediciones.
- Stolkiner, Alicia (1999): *La interdisciplinar: entre la epistemología y las prácticas*. Recuperado en septiembre de 2010 de: <http://www.campopsi.com.ar/lecturas/stolkiner.htm>
- Troiani, M.J (2011) *La identidad profesional del Trabajo Social en la Guardia de Urgencias*. Recuperado en: <http://www.margen.org/suscri/margen63/troiani.pdf>

Pasajeros en tránsito: Obstáculos en la clínica desde el Taller de cocina de internación de niños pequeños del Hospital Carolina Tobar García

Autores: Lic. T.O. Castro Ares, Alejandra; Lic. T.O. Fernández, Silvia B.
Correo electrónico: janacastroe@gmail.com

Resumen

Desde hace un tiempo el trabajo de T.O. en el servicio de Internación de niños pequeños, como una suerte de abanico se ha ido desplegando y complejizando. Entre los diferentes talleres, el espacio de cocina, tiene una larga historia, siendo reformulado con cada grupo y también con lo que va sucediendo semana a semana.

El tema de los ateneos internos hospitalarios del año pasado, "obstáculos en la clínica", nos hizo pensar en el taller de cocina, en cómo fue virando a partir de lo acontecido con un grupo de niños que estaban internados. Para ello partiremos de la base de que, aquello que aparenta ser un obstáculo también puede ser un motor, nos da oportunidad de replantearnos cuestiones para resolver las dificultades.

Nos focalizaremos en el trabajo con un grupo de niños que presentan una serie de re-internaciones. Su pasaje por el taller de cocina nos hizo revalorizar el lugar del juego y de la ficción como elemento privilegiado para transitar y elaborar las situaciones traumáticas que los avatares de las re-internaciones psiquiátricas producen en la cotidianeidad de los niños.

Pasajeros en tránsito

Desde hace un tiempo el trabajo de T.O. en el servicio de Internación de niños pequeños, como una suerte de abanico se ha ido desplegando y complejizando. Entre los diferentes talleres, el espacio de cocina, tiene una larga historia, siendo reformulado con cada grupo y también con lo que va sucediendo semana a semana.

Llegadas, estadías, pasajes, derivaciones, traslados, regresos, fracasos

Si alguna vez tuvieron la posibilidad de ver la película " La Terminal" de Steven Spielberg, aquella que relata la historia de una persona que quedo confinada a permanecer varado durante años en un limbo legal dentro de un aeropuerto, podremos ponernos en sintonía con lo que les queremos contar.

La vida de los niños/as y púberes que llegan a permanecer un largo período internados, nos hacen pensar sobre el modo de posicionarnos para acompañar este tiempo, una vez que se ha podido superar la urgencia que provocó la internación. Pareciera que por falta de lugares de derivación, no es posible ubicar a estos niños en otro destino fuera del estar alojados en el hospital. Pequeños pases a hogares que sostienen breves externaciones caen, y los vuelven a fojas cero en la posibilidad de salida. Nos focalizaremos en el trabajo con un grupo de niños que presentan una serie de re-internaciones. Ver regresar a los chicos tiene implicancias en todos los que trabajamos y conocemos las capacidades que estos chicos poseen. Nos replanteamos nuestro rol y el lugar del taller de cocina. sin dejar de preguntarnos si existió en el afuera institucional un sostén adecuado para vivir este transito, asimilando lo complejo que esto pueda llegar a ser.

Pista de despegue luego de un "aterrizaje forzoso"

¿Cuál es un lugar que aloje pero que no ahije, que no sea el final del recorrido, que sea parte de un pasaje en un recorrido?

Esta es una pregunta recurrente sobre todo pensando en algunos niños cuya permanencia deja de ser un pasaje y presentan fracasos en las derivaciones. Los chicos vuelven "funcionando" con otra apropiación del lugar, con una circulación que los hace perder plasticidad. Están instalados en este "no pasaje", pierden el brillo de lo personal, de lo propio, ahí los vemos, más institucionalizados, son parte de la rutina. Se les pierde la sorpresa. Por eso tratamos de retomar el trabajo desde ese lugar: buscar algo de lo novedoso, de lo inesperado. Entonces, un primer tema para pensar es que la convocatoria a trabajar en el taller sea alojante pero que les permita circular.

A comienzos del 2014: desde la sala de embarque...

Durante el verano de este año, el grupo de niños internados que se acercaban a T.O. mostraba una demanda masiva. Los chicos se instalaban en el pasillo sólo para ver pasar a "otros". Comenzamos a pensar esta forma de permanecer en el pasillo como una demostración de su espera, su manera de decir "aquí estoy, y lo único que hago es estar esperando". Y esto era cierto, ya que la mayoría de los integrantes del grupo estaban en situación de inminente derivación a hogares. Derivación que luego de mucha espera, en ocasiones se concreta de un día para otro, prácticamente sin posibilidad de despedidas, sin la posibilidad de ser anticipada y trabajada.

El pasillo había tomado gran preponderancia, resultaba difícil transitarlo sin escollos cuando los buscábamos para ir al taller, costando llegar a T.O. desde la sala o peor aun el volver al sector de internación.

Por otro lado dentro del taller, veíamos una "voracidad" que no se limitaba a lo alimenticio. Intentaban el arrebato de objetos sin un interés particular por los mismos sino por la acción en sí de tomarlo. Esto traía como consecuencia roces, enojos, golpes. Se llenaban la boca con cualquier clase de alimento, sin importar estado de conservación, sabor o cocción. Mostraban una ostensible incapacidad para poder esperar los tiempos del preparado del plato a cocinar. Se trataba de tapar un agujero que parecía sin fin. No alcanzaba con venir a cocinar aquello que habían planificado en el encuentro anterior. No había palabras ni posibilidad de respetar un mínimo acuerdo grupal. Poquito a poco comenzamos a poner en juego algo que no fuera sólo lo oral y la satisfacción inmediata de esta pulsión. Fue necesario ofrecer un marco para el despliegue de lo lúdico y recurrir a objetos concretos que los ubicaran y nos ubicaran en un lugar y un rol particular.

Su atención por favor...

Teníamos que detenernos en algún punto: volverlos a su situación de pasaje, y de pasajeros por este lugar, ya que la desorganización grupal no llegaba a permitir conformar una convocatoria en la que se pudieran ver o encontrar, con el plus de que los chicos que luego de irse, retornaban de los fracasados intentos de alta.

Decidimos implementar la idea del viaje:..

En principio la idea apareció ante la partida de alguna de nosotras por las vacaciones de verano, con el viaje prometía a su regreso, alguna alquímica receta a encontrar mas allá del taller por la ausente (por a coordinadora que se fue de vacaciones). Esto derivó en la oferta de viajar con ellos. Viaje con un tránsito de un lugar a otro, con una partida y un destino.

Ahora, en esta ficción que se desplegaba, contábamos con dos lugares: la sala de internación y la cocina y entre ellos el pasillo, que en su apariencia despojada nos serviría de metá-

fora para este transitar. Junto a la idea del viaje fueron construyéndose las reservas, los pasajes, los arribos, partidas, documentos y tramites aduaneros.

Lugares propuestos grupalmente como destinos de viaje junto a las recetas anticipan un contrato de ambas partes para volver a vernos con un sentido. Lo porvenir semana a semana desplegando la imaginación. Algo para llevar que no fuera solo la panza llena

Cuaderno de bitácora

Ese día habíamos acordado viajar a China, la llegada fue movida ya que el avión estuvo casi a punto de perder rumbo debido a las situaciones de encontronazos entre los chicos. Sin embargo el avión pudo despegar y nos llevó directo a la aduana de ese país, donde nos encontramos con la "china". Una burócrata oriental con pocas pulgas que los fascinó desde el primer instante.

-¿de dónde salía su voz?, ¿qué estaba diciendo?. Era casi imposible de entender, y que ella los entendiera, sin embargo ese lenguaje tan exótico, que les proponía hablarle en el sentido opuesto al conocido, los atrapó. Comenzamos a jugar con los malentendidos, los chicos encontraron la llave para seguir el juego y esto les produjo mucho placer. La risa se torna franca y contagiosa, de las peleas pasaron a las alianzas contra la china. "Casi entramos en guerra". Aprendieron también a hacer las paces con ella y a ganarse su simpatía. Las palabras que empiezan a ir y volver con la china parecieran ser aliviantes, los dobles sentidos hacen que los agravios no lastimen, ahora los hacen reír.

Comenzamos a tomar conciencia que mucho del alboroto que se hacia en los lindes del taller podían jugarse y comenzar a ser parte central dentro la escena de juego. Los mismos chicos regulaban ese tiempo de desajustes en los entendimientos vía el lenguaje y los códigos de la china, y de a poco este personaje dio pié a que pensáramos en los aportes que podían tener estos destinos extranjeros, en el desarrollo de la dinámica grupal durante el tiempo del taller de cocina.

A partir de los viajes fueron apareciendo algunos objetos. Fueron necesarios como soporte para la continuidad de la historia itinerante que le daba un aval a la identidad de cada niño particularizándolos y dándoles un lugar como único o exclusivos dentro del grupo. Así cada uno elaboraba su propio pasaporte ilustrado por ellos, y cuando no alcanzaba con esto fueron necesarios otros objetos: Así, estuvimos en Brasil, donde permanecemos por varias semanas entusiasmados con el mundial. En ese entonces en el grupo había resonancias sobre las reinternaciones que iban sucediendo. La imagen que se nos presentaba era la de una sucesión de entradas y salidas del hospital sin cortes. Con una dramática continuidad de permanencia. Sin embargo había partidas reales sin despedidas y regresos sin gloria. Los efectos se veían en conductas como la de B ,quien de vuelta del hogar al que se había ido hacía poco de alta, se reinsertaba en el taller mostrándose dueño del lugar, generando gran conflicto grupal. B arrebatava lo que otro niño había tomado diciendo "este es mi vaso", usándolo como un emblema de privilegio. Finalmente se pudo llegar a un acuerdo. Los chicos recibieron souvenirs de vasos la semana siguiente, a los que decoraron elegantemente con los ídolos futbolísticos mundialistas y personalizándolos al escribir sus nombres. Estos souvenirs los pusieron a todos en lugar de privilegio en la complicidad de haber estado en este viaje con resonancias futboleras del momento.

Lo extraño y lo familiar, lo casero

En estos tránsitos comienza a delinearse un adentro y un afuera, siempre aparecen amenazas terroríficas en cada lugar. En Egipto las serpientes y las momias, las arañas en Brasil, los zombies etc. Pero paulatinamente estos seres terroríficos fueron quedando del otro lado de la puerta del taller. Fueron encarnados en los zombies, estos muertos vivos, en los que se transformaba cada uno de los que decidían en algún momento ir fuera de la cocina para sorprender al grupo ensimismado en el hacer, volviendo como zombie y perseguir a los demás

para infectarlos. Esto provocaba un destello de descontrol que al estar dentro de la escena de juego apenas rozaba el desborde y se deshacía en la convocatoria de proceso de la cocción. Algo de lo temido en el afuera pareciera tener lugar en este juego. Este ritual que corta cierta continuidad del desarrollo del taller, lo creemos formando parte de algo que para ellos es necesario transitar en algún momento. Las amenazas se presentaban con distintos formatos y variantes: accidentes aéreos, tiburones al acecho, etc. Cabe aclarar que las que más nos asustábamos éramos nosotras.

Fotos del viaje

En el juego, sucede algo diferente, gratuito e intenso. Algo inquietante, algo "extranjero". Un lugar y un tiempo que se abren como un hueco y generan cierta extrañeza: los tiempos de la actividad de cocina fueron extendiéndose. La situación de espera ante lo que se está cocinando y que les demanda una pequeña exigencia comienza a abrir, a la manera del conejo de Alicia un hueco hacia otro mundo. Allí cada uno tiene una manera de viajar. Hay quienes dirigen el vuelo, quienes indican a donde llegamos, quienes hablan de como es el lugar en el que estamos, siempre interesante y también plagado de temores, incluidos ahora también entre estos temores, se suman aquellos ligados al papeleo burocrático que traídos por la china dan pie a poder jugar y reírse de esta situación que muchas veces los tiene varados en la realidad.

Viajamos de lo individual a la conexión con el otro, de lo sensorial a la imaginación. En este pasaje, que en ocasiones contó con el entramado de los otros talleres que se brindan en T.O. y de otros profesionales del equipo tratante, los chicos se van yendo, las cosas van pasando, va circulando también la palabra, el sacar afuera y en el medio la cocina, punto de partida de nuestro encuentro semanal, pero ahora desplazada del lugar seguro de su rutina culinaria conocida por lo convocante, hoy mas exótica y alocada que nunca pero también mas viva y movilizante. Un taller pensado como espacio donde se vivencia un proceso y, una experiencia compartida, es la "cocina de escenas" que les permiten a los chicos posibilidades diferentes de protagonizar el estar con otros.

Bibliografía

- Marc Augè. Los no lugares. Espacios del anonimato. Antropología sobre la modernidad. Editorial Gedisa 1993
- Graciela Montes. La frontera indómita. Fondo de Cultura Económica .1999.
- Donald Winnicott . Realidad y juego. Editorial Gedisa. 2008
- Mariana Martinez Liss.La Clínica Hospitalaria, Obstáculos e Invenciones en <http://infantodelalvarez.blogspot.com.ar/2013/01/la-clinica-hospitalaria-obstaculos-e.html>

Acompañamiento Terapéutico: Una estrategia para el encuentro

Autora: Gloria Silva Espinosa
Correo electrónico: gsilves@gmail.com

Resumen

El encuentro no está garantizado. La circulación no garantiza las condiciones del encuentro. Como organización, como Comunidad Terapéutica de Peñalolén, nos posicionamos desde la ética de los derechos humanos. Es uno de los fundamentos de nuestras propuestas de trabajo con personas con problemas graves de salud mental, con sufrimiento psíquico y dificultades en el desarrollo de sus vidas cotidianas y proyectos de vida. Identificamos la vulneración de derechos como una constante en la historia de estas personas y sus familias. Parte de esta experiencia de segregación y exclusión se relaciona con una condición mental y las atribuciones a dicha condición. Nos proponemos como equipo, facilitar el acceso y ejercicio digno de los derechos económicos, sociales y culturales, especialmente: salud, vivienda, educación, trabajo y participación ciudadana. Una de las estrategias que hemos desarrollado durante más de 20 años es el acompañamiento terapéutico, territorializado, acorde a la situación y necesidades de cada persona, que con el tiempo se constituyó en colectivos de acceso a derechos, que tramitan de diversas maneras el ejercicio ciudadano y fortalecen el estatuto de sujetos de derecho.

Introducción

El encuentro con el otro transforma escenarios, que invitan al encuentro con el otro que transforma escenarios... El o la acompañante terapéutico (AT) favorece las condiciones (el escenario y el otro) para el encuentro del sujeto excluido, desafiliado, segregado, protagonista de una larga historia de desencuentros. El o la AT favorece condiciones para generar y sostener espacios de intercambio y vínculos genuinos, lazo social, el ejercicio de los derechos y la transformación. Visualizamos y dimensionamos lo colectivo como un valor, a propósito de la pregunta por el sujeto o por el individuo.

El acompañamiento terapéutico es una de las estrategias comunitarias para el acceso a derechos, que planificamos e implementamos como equipo y como colectivo social hace más de dos décadas en la Comunidad Terapéutica de Peñalolén.

Desarrollo

La Comunidad Terapéutica de Peñalolén es un centro ambulatorio de salud mental de la corporación sin fines de lucro, CORDES, que ha trabajado por más de 20 años en el campo de la salud mental, con personas en situación de exclusión social, cuya misión es promover la inclusión, trabajando con las comunidades, familias y fortaleciendo el estatuto como sujetos de derecho, ciudadanos y ciudadanas, como resultado de un tratamiento e intervenciones sociales (www.cordes.cl). La propuesta enfatiza en el diálogo, el valor y el carácter de proceso o condición humana que tiene para nosotras la locura, su condición de ser una forma de sufrimiento humano y también una oportunidad, para nosotras, de no dejar estas historias en el olvido. Este es, en parte, el modelo de cuidados comunitarios, que ha permitido la continuidad de los tratamientos y las intervenciones, que han reducido de manera muy significativa el número de internaciones de causa psiquiátrica de las personas con quienes hemos trabajado por más de 20 años (www.cordes.cl).

Las personas que consultan en nuestra Comunidad son hombres y mujeres, entre 18 y 60 años, del área oriente de la región metropolitana, en Santiago de Chile. Son personas que padecen sufrimiento mental, vulneración de sus derechos y presentan dificultades graves para el desarrollo de su cotidianidad y proyecto de vida. Esta condición mental se ha producido en sus historias de vida, junto a sus familias y comunidades, también en contextos educacionales y laborales. Muchas de estas personas han estado encerradas en sus casas durante largo tiempo y al intentar ser parte del tejido social, la violencia de la normalización, de la funcionalidad y eficiencia, las ha expulsado despojadas de su condición de sujetos. Muy lejos de pensar siquiera en condición de sujetos de derecho (1).

Al ingreso a la Comunidad desarrollamos un plan de trabajo en acuerdo con cada una de las personas en base a la situación que viven, a sus necesidades e intereses, que involucra estrategias diversas, como intervenciones grupales dentro y fuera de la Comunidad, intervenciones individuales, tutorías con T.O. y psicóloga, acompañamiento terapéutico, constelaciones, intervenciones y asambleas con familias, trabajo y coordinación con redes sanitarias y sociales, entre otras.

Una instancia legitimada en la práctica en la Comunidad es la Tutoría con T.O. Esta es una de las intervenciones realizadas por las T.O., quien con el o la consultante, en primer lugar, identifican cuál es la situación que motiva la llegada a nuestra Comunidad. En los primeros encuentros la T.O. se dispone a facilitar, desde una visión crítica de la vida cotidiana, la identificación de cuáles son las condiciones (materiales y simbólicas) que han producido esta situación. En la identificación, se produce al mismo tiempo, análisis de dichas condiciones, a modo de orientar la implementación de estrategias y acciones concretas, individuales, grupales y con redes, con plazos y definiciones básicas. Parte de estas estrategias son los acompañamientos terapéuticos.

El acompañamiento terapéutico, por definición, se da en el contexto de un proyecto o plan terapéutico, que forma parte del abordaje de Terapia Ocupacional y del equipo en general. En nuestra Comunidad, habitualmente son realizados por TT.OO. En nuestra experiencia, hay al menos una particularidad en que los acompañamientos sean desarrollados por TT.OO. En la formación de pregrado abordamos "la vida diaria" de una manera analítica, y más aún, en algunas escuelas o programas, desde visión crítica de la vida cotidiana. Ésta, la vida cotidiana, que comúnmente es banalizada o puesta fuera de cualquier discusión o problematización, la pensamos en la Comunidad como un escenario dinámico, producido históricamente y en determinadas condiciones (sociales, políticas, económicas, históricas). Y comprendemos que es en las relaciones en la vida cotidiana donde se producen las ocupaciones. Al acompañar, logramos comprender que somos parte de las condiciones, y de esa producción de ocupaciones, que orientarán al acceso a derechos, favoreciendo el estatuto y el ser Sujeto de derecho.

La estrategia acompañamiento terapéutico está pensada dependiendo de cada situación y la etapa en que se encuentran de su proceso de inclusión.

Para la planificación e implementación de esta estrategia contamos con financiamiento por un tiempo limitado. No hay garantía de la continuidad de estos apoyos. El principal problema identificado es la dificultad para que las personas accedan a derechos, tales como: Educación, Trabajo, Salud (incluye rehabilitación), Protección social, Registro nacional de la discapacidad, Participación comunitaria, Vivienda.

A este problema se asocia la invisibilización de la problemática de la psicosis y sufrimiento mental, como experiencia cotidiana. Otra de ellas es que la manera de hacer lazo social de este grupo de personas es comprendido como una patología o trastorno con foco en el sujeto y no como una forma de relación que deriva de las relaciones habituales con el entorno.

Las políticas públicas actuales no traducen estas dificultades y necesidades en estrategias de acompañamientos más cercanos y sistemáticos, con énfasis en el desarrollo de autonomía, como un componente clave de la vida independiente.

Ha sido característica de las situaciones en que se encuentran estas personas, la segregación sistemática de las oportunidades de ocupación, por una o más condiciones: locura, pobreza, marginalidad, género; que escapan a su control inmediato. Más aun, considerando que estas restricciones han trascendido a diversas influencias políticas (1). Otra forma que toma la exclusión social, es la desafiliación, comprendida como la ruptura en los ejes integración – no integración en el trabajo y pertenencia – no pertenencia a una sociabilidad familiar, según lo planteado por Castel (2). Las personas con quienes trabajamos, al ingresar a la Comunidad, están en sus primeros intentos de salir del aislamiento, han pasado algunos años desde que se les ha privado del derecho al trabajo. Esto, en parte, porque no responden a la “lógica” estandarizada de trabajador en determinadas condiciones de trabajo (largas jornadas de trabajo, ritmo acelerado de las actividades, entre otras).

Una de las funciones del o la AT es según Kuras de Mauer y Resnisky “Orientar en el espacio social: el o la acompañante debe facilitar el restablecimiento de los vínculos quebrantados del sujeto con la sociedad, facilitándole el reencuentro, en forma paulatina y dosificada, con algo de lo que perdió” (3)

Entre las características del proceso de acompañamiento está el hecho que quienes realizan esto se sitúan como facilitadoras de procesos y de generar condiciones de ejercicio de los derechos en distintos contextos con sentido y significado para las personas, el proceso se sitúa en el contexto de un proyecto vital trabajado desde el ingreso, es permanentemente evaluado junto a la persona acompañada y el equipo referente.

Ha implicado gestión de recursos y redes, facilitación de conciencia crítica de derechos y necesidades, que comprenda junto a otras estrategias, la complejidad de la situación de los sujetos.

Paralelamente trabajamos en asamblea semanal (colectivo central de la Comunidad) los derechos de las personas en base a leyes y convenciones nacionales e internacionales (Ley 20.422, Ley 20.584, CDPD, ley 20.609)

En nuestra práctica, la estrategia de AT consiste en un sistema que opera de manera individual y colectiva, que se desarrolla a través de las siguientes etapas:

Primera etapa. A partir de plan de intervención elaborado al ingreso con cada persona, se profundizará el diagnóstico psicosocial individual y colectivo, que consiste en:

Evaluación en base al acceso a derechos, según necesidades de cada beneficiario/a

Evaluación de necesidades en el medio familiar, en conjunto acerca de las posibilidades de apoyo, con foco en la autonomía de las personas

En base a esta evaluación y las necesidades individuales y colectivas, el equipo responsable de los AT, se coordinará intersectorialmente y con regularidad con los dispositivos que constituyen la red de salud mental y psiquiatría del Área Oriente, además de aquellas instancias comunitarias que pueden eventualmente otorgar algún tipo de apoyo social

Segunda Etapa. A partir del diagnóstico psicosocial individual y colectivo, se organizará e implementará el trabajo en dos modalidades:

Modalidad Colectivo de Acceso a Derechos. Cada colectivo se reúne y organiza las necesidades y propuestas en base a un derecho en particular. Obtiene información acerca del tema: en qué consiste el derecho, las posibilidades al momento de acceder, los procedimientos paso a paso para acceder, las tareas que esto requiere de parte del colectivo, las necesidades de apoyo particulares de quienes integran el colectivo. Un equipo de acompañantes terapéuticos en conjunto con cada integrante, planifica, ejecuta y reevalúa el proceso de apoyo. Cada colectivo planifica encuentros periódicos.

Modalidad Plan de Intervención Individual. A partir del diagnóstico psicosocial, se acuerda con cada persona, sus familias y equipos tratantes, los objetivos del proceso de intervención, estrategias y actividades. Se establecen plazos, compromisos y encuadre general del proceso de acompañamiento terapéutico (como una de las estrategias) para el acceso a derechos. Un

acompañante terapéutico, junto a tutoras de la Comunidad, en conjunto con cada persona y su familia, planifica, ejecuta y reevalúa el proceso de apoyo.

Tercera Etapa. Reevaluación y Seguimiento. Su finalidad es que la persona mantenga su más alto nivel de autonomía, orientada al ejercicio de sus derechos.

Durante todo el proceso de implementación del programa, las y los AT participan de supervisión grupal e individual, que es nuestro modo habitual de trabajar en relación a la contención y reflexividad necesarias para el abordaje de situaciones complejas en la cotidianidad.

Conclusión

Nuestra experiencia ha podido sostener en el tiempo, por más de 20 años, programas que garantizan la continuidad de cuidados a grupos de personas con sufrimiento mental que lo requieren. Estos tratamientos han tenido en el tiempo un alto costo, tanto por el tipo de labor como por el necesario cuidado de los equipos. Estos aspectos, en ocasiones, se han constituido en una de las principales barreras para la continuidad y proyección del trabajo. Un ejemplo de estas barreras, es la falta de una política pública que contemple las necesidades de las personas y las instituciones, además de los financiamientos que respeten la complejidad técnica de la cotidianidad con personas que requerirán de apoyos durante distintos momentos de su vida.

Nuestro posicionamiento desde los derechos es ético y político. No como un estándar, o como una instrumentalización de la "normalización", sino como fundamento. Como señala Guajardo (4), es político porque "nos producimos a partir de problemas sociales, nos interrogamos de la realidad, porque tiene que ver con un mundo concreto, con una determinada sociedad, con el mundo que deseamos construir".

La manera de acercarnos a las personas en estas situaciones (desafiliación, apartheid ocupacional, exclusión social), es a través de un vínculo comprometido. Lo entendemos como la relación entre quien acompaña y la persona que consulta en una relación no aséptica en términos éticos, valóricos, ideológicos y emocionales, con un reconocimiento explícito de sus historias. Tenemos conciencia del poder y trabajamos con ella con el objeto de no replicar las experiencias de abuso y arrase del que han sido víctimas. Especial conciencia se requiere cuando al acompañar circulamos y nos hacemos parte de la vida cotidiana de las personas. Entonces, el poder se expresa en la responsabilidad que tenemos como equipo de facilitar escenarios inclusivos y democráticos. Además debemos estar conscientes que toda práctica social e institucional y el desarrollo de estos vínculos tiene implicancias políticas, sociales y psicológicas transformadoras (1).

En todos estos ámbitos, a través de los acompañamientos y otras estrategias, a través del desarrollo de ocupaciones colectivas que tiendan al fortalecimiento comunitario y sentido de comunidad (5), hemos podido generar condiciones para encuentros más humanizados y transformadores. Existen entonces distintas maneras de encontrarse con el otro, diversas formas de subjetivación e intersubjetivación. Este congreso nos plantea: "El encuentro con el otro transforma escenarios". El o la AT, en tanto condición, favorece otras condiciones (el escenario y el otro) para el encuentro del sujeto excluido, desafiliado, segregado, protagonista de una larga historia de desencuentros.

Bibliografía

1. V.Dos Santos, A.Donatti, 2014. "Cuestiones Contemporáneas de la Terapia Ocupacional en América del Sur" Editora CRV (Curitiba) p.169-184
2. F.Kronenberg, S.SimóAlgado, N.Pollard, 2006. "Terapia Ocupacional sin Fronteras: aprendiendo del espíritu de supervivientes". Editorial Médica Panamericana, (Buenos Aires) p.58-97

3. S.Kuras de Mauer, S.Resnizky, 2004. "Acompañantes Terapéuticos. Actualización Teórico – Clínica" Edit. Letra Viva (Buenos Aires) p.15-39
4. V.Dos Santos, A.Donatti, 2014. "Cuestiones Contemporáneas de Terapia Ocupacional en América del Sur" Editora CRV (Curitiba) p.159-165
5. M.Palacios, A.Lagos, R.Morrison, B.Zegers, 2013. "Cincuenta años de Terapia Ocupacional en Chile: Prácticas, Epistemologías y Realidades Locales" Ediciones onDemand (Santiago) p.143 – 159

Bibliografía de referencia

- M.Palacios, A.Lagos, R.Morrison, B.Zegers, 2013. "Cincuenta años de Terapia Ocupacional en Chile: Prácticas, Epistemologías y Realidades Locales" Ediciones onDemand (Santiago) p.113 – 128
- A.Pampliega de Quiroga, J.Racedo, 2007. "Crítica de la Vida Cotidiana" Ediciones Cinco (Buenos Aires) p.7-29

Integración socio laboral, una multiplicidad posible

Autor: Lic. T.O. Diaz Usandivaras, María Guadalupe

Correo electrónico: mgdu.to@hotmail.com

*"La vida no es para el trabajo, no existimos para trabajar,
el trabajo es para hacer posible la vida, se trabaja para vivir."
(Neffa, 2003)*

Introducción

Numerosos estudios demuestran el importantísimo valor del *buen trabajo* en la vida de los seres humanos. En este trabajo tratare de ejemplificar con una experiencia real, el impacto del trabajo en condiciones adecuadas y con el apoyo justo, en las personas con padecimientos mentales. Un caso de integración socio laboral en el mercado laboral competitivo en Argentina.

¿Por qué se hace necesaria la intervención de instituciones y profesionales mediando entre las personas con discapacidad y los diferentes organismos dadores de empleo?

El 75% de la población con discapacidad en condiciones de trabajar, no lo hace. ¿Cuales son los obstáculos para la integración sociolaboral? En la Asociación para el Desarrollo de la Educación Especial e Integración (ADEEI) trabajamos con el objetivo de atender esta necesidad, confiando en la posibilidad de una inclusión laboral de las personas con discapacidad en puestos de trabajo competitivos. A lo largo de la experiencia, identificamos voluntad por parte de las empresas por incluir a esta población, pero gran desconocimiento y temor acerca de sus circunstancias, limitación o posibles dificultades. Atender esto forma parte de trabajar con los prejuicios y promover la integración como valor en la sociedad.

La integración socio laboral se da cuando la persona con discapacidad participa en la vida corriente de la comunidad, a través del desarrollo de una actividad productiva, que tenga el deseo, la capacidad y la oportunidad de desempeñar¹.

ADEEI trabaja bajo los principios de la Rehabilitación Profesional (RP), entendida como el proceso por el cual la persona logra compensar en el mayor grado posible las desventajas originadas en una deficiencia o discapacidad que afecten su desempeño laboral, dificultándole o impidiéndole la consecución, el mantenimiento o la promoción en una actividad productiva².

Este proceso supone diferentes etapas y es clave el rol que cumplen las Personas con Discapacidad (PcD) ya que deben ser ellas quienes deben tomar conciencia acerca de sus habilidades, limitaciones y posibilidades que ofrece el medio, para poder tomar decisiones adecuadas en cuanto a la construcción del proceso y la utilización de apoyos para compensar sus desventajas.

Ej de Caso: N

N es un joven de 34 años. Se acerca al centro de formación laboral junto a su hermana para recibir orientación acerca de su futuro socio laboral ya que debido a una descompensación de su cuadro de base debió interrumpir su escolaridad y no logro, luego, encausar su fu-

¹ Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional (GLARP), Manual de Rehabilitación Profesional

² OIT - GLARP IIPD

turo ocupacional de ningún modo. N tiene diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide en el CUD y rasgos obsesivos. Posee una pensión por discapacidad.

Se propone una Prestación de Apoyo individual con los siguientes objetivos:

Detección de intereses, habilidades, dificultades y necesidades socio laborales, Definición de su perfil laboral, Orientación de su capacitación laboral, Promoción de la adquisición de hábitos y competencias socio laborales, Entrenamiento en tareas y actividades acordes con el perfil laboral, Detección de un puesto de trabajo acorde a su perfil y facilitar su inclusión, Realizar seguimiento en puesto de trabajo.

Al momento de la evaluación, el joven cuenta que participa de actividades en el hogar la mayor parte de su tiempo, es consciente de sus dificultades y reconoce necesitar apoyo para relacionarse con otros. Presenta ideas persecutorias en los pocos espacios donde socializa. Refiere no entender las situaciones sociales y confundirse. N reconoce los pensamientos obsesivos (orden, prolijidad, opinión de otros sobre el) y trata de desestimarlos para poder continuar con sus actividades diarias. Durante este periodo, se trabajó en la identificación de intereses generales y laborales para comenzar a diseñar una rutina satisfactoria y se establecieron objetivos personales. N expresa interés por organizar su rutina y encontrar actividades que provean sentido, nuevas responsabilidades y satisfacción a su vida.

Se aplican evaluaciones sobre identificación de intereses para definir actividades significativas que permitan ser parte de su rutina deseada y, además, brinden oportunidad de socialización. N no elige actividades que le presenten dificultad ni que sean en presencia de mucha gente. Tampoco aquellas que requieran precisión o generen suciedad, ni aquellas con gran demanda de esfuerzo, ya que le generan "dolor de huesos". En cambio prefiere actividades que puedan realizarse con tranquilidad o las que presenten una estructura clara.

Por otro lado, se trabajó en la confección de una carta de presentación, el armado del CV y en la aplicación de muestras de trabajo de archivo, data entry y atención al cliente. Además, se acompañó a N en la búsqueda de empleo y en la inscripción en bolsas de trabajo. N obtuvo un buen desempeño. Se trabajó con el joven para desarrollar estrategias para la resolución de problemas laborales y la preparación para una entrevista laboral, además de acompañar en la participación de diferentes actividades y el sostenimiento de una rutina organizada. Finalmente, se trabajó acerca de la identificación de sus competencias laborales a modo de poder elaborar el perfil laboral correspondiente. N tiene conciencia de discapacidad y conoce los signos y síntomas pudiendo advertir situaciones y pensamientos que no se ajustan a la realidad sino a la ideación propia de su enfermedad. Logra anticipar situaciones en las que podría sentirse incomodo, lo expresa y toma decisiones al respecto.

N es entrevistado por el servicio de Colocación Laboral luego de 8 meses de trabajo y comienza a ser tenido en cuenta para la gestión de una pasantía laboral, instancia que permite evaluar en un ambiente real de trabajo las habilidades detectadas en la etapa de formación. Su primer Pasantía laboral es no rentada, en un Hogar de niños como auxiliar administrativo. N comienza a trabajar bajo esta modalidad 3 veces por semana. Además, se le sugiere participar de un Grupo reducido de Sostenimiento Laboral donde pueda compartir con pares situaciones surgidas en la pasantía y beneficiarse de la experiencia de otros en el ámbito laboral. Además, una Terapeuta Ocupacional asiste semanalmente al lugar de trabajo para detectar necesidades puntuales de adaptación del joven, compañeros de trabajo y supervisores. Este seguimiento se distancia según la necesidad presentada.

En la pasantía laboral se observa un compromiso adecuado y N es funcional a las tareas que se le solicitan. Es sensible al entorno y las modificaciones en el ambiente. El joven acepta el seguimiento en el puesto de trabajo y se beneficia de las recomendaciones brindadas, solicita ayuda cuando lo requiere. Su participación en el Grupo de Sostenimiento laboral reducido fue positiva inicialmente, sin embargo, luego de unos meses N comienza a tener ideas persecutorias con una de sus compañeras. Es consciente de sus emociones y transmite al equipo no querer volver a experimentar esos sentimientos y solicita discontinuar su participación ya

que no puede controlar sus pensamientos. El equipo de integración laboral se contacta con sus terapeutas y se decide conjuntamente dar lugar al pedido del joven ya que su desempeño laboral y social son muy buenos y esto podría desestabilizarlo. Se continúa el sostenimiento de puesto en un espacio individual de Terapia Ocupacional.

Luego de 6 meses de pasantía y ante el pedido de N, se ofrece otra instancia de pasantía, en este caso rentada. El puesto es de Auxiliar Polirubro en un local de comidas saludables en el centro de la ciudad. El equipo de Colocación y Seguimiento Laboral realiza el Análisis Ocupacional correspondiente y cumple con las etapas específicas de la Colocación Laboral. El seguimiento laboral conforma una etapa fundamental ya que es en ese momento donde se pueden realizar las intervenciones necesarias para lograr la adaptación y mejorar el proceso, permite garantizar que se cumplan los derechos y obligaciones del trabajador como cualquier otro miembro de la empresa y permite evaluar los resultados del proceso hasta la completa integración.

La adaptación de N al nuevo puesto de trabajo fue favorable, asiste regularmente cumpliendo con el encuadre laboral propuesto. Consulta dudas, preocupaciones y da los avisos pertinentes tanto al puesto como a la Mediadora Laboral. Se adaptó exitosamente al grupo de trabajo, siendo invitado a eventos sociales por fuera del espacio laboral.

En cuanto al aspecto legal de esta pasantía laboral, se tramita una renta estímulo a partir de un Programa de entrenamiento laboral. Este programa otorga una renta durante 3/6 meses. Durante este periodo el trabajador continuó adquiriendo herramientas como parte de su Formación Laboral y da cuenta de su desempeño. Mientras, la empresa conoce al empleado lo suficiente para determinar su efectividad. En este caso, la empresa al finalizar el programa, propone la contratación formal del joven como personal estable.

Teniendo en cuenta los principios de la RP, empieza a cerrar este ciclo de evaluación- formación- adaptación- seguimiento. El Equipo de Integración Laboral evalúa al proceso con resultados positivos y confirma que la inclusión laboral es posible en el ámbito competitivo. Sin embargo, existen otros factores que se entrecruzan en este escenario. Estos tienen que ver con circunstancias socioeconómicas que atraviesan la realidad y plantean un dilema a N y su familia. Ante la propuesta de contratación por parte de la empresa, la familia se preocupa por la pérdida de la pensión por discapacidad que representa esta nueva circunstancia. La incertidumbre acerca de la continuidad laboral de N compite con la certeza de ingreso económico de esta pensión. Los obstáculos y demora existentes para recuperar esta pensión en caso de discontinuidad laboral hacen considerar fuertemente la aceptación de contratación. Esta situación preocupa al Equipo de Integración Laboral y ocasiona muchos interrogantes en cuanto a la práctica. En primer lugar, si bien se considera a la familia un apoyo indispensable desde el inicio de la prestación, el equipo presumió cierta obviedad en el éxito del caso al darse efectiva la contratación. Esta presunción radica exclusivamente en una óptica profesional- terapéutica: la meta de la inclusión laboral en el ámbito competitivo. Pero la preocupación familiar tiene un real asidero y responde a los innumerables esfuerzos realizados por ellos en cuanto al padecimiento de la salud mental de N, su implicancia en la dinámica familiar, los trámites para obtener el certificado de discapacidad que le abrió puertas a todos los tratamientos necesarios y medicación, y los tramites de la pensión que les permitió costear recursos para la vida personal de N. Poseer esta condición de trabajador no solo quita la posibilidad de recibir una pensión por discapacidad, sino que también obliga a cambiar de obra social y, con esto, el temor de no percibir el reintegro total por la medicación psiquiátrica que N no debe dejar de tomar. Se comprende entonces la dimensión que significa para la familia la posible pérdida de este reintegro, significa tanto que hasta hace posible pensar en rechazar una propuesta laboral ajustada a las necesidades de N y con todos los apoyos necesarios para lo cual se trabajó durante dos años. Económicamente es inviable para ellos poder solventar ese gasto y los angustia el recuerdo de N descompensado. Una real paradoja se presenta entre los objetivos de la RP y la realidad socioeconómica del país. Leyes, burocracia, economía, abogados y amparos son parte, también, del proceso de RP.

Ahora el desafío del Equipo de Integración Laboral es contener los temores fundados de esta familia y transmitir la convicción acerca de la importancia para la salud mental de que N tenga un rol productivo y sea parte activa de la sociedad. La teoría avala el bienestar que genera el trabajo en condiciones adecuadas y la estabilidad que puede ocasionar en personas con trastornos mentales severos. La teoría lo refiere y la práctica lo demuestra. Desde que N comenzó con su primera pasantía laboral, sostiene una rutina organizada, no presenta ideación que interfiera con su funcionalidad, se adaptó a los espacios de socialización y sostuvo todos los espacios terapéuticos. El rechazo de esta propuesta laboral impulsa a N a volver a los inicios de la prestación, donde su jornada estaba basada en tareas del hogar, desorganizada y con escasos espacios de socialización.

Se realizan las averiguaciones administrativas-legales necesarias y se realiza una reunión con todos los actores intervinientes en el caso. N refiere interés por obtener el empleo ya que considera que trabajar lo mantiene ocupado, le brinda responsabilidad y satisfacción por poder generar sus propios recursos como un adulto, sin depender de la ayuda de su familia. N relaciona el trabajo con su salud mental.

Finalmente, la familia apoya la propuesta de la empresa y N se incorpora como miembro del staff. El equipo continúa el seguimiento laboral en el puesto de trabajo espaciando su frecuencia y N solicita encuentros cuando no logra diferenciar entre situaciones laborales que pueden ser comunes o un significado exagerado que él les otorga. N es protagonista del proceso de RP logrando adquirir la autodeterminación necesaria para tomar decisiones sobre su propia vida.

"...Estas crisis de identidad que provoca el no trabajo o el mal trabajo son muy graves porque la identidad es el armazón de la salud mental. Detrás de toda patología mental hay una crisis de identidad. El trabajo es central para nuestra identidad y podemos afirmar que no hay trabajo neutral para nuestra salud mental. El trabajo o favorece o empeora nuestra salud mental." (Christophe Dejours, Dossier: Trabajo y sufrimiento, entrevista de Berta Chulvi.)

Podríamos afirmar, entonces, que el trabajo a N, al decir de Dejours, favorece su salud mental.

Mesa 17

Rehabilitación laboral

De las capacitaciones al trabajo. Una formación para las personas con discapacidad

Autor: Lic. T.O. Bassi, Daniela Belén
Correo electrónico: danielabbassi@gmail.com

Resumen

El presente trabajo tiene como objetivo dar a conocer y desarrollar el rol del Terapeuta Ocupacional en la formación laboral de personas con discapacidad en edad productiva.

Se toma como muestra empírica a la población de alumnos que concurren a la Institución de "El Aprendiz, construyendo recursos", de la ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe.

Como es bien sabido, la realidad social de las personas con discapacidad de la ciudad de Rosario, muestra que las mismas quedan por fuera del sistema educativo y más aún del ámbito laboral. Esto último sucede en la mayoría de los casos, por la escasez de ofertas de trabajo como así de capacitaciones existentes para ellos en nuestra ciudad.

Si bien en la actualidad se ha evidenciado estadísticamente un incremento de la inserción laboral de personas con discapacidad, el porcentaje sigue siendo reducido en relación a la cantidad de personas con discapacidad en dicha ciudad.

Ante esto nos hemos preguntado: ¿Cuáles son las ofertas de trabajo que existen actualmente? ¿Cuáles son las capacitaciones que se hallan en el mercado? ¿Cuáles serían los puestos de trabajos a cubrir? ¿Cuál es un ámbito laboral acorde para las personas con discapacidad? ¿De qué manera se lleva a cabo la inclusión de las personas con discapacidad en el ámbito de trabajo? ¿Es necesario un seguimiento de las personas con discapacidad en el puesto de trabajo?

Estos interrogantes, nos hacen repensar el rol que debe ocupar el Terapeuta Ocupacional en la formación del sujeto, entendiendo que el mismo debe abarcar una mirada integral no centrándose de manera exclusiva en la formación teórica sino también en la formación práctica, concreta para un puesto de trabajo específico, determinado y acorde a las capacidades funcionales de la persona.

Desarrollo

La institución que se tomó para desarrollar la muestra empírica surgió ante una realidad social en la cual la persona con discapacidad una vez terminada su escolaridad especial o común (en el caso de los alumnos integrados), en su mayoría, quedan por fuera del sistema en formación/capacitación específica y más aún del ámbito laboral, según se evidencia en la último **Censo 2001**¹. Sin embargo las personas sin discapacidad al cumplir la mayoría de edad, o una vez concluidos sus estudios, tienen como uno de sus objetivos la búsqueda de un trabajo que les permita el desarrollo personal y/o la subsistencia, este desarrollo lógico que se nos representa fácilmente rara vez ocurre en las personas con discapacidad, viendo así truncada una etapa importante en su vida.

Adentrándonos en el tema, compartimos la definición que sostiene Pérez Bueno, Luis Cayo; *las personas con discapacidad, por la diferencia que presentan, al enfrentarse a un*

¹ Encuesta Nacional de Personas Discapacidad, 2002/03, Complementaria del Censo 2001 y conocida como ENDI /INDEC. Disponible en la web.

entorno hostil, no pensado para ellas, parten de una situación de objetiva desventaja que repercute en sus posibilidades de participación plena en el curso ordinario de la vida social, en las mismas o parecidas condiciones que el resto de los ciudadanos. A efectos prácticos, las personas con discapacidad son, en muchos casos, ciudadanos de segunda (1).

Es así como, entendemos por persona con discapacidad a aquella que tiene una discapacidad, *según la CIF/OMS², la Discapacidad es el resultado de la relación entre la deficiencia del estado de salud de la persona y la limitación en participar de un entorno físico, social y cultural*. Dicho esto nos lleva a reconocer todas sus capacidades y todas sus necesidades (2).

Enunciado lo anterior y enmarcándonos en el concepto de personas con discapacidad, en el ámbito de la Terapia Ocupacional no debe definírsela por su discapacidad, debe entenderse que antes de la discapacidad son personas. Es por esto que se los debe denominar Personas con Discapacidad y no con la simple nominación de discapacitados. Debemos céntranos en aplicar una mirada holística y no por estancos, no cayendo en el error más común consistente en sobrevalorar la discapacidad, entendiéndola como una cualidad que define a la persona.

Históricamente las personas con discapacidad han sido segregadas de la sociedad, y por ende de los puestos de trabajo, muestra de esto ha sido el reducido número de personas que consiguió un empleo³, es así que el estado nacional en el año 2002, sanciona la ley n° 25.689; para imponer la obligación de incorporar a personas con discapacidad en distintas dependencias oficiales y privadas. Con el trascurso de los años y sobre todo, a partir del **principio de normalización** propugnado por el Danés Hank – Mikkelsen en los '90 se ha ido logrando integrar en los diferentes ámbitos, viéndose reflejada la principal integración en el sistema educativo (nivel primario y secundario), ahora esta integración que se reflejó en la formación escolar no fue proporcional en el ámbito laboral (3).

Danés Hank – Mikkelsen parte de que la vida de una persona con discapacidad debe ser la misma que la de cualquier ciudadano en cuanto a su ritmo, oportunidades y opciones tanto en una institución como en la sociedad. El nombrado principio, si bien ha tenido su aceptación en el ámbito educativo todavía sigue siendo algo utópico en lo que respecta a la labor concreta de una persona con cierta discapacidad (3). Debemos soslayar la activa participación de los profesionales, a los familiares y hasta los mismos sujetos haber entendido y llevado a la práctica la tan ansiada integración, que como todo proceso de cambio ha generado incertidumbre y defectos, y hoy a la luz de los resultados vemos que este proceso ha sido sumamente beneficioso para todos. Es por ello que sostenemos que esta integración debe completarse con la formación y capacitación del trabajo de una persona que ha sido parte de la misma. Ante esto es que propugnamos al Terapeuta Ocupacional como una pieza clave para llevar adelante el proceso de integración no solo en su faz inicial sino también en su culminación. La idea que propugna la autora en este trabajo, es que las personas con discapacidad completen su formación, se capaciten y puedan llegar con posibilidades concretas a un trabajo, siendo el terapeuta la persona que lo acompañe en este desarrollo.

Se nos hace imprescindible conocer las distintas acepciones que se han desarrollado entorno al concepto de trabajo.

□ Es así que consideramos al **trabajo** para Terapia Ocupacional, desde el marco de trabajo para la práctica; como una ocupación significativa, a cualquier actividad que contribuya a los bienes y servicios de la sociedad ya sea pago o no pago. Es una de las principales áreas del desempeño humano que abarca roles vitales de la vida (4).

² CIF – Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. 2001.

³ Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI). 2012. Disponible: http://inadi.gob.ar/wp-content/uploads/2012/12/discapacidad_y_discriminacion.pdf

□ En el encuadre jurídico nacional, se piensa al **trabajo** como un derecho, enmarcado dentro de la Constitución Nacional Argentina, en el artículo 14 y 14 bis de la primera parte. Esto es importante porque como mencionamos con anterioridad la persona con discapacidad es un ciudadano y como tal también tiene el derecho de trabajar, no tener la posibilidad cierta de no contar con un trabajo, es avasallar un derecho constitucional (5). A la hora de que una persona con discapacidad se inserte en el ámbito laboral, va hacer más productivo que cuente con un oficio. De esta manera la tan ansiada tarea se hará más sencilla y la persona se encontrará con posibilidades concretas de conseguir un trabajo asalariado en relación de dependencia o de forma autónoma.

El proceso de formación de oficios debe plantearse desde un taller educativo laboral específico, pretendiéndose traer al aula una porción de ese oficio, capacitando al alumno de una forma más cercana posible a lo real para que vaya atravesando desde los orígenes lo que será su futuro trabajo. Este taller educativo debe ser un proceso de construcción que realiza la persona según sus circunstancias biológicas, sociales y psicológicas. El aprendizaje, en un taller educativo laboral debería ser un aprendizaje significativo, que debe servir para la resolución de situaciones concretas de la vida cotidiana, teniendo como base la asociación de los nuevos conocimientos con los conocimientos previos que ya trae consigo la persona. Los talleres deben plantearse con una modalidad integradora, combinando la etapa teórica como así la práctica. Esto debe realizarse así porque bien es sabido que en las personas con discapacidad resulta más productivo el aprendizaje en un entorno real. La manipulación de los objetos que formarán parte del oficio hace que el conocimiento teórico se adquiera con una robustez significativa.

La Terapia Ocupacional debe resolver ciertos interrogantes como son: ¿Cuál es un ámbito laboral acorde para las personas con discapacidad? ¿De qué manera se lleva a cabo la inclusión de las personas con discapacidad en un oficio? Para dar respuesta a estos interrogantes debe analizar a la persona con discapacidad para un futuro trabajo, el oficio a capacitar como parte activa del proceso de formación y la posterior inclusión en el ámbito laboral.

Debemos trabajar con cada una de las personas con discapacidad en forma particular, se debe tener en cuenta de centrar la práctica en la persona y en el oficio específico para lograr una capacitación completa y acorde al futuro trabajo. Es por ello, que se deben plantear dos tipos diferentes de talleres de capacitación en relación al oficio escogido, siendo p.ej. Destrezas Laborales y/o Inclusión Laboral.

El primero hace referencia a las destrezas de ejecución, siendo acciones observables, concretas, dirigidas hacia una meta que utiliza la persona para participar de las ocupaciones de la vida diaria. Se dividen en cinco: destrezas motoras y praxis, destrezas sensoriales – preceptuales, destrezas de regulación emocional, destrezas cognitivas y destrezas de comunicación y sociales. Estas están íntimamente relacionadas y se utilizan para permitirles a las personas llevar a cabo una ocupación. Por ello, es importante que contengan diferentes módulos para brindar información y transmitir conocimientos sobre la temática de movimientos, coordinación y luego poner en práctica estas destrezas en el oficio a través de diferentes modalidades de trabajo/actividades, donde ubican a la persona con discapacidad en los movimientos acorde a un empleo de trabajo específico.

El segundo taller, de inclusión laboral, parte desde una de las **Áreas de la Ocupación**, el **trabajo** perteneciente a una de las principales ocupaciones para cualquier persona al ser una actividad significativa, con propósito, que brinda sentimiento de logro y satisfacción, realización personal y reconocimiento. Planteándolo desde como buscar trabajo, es decir desde los modos en los que la persona se presenta hasta su formación específica en el trabajo asignado como trabajador. Una vez que han transitado por las dos modalidades de taller de Terapia Ocupacional y el oficio, la persona con discapacidad, esta apta para insertarse/incluirse en el mercado laboral existente de la actualidad.

Desde Terapia Ocupacional se busca y se contacta el posible lugar de trabajo, teniendo en cuenta el lugar, el entorno y contexto de trabajo, haciendo un exhaustivo análisis de los puestos de trabajo, para la recolección específica de datos y la descripción de las funciones y tareas concretas de trabajo. Una vez, encontrado y evaluado el puesto de trabajo se deberá establecer la evaluación funcional, para determinar las capacidades funcionales que posee la persona con discapacidad capacitada en el oficio.

Teniendo estas dos evaluaciones, se deben establecer el cruce de información obtenida del puesto de trabajo con las capacidades funcionales que posee la persona con discapacidad en su oficio, en una planilla denominada profesiograma, donde se visualizan las ventajas y desventajas profesionales que pueden existir. Ante el surgimiento de ciertas desventajas se deberá realizar en el puesto de trabajo todas las adaptaciones correspondientes y graduaciones en las actividades a desarrollar en el puesto, teniendo en cuenta el profesiograma y la observación directa que se ha realizado en el transcurso del tiempo de la formación conjunta, persona con discapacidad y terapeuta ocupacional, a modo de ejemplo en la institución El Aprendiz la formación de una persona en un oficio, cualquiera que sea este, tiene un tiempo estimado de no inferior a dos años.

Con las adaptaciones o graduaciones la persona está en condiciones de comenzar trabajar en dicho puesto de trabajo. Se deberá ejecutar un seguimiento acorde un plan que consta de las siguientes etapas: A) Primer etapa, el seguimiento debe ser semanal por tres meses de trabajo; B) Segunda etapa, el seguimiento debe ser quincenal por otros tres meses de labor; C) Tercera etapa, la supervisión es mensual por unos tres/cuatro meses en el puesto. Es dable aclarar, que este seguimiento depende de la persona en relación a su adaptación con el puesto en el que se encuentra. Pudiendo modificarse la cantidad de tiempo que integra cada etapa, no así la cantidad de etapas. Esto es una observación/consejo de la autora por el trabajo de campo llevado a cabo en la institución.

Muestra de lo antes dicho, es el trabajo de campo llevado a cabo en El aprendiz, institución dedicada a la formación laboral de personas con discapacidad en edad productiva, allí se aplican la totalidad de los conceptos vertidos en este trabajo, obteniendo resultados muy satisfactorios en la tarea de incluir a personas con discapacidad en el mercado laboral.

Se desarrollará cronológicamente la muestra empírica a modo de explicación desde que la persona con discapacidad y algún familiar se acercan a la institución.

Es así, como el primer paso la persona debe pasar por una entrevista de admisión, donde desde Terapia Ocupacional se hace hincapié a los movimientos motores del cuerpo de la persona, a la resolución de problemas y a los intereses que trae; acto seguido se lleva a cabo una orientación laboral ocupacional para definir el oficio en el que se va a capacitar la persona; una vez obtenido los resultados anteriores se diagrama un plan de trabajo, teniendo en cuenta el oficio y las capacidades, en el cual se cumplirá a lo largo de los dos años que dura la capacitación de la persona, una vez concluido todo esto y como último paso se inserta a la persona con discapacidad en el ámbito laboral. Ya insertada la persona en el puesto se prosigue con las etapas de seguimientos.

Conclusión

Ah quedado evidenciado la escasa inserción que existe hoy en día para personas con discapacidad en el mercado laboral. Esta segregación y marginación se ha observado en tiempos anteriores, dentro del sistema educativo. Situación que se ha rebatido por llevar a cabo un método y programa concreto.

Entendemos que hoy en día debemos los terapeutas ser ejes centrales de esta nueva transformación, es por ello que propugnamos la concreta utilización de este método que tiene su sustento en el modelo de ocupación humana.

Sabemos que el trabajo es un elemento dignificador de la persona, no contribuyamos a ser parte de un obstáculo más que las atraviesa en la vida. Nuestra profesión nos obliga a actuar y llevar adelante a través de diferentes métodos de intervención y evaluación, la tan ansiada integración de una persona con discapacidad. Es así que bogamos por una labor profesional activa del terapeuta Ocupacional en la formación, y capacitación de una persona con discapacidad.

Bibliografía

- (1) En: Pantano, Liliana 2008. Discapacidad: conceptualización, magnitud y alcances. Apuntes para el mejoramiento de las prácticas en relación a las personas con discapacidad. Centro de Investigaciones Sociológicas. Departamento de Sociología. FCSE. UCA/CONICET.
- (2) Organización Mundial de la Salud. 2001. "Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud". Versión abreviada. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). XV. 01 – 258
- (3) Danés Bank – Mikkelsen, N. 1997. Principios de normalización en Intervención psicopedagógica en educación especial. By Antonio Sánchez Asín. Edición: universitaria. (Barcelona).16 - 17.
- (4) American Occupational Therapy Association 2008. Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.). American Journal of Occupational Therapy, 62, 625-683.
- (5) Constitución Nacional de la República Argentina. 1994. Producciones Mawis. (Santa Fe - Parana) 1- 42.

Calificación y competencias en trabajadores con limitación adquirida en la actividad y restricción en la participación laboral

Autor: Lic. T.O.Sbriller, Liliana
Correo electrónico: rosaila01@gmail.com

Introducción

La transformación de los procesos de trabajo, vistos desde el eje de los requerimientos de la producción, la lógica mercantil y la globalización, el control sobre el saber obrero, la posición de los sindicatos y las diferentes propuestas de modificación de la organización laboral, marcan cambios en las competencias requeridas, aspectos que le permitieron a los trabajadores mayor inclusión e involucramiento en la organización y al mismo tiempo mayor exclusión en función del incremento de las nuevas competencias requeridas para el desempeño en un proceso de trabajo flexible, polivalente e incorporado a las innovaciones tecnológicas.

En qué aspectos facilitan o se presentan como barrera para la permanencia en el empleo las competencias actuales requeridas para aquellas personas que adquirieron una limitación en la actividad y la participación laboral, atribuible o no a su puesto laboral?

Desarrollo

El trabajo es un "esfuerzo" que uno consiente en hacer "para otro" y comprende un aspecto de restricción, que permite la relación entre sujetos y los constituye como seres sociales. Con la competencia, la movilización de cualidades humanas como la iniciativa y la responsabilidad se construye una nueva forma de intercambio social subordinada. (Lichtenberger Y., 2000:7)

El objetivo y resultado tanto de la Organización Científica del Trabajo (OCT) como de las cadenas de montaje fordistas era incrementar la intensidad del trabajo humano, su descualificación y garantizar el estricto control empresarial del mismo, mediante un ejercicio del poder sobre el saber obrero que persiste en la producción actual de los operadores de línea (Rojas: 1999:54) (Linhart, D: 1987:480)

En las nuevas organizaciones del trabajo hay una vuelta del trabajo al hombre. Lo que es importante es lo que sucede entre la gente, los puestos, los diferentes servicios de la empresa y los clientes. (Lichtenberger Y., op cit:7)

La innovación tecnológica que se desarrolló a finales de los sesenta influyó en el vaciamiento de algunas jerarquías tradicionales. La actividad física y manual dejó de ser el requisito principal de desempeño para orientarse a operaciones de control y vigilancia del resultado operativo y del funcionamiento de la maquinaria (Whele, B. 2002:173).

Con una mayor versatilidad de las tareas, es cada vez más frecuente la rotación de personal por diferentes puestos. Abriendo la posibilidad de integración de un amplio espectro de tareas en conexión con contenidos heterogéneos en un solo empleado, a partir de la "polivalencia, polifuncionalidad y flexibilidad". (Filmus, D.1994:23).

Cuando lo importante es la interacción, la organización debe permitir reajustar permanentemente el funcionamiento, "no plans, no rules". La organización tiene que estar descentralizada, permitir el "empowerment": un poder en la base, el encuentro entre una estrategia que viene desde arriba y una implementación hecha hacia abajo; "just in time, lean production", lo más económico posible. El elemento central pasó del organigrama con tareas asignadas a

los "sistema de información, comunicación, de interrelación y de negociación". (Lichtenberger Y., op cit:24).

El desarrollo de nuevas formas de organización provocó una desregulación vinculada con el debilitamiento del movimiento sindical y las referencias colectivas para la negociación en las convenciones colectivas que tuvieron cada vez menos importancia para decidir los salarios y las carreras de los trabajadores, dando lugar al actual Salario Mínimo Vital y Móvil.(Soca, F, 2011)

También se modificaron las "identidades en el trabajo", que estaba definido esencialmente de manera abstracta. Ahora toma sentido como un trabajo concreto: lo importante para el asalariado no es una lista de tareas que muchos otros podrían hacer en su lugar, sino la manera personal en que ese trabajador lo realiza.

La reconversión profesional fue requerida sobre cambios no sólo de las decisiones a asumir, sino de la gestión de relación con los compañeros de trabajo. Resultados frecuentes fueron la expulsión del sistema productivo o las dificultades para incorporación de personas desocupadas pero ocupables, mujeres y jóvenes expulsados precedentemente del sistema escolar, que alimentan el área del trabajo informal y precario.

La diferencia en el mercado de trabajo actual no es sólo entre los ocupados y los desocupados, o entre subgrupos en el interior de estas categorías, sea por razones objetivas (edad, sexo, instrucción, ubicación geográfica) o por razones subjetivas (las representaciones de sí respecto al mercado). Si en el pasado era posible por parte de aquellos que estaban insertos en el proceso productivo o aspiraban a entrar individualizar en el trabajo una referencia incluso cultural clara, aparece gradualmente esfumada la incidencia del trabajo mismo como factor de identificación unitaria, (Meghnagi :1992:12).

La literatura da cuenta de diferentes enfoques sobre las competencias, la progresión del Taylorismo avanzó en el enfoque funcional inglés hasta convertirse en las NVQ (sistema de competencias inglés) y el análisis de los puestos con estándares de competitividad rígidos, con un planteo objetivista, observacional, con poca consistencia teórica y justificación empírica, se presenta más como una forma de control político que como un instrumento de promoción del saber obrero.(Rojas, et al 267,268,269)

Este enfoque post taylorista, fue utilizado en las fábricas intra-hospitalarias para personas con trastornos psiquiátricos en la década del veinte en EEUU, germen de la rehabilitación profesional, con términos que aún persisten de "adaptación", "entrenamiento", "conducta laboral", a la que se agregaron fichas de evaluación profesiográficas en la década del cuarenta, aún vigentes.(Sbriller, L. 1995)

Japón con el toyotismo, marcó una transformación donde el objetivo no es la descalificación sino la mayor calificación y solidaridad de pequeños grupos autónomos, donde el saber y el saber-hacer se construye en equipo. El control patronal del proceso de trabajo se transfiere a la auto-exigencia y la auto-competencia.

La teoría de la "creación organizacional de saber", de Nonaka y Takeuchi, parte de un saber tácito y el saber experiencial, no fácilmente visible ni expresable, es personal (ideales, valores, emociones) (Rojas, E, et al, 50, 51, 107,108).

El modelo australiano es holístico, se distingue de los anteriores porque incluye el contexto y cultura en que tiene lugar la acción e incorpora la ética y los valores como elementos de un desempeño competente. (Gonczy, Athanasou: 1996)

En la Argentina, la asociación entre formación profesional y acceso a la empleabilidad, se inició en el período de la convertibilidad de los años 90, a partir de la reconversión laboral, como actualización de conocimientos en aquellos trabajadores que quedaban desocupados por el avance de los nuevos procesos de flexibilización, tercerización e innovación tecnológica, dentro del contexto de globalización.

La Ley Nacional de Empleo (LNE) 24013- 9, marcó claramente la recontractualización para compensar las altas tasas de desempleo a partir de contratos temporales, tercerización, despidos, retiros voluntarios del personal que no se adaptaría a las nuevas tecnologías y medios de comunicación. (Frenkel, R y Ross, J, 2004) (Bisio 1999: 142, 155) (Marshall, 2004: 410, 411) (Murillo, 1997:425) (De la Garza. 2010:269)

Se incrementaron los formatos de trabajo domiciliario, talleres clandestinos, cooperativas formadas por la propia empresa madre que pasaban a ser subcontratadas y tenían como objetivo evitar las obligaciones legales hacia los trabajadores. Los procesos de desterritorialización agravó la cobertura legal y las condiciones y medio ambiente del trabajo (De Paula- Leite, M, 2009) (Ermida Uriarte, O. y Colotuzzo, 2009)(De la Garza, 2005: 6) Ermida Uriarte, 1999: 6,7).

Las políticas de empleo implementadas a partir del 2003 tuvieron dos vertientes, por un lado fomentar el "decente" partir de políticas de regulación laboral (reinstituionalizarlo) y por otro parte mantuvo mediante incentivos la generación de empleo independiente y cooperativas. (Castillo Marin, L: 2013)

De la calificación a la competencia

La calificación es el título obtenido, al que pueden sumarse, especializaciones diversas, pero no dan muestra de las competencias reales de un trabajador.

En el modelo de la calificación el hecho de tener un título conlleva un reconocimiento. En la competencia es lo inverso, reconocer una competencia crea y permite que esa competencia exista.

La etimología del término competencia, en latín cum pete: pete es lo que se demanda, lo que se pide, lo que se busca realizar: cum es con; competencia significa buscar, obtener algo trabajando de manera conjunta. (Lichtenberger Y., op cit:9 - 35)

Mandon y Liarouts, autores del método ETED, definen las competencias como conocimientos, cualidades y capacidades de acción. El análisis aprehende las competencias mediante el tríptico atribuciones (qué hace, ubica el empleo en el proceso productivo), procedimientos (que toma en cuenta para cumplir con las atribuciones que se le confían y con que finalidad) y saberes movilizados: saber (conocimiento, disciplina de base), saber-hacer (capacidades vinculadas a la práctica profesional) y saber-ser (actuar con respecto a los demás) (Mandon y Liarouts (1999:13-19)

En el caso de las instituciones dedicadas a la formación inicial para el trabajo, los objetivos deben estar íntimamente relacionados con las necesidades del desarrollo económico, productivo y social del país. (Malpica Jimenez, M:1996: 132-134-136).

Trabajadores con limitación adquirida

Las estadísticas publicadas por la Super Intendencia de Riesgos del Trabajo dan cuenta que en el año 2013 se registraron 67048 casos en los que el trabajador padeció alguna incapacidad permanente. La incidencia de éste tipo de secuelas fue de 7,6 casos cada 1000 trabajadores cubiertos, un 9% por encima del año anterior.

Los accidentes constituyen la principal causa de incapacidad en el 73% de los varones y el 69% de las mujeres que se ubican entre el 11 y el 20% de incapacidad, y el 0,3% tienen valores por encima del 50%.

Se notificaron 25.193 casos de enfermedades profesionales, con un índice de incidencia de 1,8 casos cada mil trabajadores, 10% mayor que el año anterior.(SRT:2013) En qué aspectos facilitan o se presentan como barrera las competencias actuales requeridas para aquellas personas que adquirieron una limitación laboral, atribuible o no a su puesto laboral, es decir, causada por un accidente o una enfermedad profesional o inculpable? (CIF: 2001:17)

Aguilar señala que, a diferencia de las personas que han desarrollado una discapacidad de joven y previa a su ingreso al mercado laboral, el trabajador con limitaciones a raíz de un accidente laboral se adentra en este mundo, armado con distintos recursos, diferentes pesos psicológicos y sociales, pero enfrentado a los mismos aspectos de discriminación que los jóvenes. (Aguilar, C y otros, 2008:6)

Un estudio efectuado en 2010 sobre 39 casos de trabajadores desvinculados por causa de limitación adquirida a lo largo de quince años, cuyo índice de incapacidad certificada promedió el 10% y las causas principales se centraron en la política empresarial con respecto al despido y la imposibilidad de reubicar en otros puestos a trabajadores en empresas basadas en tareas manuales repetitivas. (Sbriller, L: 2010)

Boschero y Rajz, por su parte analizaron una población de 59 trabajadores siniestrados en proceso de recalificación profesional que fueron despedidos en Rosario y alrededores. Concluyeron que el 74% de los casos fueron desvinculados por decisión empresarial, donde la edad, puestos de trabajo, formación laboral y académica, tipo de accidente y diagnóstico no influyeron en la reinserción. (Boschero, M y Rajz, K (2003:4).

Sujetos a la "recontractualización" o simplemente de la exclusión del mercado de trabajo competitivo, es necesario señalar que en los niveles de menor calificación se observan mayores dificultades para generar capacidades de polivalencia, responsabilidad y autonomía. (Whele, B. op cit 188).

El destino de éstos trabajadores está previsto por la Ley de Riesgos del Trabajo (24557 /96), es el trabajo "autónomo", excluido del mercado asalariado, pero ¿es posible la reinstitucionalización y permanecer en un empleo "decente"?

¿Cómo renegociar las competencias adquiridas para beneficiar a éste grupo poblacional?, la propuesta se basará entonces en primer lugar en los estudios sobre el "aprendizaje de competencias para adultos", la "profesionalidad", la "experiencia" y la "descentralización".

En primer lugar, el desarrollo de competencias en el trabajador adulto es relativamente independiente de la secuencia temporal del aprendizaje. Se puede aprender y adquirir indistintamente, como antecedente o consecuente de otra. Otro aspecto se refiere a la irrelevancia relativa de las competencias y saberes previos al proceso de formación, convirtiéndose en un aspecto positivo para la adquisición de competencias en trabajadores con limitación adquirida que serán reubicados.

El examen de los conocimientos de un individuo debe hacerse sobre la base de lo que sabe hacer, es decir de la capacidad y no de la limitación.

Experiencias recientes prueban, que "es posible facilitar la adquisición de competencias significativas para personas que tengan el nivel de escolaridad mas bajo", cualquiera sea el nivel de instrucción y de competencia inicial existe siempre un conjunto de competencias que el individuo domina, sobre las cuales organizar la nueva formación. (Rojas: op cit 233)

El segundo punto a considerar es la profesionalidad, entendida como el modo de relacionarse con una actividad profesional mediante una "práctica reflexiva", intervienen los conocimientos y capacidades clásicos necesarios para el ejercicio de la actividad, la cualificación y una cierta actitud ante el trabajo, con valores y normas de comportamiento que pueden variar mucho de un país a otro, y cuya importancia en el funcionamiento colectivo del trabajo es particularmente grande. (D´Iribarne A.1994:30)

El tercer aspecto está dado por la "experiencia", transmitida por medio de la comunicación de hábitos de hacer, pensar y sentir de los viejos a los jóvenes. Sin esta transmisión de ideales, esperanzas, normas y opiniones, la vida social no podría sobrevivir. (Dewey, J: 1995:15)

El cuarto elemento a tener en cuenta es el proceso de descentralización de un conjunto de etapas productivas de las grandes empresas hacia otras más pequeñas produciendo un "encadenamiento o cadena" interempresaria que exige una mayor colaboración para el trabajo colectivo, provoca el aumento de los puestos de supervisión y de conducción intermedia.

Para Jurgen Weller muchas de estas actividades tercerizadas tienen un potencial favorable para la inclusión social ya que estos puestos valoran principalmente el capital humano y permiten el acceso de las pymes a actividades de niveles productivos relativamente elevados. Por el otro lado, los procesos simultáneos de exclusión reflejan la generación de empleo de baja productividad, mal remunerado y de mala calidad, concentrado en ciertas actividades con bajas barreras de entrada. (Weller. J, 2001:7).

Conclusión

Probablemente estas cuatro formas de negociación de la permanencia en el empleo de trabajadores con limitación adquirida sean factibles de aplicación en empresas multinacionales y empresas madres, presentándose mayores obstáculos de aplicación en pymes o microemprendimientos con prevalencia de monotareas en manufactura.

De todos modos, algunos estudios dan cuenta que la exclusión tiene basamento en aspectos de discriminación (Aguilar), políticas empresariales (Boschero, Sbriller), actores ausentes como los representantes sindicales, o variables que afectan a los trabajadores en general como los cambios en la organización y las restricciones económicas.

Bibliografía

- Aguilar, Carlos, Aldeghi, Marta, Kujnitzky, Horacio, Dominguez Pousada, Verónica, Lubovitky, Ricardo, Sodos, Gustavo, Zuccolo, Soledad (2008): "Barreras y obstáculos. Historias de vida desde la discapacidad". V Semana Argentina de la Salud y Seguridad en el Trabajo. Super Intendencia de Riesgos del Trabajo.
- Bisio, R.; Battistini, O. y Montes Cató, J. (1999) "Transformaciones de la negociación colectiva durante la vigencia de gobiernos constitucionales a partir de 1973", en Fernández, A. y Bisio, R. (comps.) Política y Relaciones laborales en la transición democrática argentina. Buenos Aires: Lumen/ Humanitas, pp. 135-179.
- Boschero, Mariela y Rajz, Karina: (2003) "Modos de resolución de los casos de recalificación profesional". Tesis Licenciatura en Terapia Ocupacional. Universidad Abierta Latinoamericana.
- Catalano Ana, Avolio de Cols Susana, Sladogna Mónica: "Diseño curricular basado en normas de competencia laboral: conceptos y orientaciones metodológicas", Banco Interamericano de Desarrollo, Buenos Aires, 2004, pp. 37-84.
- CASTILLO MARIN, Luis, (2013): "Políticas de empleo en la Argentina desde la restauración de la democracia" (1984-2011).
- De la Garza Toledo, Enrique y Neffa, Julio César[compiladores] (2010) "Trabajo y modelos productivos en América Latina. Argentina, Brasil, Colombia, México y Venezuela luego de las crisis del modo de desarrollo neoliberal" (Buenos Aires: CLACSO, diciembre de 2010)
- De la Garza, Enrique (2005), "¿Antiguas y nuevas formas de subcontratación?" en Relaciones triangulares de trabajo, Fundación Ebert Friedich, México
- De Paula-Leite, Marcia (2009): "El trabajo y sus reconfiguraciones: las nuevas condiciones de trabajo discutidas a partir de conceptos y realidades". Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo. Año 14, Nº 21. Primer semestre.
- Dewey John: Democracia y educación. Una introducción a la filosofía de la educación. Eds.Morata, Madrid, 1995."
- Ermida Uriarte, Oscar y Colotuzzo Natalia (2009), Descentralización, tercerización, subcontratación, Oficina Internacional del Trabajo, Uruguay, pp. 201 (ver especialmente: Capítulos I a IV: 9-31; Capítulo VII "Problemas que plantea la tercerización al movimiento sindical" (69-73) y VIII "Posibles medidas de acción sindical" (75-78).

- Ermida Uriarte, Oscar (1999). "Globalización y relaciones laborales", en III: Congreso Regional de las Américas de Relaciones Laborales, Lima, Perú. (actas congreso).
- Filmus, Daniel: (1994) "Los desafíos de la educación ante los nuevos procesos productivos". Revista de Trabajo, abril de 1994.
- Gonczi Andrew, Athanasou James: "Instrumentación de la ecuación basada en competencias. Perspectivas de la teoría y la práctica en Australia." En Argüelles A. op. cit., pp. 265-288.
- Linhart Danielle: "Crisis y trabajo": en Castillo, J.J. (Comp.): La automoción y el futuro del trabajo. Tecnologías, organización y condiciones de trabajo, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Madrid, 1987, pp. 477 a 499.
- Lichtenberger Yves: (2000) "Competencia y Calificación: cambios de enfoques sobre el trabajo y nuevos contenidos de negociación", CEIL-PIETTE, Buenos Aires, noviembre 2000
- Malpica María del Carmen: "El punto de vista pedagógico", En Argüelles Antonio (comp.): Competencia laboral y educación basada en normas de competencia, CONALEP, México, 1996, pp. 125-140.
- Mandon Nicole, Liaroutzos Olivier: "Análisis del empleo y las competencias: el método ETED" LUMEN/HUMANITAS, Buenos Aires, 1999, pp. 9-25, pp. 79-111.
- Marshall, Adriana y Perelman, Laura: (2004) "Cambios en los patrones de negociación colectiva en la Argentina y sus factores explicativos". Estudios Sociológicos. Volumen XXII, Núm 2- mayo-agosto. El colegio de México. México
- Meghnagi, Saúl: (1992): "Conocimiento y competencia". Loescher Editore. Torino. Traducción: Juan Fanego.
- Murillo, M. V. (1997) "La adaptación del sindicalismo argentino a las reformas de mercado en la primera presidencia de Menem". Desarrollo Económico, Vol. 37, nro. 147, pp. 419-446.
- OMS- OPS (2001) "Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Versión abreviada. INSERSO
- Rojas Eduardo: (1999): "El saber obrero y la innovación en la empresa, OIT CINTERFOR, Montevideo.
- Sbriller, Liliana, Barrera, Ricardo: (2012) "Limitación adquirida en el desempeño laboral y desempleo, implementación de recalcificación profesional en un grupo de trabajadores frutihortícolas de las provincias argentinas de Río Negro, Neuquén, Mendoza y Entre Ríos "(1997-2010). Revista Chilena de Terapia Ocupacional. Volumen 12, Núm 2. 2012. <http://www.revistaterapiaocupacional.uchile.cl/index.php/RTO/article/viewArticle/25308>
- Sbriller, Liliana (1995) - Tesis: "Trabajo y esquizofrenia". Licenciatura en Terapia Ocupacional. Universidad Nacional de Buenos Aires. Directora: Lic Mirtha Lischetti.
- Soca, Fernanda (2011): "Cooperación y competencia en la consolidación de líderes políticos y sindicales: los casos de Néstor Kirchner y Hugo Moyano". -Instituto de Investigaciones Gino Germani VI Jornadas de Jóvenes Investigadores- 10, 11 y 12 de noviembre de 2011.
- Super Intendencia de Riesgos del Trabajo (2013) "Informe anual de Accidentabilidad laboral 2013. Unidad de Estudios Estadísticos. Gerencia de Planificación, Información Estratégica y Calidad de Gestión. SRT. Bs As.
- Whele, B. (2002): "Modelos de gestión de recursos humanos y nuevas competencias profesionales" en Bialakowsky, A. et al: Unidad en la diversidad. Estudios laborales en los '90. Eudeba, Buenos Aires.

Weller, Jürgen (2001) " Procesos de exclusión e inclusión laboral: la expansión del empleo en el sector terciario". CEPAL . Serie macroeconomía del desarrollo .División de Desarrollo Económico. Santiago de Chile, diciembre 2001

Programa de rehabilitación para personas en condición de inimputabilidad. Una esperanza rehabilitadora

Autor: Segura Gómez, Luz Nubia
Correo electrónico: lunusego@hotmail.com

Introducción

En Colombia el Código Penal establece la internación para personas inimputables (inimputable es quien en el momento de ejecutar el hecho legalmente descrito, no tuviere la capacidad de comprender su ilicitud o de determinarse de acuerdo con esa comprensión, por inmadurez psicológica o trastorno mental) medidas de seguridad tales como el internamiento en establecimiento psiquiátrico, clínica o institución adecuada de carácter oficial o privado en donde se prestara atención especializada requerida (1).

Teniendo este escenario Terapia ocupacional desarrolla un proceso completo en el cual el Modelo De Ocupación Humana (MOHO) proporciona un marco teórico y de intervención que facilita la orientación y dinámica de este trabajo; pues la ocupación humana en el plano conceptual y de la realidad cotidiana forma parte de la identidad individual y social; en el cual la ocupación aparece a partir de la interrelación de los cuatro componentes: volición, habituación, capacidad de desempeño y ambiente (2).

Además la participación ocupacional se convierte en un aspecto central para la salud, el bienestar, el desarrollo y el cambio. El significado que se le da a la ocupación de acuerdo a los valores, intereses, reconocimiento de habilidades presentes y potencialidades permite disfrutar el hacer; la terapeuta dentro de su quehacer evalúa a cada individuo para luego facilitar o adaptar ocupacionalmente el hacer buscando en cada uno de los participantes, la identidad ocupacional para llevarlos a la máxima competencia ocupacional dentro de la cotidianidad y normalidad, pero brindando un ambiente que favorezca la reafirmación de valores y comportamientos que les permitan vivir en sociedad acorde a la normatividad; influyendo en el bienestar y calidad de vida de las personas, especialmente de los grupos vulnerables. Como lo señalan Alicia Trujillo colaboradores "Es importante considerar que construir un sentido de nosotros mismos está condicionado a un orden social determinado que adjudica valores, sentidos y significados a las experiencias ocupacionales, y que ciertos ordenes sociales dan valor específico al cuerpo asumiendo, por ejemplo, que un cuerpo incompleto o con limitaciones genera una identidad personal incompleta o limitada" (3).

Terapia Ocupacional tiene la gran responsabilidad de brindar atención a población que permanece en las instituciones de rehabilitación clínica psiquiátrica por largos periodos de entre 1 año a 20 años.

Terapia Ocupacional en la Clínica Nuestra Señora de La Paz trabaja en equipo interdisciplinario, conformado por médico Psiquiatra, Psicólogo, Trabajador Social, Jefe de Enfermería, Instructores laborales y auxiliares de enfermería; actualmente cuenta con una población de 51 pacientes, declarados inimputables por un juzgado.

La institución tiene una amplia experiencia en la formación de profesionales en las diferentes disciplinas en el área de psiquiatría; para el caso de Terapia Ocupacional, brinda la posibilidad de formar profesionales en el manejo de personas con enfermedad psiquiátrica haciendo un abordaje desde su estado agudo, estabilidad clínica y manejo de tipo crónico.

Los pacientes del programa PRI, son vinculados a las diferentes actividades según nivel de función ocupacional, traducido al Modelo de Ocupación Humana, adaptativo, inadaptativo y se considera un nivel intermedio, siendo este grupo el que puede mejorar la organización del

comportamiento ocupacional hacia uno de los dos ciclos: adaptativo o inadaptativo, en estos ciclos se tiene en cuenta la participación productiva y lúdica, funcionamiento ocupacional, el cual a través del hacer aprende o restaura en los ciclos adaptativos; en este orden de ideas la Terapeuta Ocupacional proporciona ocupaciones a los pacientes favoreciendo la identificación de intereses, habilidades y facilitando a su vez el compromiso por la ocupación teniendo en cuenta las características del ambiente hospitalario y de rehabilitación.

Sin embargo, hay que tener en cuenta los síntomas negativos de la enfermedad tales como la apatía, desmotivación, desinterés y síntomas residuales como secuela de la enfermedad psiquiátrica, compromiso cognitivo, bajo nivel de escolaridad y de experiencia laboral, pobre conciencia de enfermedad mental, pobre apoyo de familias en el proceso, aspectos importantes que el profesional de Terapia Ocupacional adapta a su quehacer, para ponerlo en función de los pacientes y que estos se beneficien al máximo del proceso de rehabilitación que se ha instaurado.

Materiales y métodos

Pacientes inimputables de programa PRI de la clínica Nuestra Señora de La Paz, n=51, varones, se analizan datos según variables demográficas y clínicas, así como impacto en competencias ocupacionales.

Resultados

N=51, sexo masculino

Edad: 43 años y rango 22 a 71. Escolaridad: 12% analfabetas, 23% primaria incompleta, 14% primaria completa, 31% bachillerato incompleto, 8% bachillerato completo, 2% técnico, 6% educación superior, 2% sin información y 2% educación especial.

Apoyo familiar: activo 61%, distante 25%, sin red 14%.

Delito: homicidios 51%, lesiones personales 12%, delitos sexuales 23%, hurto 4%, otros 10%

Ocupación anterior: agricultor 27%, oficios varios 33%, independientes 14%, ninguno 12%.

Diagnóstico: esquizofrenia 43%, discapacidad cognitiva 23%, trastorno bipolar 12%.

Logros ocupacionales

Autocuidado: 41% logra independencia, 39% alcanza mayor compromiso y 20 % restante demandan seguimiento permanente.

Actividades de uso y manejo del tiempo libre: 69 % participa de forma activa, 31% asume rol de observador y con motivación se logra que por periodos cortos se integre.

Competencia ocupacional: 49% no cumple con educación básica y 31% no completa secundaria; sólo el 20% tiene educación superior.

Talleres: alfabetización: 5 pacientes, talleres vocacionales: 38 pacientes, Ayudantías: 12 pacientes, Capacitación: 34 pacientes, Más de 3 actividades: 19 pacientes: Formación en instituciones extramurales: 3 pacientes.

Tabla. Funcionalidad al inicio y final de la intervención

Nivel adaptativo	Inicio	Actual
Adaptativo	19	21
Intermedio	17	20
Inadaptativo	15	10

Conclusiones

En la clínica de Nuestra Señora de La Paz; Terapia Ocupacional adelanta el programa de intervención de acuerdo a la propuesta de Alicia Trujillo ya que "se dirige a prestar servicios humanos fundamentados en ocupaciones cuyos propósitos tomen en cuenta la individualidad y expectativas de las personas y contribuyan a incrementar su bienestar" (3).

La población del programa PRI es adulta, con problemas ocupacionales previos al ingreso, baja escolaridad, deterioro y compromiso cognitivo. Terapia Ocupacional ha facilitado en la clínica psiquiátrica el mejoramiento del funcionamiento ocupacional de pacientes inimputables brindando un ambiente estructurado, facilitando la asimilación de hábitos y rutinas de desempeño. Además ha brindado espacio para la consecución y mantenimiento de roles ocupacionales personalmente significativos y socialmente valorados; ha potenciado la creación de espacios ocupacionales donde el paciente pueda experimentar el logro y la competencia personal, favoreciendo la colaboración con otras personas (afectados, profesionales, familiares) en la consecución de estas metas.

El apoyo familiar es pobre o inexistente en la mayoría de los pacientes, el tipo de delito involucra a la red de apoyo y algunos casos se han cronificado en la institución; sin embargo se ha logrado la restauración y mantenimiento de hábitos y roles, así como el fortalecimiento de habilidades, reconocimiento de potenciales y surgimiento de nuevos intereses que han dado paso a la construcción de su proyecto de vida mediante un conjunto de actividades sociales, cognitivas, motrices, educativas y multi-talleres ocupacionales que brinden herramientas como parte fundamental para el egreso y reinserción social en un grupo importante de pacientes.

Se evidencia un mejor nivel de adaptación en el 67% de la población, aunque 10% se mantuvo en ciclo inadaptativo, relacionado con diagnóstico de base. 76% de los atendidos estuvieron en procesos de formación en talleres vocacionales, 24% de formación en actividades ocupacionales en ambiente normalizado dentro de la institución y el 6% se encuentra en capacitación fuera de la institución, lo cual favorecerá la reinserción social y laboral incidiendo en la mejoría de su calidad de vida.

Se ha realizado seguimiento al egreso de casos, teniendo en cuenta las dificultades previstas en el proceso por fuera de la institución, dependientes del delito, la enfermedad, la red de apoyo y las condiciones psicosociales de los pacientes, encontrando 3 casos exitosos que mantienen la mejoría alcanzada verificando la efectividad del programa y constituyendo un importante indicador de impacto social en el proceso.

Referencias bibliográficas

- Gaviria Tres palacios, Jaime. La Inimputabilidad: conceptos y alcances en el Código Penal Colombiano. Revista Colombiana de Psiquiatría, Suplemento No. 1, Vol. XXXIV, 2005
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Protocolo de Evaluación básica y Guías complementarias en Psiquiatría y Psicología Forenses. Código DG-M-PROT-01-V01, Versión 01, diciembre de 2009.
- República de Colombia. Código Penal colombiano. Artículo 33í: *Inimputabilidad*.
- Kielhoffner, K. Modelo de Ocupación Humana.
- Trujillo Alicia. Ocupación: sentido, realización, libertad. Grupo de Investigación Universidad Nacional. Bogotá, 2009
- Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Guías de Manejo en Salud Mental. Bogotá, 2008

Significaciones de ocupación, salud mental y peligrosidad que poseen los integrantes del Equipo perteneciente a la Dirección Provincial de Salud Mental (D.I.S) en el Instituto de Detención "La Capital", Unidad 2 Las Flores, Santa Fe

Autor: Demichelis, Mauro A.

Correo electrónico: informes@fbcb.unl.edu.ar

Resumen

Introducción

El tema de esta investigación se constituye en un área de vacancia en el campo de Terapia Ocupacional y otras disciplinas relacionadas a la salud mental en instituciones de encierro dentro de la lógica de castigo y privación legítima de la libertad. Las nuevas legislaciones imprimen prácticas y escenarios de intervención profesional que merecen estudio.

Objetivos

Recuperar las significaciones de ocupación, salud y peligrosidad que poseen los integrantes de equipos interdisciplinarios en salud mental en la unidad II de la ciudad de Santa Fe. Analizar los mismos de acuerdo a los principios de la ley 26.667 de Salud Mental y ley 24.660 de Ejecución Privativa de la Libertad en la ciudad de Santa Fe. Comprender con criterio teórico referencial los supuestos y significaciones de ocupación, salud y peligrosidad que poseen los integrantes de equipos interdisciplinarios al momento de pensar escenarios de intervención profesional con las personas privadas de su libertad.

Metodología

Estudio descriptivo transversal dentro de la lógica cualitativa.

Conclusiones

Actualmente la política penitenciaria escenifica repliegue ético y político acerca de cambios en las significaciones de ocupación, salud mental y peligrosidad que poseen una parte de los actores institucionales. Nuevas dinámicas buscan jurídicamente separarse de las representaciones legítimamente instituidas dentro de la lógica manicomial y de la prisión-jaula en búsqueda de configurar nuevos espacios de promoción socio-ocupacional. A su vez, existe un enfoque de encierro al estilo manicomial en convivencia con otro basado en la promoción de derechos humanos, la reducción de daños y el cuidado de la salud mental. En esa dirección, es posible decir que las significaciones y concepciones que formaron parte del análisis del presente estudio tienen un componente subjetivo de carácter intuitivo-ideológico que merece ser estudiado en otros contextos de encierro y/o nuevos participantes buscando en cierto sentido correrse de la visión de patologizar el delito dentro de la progresividad del régimen penitenciario.

Introducción

El tema de esta investigación se constituye en un área de vacancia en el campo de Terapia Ocupacional y otras disciplinas relacionadas a la salud mental en instituciones de encierro dentro de la lógica de castigo y privación legítima de la libertad y las nuevas legislaciones que imprimen prácticas y escenarios de intervención profesional que ameritan estudios. En estas coordenadas de discusión, el nuevo contexto planteado en nuestro país a partir de la promulgación oficial de la ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 constituye una oportunidad inédita para comprender las concepciones y prácticas asilares que caracterizan el modelo de atención

hegemónico en las instituciones y servicios de Salud Mental e invitan a través de la producción de conocimiento científico a revisar el grado de avance logrado en las distintas jurisdicciones en torno a la promulgación de leyes o normativas a nivel regional, en este caso en la provincia de Santa Fe.

El objeto de estudio del presente estudio parte del contexto social del Instituto de Detención "La Capital" Unidad 2, Santa Fe, más precisamente sobre las significaciones y representaciones que poseen los integrantes de los profesionales que trabajan con las personas en situación de detención. En esa línea de acción investigativa, éste estudio forma parte de un proyecto de investigación CAI+D 2011 con la Dirección de la Pof Psc Patricia Ingúí y la Co-dirección la Prof T.O Testtoni Cecilia titulado "Ocupación y Salud Mental: supuestos y concepciones de los integrantes de equipos de Salud Mental a partir de la implementación de ley provincial de Salud Mental Nº 10772/91 en la Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas de la Universidad Nacional del Litoral con docentes y graduados de la licenciatura en Terapia Ocupacional y de otras dependencias públicas y privadas con un trabajo en el plano de la salud mental.

En este sentido, es nuestro propósito comprender lo que justifica nuestro interés por la convicción cognitiva y política que tienen los dispositivos encargados del tratamiento de las personas privadas de su libertad para la producción de conocimiento acerca experiencia clínica de profesionales de la salud mental.

Objetivos

Recuperar las significaciones de ocupación, salud y peligrosidad que poseen los integrantes de equipos interdisciplinarios en salud mental en la unidad II de la ciudad de Santa Fe.

Analizar los mismos de acuerdo a los principios de la ley 26. 667de Salud Mental y ley 24. 660 de Ejecución Privativa de la Libertad en la ciudad de Santa Fe.

Comprender con criterio teórico referencial significaciones y concepciones de ocupación, salud y peligrosidad que poseen los integrantes de equipos interdisciplinarios al momento de pensar escenarios de intervención profesional con las personas privadas de su libertad.

Marco Teórico

De acuerdo a Fernández (1993), en Dávila, Escalante, & Giocchini, 2012) una sociedad se instituye por la particularidad de su mundo de significaciones. Tomando la perspectiva de estos autores, podemos afirmar que son ellas las que dan su existencia, por una sociedad determinada, el modo de ser las cosas y los individuos. Por esto mismo, la trama inmensamente compleja de significaciones orienta y dirige la vida de los individuos concretos que conforman una sociedad en un momento socio-histórico político determinado.

Parafrasear a los autores antes mencionados amplía las dimensiones de análisis en este punto de la discusión. *Se puede aprender la realidad a través de un proceso de significación, de atribución de sentido, donde el símbolo para descifrar para interpretar o conocer el mundo* (Dávila, Escalante, & Gioacchini 2012)

Por esto mismo, es posible considerar que dentro de lo simbólico existe un componente esencial: el imaginario de todo símbolo y de todo simbolismo constituye una realidad tangible en algún punto. En este caso y de acuerdo al interés del presente estudio, un nuevo marco legal, la Ley Nº 26.667 (para los propósitos de esta investigación, se constituye en un símbolo que forma parte de una categoría de análisis). Esto orienta a favorecer nuevos simbolismos en diferentes actores sociales e interpela al imaginario la posibilidad de creación desde el orden de nuevas transformaciones en las concepciones, supuestos y significaciones de ocupación, salud mental y peligrosidad.

Acerca de las significaciones de ocupación, diversas son las posturas de análisis en el ámbito nacional e internacional. Por su parte, el Marco de Trabajo para Práctica de la Terapia

Ocupacional: Ámbito de competencia y proceso: (2008) proporciona un paraguas de proposiciones y conceptos a través de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional que engloba algunas de las siguientes definiciones que fueron seleccionadas para este estudio. "Actividades de la vida diaria, nombras y organizadas, y que tienen una valor y significado para las personas de una determinada cultura. Las ocupaciones es lo que hacen las personas para el desempeño de sus roles, cuidado de si mismos, el disfrute de la vida y la contribución al tejido económico y social de sus comunidades (Law, Polatajko, Baptiste & Twonsend).

Por otro lado, Da Rocha Medeiros (2008) y Martínez Antón, R (1999) postulan que en Argentina como en otros países de Latinoamérica existen diferentes concepciones de ocupación que hacen mella en la práctica cotidiana de la T.O. Lo que posibilita la construcción de una estructura laxa de concepciones y significaciones confusas, provenientes de diferentes valoraciones de hombre, salud, enfermedad y sociedad, formando una verdadera amalgama teórico-práctica que orientan y definen indefectiblemente las praxis profesionales.

De acuerdo a las intersecciones trazadas por los diferentes puntos de vista mencionados hasta aquí, las concepciones de ocupación han cambiado conforme al rumbo que tomaron las teorías, ideologías y epistemologías en relación con su conocimiento básico, conllevado a que se cometan múltiples interpretaciones erróneas en la concepción del estudio del objeto de la disciplina.

Por su parte la ley de Salud Mental entiende a la Salud Mental como una construcción política e ideológica que posee una perspectiva de totalidad basada en un proceso histórico-social, centrado en un sujeto y en el contexto particular y universal que lo atraviesa. En esa dirección de análisis, es posible identificar en lo dicho sobre la temática de nuestra investigación, la existencia de varias definiciones que se encuentran sobre Salud Mental con resonancias de significaciones y concepciones positivas (conducta normal o adaptada); racionalistas (correcto funcionamiento de las funciones mentales); aristotélicas (adecuada percepción de la realidad) Todas ellas encubren, si es que puede decirse de esa manera una supuesta objetividad en el marco de posturas ideológicas. Se han seleccionadas aquellas que mayor relevancia tienen para el presente estudio. Autores como Rodriguez Esbec, H (2003) consideran que conceptualizaciones de peligrosidad toman las siguientes dimensiones para su análisis. El significado que la criminología le atribuye al concepto de peligrosidad significa calidad de peligroso y de la forma más restringida, peligrosidad criminal es la tendencia de una persona a cometer un delito, evidenciada generalmente por su conducta antisocial.

Por su parte en dirección opuesta, Baratta, A (2006) y Zaffaroni, (1998) Consideran que la cuestión de la peligrosidad es entendida como una construcción social desde el populismo punitivo que emerge a través discusiones constantes de la política de la mínima intervención penal hacia las ideas de justicia e igualdad hacia los individuos en situaciones problemáticas, también en relación a sus distintos *status* social.

Metodología

Estudio descriptivo transversal dentro de la lógica cualitativa. La investigación se propuso analizar los significantes y concepciones de ocupación, salud mental y peligrosidad que poseen y orientan las praxis profesionales de los integrantes de los equipos de Salud Mental en la Unidad Penal N° 2 "La Capital" en la ciudad de Santa Fe. Se realizaron entrevistas semi-estructuradas a un médico psiquiatra, dos psicólogos y dos enfermeras que forman parte del DIS (Dispositivo Interdisciplinario de Salud) pertenecientes a la dirección de Salud Metal de Santa Fe.

La acción de este proceso se centró en el análisis y posterior síntesis del contenido de las entrevistas realizadas. Para ello, se aplicaron lineamientos de análisis de tipo lingüístico, más precisamente la semántica de los datos y se focalizó en el significado general y conceptual de las palabras y oraciones en el discurso de los participantes. La primera línea de análisis surgió en relaciona a las categorías de análisis construidas desde los conceptos y proposiciones uti-

lizados el marco teórico. Dicho proceso permitió en un segundo nivel de análisis de acuerdo a la operacionalización de las categorías la reducción de la complejidad del dato y la interpretación de los mismos.

Para el tratamiento y análisis de los datos el desmontaje del contenido de cada entrevista permitió construir descriptores que representaron el contenido de las entrevistas y la emergencia de nuevas categorías de análisis. Se consideraron los párrafos, partes de las entrevistas y sus descriptores para finalmente establecer diferentes niveles de relaciones y proposiciones.

La finalidad de dicho proceso fue la facilitar por aproximación la intención de los participantes en relaciona a los significantes y concepciones identificados. Dichas acciones permitieron mayores interpretaciones de acuerdo a los intereses del estudio y de acuerdo a toda la secuencia anteriormente mencionada.

Resultados

De acuerdo a los participantes del estudio las ocupaciones son significadas como medios y recursos que facilitan intervenciones clínicas en el marco de una política de promoción de la Salud Mental. La ocupación se representa en el imaginario de estos actores como actividades que permiten ocupar un tiempo inerte y particularmente muerto, desconociéndose el valor que posee la misma en la constitución de nuevas identidades socio-ocupacionales de las personas privadas de su libertad.

Por su parte, se identifican algunos significantes de Salud Mental que emergen de las experiencias profesionales por el cuidado de la Salud Mental desde la promoción de derechos de los internos como sujetos de derechos. Por otro lado, el contexto carcelario queda representado en el imaginario de los profesionales como un entorno hostil y violento que dificulta el reposicionamiento subjetivo de los internos por el daño que el mismo encierro produce. En ese sentido, la privación socio-ambiental-vincular reproduce situaciones de mayor violencia y atenta contra la Salud Mental. Por su parte, se identifican ideas y concepciones que la temporalidad de las condena obstaculiza en diferentes momentos la Salud Mental de los internos.

Por lo tanto y en consonancia con los lineamientos que establecen las políticas de ejecución de las penas, los profesionales poseen representaciones altamente significativas que la Salud Mental es una dimensión constitutiva del sujeto que permite planificar intervenciones clínicas. Se reconocen transformaciones en perspectiva histórica desde la implementación de los Equipos Interdisciplinarios de Salud Mental desde el año 2008 en cárceles de acuerdo una política penitenciaria progresista durante el primer periodo del gobierno socialista en la provincia de Santa Fe que promovieron la concreción de hechos concretos de acuerdo a los propósitos que persigue la Ley de Salud Menatl

Se observa que los participantes poseen discursivo solido desde un interjuego que tiene lugar entre los intersticios del sistema de salud y el sistema penal penitenciario que se expresa en diversas motivaciones e intenciones de los profesionales fundamentalmente terapéuticas y punitivas. Es posible identificar otras significaciones de Salud Mental a las antes mencionados anudadas a la promoción del fortalecimiento de redes de asistencia en acción conjunta con otros dispositivos provinciales en procesos territoriales de las personas privadas de su libertad.

Por último, los profesionales de área de psicología y psiquiatra, significan al menos desde el plano discursivo que noción de peligrosidad es una construcción teórica e ideológica que poseen todos actores institucionales que traza indefectiblemente sus escenarios y prácticas de intervención profesional junto a otros profesionales y empleados de seguridad de la unidad penal. A su vez, los mismos consideran que la categoría de peligrosidad se contextualiza en el cotidiano desde diversas posturas, muchas de ellas sujetas a un conjunto de circunstancias y condiciones que derivan de un alto riesgo contra bienes y/o personas jurídica-

mente nombrados de acuerdo al tipo de delito y niveles de reincidencia de las personas privadas de su libertad con las que trabajan.

Conclusiones

La política penitenciaria actual de acuerdo a la ley 24660 de Ejecución de Pena Privativa de la Libertad y ley 26. 667 de Salud Mental buscan resignificar nuevas concepciones que poseen los profesionales al momento de pensar nuevos escenarios y praxis sujetas a los principios de las normativas antes mencionadas. Las significaciones analizadas contemplan que la idea de peligrosidad continúa siendo un asunto de especial relevancia y estudio únicamente para el experto que realiza pronósticos de comportamientos futuros de las personas privadas de su libertad. Se cree que la noción de peligrosidad es patrimonio de los equipos de profesionales que forman parte del servicio penitenciario de planta permanente pertenecientes al Ministerio de Seguridad encargados de la administración y ejecución de la pena.

En pocas palabras existe un repliegue ético y político concreto en aspectos cognitivos y discursivos acerca de las significaciones y concepciones de salud mental que buscan jurídicamente y ideológicamente separarse de las representaciones legítimamente instituidas dentro de la lógica manicomial y de la prisión jaula, buscando marcar nuevos horizontes a través de nuevos espacios de promoción socio-ocupacional. De todos modos existe un enfoque de encierro al estilo manicomial en convivencia con otro basado en la promoción de derechos humanos, la reducción de daños y el cuidado de la salud mental visualizado en los espacios de atención de la salud mental, entre ellos la oferta a espacios ocupacionales.

En esa dirección, es posible comunicar que las significaciones y concepciones analizadas de acuerdo a los objetivos del estudio tienen un componente altamente subjetivo de carácter intuitivo-ideológico que merece ser estudiado en otras investigaciones, buscando profundizar históricamente lo dicho cuando se busca equiparar la enfermedad mental y peligrosidad criminal como variables altamente vinculantes.

La perspectiva de patologizar el delito dentro de las trayectorias vitales de las personas privadas de su libertad es otra línea de acción investigativa que emerge en este estudio y por lo tanto amerita nuevos estudios en el marco de las legislaciones en el plano regional acerca de la Salud Mental y ejecución de la pena privativa de la libertad-

Bibliografía

- Baratta, A, 2006. "Criminología y sistema penal". Compilación in memoriam. Editorial B de F Ltda.(Montevideo-Uruguay) pág. 357.
- Davila, A, Escalante, M; & Gioachino, C, 2012. "Significaciones del rol de profesionales de la Salud Mental Comunitaria de los hospitales nacionales". Ed Prometeo.(Buenos Aires). Pp 29-35.
- Da Rocha Medeiros, Ma. Heloisa, 1998. La terapia ocupacional en relación con la producción de conocimiento. Revista *Terapia Ocupacional*. Univ. Sao Pablo. Apunte decátedra T.O.I. María Rita Martínez Antón. Carrera de Lic. En T. O. UBA 2000. B.S. As.
- Esbec Rodriguez, E, 2003. "Valoración de la peligrosidad criminal", Ed Aljibe. 2003.(Madrid). Pg 299.333
- Gerlero, S. y Augsburguer Ana C. (s.f.) *Políticas y planes en salud mental de la provincia de Santa fe, en el año 2007*. Tesis doctoral, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Rosario. Ponencia presentada en: Facultad de Ciencias Sociales, UBA, Buenos Aires, documento. Extraído el 23 Abril de 2012, desde <http://webiigg.sociales.uba.ar/saludypoblacion/.../ponencia-gerlero-viiijsyp...>
- Martínez Antón, Rita (1999); La Actividad y la Ocupación Pág. 9/12-

- Protocolo de Intervención de Equipos de Acompañamiento para la Reintegración Social. Unidades Penitenciarias. Octubre 2008 por resolución Nº 1670 por la Dirección General del Servicio Penitenciario de la provincia de Santa Fe
- Townsend, E y Wilcock. A, 2007: Justicia Ocupacional.pg.1-23
- Valverde Molina, J, 2011 "La cárcel y sus consecuencias. La intervención sobre la conducta desadaptada". Editorial Popular. (Madrid, España) pag235-239.
- Zaffaroni, Eugenio R, 1998 "En búsqueda de la penas perdidas. Deslegitimación y dogmatica jurídico-penal". Editar (Buenos Aires Argentina). Pg 127.142.

Retorno laboral luego de un daño al Sistema Nervioso Central adquirido

Autores: Almeida, Inés; Aranguren, Isabel; Bruna, Patricia Inés; Carcavallo, Lucila; Saade, Andrea Soledad; Vih, Gabriela
Correo electrónico: gabrielavih@hotmail.com

Resumen:

Antecedentes: Al realizar una revisión bibliográfica, son escasas las investigaciones sobre el retorno al trabajo (RT) de las personas que sufrieron un daño en el Sistema Nervioso Central (SNC).

Objetivo: Describir las características que presentan las personas con TEC, LM, ACV que logran reinserirse en el ámbito laboral luego de la lesión.

Método: Se realizó un estudio descriptivo de 471 pacientes subagudos que realizaron tratamiento de rehabilitación en el Instituto FLENI durante los años 2009 a 2012.

Resultados: Luego de realizar un seguimiento telefónico a los dos años del alta de internación, se obtuvieron como resultados que la mayoría de los pacientes logra retornar a su mismo puesto de trabajo con adecuación siendo asistidos en su nivel funcional.

Conclusiones: Las características analizadas nos marcan la importancia de maximizar el nivel de independencia funcional de los pacientes para favorecer su retorno al trabajo.

Palabras claves: Retorno laboral, Terapia Ocupacional, daño al sistema nervioso central, FIM.

Introducción

Las lesiones medulares (LM), los Accidentes Cerebro Vasculares (ACV) y los Traumatismos Encéfalo Craneales (TEC) son consideradas las principales etiologías del daño al Sistema Nervioso Central (SNC) Adquirido. Cada una de ellas genera una discapacidad compleja por la diversidad de sus secuelas (físicas, sensoriales y neuropsicológicas), que impacta en la calidad de vida y dificulta la reinserción social, comunitaria y laboral. (4)

El trabajo es asociado con una alta percepción de calidad de vida; mientras que el fracaso en el retorno al mismo es asociado con la enfermedad y una pobre adaptación psicosocial (3).

En la revisión bibliográfica realizada se encontraron diversas características de la población de pacientes que retornan al trabajo; entre ellas se encuentran la edad, género, diagnóstico, tiempo de evolución, tipo de retorno al trabajo (RT), la intervención de terapia ocupacional (TO) y el nivel de independencia funcional.

Con respecto a la **edad** en los Estados Unidos el 29,6% de todos los ACV ocurren en personas menores de 65 años y del 15 al 20% de los pacientes están dentro de la edad laboral (6). En una revisión bibliográfica realizada por Saeki S.(2000), la mayoría de los estudios informó que la edad no era un predictor de RT en pacientes con ACV.

Según Ownsworth T., et al., (2004) cuanto más joven es el paciente con TEC, mayor es la probabilidad de RT. Al parecer los jóvenes tienen mejor recuperación neurológica y funcional del deterioro del SNC, mejor ajuste residual a la discapacidad, mayor motivación para el RT y existe mayor disposición de los empleadores para contratar a este tipo de población. King T. (2004) afirma que sufrir una lesión medular a temprana edad, y poseer un buen nivel de educación, son factores que influyen positivamente a la hora de retornar al trabajo. Existen controversias con respecto al **género**. Matheson L.N. et al., (2002) describió que las mujeres lo-

gran retornar al trabajo más a menudo que los hombres. Sin embargo, otros (5) afirman que el género no tiene asociación con el RT en pacientes con dicha patología.

En lo referente al **tiempo de reinserción laboral** se estudió que las personas con ACV, cuanto más tiempo demoran en retornar al trabajo menores son las posibilidades de volver a hacerlo (9). Saeki (2000) agrega que una mayor duración de la internación es asociado con una menor tasa de RT. En relación a los pacientes con TEC, encontraron (2) que un gran número de personas retornaba al trabajo durante el primer y sexto mes de la lesión. La misma conclusión se llegó (6) en las personas con ACV pero en el período de tres a seis meses.

Con respecto al **tipo de retorno al trabajo** Treger et al. (2007) en su estudio de 46 pacientes con ACV, afirman que el 73,9 % retorna al puesto de trabajo previo a la lesión y 26,1% retorna requiriendo adecuación del mismo.

En cuanto al **nivel de independencia funcional** Ownsworth T., et al., (2004), afirman que las evaluaciones de nivel funcional (aquellas que miden las limitaciones físicas, cognitivas, el nivel de independencia y adaptación psicosocial y comunitaria) son más fiables en predecir el RT que los índices de severidad del TEC (Glasgow, amnesia post traumática y duración del coma).

Las personas con TEC que obtienen mejor puntaje en las evaluaciones de admisión, entre ellas el FIM (Medida de Independencia Funcional), tienen mayores posibilidades de volver a trabajar (1). Esta relación no ha sido demostrada en pacientes con ACV (6) y LM.

Para concluir, durante la revisión bibliográfica, se observan las distintas variables relacionadas con la reinserción laboral. Se considera que el RT, es el punto clave para evaluar la efectividad de los esfuerzos de la rehabilitación (1) y representa uno de los mejores indicadores del funcionamiento real en el mundo (2). Es escasa la información que se obtuvo con respecto a la reinserción laboral en pacientes con LM a nivel nacional y no se encontraron estudios sobre dicha temática. Por este motivo el objetivo del presente trabajo es describir cuales son las características que presenta nuestra población de pacientes con TEC, LM y ACV, que lograron reinsertarse en el ámbito laboral luego de la lesión.

Método

Se ha realizado un estudio retrospectivo y descriptivo incluyendo pacientes subagudos con diagnóstico de TEC, ACV, LM y otras patologías, que finalizaron su internación en el Instituto FLENI durante el periodo de los años 2009 a 2012.

Los criterios que excluyen a los pacientes de la muestra son personas con diagnóstico de: Estado de Vigilia sin Respuestas; TEC, ACV y LM con más de tres meses de evolución; o con enfermedades neurológicas o psiquiátricas previas. También se excluyen personas jubiladas y aquellas que fallecieron durante los 24 meses posteriores al alta.

Los criterios de inclusión para la muestra son personas con diagnóstico de LM, ACV y TEC mayores de 18 años, que realizaban un trabajo remunerado previo a la lesión y finalizaron el módulo de internación entre los años 2009 a 2012. El consentimiento informado para utilizar los datos necesarios fue obtenido por el paciente o familiar a cargo.

Población

Se registro un total de 471 personas internadas de las cuales 142 cumplían con todos los criterios de inclusión. De los 329 pacientes restantes el 15% presenta más de tres meses de evolución, 15% son jubilados, 42% no fue contactado luego del alta, 10% no realizaban una actividad remunerada previa, 11% fallecieron y 7% presentaba diagnóstico de Estado de Vigilia sin respuestas. Del total de la muestra evaluable (142), se identificaron que 44 pacientes no retornaron a la actividad laboral mientras que, los 98 restantes si. A continuación se describen en la Tabla 1 las variables analizadas.

Tabla 1. Características del total de los pacientes evaluables

Total	N= 98
Edad (rango)	20 a 84 años
Genero	
Hombres	78 (80 %)
Mujeres	20 (20%)
Diagnóstico (%)	
ACV	36 (37%)
TEC	17 (17%)
LM	45 (46%)
Retorno al trabajo (%)	
Con adecuación	71 (72%)
Sin adecuación	13 (13%)
Reubicación	14 (15%)
FIM (promedio)	
Alta	95
Reinserción	105
Realiza TO (%)	
Si	42 (43%)
No	56 (57%)
Periodo de reinserción (%)	
Alta	15(15%)
3 Meses	33 (34%)
6 Meses	24 (25%)
12 Meses	17 (17%)
24 Meses	9 (9%)

Instrumentos y Procedimientos

Se utilizó un **cuestionario de seguimiento** el cual fue completado al momento del alta por un TO recabando datos sobre la edad, género, diagnóstico, tiempo de evolución, fecha de inicio de tratamiento, fecha de alta de internación, tipo de retorno al trabajo, y el nivel de independencia funcional. El mismo fue actualizado telefónicamente a los tres, seis, doce y veinticuatro meses.

La puntuación del nivel de independencia funcional se obtiene por la escala "Functional Independence Measure" (**FIM**) la cual sirve para medir el desempeño real del paciente en la realización de las actividades de la vida diaria básicas (AVDB). La puntuación de esta escala varía desde 18 a 126 puntos siendo Dependiente: 18-71, Asistido: 72-107 e Independiente: 108-126 (Buffalo, 1996; Smith, 1996).

Análisis de datos y resultados

Para presentar una adecuada descripción de las diferentes patologías, se realizó un análisis de las características específicas de la población que se reinsertó laboralmente. (Ver tabla 2)

Tabla 2. Características de los pacientes que retornan al trabajo según cada patología

Variables	ACV	TEC	LM
Edad (rango)	24 a 84 años	20 A 77 años	21 a 78 años
Género (%)			
Masculino	29 (80%)	15 (88%)	34 (75%)
Femenino	7 (20%)	2 (12%)	11 (25%)

Edad y Género. El rango de edad del total de los pacientes que retornó al trabajo es de 20 a 84 años. No se observan grandes diferencias entre las tres áreas. Se registró que más 3/4 de la población que se reinsertó laboralmente son de género masculino. Lo mismo sucede en cada área analizada.

Retorno al trabajo. Más de la mitad de la población analizada (72%) se reinsertó laboralmente con adecuación, el 13% lo hizo sin adecuación mientras que el 15% fue reubicado en un nuevo puesto de trabajo.

En los pacientes que sufrieron un ACV, casi el total de la población se reinsertó laboralmente con adecuación (86%), solo un 3% lo hizo sin adecuación y el 11% se reubicó en un nuevo puesto de trabajo. En el área de LM, más de la mitad de los pacientes se reinsertó al trabajo con adecuación (73%); 18% retornó sin adecuación y 9% se reubicó en otro puesto de trabajo. En el área de TEC, el 41% de los pacientes se reinsertaron laboralmente con adecuación, 35% se reubicó en un nuevo puesto de trabajo y el 24% retornó sin adecuación.

FIM. El nivel de independencia funcional (promedio) en el total de la población analizada es *asistido* (95) al alta de internación así como también al momento en que se reinsertó laboralmente (105).

En los pacientes con ACV, el FIM es *asistido* tanto al momento del alta de la internación (95) como al reinsertarse al puesto de trabajo (106). El resultado es similar en los pacientes con LM; con un nivel de independencia *asistido* al alta (87) y al retornar al trabajo (94). En los pacientes con TEC, el nivel de independencia funcional es *independiente* al alta (108) y a diferencia de las otras áreas, es también *independiente* (118) al momento de reinsertarse al puesto de trabajo.

Tratamiento de Terapia Ocupacional. El 54% de la población estudiada no realizaba tratamiento de TO al regresar a la actividad laboral. A diferencia de los pacientes con TEC (6%), los pacientes con ACV (47%) y LM (47%) fueron quienes estaban realizando tratamiento de TO al momento de reinsertarse al trabajo.

Período de reinserción laboral. Del total de la población, la mayoría de los pacientes (34%) lograron su reinserción laboral a los 3 meses luego del alta, de los cuales el 40% son pacientes con LM, el 33% con ACV y el 27% con TEC.

Discusión:

Se registraron un mayor número de hombres que se reinsertan laboralmente no solo en el área de ACV sino también en TEC y LM. A diferencia de la bibliografía encontrada, el 70% de nuestra población logra reinsertarse laboralmente y el 72% de la misma lo realiza con adecuación. Este último dato no coincide con Treger (2007) en la población de ACV.

Si bien para este trabajo se describieron únicamente a los pacientes que lograron retornar al trabajo, se podrían ampliar los resultados analizando cuales son los factores asociados al no retorno laboral (tiempo de evolución, características del puesto de trabajo, tipo de lesión, entre otras). En relación al FIM, se observa que la mayoría de los pacientes son asistidos al momento de reinsertarse laboralmente. Este hecho no coincide con la bibliografía la cual describe que un alto nivel de independencia es un factor positivo en el RT.

A través de futuras investigaciones se podrían comparar el nivel de independencia funcional de los pacientes que recibían tratamiento de TO con aquellos que no lo hacían, y así poder obtener datos más específicos que aporten a la profesión.

El hecho de analizar las mismas características, relacionadas con el RT, en todas las áreas hace difícil especificar las particularidades de cada patología (el grado de severidad, el tipo de lesión, complicaciones asociadas, etc.). Igualmente, se considera que a partir de este trabajo se podría llevar a cabo un análisis más específico y así obtener información más representativa para la población de TEC, LM y ACV.

Las características analizadas nos marcan un horizonte de trabajo con aquellos pacientes que sufrieron un daño en el SNC. La importancia de que desarrollen las habilidades necesarias para maximizar su nivel de independencia funcional y conocer cuáles son sus posibilidades de reinserción al trabajo, son incumbencias propias del TO como parte de un equipo interdisciplinario de rehabilitación.

Poder realizar un seguimiento a todos los pacientes luego del alta de su internación, es fundamental para obtener resultados como los presentados en este trabajo, que ajustan y mejoran la intervención de los profesionales cada día.

Bibliografía

- Cifu, David X., et al. "Acute predictors of successful return to work 1 year after traumatic brain injury: a multicenter analysis." *Archives of physical medicine and rehabilitation* 78.2 (1997): 125. (Cifu, David X., et al., 2007)
- Owensworth, Tamara, and Kryss McKenna. "Investigation of factors related to employment outcome following traumatic brain injury: a critical review and conceptual model." *Disability & Rehabilitation* 26.13 (2004): 765-783. (Owensworth T., et al., 2004)
- Kreutzer, Jeffrey S., et al. "Moderating factors in return to work and job stability after traumatic brain injury." *The Journal of head trauma rehabilitation* 18.2 (2003): 128-138 (Kreutzer, Jeffrey S., et al. 2003)
- Polonio Lopez B., Ayuso D.(2010). *Terapia Ocupacional aplicada al daño cerebral adquirido*. (Ed. Panamericana). Madrid, España. (Polonio Lopez B., Ayuso D., 2010).
- Satoru Saeki "Disability management after stroke: its medical aspects for workplace accommodation" Department of Rehabilitation Medicine, Moji Rosai Hospital, Japan, *Disability and rehabilitation*, 2000 ; Vol. 22, No. 13-14 , Pages 578-582 S. (Saeki S.(2000)
- Treger, J. Shames, S. Giaquinto & H. Ring "Return to work in stroke patients" *Disability and Rehabilitation*, September 2007; 29(17): 1397 – 1403. Treger I. et al. (2007)
- Katie Daniel, Charles D.A. Wolfe, Markus A. Busch and Christopher McKevitt "What Are the Social Consequences of Stroke for Working-Aged Adults? A Systematic Review" *Stroke*. 2009;40:e431-e440.
- Tatu Kauranen, Katri Turunen, Siiri Laari, Satu Mustanoja, Peter Baumann, Erja Poutiainen "The severity of cognitive deficits predicts return to work after a first-ever ischaemic stroke" *J Neurol Neurosurg Psychiatry* doi:10.1136/jnnp-2012-302629
- Leonard N Matheson, Susan J Isernhagen and Dennis L Hart "Relationships Among Lifting Ability, Grip Force, and Return to Work" *PHYS THER*. 2002; 82:249-256. (Matheson L.N. et al., (2002)
- R. Tamayo Izquierdo, A. M.^a Benavente Valdepeñas, R. Palazón García, E. Morán Feliz, M.^a A. Alcaraz Rousselet "Independencia física en pacientes parapléjicos" *Rehabilitación* (Madr) 2002;36(3):155-161. Tamayo Izquierdo R, et al. (2002)
- Huguet AM Desiron, Angelique de Rijk, Elke van Hoof and Peter Donceel "Occupational therapy and return to work: a systematic literature review" *BMC Public Health*. 2011; 11: 615. Désiron et al. (2011)
- King Tamara, Emery Rachel, Warren Sharon Y Landis Tonya " A collaborative approach to returning clients to work during the first year after spinal cord injury" *Top Spinal Cord Inj. Rehabil* 2004;9(4):33-42 Thomas Land publishers. Inc. Atlanta, Georgia.

Mesa 18

Escenarios clínicos

La relajación como práctica integrativa de salud: experiencias desde Terapia Ocupacional

Autores: Castelli, María Belén; Indavere, Catalina; Malfitano, María Marta.

Correo electrónico: belen1988@yahoo.com.ar

Resumen

Introducción

En el presente trabajo se describirá una experiencia de relajación grupal llevada a cabo en un Hospital del tercer nivel, el cual cuenta con un Servicio que aborda la problemática del tiempo libre. Puntualmente se focaliza en la relajación como práctica integrativa/complementaria. La intervención se fundamenta principalmente desde el "Modelo Kawa" intentando hacer una aproximación a un modelo que sincronice y permita guiar nuestro accionar como Terapistas Ocupacionales.

Objetivos

Se dirigen a brindar un espacio que promueva salud (entendida como situación de equilibrio) y bienestar, restableciendo la armonía física-mental-espiritual y favoreciendo oportunidades de encuentro con uno mismo y quienes nos rodean.

Método

Para esto, se realizaron dos experiencias de relajación durante la misma semana, las cuales tuvieron una duración de una hora y media aproximadamente. Participaron pacientes entre 19 y 65 años de edad, con diversos diagnósticos (en su mayoría lesiones neurológicas), que se encontraban realizando tratamiento de rehabilitación en los dispositivos de internación, hospital de día y consultorios externos.

Resultados

Se observaron cambios positivos en la relajación facial, corporal, disminución de la rigidez de los miembros, adquisición de posturas más relajadas y cambios en el ritmo respiratorio. Los participantes manifestaron haber tomado contacto con sensaciones y emociones positivas, e incluso haber tenido reminiscencias de la infancia. A su vez, se evidenció aumento de conciencia personal, apertura al autoconocimiento e intercambio con los otros.

Conclusiones

Dar a conocer los distintos beneficios que conlleva la implementación de este tipo de prácticas como parte de un tratamiento integral desde Terapia Ocupacional, lo que permite no solo ampliar la concepción de salud, sino que también enriquecer nuestro accionar y servicio brindado como terapeutas ocupacionales.

Para comenzar

Cada vez más nos urge la necesidad como profesionales de la salud, de buscar integrar otros caminos posibles, que permitan responder a la demanda de las personas con la que trabajamos, la cual tiene la característica de ser dinámica y estar permanentemente en movi-

miento. Esa demanda surge del encuentro con el otro, el cual es componente fundamental del proceso y de la construcción de eso que llamamos salud.

Entre las diversas prácticas integrativas/complementarias encontramos la relajación (con sus diferentes técnicas para alcanzarla), entendida como una práctica que permite alcanzar un equilibrio físico-mental-espiritual, promotor del bienestar. Iwama (2007), Terapeuta Ocupacional japonés, manifiesta que *"el bienestar se produce cuando todos los elementos coexisten en armonía y que ampliar o restablecer la armonía sería el objetivo primario de la T.O"*. (5)

Dentro del Hospital se encuentra un Servicio que tiene la particularidad de abordar la problemática de la *ocupación del tiempo libre* interviniendo a través de diversas actividades, tanto individuales como grupales donde el vínculo y el potencial individual cobran un papel muy importante. No hay horarios impuestos, es un servicio de puertas abiertas, donde se ofrece la oportunidad de explorar, descubrir intereses y permitir el aprendizaje de nuevas destrezas de ocupación de tiempo libre. Es en este contexto donde se llevan a cabo las experiencias que se desarrollarán en el presente trabajo.

La propuesta de ofrecer experiencias específicas de relajación, responden a la necesidad de promover un tiempo de disfrute, vehiculizador de salud/equilibrio y calidad de vida, estimulando la valoración de las propias capacidades, el autoconocimiento y el contacto el ambiente.

Moreno (2005) manifiesta *"hacerse cargo del tiempo, es hacerse cargo de la propia vida"*. (7) Hacia allí se dirige la intervención, a favorecer o continuar promoviendo esa búsqueda interior, ese conocimiento personal y encuentro con uno mismo sin perder de vista el entorno que nos rodea.

En este sentido, se piensa que la relajación además de ser promotora de salud, podría ser un medio para conectar con nuestra esencia. Franca Barreto (2014), manifiesta que esta "esencia" procura retomar la apertura para la dimensión espiritual de la vida y de lo humano, entendiéndose a la dimensión espiritual mas en términos de búsqueda de sentidos profundos para la existencia y su relación con el mundo, que alguna creencia, dogma o institución religiosa.(3)

Honoré (2004) expresa que *"Hoy todo el mundo sufre la enfermedad del tiempo. Todos pertenecemos al mismo culto de la velocidad"* (4). ¿Será cuestión de desacelerarnos y empezar a brindar más oportunidades de conexión con quiénes somos? Observando el impacto positivo de las experiencias realizadas, se propone la relajación como uno de los caminos posibles.

Ampliando la mirada

Según el Modelo Quántico, el ser humano está compuesto por la integración de diferentes dimensiones: física, metabólica, vital, mental y supramental. En el cual puede evidenciarse claramente, el impacto que una dimensión tiene sobre la otra y la existencia de una interrelación constante (1). En este sentido, cabe resaltar la importancia, siendo profesionales de la salud, de la integralidad y cuidado de todas estas dimensiones tanto en el trabajo con el otro, como con nosotros mismos. A su vez, se destaca la necesidad de una interdisciplina cotidiana, teniendo presente que el ser es integral y por lo tanto irreducible.

El doctor Escardó (2004) manifiesta que, *"Uno de los defectos que más han perjudicado a la práctica médica en su eficacia para el paciente es el desdén y olvido de todo aquello que no provenga de las industrias paramédicas y el haberse negado a examinar con criterio científico muchas prácticas que a pesar de su eficacia aparece como no científicas"*. (2)

Grof (2000) expresa que buena parte de las dolencias que actualmente son tratadas de forma indiscriminada con medicamentos supresivos serían en realidad, posibilidades para la abertura espiritual. (3)

Para el Modelo Canadiense de T.O, por ejemplo, la espiritualidad es el núcleo de la persona, la cual le da sentido a las ocupaciones y está moldeada por el entorno. Se considera al sujeto como un todo integral *"que incorpora la espiritualidad, las experiencias sociales y culturales y los componentes observables del desempeño ocupacional"* (6). A su vez, éstas influyen en la opinión que el sujeto tiene de sí mismo, modelan el sentido que experimenta en la vida cotidiana y vinculan a la persona con otros.

Iwama expresa que *"el modelo debería emplearse como una herramienta para entender y apreciar mejor los complejos mundos ocupacionales y punto de vista de los clientes, y nunca como un marco de trabajo universal destinado a influir en clientes dóciles y subordinados"*. (5)

La propuesta se dirige hacia prácticas que permitan aumentar y mejorar el flujo vital¹, con el objetivo de promover el bienestar o restaurar el equilibrio²; prácticas complementarias, integrativas, que consideren todas las dimensiones del ser humano, que propongan brindar nuevas oportunidades, nuevos caminos, nuevas formas saludables de ocupar nuestro tiempo.

Vidac expresa que *"la relajación es el primer paso en el arte de escucharse a uno mismo"*. (4) Creemos que esta experiencia se dirige hacia allí, a ser conscientes de como estamos por dentro, persiguiendo resultados que permitan mejorar la salud, concentración, mantener la calma interior y estimular la capacidad de pensar de modo más creativo, lo cual mejore nuestro desempeño cotidiano. Si bien el proceso de relajación puede ser alcanzado a través de diferentes técnicas: dominio correcto de la respiración, meditación, visualizaciones, utilización de los distintos canales sensoriales, creaciones artísticas, es importante no dejar de lado los deseos, intereses y valores de las personas priorizando una práctica centrada en la persona y no en el procedimiento utilizado.

Desarrollo de la experiencia

La propuesta fue dirigida hacia todas las personas que concurrían al Servicio. Una vez iniciado el encuentro no se permitió el ingreso a nadie más, considerando la importancia de mantener la atención y ambiente requeridos para el mismo. Se realizaron dos experiencias durante la misma semana, las cuales tuvieron una duración de una hora y media aproximadamente.

Al comenzar se realizó una breve introducción sobre los temas y actividades a desarrollarse, cuáles serían los objetivos del espacio y el encuadre del mismo. Luego, se guió un trabajo de respiración y relajación, considerando que la práctica y un buen dominio de la respiración es esencial para llevar a cabo una actividad de relajación que permita promover un equilibrio físico-mental-espiritual. Los participantes se dispusieron formando un círculo y mantuvieron sus ojos cerrados, se hizo hincapié en adoptar posturas cómodas con el objetivo de favorecer aún más la relajación. Se utilizaron técnicas de respiración rítmica (8) y visualización (relacionadas con las actividades propuestas a continuación), que permitieron plasmar las experiencias vivenciadas. En la primer experiencia, se invitó a los participantes a que, a través de la metáfora del río del Modelo Kawa, trabajaran sobre un dibujo de corte transversal de un arroyo. La consigna consistió en que pudieran analizar los diversos componentes de un río: paredes y suelo como representantes del entorno, el flujo de agua como potenciales/ fortalezas con los que se cree que se cuenta, rocas como dificultades/ obstáculos que se presentan en el camino y troncos como aquellos recursos que se consideren importantes de poseer. En la segunda experiencia, se dispusieron diversos materiales para dar lugar a la creatividad personal y plasmar sensaciones o pensamientos obtenidos durante la actividad de relajación. Para finalizar, en ambas experiencias, se realizó una puesta en común de forma volun-

¹ Según Iwama (5) el bienestar se produce cuando todos los elementos coexisten en armonía: ampliar o restablecer la armonía sería el objetivo primario de la T.O; Esta armonía es definida como "energía vital" o "flujo vital".

² Escardó.F (2004) expresa que la salud está relacionada a situación de vida en equilibrio del sujeto singular.

taria del trabajo realizado con el resto de los participantes, favoreciendo el intercambio entre los mismos.

En relación a lo vivenciado, se cree que estas prácticas pueden maximizar los recursos personales e incluso romper o erosionar las *dificultades/obstáculos*, que limitan el desempeño ocupacional. Tal como expresa Iwama. *"Donde haya una necesidad de ampliar el flujo de la corriente, existe la necesidad de T.O"*. (5)

A modo de reflexión final

Como Terapeutas Ocupacionales, creemos que prácticas como éstas impactan en las dimensiones mencionadas anteriormente y por lo tanto en la salud entendida como equilibrio; pudiendo actuar como vehiculizadoras y promotoras de cambios en el desempeño ocupacional y en la vida cotidiana de las personas.

Es importante la implementación de prácticas que tiendan cada vez más a una integralidad y humanización del cuidado. Prácticas que en un comienzo han sido llamadas de "alternativas", y hoy en día comienzan a tener otra connotación: la de integralidad y complementariedad. No se trata de una "alternativa" u otra, no son posiciones contrapuestas.

Se piensa que prácticas de relajación como componentes de un tratamiento integral, podrían promover cotidianos diferentes de aquellos que sufren a causa de las consecuencias del padecimiento de la enfermedad, ayudando a restaurar el equilibrio y su conexión entre mente-cuerpo-espíritu. Por lo tanto, si bien no son exclusivas de la Terapia Ocupacional, nuestra profesión tiene la capacidad de utilizarlas para potenciar el flujo vital de las personas con las que trabajamos. Con esto se invita a que reflexionemos sobre el impacto que pueden llegar a tener estas prácticas en la salud y la importancia de comenzar a considerarlas como parte de nuestro quehacer profesional.

Referencias bibliográficas

- Bignardi.F, 2011. "Modelo Quántico de Homem" de Amit Goswani modificado. Sector de transdisciplina aplicada a la salud. Dpto. de Medicina Preventiva. UNIFESP. (Brasil).
- Escardó. F., 2004. "Carta Abierta a los Pacientes". Ed. Fundación Sociedad Argentina de Pediatría (Buenos Aires, Argentina). Cap.II. 35-54.
- Franca Barreto. A, 2014. "Practicas integrativas em saúde". Ed. UFPE (Brasil). Cap.V. 83-98.
- Honoré. C, 2004. "Elogio de la lentitud: un movimiento desafía el culto a la velocidad". Ed. Del Nuevo Extremo. (Buenos Aires, Argentina).
- Iwama K.Michael en Kroneneberg, Pollard y Simó Algado, 2007. "Terapia ocupacional sin fronteras: aprendiendo del espíritu de supervivientes". Ed. Médica Panamericana. (España).Cap. XVI. 214-231.
- Law & col. en Kielhofner. G, 2006. "Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional". 3era edición. Ed. Médica Panamericana. (Buenos Aires, Argentina). Cap.VII, p. 98.
- Moreno. I, 2005. "Todos tenemos tiempo: nueva práctica del tiempo libre en el siglo XXI". (Buenos Aires, Argentina).Ed. Lumen. Cap.III.
- Ramacharaka.Y, 2013. "La ciencia hindú de la respiración". 2da edición. Ed. Andrómeda. (Buenos Aires, Argentina). Cap.VII, 65-78.

Intervención de Terapia Ocupacional en un cuadriamputado: adaptaciones

Autoras: Lic. Aramburu, Josefina; T.O. Orellana, Silvia
Correo electrónico: josefina_aramburu@hotmail.com

Resumen

En el presente caso clínico, se desarrolla el proceso rehabilitador de una persona adulta, NS, con diagnóstico de cuadriamputación secuela de electrocución de alto voltaje. Durante ocho años realizó tratamiento de rehabilitación como paciente internado en un inicio, y posteriormente de manera ambulatoria. Durante todo el proceso se trabajó para lograr la participación en áreas ocupacionales de su interés. Uno de los objetivos principales de NS fue el entrenamiento para la utilización de prótesis en miembros superiores, que si bien fue alcanzado, NS eligió y logró desempeñarse en pasos de actividades básicas y de interés laboral a través del uso de adaptaciones de bajo costo.

Desarrollo

En el año 2006, NS, a los 26 años de edad, sufrió electrocución de alto voltaje. Fue derivado de emergencia al Hospital zonal de su lugar de residencia y de allí trasladado a una institución de mayor complejidad donde se realizó la amputación de los cuatro miembros.

A inicios del año 2007 fue derivado a I.Na.Re.P.S donde se realizó la evaluación en forma conjunta del equipo rehabilitador. NS presentaba al ingreso diagnóstico de cuadriamputación (amputación supracondilea bilateral, amputación Infrapatelar MId, amputación suprapatellar MIiz.), trastorno de la sensibilidad, disestesias, y como antecedente hábitos tóxicos. Ingresó a I.Na.Re.P.S como paciente internado con el objetivo de curación de heridas para, posteriormente, en base a su evolución, se realizara equipamiento protésico.

Se brindó tratamiento de las diferentes áreas: terapia ocupacional, kinesiología, psicología y recreación y deporte.

En la evaluación inicial de Terapia Ocupacional, NS presentaba alteración de la sensibilidad, hiperestesia en zona axilar y muñón. No contaba con una figura de apoyo. Era dependiente en todas las áreas ocupacionales.

NS comenzó tratamiento en internación siendo el primer abordaje desde Terapia Ocupacional el entrenamiento de la postura correcta en cama y el inicio a la sedestación, el tratamiento del edema, movimiento, terapia compresiva, ejercicios para el uso de prótesis, estiramiento de la musculatura de la extremidad residual, cuidado de la piel y tratamiento de la sensibilidad. Se le brindó importancia a las estructuras corporales. Se confeccionó en neoprene, una manga para la utilización de tenedor y así se comenzó a trabajar la alimentación. Se trabajó equilibrio de tronco y una vez logrado se realizó el entrenamiento de la movilidad funcional: transferencias a distintas superficies: cama, silla de baño, inodoro, silla común y automóvil. Durante el extenso período de tratamiento fue dificultosa la aceptación de adaptaciones de bajo costo, el interés de NS fue la adquisición de las prótesis.

Desde el inicio, el tratamiento fue recibido de manera discontinua, debido a las dificultades para poder sostener las indicaciones brindadas por el equipo rehabilitador. La ausencia de una figura de apoyo y sus hábitos tóxicos fueron el mayor obstáculo para el tratamiento.

En el 2011 NS retomo el tratamiento, donde se trabajo el uso de silla de ruedas motorizada y el uso de prótesis de MMSS. NS abandonó el tratamiento dejando inconcluso la confección del equipamiento de alta complejidad realizado en forma conjunta con un técnico ortesista.

En el año 2014, reingreso como paciente ambulatorio acompañado por su pareja donde comenzó el entrenamiento en uso de dispositivos técnicos de asistencia. Se programaron sesiones de Terapia Ocupacional con una frecuencia de tres veces por semana. Se evaluó funcionalidad actual y se indagó sobre intereses de NS. Continúo presentando alteración sensitiva en zona de ambas axilas e hiperestesia a estímulos diversos. Dependiente en todas las actividades de la vida diaria. Como objetivo de importancia NS quiso realizar la actividad de alimentación (utilización de tenedor y cuchillo) cepillado de dientes y realización de pinturas sobre fibrofácil, como una posibilidad de salida laboral.

Se comenzó a trabajar con el liner protésico adaptable a cualquier tipo de utensilio, pero NS expreso preferencia por la utilización de dispositivos de bajo costo, y se trabajo en conjunto la confección y entrenamiento de mangas confeccionadas en neoprene para ambos muñones, que le permitió colocar cuchillo y tenedor. Se realizo en aluminio brazaletes para el realizado del cepillado de dientes, siendo aceptado y utilizado por NS y asistido por su pareja. Logro realizar pinturas y venderlas como salida laboral.

Conclusión

En el caso desarrollado, NS ha transitado un proceso de rehabilitación de ocho años de duración, donde desde un inicio se hizo enfoque específico en todos los pasos que se requieren en un tratamiento de amputado para poder utilizar prótesis para ambos MMSS y desempeñarse en áreas ocupacionales. Se podría pensar que se focaliza el tratamiento en la adquisición y manejo de prótesis, y que se utilizan adaptaciones de bajo costo como herramienta de transición: sin embargo, en el caso expuesto, son éstas la que han permitido desenvolverse en paso de actividades básicas y posibilitar el desempeño laboral.

Como interrogante: un tratamiento desde el Marco de la Rehabilitación Física, ¿fue el más apropiado para el caso expuesto, donde la participación en áreas ocupacionales se prolongo ocho años? Para satisfacer las necesidades básicas y mejorar la calidad de vida de NS, ¿debería ser desde una perspectiva desde la Rehabilitación Basada en la Comunidad?

Bibliografía

OMS/ OPS. (2001) Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la Salud. Versión abreviada en español. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

www.ottobock.com.ar

OMS.2003. "Guía para la Rehabilitación basada en la Comunidad. (RBC)".

2º Edición; 2010. "Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional. Dominio y Proceso."

Abordaje de terapia ocupacional en paciente con acondroplasia y lesión medular

Autores: Almeida, Inés; Bonetto, Mariana; Ron, Melania
Correo electrónico: ine_almeida@hotmail.com

Resumen

La lesión medular provoca déficits motores, sensitivos y autonómicos que limitan sus Actividades de la Vida Diaria, influyendo así en su calidad de vida. La acondroplasia afecta la formación y crecimiento de los huesos. Es frecuente en esta patología la estenosis vertebral, la cual puede derivar en complicaciones neurológicas tales como lesión medular. Es escasa la información disponible en cuanto al modo de intervención para personas con acondroplasia y lesión medular. El objetivo del presente trabajo es dar a conocer el abordaje de Terapia Ocupacional en este tipo de pacientes, con el deseo de identificar si existen o no diferencias en cuanto al tratamiento, estrategias y equipamiento de un lesionado medular con el mismo nivel de lesión sin acondroplasia.

Luego de tratamiento, el paciente logra los objetivos referidos por nivel medular, requiriendo entrenarlo con diferentes estrategias, adaptaciones, y equipamiento que en personas con lesión medular sin acondroplasia.

Palabras clave: lesión medular - acondroplasia - estenosis vertebral - tratamiento terapia ocupacional

Introducción

La *lesión medular* (LM) puede producir la pérdida parcial o completa de función motora y sensitiva a nivel de la lesión y por debajo de la misma. Generalmente se da en población adulto joven, en edad productiva, es decir en etapa de trabajo y/ o educación. (Snell, 2002).

La acondroplasia es la causa más común de enanismo. El término acondroplasia significa "sin formación cartilaginosa". Forma parte de la familia de las condrodistrofias, y en ella se ve afectado el crecimiento óseo endocondral, que es un complejo proceso por el cual se forman y crecen los huesos, principalmente en las epífisis de los huesos tubulares, en los de la base del cráneo y en determinadas zonas vertebrales.

La estenosis del canal lumbar constituye un hallazgo constante en las personas con acondroplasia. Si se presenta como compresión medular avanzada, puede aparecer dolor, ataxia, incontinencia, hipotonía, parestesias, paraparesias progresiva o hasta paraplejía. Otros factores adicionales como la hiperlordosis lumbasacra, presente en la práctica totalidad de los individuos acondroplásicos, contribuyen al compromiso del canal lumbar. No todos los casos presentan todas, ni las mismas deformidades, así como tampoco todos los casos evolucionan a una paraparesia.

Hay estudios que presentan casos sobre la relación que existe entre la LM y la acondroplasia. Sin embargo, no he encontrado investigaciones que traten sobre el tratamiento de Terapia Ocupacional en personas con acondroplasia y LM.

Según la Fundación ALPE Acondroplasia, las complicaciones asociadas a la acondroplasia provocan a menudo situaciones de desamparo en los afectados y desconcierto en los

facultativos debido, en gran medida, a la baja frecuencia de los mismos en el ámbito sanitario.

El objetivo de este trabajo es conocer cuáles son las dificultades que presenta un lesionado medular torácico con acondroplasia en el desempeño de las AVDB, en comparación con un lesionado medular torácico con el mismo nivel de lesión sin acondroplasia, conocer si existen diferencias en cuanto a estrategias compensatorias, y en cuanto a adaptaciones requeridas, y equipamiento según el nivel de lesión.

Utilizaremos como marco conceptual la *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud* (CIF) publicada por la *Organización Mundial de la Salud* (OMS). Desde este marco, analizaremos cómo influyen en este caso en particular los factores personales (contextura física), los cuales son más relevantes que el trastorno del crecimiento, al momento de plantear los objetivos al comienzo del tratamiento. Los factores personales son descriptos por la CIF como: el trasfondo particular de la vida de un individuo y de su estilo de vida. Están compuestos por características del individuo que no forman parte de una condición o estados de salud. Estos pueden incluir el sexo, la raza, la edad, otros estados de salud, la forma física, los estilos de vida, los hábitos, los estilos de enfrentarse a los problemas y tratar de resolverlos.

Métodos

Para evaluar las AVDB utilizaremos como herramienta el *Functional Independence Measure* (FIM).

Para comparar el grado de independencia entre el caso a desarrollar y un lesionado medular del mismo nivel sin acondroplasia, se tomarán en cuenta los parámetros que se encuentran en la "Guía Clínica práctica para profesionales de la salud: grado funcional posterior a una lesión medular", de la Asociación Veteranos Paralizados de América, que se muestra en la Tabla 1 (Anexo1).

Desarrollo caso clínico

Persona masculina de 39 años, nació con acondroplasia (enanismo hipofisiario) debido a una mutación genética. En el caso a desarrollar se observan miembros superiores e inferiores más cortos, cadera en varo y anteversión que ocasiona una contractura en flexión, rodillas y deformidades tibiales asociadas a genu varo (piernas arqueadas).

Ingresa al servicio tras haber sufrido una paraparesia que inició repentinamente con dolor en la zona lumbar, evolucionando luego a una paraplejía de complicación por canal estrecho, a causa de una cirugía posterior a una extrusión discal. Deja como secuela una LM T12 Asia C. Presenta escasos valores en MMII que no vencen gravedad.

Inicia con un FIM inicial de 73/126, siendo completamente dependiente en la actividad de baño, vestido de tren inferior, toilet, transferencias, manejo de silla de ruedas y escaleras; parcialmente dependiente en aseo y vestido de tren superior; e independiente en alimentación y manejo de intestino y vejiga.

Previo a este episodio, el paciente era independiente en todas las AVDB e Instrumentales. Trabajó como empleado administrativo (actualmente de licencia), y conducía camioneta con adaptación del asiento (almohadón en el respaldo) para llegar a los pedales. En su hogar, también tenía adaptaciones tales como mesa del comedor y mesada de la cocina más bajas, al igual que los enchufes e interruptores de la luz. En el baño, la altura del inodoro adaptado para mayor comodidad. Además utilizaba bidet y toallón para higienizarse. La altura del lavatorio también se encontraba adaptada para hacer el aseo accesible.

Objetivos

A corto plazo: modificación de la silla de ruedas, realización de diferentes adaptaciones para entrenar estrategias.

A mediano plazo: entrenamiento con adaptaciones e incorporación de diferentes estrategias con respecto a personas sin acondroplasia, para realizar transferencias, adaptaciones de vestido y baño.

A largo plazo: lograr máxima independencia posible en AVDB tales como vestido de tren inferior, toilet y transferencias; y lograr la reinserción a su medio familiar, social y laboral.

Tratamiento

Al momento de pensar en el razonamiento clínico y en el tratamiento, la contextura física del paciente significaba un desafío frente a la elección de equipamiento y estrategias. Su fenotipo no era favorable debido a: brazos cortos para realizar *push up*, transferencias y para realizar alcances cercanos, requiriendo de un mayor desplazamiento y control de tronco para efectuar los mismos. Además la imposibilidad de cruzar un miembro inferior sobre otro como estrategia para vestido de tren inferior, o para subir los MMII a una cama.

El primer objetivo ni bien el paciente ingresa a la Institución es equiparlo con una silla de ruedas para que pueda trasladarse por sus propios medios. La asignación de una silla para un paciente con una LM T12 es estándar, variando levemente apoya pies, o ancho de silla, de acuerdo a la altura, el peso y la contextura física de la persona. Sin embargo, para este paciente hubo que modificar las existentes. Una silla de ruedas para adultos no era funcional para él ya que no alcanzaba a propulsarla con sus MMSS, y tampoco llegaba a apoyar sus MMII en las pedanas. Una pediátrica tampoco le servía, ya que su tronco y caderas son del mismo ancho que un adulto por lo que no entraba en dicho formato. Finalmente se le modifica una silla con las siguientes características: rodado 26, con posición del eje arriba y anterior (bien pegado al asiento), y frenos arriba y atrás para que el paciente llegue a manejar los mismos.

Comienza transfiriéndose con tabla de transferencia a la colchoneta y a la cama, requiriendo de máxima asistencia. Al no poder realizar el push up con MMSS debido al acortamiento de los mismos, se confeccionan fratachos elevados, para mayor la palanca. Se entrena al paciente en las estrategias necesarias para transferirse con tabla, y progresivamente sin, utilizando los fratachos hasta que adquiere la habilidad para transferirse a nivel y con un leve desnivel sin la utilización de los mismos. En la cama logra incorporar estrategias y destreza para incorporarse a sentado y para rolar sin necesidad de adaptaciones.

A medida que mejora el control de su tronco, mejora también su desempeño en la actividad de vestido de tren superior como la bibliografía refiere en estos casos. En la actividad de vestido de tren inferior comienza a entrenar en sentado largo (caderas flexionadas y rodillas extendidas), flexionando tronco sobre MMII, lo que le causaba un gran dolor en psoas ilíaco, sumado a la dificultad para llegar con sus MMSS a los pies, y a la falta de elasticidad en sus movimientos. Se sugirió en un principio, calzador largo. Simultáneamente se trabajaron alcances lejanos hacia los pies, desde la postura de sentado largo, logrando progresivamente mayor habilidad para ser independiente en esta actividad. Esto llevo más sesiones de entrenamiento que para otras personas con igual nivel de lesión.

En la actividad de baño, el paciente utilizó en un inicio silla de baño y luego rebatible con barrales laterales y con tarima de 15 cm. en el piso para poder apoyar sus MMII. El paciente no llegaba a higienizar MMII, espalda y esfínteres por lo que se sugiere la incorporación de una esponja de mango largo.

El paciente presentó la mayor dificultad en la actividad de toilet, para ajustar y desajustar prendas, e higienizarse zonas íntimas desde el inodoro. Se requirió de barrales laterales en el inodoro, y de una tarima de 15 cm. para que el paciente llegara a apoyar MMII cuando es-

tuviera sentado. Logra adquirir la habilidad y estrategias para ajustar y desajustar ropa, y se sugiere bidetmatic para higienizarse.

Resultados

El paciente estuvo internado en la Institución seis meses, con una sesión de Terapia Ocupacional de 30 minutos por día, seis veces a la semana. Se trabaja interdisciplinariamente con Clínica, Fisiatría, Kinesiología, Neurología, Enfermería, Psicología y Asistencia Social. Presenta la capacidad de ser independiente en todas las AVDB, utilizando silla de ruedas acorde a su medida, silla de baño rebatible, y determinadas adaptaciones tales como esponja de mango largo, inodoro a una altura más baja, barrales laterales en ducha e inodoro, bidetmatic y tarima.

Conclusión

El paciente logra independencia en todas las AVDB, al igual que una persona con LM T12 sin acondroplasia. Sin embargo, es notable que la adquisición de habilidades y destrezas para lograr la independencia en AVDB le llevaron más tiempo que a una persona con el mismo nivel de lesión sin acondroplasia y la necesidad de equipamiento específico. Los objetivos a largo plazo fueron los mismos que se plantearían para todas las personas con LM T12. Sin embargo, los objetivos a corto plazo fueron diferentes, debiendo considerar instancias adicionales y previas tales como: elección de la silla de ruedas acorde a su textura física para lograr trasladarse por sus propios medios, entrenamiento con diferentes adaptaciones y estrategias para transferencias, actividad de baño, vestido de tren inferior y toilet.

Anexo 1

TABLA 1. Grado funcional de la persona según nivel medular T10-L1

Músculos clave inervados/ importantes funcionalmente: intercostales, oblicuos externos, recto abdominal.

Movimientos posibles: buena estabilidad/control de tronco

Patrones de debilidad: parálisis de extremidades inferiores.

FIM/Asistencia requerida: $\text{Exp} = \text{Puntaje FIM esperado} / \text{Med} = \text{Mediana} / \text{IR} = \text{Rango intercuartil}$.

Tamaño de muestra: FIM: 71 / Asistencia: 57

	Resultados funcionales esperados	Equipamiento	FIM / Asistencia requerida		
			Exp	Med	Ir
Respiración	Capacidad respiratoria intacta				
Intestino	Independiente	Inodoro común o elevado	6 - 7	6	6
Vejiga	Independiente		6	6	6
Movilidad en cama	Independiente	Cama grande o plaza y media.			
Transferencia cama silla	Independiente		7	7	6-7
Cambio de postura para aliviar presión	Independiente	Almohadón de aire antiescaras – Dispositivos de apoyo postural – Colchón antiescaras			
Alimentación	Independiente		7	7	7
Vestido	Independiente		7	7	7
Aseo	Independiente		7	7	7
Baño	Independiente	Silla de baño – Duchador manual	6-7	6	6-7
Propulsión silla de ruedas	Independiente en terrenos regulares e irregulares.	Silla de cuadro rígido o plegable ultraliviana.	6	6	6
Bipedestación/ Ambulación	Bipedestación: Independiente Ambulación: funcional, mínima asistencia a independiente	Bipedestador – Bastón canadiense o andador - Knee, ankle, foot orthosis (KAFO)			
Comunicación	Independiente				
Transporte	Independiente en auto, incluyendo carga y descarga de silla de ruedas.	Auto adaptado (freno y acelerador manual)			
Tareas domésticas	Independiente en preparación compleja de comidas y tareas domésticas livianas; mínima asistencia en tareas domésticas pesadas.				
Asistencia requerida	Tareas domésticas: 2 hs. por día.		2*	2*	0-8*

Referencias Bibliográficas

- Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud - OMS (2001). www.ifc.org
- Consortium for Spinal Cord Medicine, *Clinical Practice Guidenness* (1999), Paralyzed Veterans of America.
- Gómez Prat A., García Ollé L., Ginebreda Martí, Gairí Tahull J.M.^a & Vilarrubias Guillaumet J. (2001), Estenosis del canal lumbar en la acondroplasia. Prevención y corrección de la lordosis lumbosacra. *Anales Españoles de Pediatría*, 54,126-131.
- Hamamci N., Hawran S., Biering-Sprensen F. (1993), Achondroplasia and spinal cord lesion. Three case reports. *Paraplegia*, 31, 375-379.
- Jen-Chung L., Wen-Jer C., Po-Liang L. & Lih-Huei C.(2006) Surgical treatment of achondroplasia with thoracolumbar kyphosis and spinal stenosis—a case report. *Acta Orthopaedica* 77 (3): 541–544.
- Madrid, Ministerio de Trabajo y asuntos sociales. Fundación ALPE Acondroplasia (2007) Un nuevo horizonte: Guía de la Acondroplasia.
- Montoto A, Ferreiro ME, Rodríguez A. Lesión medular. En: Sánchez I, Ferrero A, Aguilar JJ, Climent JM, Conejero JA, Flórez MT, Peña A, Zambudio P. Manual SERMEF de Rehabilitación y Medicina Física. Madrid: Panamericana; 2006. p. 505-519.
- Rasgos discapacitantes propios de la acondroplasia*. Informe elaborado por la Fundación ALPE Acondroplasia. www.fundacionalpe.com
- Sanjay N., Misra M.D., & Howard W.,Morgan M.D. (2003) Thoracolumbar spinal deformity in achondroplasia. *Neurosurg. Focus*, 14.
- Sapru HN. Spinal Cord: Anatomy, Physiology and Pathophysiology. En: Kirshblum S, Campagnolo DI, Delisa JA. Spinal Cord Medicine. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2002. p. 5-26.
- Snell, R. S. (2006). Neuroanatomía Clínica. Madrid: Editorial Panamericana.
- Spinal Cord Injury Association. Asia Clasification. www.asia-spinalinjury.org. Última revisión 2011.
- Willard & Spackman. (2005). Terapia Ocupacional. Madrid: Editorial Panamericana.

Deterioro cognitivo y conducción de automóviles. Resultados preliminares

Autores: Bonetto, Mariana; Crivelli, Lucía
Correo electrónico: mbonetto@fleni.org.ar

Resumen

Introducción y objetivos

En año 2011 el 14% de la población argentina era mayor de 65 años y se calcula que este número aumentará considerablemente en las próximas mediciones. Asimismo, una mayor esperanza de vida es un factor de riesgo para sufrir enfermedades neurodegenerativas como la demencia. Por ello es esperable que haya un aumento en el porcentaje de personas con estas patologías que anualmente renuevan su licencia de conducir.

El objetivo del presente trabajo es identificar las pruebas cognitivas que mejor predicen las habilidades de conducción vehicular en personas mayores de 65 años.

Material y métodos

Del trabajo total de 30 sujetos con demencia y 30 sujetos control, se presentan datos preliminares: 18 Sujetos con demencia leve (CDR =1) y 15 controles evaluados con una batería neuropsicológica y una Evaluación Funcional de Conducción (Simulador Computarizado y Evaluación de Conducción en Pista). Se compararon ambos grupos usando el test de Student, test de Mann-Whitney o test exacto de Fisher según las variables analizadas y se utilizó un modelo de regresión lineal múltiple para estudiar la correlación entre las medidas neuropsicológicas y las de conducción.

Resultados

Durante la Conducción en Pista, los pacientes tuvieron un desempeño significativamente peor al de los controles ($p=.0009$) obteniendo puntaje promedio de 18.1 (± 7.7) mientras que los controles sanos obtuvieron un puntaje de 27, 5 (± 1.6). En simulador de manejo se observaron diferencias significativas entre los grupos en la medición de tiempo de reacción, los pacientes fueron significativamente más lentos ($p=.003$). Los pacientes presentaron mayor cantidad de errores en el reconocimiento de señales de tránsito, identificaron solamente en el 44% de los casos, comparado con el 87% de los controles ($p=.<0.0001$).

Las variables cognitivas que mejor predijeron el desempeño en la Conducción en Pista fueron el FAQ, y la fluencia verbal fonológica ($p=.0016$, $p=.037$). Las variables cognitivas que mejor predijeron el desempeño en el Simulador fueron el aprendizaje de las Lista Rey, el TMT B y el FAB ($p=.0033$, $p=.015$, $p=.027$).

Conclusiones

El desempeño de los pacientes en la Evaluación de Conducción correlacionó fuertemente con los resultados de pruebas cognitivas específicas.

Esta evidencia aboga sobre la validez y la utilidad de una evaluación interdisciplinaria de conducción en pacientes con deterioro cognitivo.

Introducción y objetivos

El crecimiento de la expectativa de vida genera un aumento en la cantidad de personas mayores las cuales quieren seguir manejando automóviles. Asimismo, la edad es un factor de riesgo para el desarrollo de deterioro cognitivo y demencia. Si bien los pacientes con dete-

rioro cognitivo o demencia leve son conductores de alto riesgo, un alto porcentaje de ellos en la práctica puede manejar adecuadamente.

Actualmente en nuestro país no existe una evaluación formal unificada que permita detectar en personas mayores de 65 años con deterioro cognitivo aquellas que no pueden conducir. El diseño y la implementación de esta evaluación son de gran importancia para la detección del manejo vehicular riesgoso y la promoción de la seguridad vial.

El presente estudio tiende a contribuir con las herramientas que permitan avanzar sobre políticas de seguridad vial. El objetivo es detectar las pruebas neuropsicológicas que mejor se correlacionen con el desempeño en la conducción vehicular y recomendar su uso formal y protocolarizado.

En año 2011 el 14% de la población argentina era mayor de 65 años y se calcula que este número aumentará considerablemente en las próximas mediciones. Asimismo, una mayor esperanza de vida es un factor de riesgo para sufrir enfermedades neurodegenerativas como la demencia. Por ello es esperable que haya un aumento en el porcentaje de personas con estas patologías que anualmente renuevan su licencia de conducir. Por lo tanto el problema de evaluarlos sistemáticamente tiene una importancia creciente y debe hacerse con pautas adecuadas.

Según un estudio realizado por la American Academy of Neurology (1), los pacientes con deterioro Cognitivo Leve (CDR 0,5) o Demencia Leve (CDR 1) son conductores de alto riesgo. No obstante, hasta el 76 % de ellos puede manejar adecuadamente y logran aprobar el examen de manejo en ruta que se utiliza en ese país (-ORDT-On Road Driving Test). Por estos motivos, es necesario identificar aquellos pacientes con Deterioro Cognitivo (DC) que tienen mayores probabilidades de manejo riesgoso, sin restringir aquellos que son conductores seguros.

Estudios realizados en personas mayores han probado que las personas con demencia tienen un riesgo aumentado de sufrir accidentes de tránsito y de incurrir en conductas de manejo vehicular riesgoso como violación de velocidades máximas, no acatar a señales de tránsito, errores provocados por alteraciones en la orientación topográfica o fallas en la reacción (4).

Por otra parte, existe también evidencia acerca de la importancia del manejo vehicular para la independencia y el bienestar de los sujetos. Las personas mayores muchas veces dependen del vehículo para poder transportarse y participar en actividades sociales y productivas que le proporcionan un mejor rendimiento funcional.

Contrariamente, el abandono del manejo vehicular ha sido asociado a una reducción en la participación de actividades fuera del hogar y a un aumento de la sintomatología depresiva. El automóvil es típicamente el medio de transporte más importante para los adultos mayores y la capacidad de seguir conduciendo es un elemento clave para mantener la independencia (8). No obstante, la autonomía individual debe ser balanceada con la seguridad pública.

Hasta la fecha no se ha realizado ningún estudio en nuestro país que correlacione las habilidades de manejo reales de los sujetos con su desempeño en las pruebas cognitivas. Un estudio de estas características nos permitiría utilizar las pruebas neuropsicológicas para predecir el rendimiento real de los sujetos en la conducción de automóviles.

A partir de lo expuesto se propone en este proyecto la utilización de una Evaluación Vehicular (conformada por una prueba en un simulador de manejo y un recorrido en un Circuito de Manejo) que permita evaluar las capacidades reales de los sujetos frente al volante. La correlación entre el rendimiento cognitivo y el desempeño en la Evaluación Vehicular nos permitirá identificar las pruebas cognitivas más idóneas para la evaluación de los sujetos mayores de 65 años y eventualmente recomendar su uso en los centros de otorgamiento de licencias de conducir de todo el país.

Objetivo general

Estudiar el rendimiento cognitivo de sujetos mayores de 65 años y su desempeño en pruebas específicas simuladoras de conducción de automóviles.

Objetivos específicos

Detectar las pruebas cognitivas que mejor se correlacionan con el desempeño en pruebas que simulan la conducción de automóviles.

Identificar las pruebas cognitivas que mejor predicen el desempeño de los pacientes en el simulador de manejo.

Material y métodos

Quedarán incluidos todos los sujetos con mayores de 65 años con Demencia Leve (CDR = 1) que tengan licencia de conducir vigente y que habitualmente conduzcan su automóvil.

En el grupo control quedarán incluidos sujetos sanos de igual edad, sexo y nivel educativo que los pacientes que tengan licencia de conducir vigente y que habitualmente conduzcan su automóvil.

Las evaluaciones cognitivas son realizadas por el areade Neuropsicología y evaluaciones funcionales en simulador de manejo y pista vehicular serán realizadas por el areade Terapia Ocupacional

Evaluación cognitiva: Se realizará la evaluación cognitiva para la detección de trastornos cognitivos asociados a la edad sugerida por un consenso realizado por el Nacional Institute of Health (NIH). El conjunto de pruebas neuropsicológicas recomendadas se reúne bajo en nombre UDS (Uniform Data Set) (20). EL UDS agrupa un conjunto de pruebas seleccionadas por su alta confiabilidad y especificidad en la detección de trastornos cognitivos típicamente presentes en la demencia y en algunos otros trastornos neurodegenerativos y es útil para la evaluación de pacientes con demencia o con sospecha de demencia. Las pruebas incluidas en esta batería son capaces de diferenciar el envejecimiento benigno del deterioro cognitivo leve y la demencia leve. A su vez, es una batería es muy efectiva en el seguimiento de la progresión de la enfermedad neurodegenerativa. Actualmente esta batería de test neuropsicológicos (UDS) es la que usan los centros de Alzheimer en EEUU.

Evaluación neurocognitivas: Mini-Mental State Examination (MMSE), Test de Boston (30 items), Memoria Lógica (Weschler Memory Scale), Fluencia verbal Fonológica y Semántica, Trail Making Test A y B, Dígitos Adelante y Atrás (Wechsler, 1998), Frontal Assesment Battery (Dubois, 2000), Lista Auditivo Verbal de Rey, Figura Compleja de Rey Osterrieth

Escala de Estadificación del Deterioro Cognitivo

Escala para cuidadores sobre habilidades de manejo no seguro:

Evaluación de las Habilidades de manejo vehicular

Esta evaluación se realizará en la Sede Escobar del Instituto FLENI donde se encuentra el equipo de Simulador de Manejo vehicular y el Circuito de Manejo constará de 3 etapas:

Esta evaluación se realizará utilizando el **Simulador de manejo vehicular DORON** Este simulador se compone de tres dispositivos principales: La réplica de la cabina de conductor de un automóvil, un proyector de imágenes en una pantalla ubicada en frente del vehículo y una computadora. La película que se proyecta incluye la vista frontal desde la posición de manejo de un automóvil en una ruta principal tranquila. Las escenas son proyectadas con el control de una computadora que a su vez registra las respuestas del conductor. El automóvil es controlado utilizando solamente el acelerador y el freno. La tarea principal es reaccionar adecuadamente estímulos simples, responder a cambios de señales y a los imprevistos que apare-

cen en el camino (esquivar autos). La computadora mide la distancia de reacción al freno y la exactitud en la dirección del volante.

El protocolo base utilizado permite tres ensayos de práctica para que el conductor se familiarice con la conducción del automóvil en la que se plantea una situación de manejo habitual sin distractores y una situación de manejo compleja. La evaluación completa dura 30 minutos.

Adicionalmente se realiza una **evaluación del conocimiento de las señales** de tránsito. En esta evaluación se le muestran al sujeto señales de tránsito reglamentarias y advertencias de peligro que el sujeto debe identificar correctamente. Se consigna la cantidad de respuestas correctas.

Conducción en ambiente controlado. La sede Escobar del instituto FLENI cuenta con un circuito para realizar una simulación de conducción vehicular segura en un circuito. Para recorrer este circuito los sujetos deberán utilizar su propio automóvil. El recorrido tiene 2 km e incluye señales de tránsito que los sujetos deben respetar, el recorrido es sencillo y el automóvil del conductor es el único en la pista. Se evalúa la conducta general del conductor frente al volante, la capacidad de realizar el recorrido adecuadamente y el respeto a las señales de tránsito. Por ej: Se mantiene controlado en la línea de tránsito, determina correctamente la vía de circulación, realiza señales adecuadamente, es capaz de acelerar suavemente, capaz de modificar la velocidad según el tránsito ó la condición en la ruta etc.

Sujetos

El trabajo de investigación inicial es de 30 sujetos con demencia leve y 30 sujetos control.

En esta presentación preliminar se presentaran 18 Sujetos con demencia leve (CDR =1) y 15 controles que fueron evaluados con las mismas pruebas. **Tabla1.**

Metodo de análisis de datos

Los datos categóricos fueron comparados utilizando Chi-cuadrado y las variables continuas utilizando la prueba U de Mann-Whitney. Se utilizó un análisis de varianza de medidas repetidas (**ANOVA**) de un factor para explorar las diferencias en el desempeño entre los grupos. Para evaluar la correlación entre las variables neuropsicológicas (evaluación cognitiva) y los resultados del Simulador de Manejo y la Pista se utilizó un modelo de regresión lineal ajustado por edad y nivel educativo.

Resultados

Durante la Conducción en Pista, los pacientes tuvieron un desempeño significativamente peor al de los controles ($p=.0009$) obteniendo un puntaje promedio de 18.1 (± 7.7) mientras que los controles sanos obtuvieron un puntaje de 27, 5 (± 1.6). En el simulador de manejo se observaron diferencias significativas entre los grupos en la medición del tiempo/distancia para la reacción en la que los pacientes fueron significativamente más lentos ($p=.003$). Asimismo, los pacientes presentaron mayor cantidad de errores en el reconocimiento de señales de tránsito dentro del Simulador, identificando correctamente las señales solamente en el 44% de los casos, comparado con el 87% de los controles ($p=.<0.0001$).

Tabla2.

Las variables cognitivas que mejor predijeron el desempeño en la Conducción en Pista fueron el FAQ, y la fluencia verbal fonológica ($p=.0016$, $p=.037$). Las variables cognitivas que mejor predijeron el desempeño en el Simulador fueron el aprendizaje de las Lista Rey, el TMT B y el FAB ($p=.0033$, $p=.015$, $p=.027$). **Tabla 3.**

Conclusiones

La importante correlación entre el desempeño de los pacientes en la Evaluación Funcional de Conducción y los resultados de pruebas cognitivas específicas aboga sobre la validez y la utilidad de una evaluación interdisciplinaria de conducción en pacientes con deterioro cognitivo, a favor de la utilidad de la Evaluación Cognitiva y una Evaluación Funcional en ambiente controlado (simulador y/o pista vehicular), como herramienta para colaborar en la toma de decisiones acerca de la posibilidad de los sujetos con demencia leve de seguir conduciendo.

Tabla 1. Características de pacientes y controles

	Controles (n=15)	EA (n=18)	p
Demográficas			
Edad	72.5 ± 5.3	76.4 ± 5.7	0.06
Género (F:M)	7:8	3:15	0.08
Años de educación	13.5 ± 3.5	13.6 ± 4.4	0.9
Tests cognitivos			
MMSE	29.4 ± 0.6	24.8 ± 2.7	<0.0001
Reloj (media, rango)	3 (3)	3 (1-3)	0.0036
Logical Inmediato	25.1 ± 6.4	11.61 ± 8.7	<0.0001
Logical Diferido	20.66 ± 8.1	5.55 ± 8.9	<0.0001
Logical reconocimiento	16.33 ± 2.6	7.3 ± 5.3	<0.0001
Digitos forward	5.93 ± 1.1	5.66 ± 0.8	0.43
Digitosbackward	4.13 ± 0.64	3.66 ± 0.7	0.07
Fluencia Animales	24.6 ± 6.2	12.6 ± 4.2	<0.0001
Fluencia Verduras	14.73 ± 3.6	7.7 ± 3.53	<0.0001
Fluencia fonológica	16.8 ± 4.3	10.44 ± 4.1	0.0001
TMA	38.26 ± 11	66.5 ± 25	0.003
TMB	82.2 ± 26	182.43 ± 72	<0.0001
Digito símbolo	38.33 ± 7.6	25.77 ± 10.63	0.0006
Boston	29 (25-30)	24.5 (9-29)	0.0006
Lista de Rey	38 ± 7.9	20.44 ± 6.2	<0.0001
Delayed	6.6 ± 3.2	0.94 ± 1.8	<0.0001
Reconocimiento	12.1 ± 2.4	7.27 ± 4.6	0.001
Intrusiones (media, ran)	2 (0-8)	2 (0-13)	0.4
Falso positivos	1 ± 0.7	2.61 ± 3.4	0.09
Fig rey	32.66 ± 4	31.1 ± 4	0.3
Delayed Fig Rey	15 ± 7.8	3.61 ± 5.1	<0.0001
Recon de Fig de Rey (%)	80%	22.2%	0.001
FAB (0-18)	16.2 ± 1.2	14.05 ± 2.28	0.002
GDS	2.6 ± 1.9	2.7 ± 2.7	0.8
NPIQ	0.71 ± 1.4	4.44 ± 3.7	0.0005
FAQ	0.5 ± 1.6	8 ± 6.9	0.0006
Escala Detección de Olvidos	1.64 ± 3.2	9 ± 4.9	<0.0001
Cuestionario de Manejo versión Paciente Total	17.7 ± 4.1	18.7 ± 6.8	0.6
Cuestionario de Manejo Versión Familiar total	18 (13-30)	24.5 (16-41)	0.02

Tabla 2. Errores de manejo en pacientes y controles

	Controles (n=15)	EA o DCL (n=18)	p
Evaluación en Pista (% de correctas)			
Se mantiene controlado	100	50	0.008
Determina correctamente	81.8	31.2	0.02
Reconoce Dirección para	100	31.2	<0.0001
Hace señales adecuada-	36.6	37.5	1
Velocidad para doblar.	81.8	75	1
Recuperación al doblar.	81.8	68.7	0.7
Posicionamiento del vehículo antes y después	90.9	62.5	0.2
Hace señales.	36.4	44	1
Mira por los espejos.	100	93.7	1
Gira la cabeza para mirar.	100	93.8	1
Es capaz de acelerar sua-	81.2	75	1
capaz de ajustar o modifi- car la velocidad según tránsito ó la condición en	72.7	50	0.4
Es capaz de mantener	90.9	62.5	0.2
Capaz de frenar en for- ma	90.9	81.2	0.6
Capaz de mantener firme,	100	75	0.1
Capaz de frenar en lugar	100	81.2	0.2
Sigue y respeta las reglas	90.9	37.5	0.008
Piensa y planifica con an- terioridad antes de do- blar.	100	37.5	0.001

Responde adecuadamente a posibles situaciones peligrosas.	100	62.5	0.05
Muestra cortesía al interactuar con otros conductores.	100	68.7	0.1
Maneja cuidadosamente.	100	50	0.008
Mantiene espacio suficiente entre su auto y los otros.	100	81.25	0.3
Responde a los mecanismos de control de tránsito.	80	53.3	0.2
Puede estacionar a 45°.	72.73	87.5	0.4
Puede estacionar paralelamente.	36.36	37.5	1
Puede estacionar a 90°.	54.5	37.5	0.4
Responde bien a las instrucciones.	100	31.25	<0.0001
comprende instrucciones	100	18.7	<0.0001
Demuestra aprendizaje	90.9	18.7	<0.0001
Puede entrar independientemente.	100	100	1
Puede salir independientemente.	100	100	1
contramano	76.9	41.2	0.07
no girar en "U"	100	94.2	1
prohibido adelantar	100	88.2	0.5
puesto sanitario	100	88.2	0.5
curva	100	100	-
punto angosto	91.6	64.7	0.2
prohibido estacionar	100	88.2	0.5
encrucijada	100	94.2	1
limitación de ancho	84.6	71	0.4
cruce peatonal	100	82.5	0.2

Tiempo/ distancia de	47.7 ± 7	61.2 ± 4.8	0.03
Reconocimiento de señales en Simulador	87%	44%	<0.0001
Reconocimiento de Film en Simulador (%)	55.3%	52%	0.59

Tabla 3: Predictores Cognitivos del desempeño en tareas de manejo. Correlaciones entre variables de manejo (simulador o pista y test cognitivos).

	Coefficient SE	P (age and gende-
Score Total Pista		
FAQ	- .4087857 .144513	0.016
Fluencia fonológica	- .7980991 .336896	0.037
Simulador: correlación con ident de señales		
Trail B	-.001682 .0005907	0.015
Rey	.0168391 .007499	0.043
FAB	.0529294 .019393	0.017
Simulador: correlación con reacción film		
Rey	.0143275 .006001	0.033
FAB	.0406403 .016297	0.027

Bibliografía

1. Dubinsky, R.M., A.C. Stein, and K. Lyons. 2000. Practice parameter: risk of driving and Alzheimer's disease (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 54(12): 2205–2211.
2. Arizaga Raúl Luciano, Gogorza Roxana E, Allegri Ricardo Francisco, Baumann Denise, Morales de Barrios María Cristina, Harris Paula, Pallo Vicente. Deterioro cognitivo en mayores de 60 años en cañuelas (Argentina) Resultados del piloto del estudio ceibo (estudio epidemiológico poblacional de demencia) *Rev Neurol Arg* 2005; 30(2) : 83-90.
3. Carr DB, Duchek JM, Meuser TM, Morris JC. Older adult drivers with cognitive impairment. *Am Fam Physician*. 2006 Mar 15;73(6):1029-34. Review.
4. Matthew Rizzo, †Daniel V. McGehee, §Jeffrey D. Dawson, and *Steven N. Anderson Simulated Car Crashes at Intersections in Drivers With Alzheimer Disease *Alzheimer Disease and Associated Disorders* Vol. 15, No. 1, pp. 10–20
5. Waltler PF. The older driver. *Hum Factors*. 1991; 33:499-505.
6. Retchin SM, Anapolle J. An overview of the older driver. *Clin Geriatr Med*. 1993;9:279-96
7. Lloyd S, Cormack CN, Blais K, Messeri G, McCallum MA, Spicer K, ET. AL. Driving and dementia: a review of the literature. *Can J Occup Ther* 2001; 68:149-56.
8. Edwards JD, Perkins M, Ross LA, Reynolds SL. Driving status and three-year mortality among community-dwelling older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2009 Feb;64 (2):300-5.
9. Rizzo M, Reinach S, McGehee D, et al. Simulated car crashes and crash predictors in drivers with Alzheimer disease. *Arch Neurol*. 1997; 54:545–51.
10. Rizzo M, McGehee DV, Dawson JD, et al. Simulated car crashes at intersections in drivers with Alzheimer disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2001;15:10–20.
11. Ponds RW, Brouwer WH, van Wolffelaar PC. Age differences in divided attention in a simulated driving task. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 1988;43:151–6.
12. Quillian WC, Cox DJ, Kovatchev BP, et al. The effects of age and alcohol intoxication on simulated driving performance, awareness and selfrestraint. *Age Ageing*. 1999;28:59–66.
13. Cox DJ, Taylor P, Kovatchev B. Driving simulation performance predicts future accidents among older drivers. *J Am Geriatr Soc*.1999;47:381–2.
14. Cox DJ, Quillian WC, Thorndike FP, et al. Evaluating driving performance of outpatients with Alzheimer disease. *J Am Board Fam Pract*.1998;11:264–71.
15. Freund B, Risser M, Cain C, et al. Simulated driving performance associated with mild cognitive impairment in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2001;49:S151–S152.
16. Matthew Rizzo, †Daniel V. McGehee, §Jeffrey D. Dawson, and *Steven N. Anderson Simulated Car Crashes at Intersections in Drivers With Alzheimer Disease *Alzheimer Disease and Associated Disorders* Vol. 15, No. 1, pp. 10–20.
17. Allegri, R Arizaga, R Bavec, M y otros Conducción de vehículos en el deterioro cognitivo y la demencia Clinical practice guideline. Fitness to drive in cognitive impairment and dementia *Neurol Arg*. 2013;05:199-218
18. Zuin, D Recchia, L Barbosa, A Ortiz, H. Utilidad de una Bateria Neuropsicológica Breve (BNB) en el Screening de Deterioro Cognitivo en Pacientes que Mantienen el Hábito de Manejo Vehicular. *Revista Neurológica Argentina* 2008; 33: 28-32.

19. Grillo R, Mangone CA. "Desarrollo de batería neuropsicológica sensible para predecir el rendimiento en la Conducción de vehículos en adultos mayores de 55 años" Vertex 2007; 18: 473-9
20. Morris JC, Weintraub S, Chui HC, Cummings J, Decarli C, Ferris S, Foster NL, Galasko D, Graff-Radford N, Peskind ER, Beekly D, Ramos EM, Kukull WA. The Uniform Data Set (UDS): clinical and cognitive variables and descriptive data from Alzheimer Disease Centers. Alzheimer Dis Assoc Disord. 2006 Oct-Dec;20(4):210-6.
21. Angley Philippa "driving and dementia" A Background Paper. Alzheimer's Association Victoria. Australia. 2001 June.

Mesa 19

Participación ocupacional de la mujer

Reflexiones acerca de la participación ocupacional de un grupo de mujeres de la Cooperativa UST de Wilde, Avellaneda

Autores: Álvarez, Claudia Beatriz; Demiryi, María de los Milagros; Lindel, Natalia Beatriz; Pavicich, Cecilia; Piatis, Soledad

Correo electrónico: claudialvarez09@gmail.com

Resumen

Introducción

Desde la Universidad Nacional de Quilmes (UNQ), realizamos el Proyecto de Investigación orientado a la práctica profesional "Las mujeres y su participación ocupacional en la cooperativa Unión Solidaria de Trabajadores de Wilde, Avellaneda, articulado con el Proyecto de Extensión Universitaria "Trabajo Autogestionado" y la Carrera de Terapia Ocupacional del Departamento de Ciencias Sociales, específicamente asignatura Teoría de Terapia Ocupacional I, II y Práctica Profesional I.

Los objetivos son producir evidencias de los cambios en la participación ocupacional de estas mujeres, realizar aportes al desarrollo científico de la disciplina en el tema y para la elaboración de políticas públicas.

Material y métodos

Es una investigación cualitativa, con enfoque fenomenológico, de tipo Investigación-Acción-Participación. Se pondera el conocimiento empírico y la subjetividad; la perspectiva ontológica requiere la participación de los actores involucrados: mujeres de UST, selección no probabilística y por conveniencia. La metodología potencia el carácter educativo como medio de empoderamiento. La recolección de datos es mediante observación participativa; paralelo al análisis de datos. Se aplica triangulación de técnicas e investigadores, examinación de pares y registro mecánico para validez interna.

Resultados

Para este grupo de mujeres, la función social y la dignificación personal es una marca en la participación ocupacional. Reivindican el Trabajo y la Educación como ocupaciones centrales realizadas. Son configuradoras del territorio, donde han encontrado condiciones de existencia. Identifican a sus líderes como facilitadores significativos para la transformación y cohesión comunitaria. Valoran el acceso, ejercicio de opciones, control y uso de los aprendizajes realizados.

Conclusiones

La investigación se presenta como una ocupación viable, de aplicación directa a la práctica profesional integrada a la docencia con colaboradores alumnos. La universidad y la disciplina asumen responsabilidad en temas de género, salud, calidad de vida y comunidad; los conocimientos producidos transforman la realidad de estas mujeres y pueden instalarse en la agenda pública.

Introducción

El Proyecto de Investigación orientado a la práctica profesional se inicia en febrero de 2013 teniendo como propósito analizar las transformaciones producidas en la Participación Ocupacional (PO) de un grupo de mujeres de la Cooperativa UST (Unión Solidaria de Trabajadores) de Wilde, Avellaneda. El estudio se articula alrededor de dos ejes fundamentales: los cambios

en la participación ocupacional de las mujeres desde el 2004 hasta la fecha, y los tipos de decisiones y aprendizajes que han utilizado, contemplando el fuerte rol del contexto en donde ocurren estos fenómenos.

Se ha seleccionado la metodología IAP (Investigación Acción Participación), como el tipo de investigación acorde a las características de la comunidad de estudio y al espíritu cooperativista en el cual transcurren las ocupaciones, de modo que la misma participa en un rol protagónico junto al equipo de la Universidad Nacional de Quilmes.

Los antecedentes de estudios de mujeres desde la perspectiva de género son relevantes en esta etapa de evolución social y los estudios correspondientes a la participación ocupacional de las mujeres son incipientes, en particular, en ámbitos del cooperativismo y la economía social como es el caso. Respecto a la PO de las mujeres, podemos encontrar conocimientos cada vez más amplios, en los roles de la mujer actual en función de la familia, la comunidad o la economía local; o a diferencias en el acceso a puestos de trabajo de mando agravados por factores como el origen, cultura o nivel de instrucción; o bien sobre la relación ocupación/educación, como determinantes en la PO marginal femenina en distintos ámbitos, especialmente en Latinoamérica.

En este sentido, y si bien analizamos la participación ocupacional de un grupo de mujeres relacionadas con la cooperativa de trabajo UST, el estudio no pretende describir linealmente la relación ocupación/género/trabajo, sino contemplar los cambios en la PO producidos en un contexto donde se ponderan las relaciones sociales de interdependencia, reciprocidad, identidad comunitaria y cooperación.

De este modo, la integración de los aportes de la perspectiva de género, junto con los fundamentos de la Educación Popular de Pablo Freire y de la Economía Social, constituyen el sustento teórico. Junto con el enfoque de la teoría fundamentada, guíanel proceso de análisis del presente proyecto con el desafío de construir conocimientos con base en la experiencia de los propios actores sociales.

Desarrollo

El proyecto se lleva a cabo entre la UNQ y la Cooperativa UST. La UST es el resultado de la unión de un grupo de trabajadores despedidos de su trabajo por Techint-Ceamse y que, decididos a reconstruirse con los principios de la Economía Social, lograron brindar sus servicios a terceros y ofrecer nuevos servicios. Nació hace 10 años en su mayoría de hombres cooperativistas. Hoy cuenta con 350 mujeres participando en los proyectos de la cooperativa en actividades de cocina y comedor, en organización de actividades para niños en el polideportivo, alumnas y docentes en el bachillerato, radio y comunicación, banco de préstamos a los socios, participantes de manifestaciones políticas y trabajadoras de la construcción del barrio, coordinadoras de grupos con formación en psicología social. Tres son las mujeres trabajadoras cooperativistas, en la actualidad. Las mujeres acompañaron al comienzo los sucesos dolorosos relacionados con la desocupación inesperada de sus familiares. Ellas fueron reconociendo su identidad, sus elecciones ocupacionales posibles, sus habilidades, sus aprendizajes y desarrollos deseados y tomando decisiones hasta tener hoy un lugar propio reconocido considerable y creciente. El entorno social de sus hombres: maridos, hermanos, hijos fue impactado complementariamente a esta transformación.

El cambio de las condiciones laborales, de dependencia a socioeconomía proveyó un escenario de transformación, no solo para los trabajadores sino para la comunidad. Utilizamos el término socioeconomía como sinónimo de Economía Social y Solidaria. Para esto se adopta la definición sobre Economía Social de Coraggio, 2004 (1), "...por el estatus teórico alcanzado, supera la opción entre el mercado capitalista (al que asocia con la Economía "a secas") y un Estado central planificador y regulador de la economía (al que asocia con las variantes del socialismo y la economía política)." Dicho de otra manera: es una economía donde la producción, distribución, circulación y consumo de bienes y servicios no se realiza en base a fines

privados sino comunitarios, que resuelve necesidades materiales y simbólicas, estableciendo lazos sociales fraternales y solidarios, asumiendo con responsabilidad el manejo de recursos naturales y respeto a generaciones futuras, sin explotación del trabajo ajeno.

"El cooperativismo se erige como un movimiento plural, de impacto transversal, que hace pie en todos los sectores sociales. Tiene sus propios valores y principios...valores de autoayuda, democracia, igualdad, equidad y solidaridad. Los socios hacen suyos los valores éticos de honestidad, transparencia, responsabilidad y vocación social. Los principios son pautas mediante las cuales las cooperativas ponen en práctica sus valores: adhesión voluntaria y abierta, gestión democrática, participación económica de los asociados, autonomía e independencia, educación, formación e información, cooperación entre cooperativas y preocupación por la comunidad", (2), Mateo, G. 2012, pp 55.

Ante las particularidades descriptas, las participantes de la investigación (40 mujeres) han decidido voluntariamente asumir este desafío que constituye la primera experiencia de investigación y lo han refrendado en el consentimiento informado.

Las técnicas de recolección de datos fueron consensuadas desde el trabajo participativo. Se construyeron dos instrumentos: 1) Ficha sobre "Factores Ambientales" en base a indicadores de la CIF (3), (Cap. 3,4 y 5) y con la escala de medición, que permite valorar en qué grado los factores ambientales actúan como barreras o facilitadores de la participación. 2) "Cartografía de la participación ocupacional", basado en el Modelo ecológico del desarrollo humano. Se trata de una herramienta que posibilita la visualización de la participación ocupacional de los participantes por medio de datos susceptibles de ser representados de manera visual a través de su ubicación geográfica, histórica y socio-comunitaria. Se han realizado reuniones, talleres, con registro a través de filmación, fotografía y grabación con desgrabación y análisis de lo producido e instancias permanentes de validación grupal para definir la continuidad del proceso.

Inicialmente surgió como interrogante: ¿De qué modo utiliza un/a terapeuta ocupacional los conceptos para comprender a las mujeres y al proceso de transformación de su participación ocupacional? Por un lado, cuando los Terapeutas Ocupacionales nos referimos a las mujeres "haciendo", describimos ese quehacer en tres niveles: Participación Ocupacional, Desempeño Ocupacional y Habilidad Ocupacional. Es el ejemplo de la siguiente descripción: Juana está trabajando en el "Banquito de la UST"(PO), Juana está entregando un préstamo (DO) y Juana está utilizando juicios, cálculos y acciones precisas (HO). Por otra parte, Moruno Miralles y Zango Martín (4), 2012, plantean la utilización del concepto de etnocupación en relación al análisis de la ocupación desde una perspectiva intercultural, multidimensional y no, etnocéntrica. La etnocupación descrita como una visión de la ocupación atravesada por aspectos económicos, sociales y políticos que tienen como objetivo transformar los procesos sociales. Para dichos autores, la etnocupación "se plantea como una perspectiva que se aproxima y trata de aprehender la ocupación como un todo, en la que se imbrica la experiencia ocupacional de cada persona considerando con especial atención las particularidades culturales del contexto donde se desarrolla y actúa cada persona"

De esta manera, es interesante observar de qué modo, en este caso, las mujeres produjeron cambios en sus vidas, influenciados por las circunstancias que las rodean: obstáculos y facilitadores. Su motivación por el hacer, los patrones de comportamiento y habilidades que son transformadas por y a medida que ellas hacen (militancia), por cómo piensan (fuertes valores solidarios y de desarrollo) y sienten (orgullo, pertenencia) acerca de su quehacer. Las condiciones ambientales en las que participan ocupacionalmente son determinantes claves para que el cambio ocurra y de cómo ocurre (con espacios abiertos por sus hombres y otros logrados con autoafirmación). Para algunas mujeres la participación en la cooperativa produjo un cambio en la relación con el marido:.. "cuando él me decía que no, yo me quedaba y ahora que no me diga que no porque yo decido qué hacer..." Para otras, la decisión de participar: "no es una obligación, es una decisión...lo que sucede con los trabajadores nos moviliza a las esposas..." Y para muchas, ha sido la oportunidad de concretar actividades postergadas como

estudiar en el "Bachi". Existe una fuerte relación entre lo que las mujeres relatan que hacen, cómo lo hacen y qué produce lo que ellas hacen. Los significados que atribuyen a su participación ocupacional están ligados a la centralidad en los valores como parámetro de control que estabiliza los procesos hacia los objetivos propuestos: Solidaridad, igualdad y respeto, unidad y lucha para mejorar el barrio; sentido de pertenencia: orgullo por pertenecer a esa comunidad donde existe un proyecto de construcción colectiva que motoriza la Cooperativa

Las experiencias colectivas contribuyen a: incrementar el conocimiento de las propias capacidades y habilidades individuales y colectivas; identificar necesidades; adquirir confianza en las capacidades propias y colectivas, y valorar la necesidad de la unidad y la organización. Reconocen los límites y obstáculos en la burocracia, la gente que no participa y crítica, y el atropello de los gobiernos que no respetan ni aceptan "...que uno puede decidir por sí mismo qué hacer y cómo hacerlo..." Estas prácticas ligadas a reivindicaciones, luchas sociales, producción colectiva y cooperativa, han ido configurando, hábitos, conocimientos y aprendizajes que construyeron la forma de organización comunitaria, cuyo desarrollo y consolidación ha estado marcada en gran parte por reivindicaciones y luchas por la tierra.

Conclusiones

Se espera que el presente proyecto realice aportes a la comunidad de Terapeutas Ocupacionales en torno a la aplicación del paradigma en contextos y poblaciones de estudio e interés actualizado, integrándolos aportes de la perspectiva de género, la economía social y la educación popular. Así mismo aportará a la comprensión interdisciplinaria, articulándose con otras profesiones y conceptualizaciones que se vienen desarrollando.

Estas mujeres son productoras de espacios y configuradores del territorio, como lugar donde han encontrado condiciones de existencia: defensa de fuente de trabajo, formación de la cooperativa, proyectos, actividades, tierra, maquinarias.

Las tareas a las que se dedican estas mujeres son parte del tejido social del territorio y revelan cierta calidad en la configuración del barrio y la comunidad. El análisis multidimensional como recurso analítico permite establecer, cómo lo ocupacional no puede ser explicado sin referencia a lo económico, lo social, lo político y lo cultural.

Por otra parte, brindará soporte teórico y sistematización a la comunidad de la cooperativa UST para su fortalecimiento y sustentabilidad, mientras la U.N.Q. extenderá sus producciones científicas al campo del territorio y la aplicación empírica.

Referencias bibliográficas

- (1) Coraggio, J. L. 2004. "El Capital o la gente. Desarrollo Local y Economía del Trabajo". Ciudad-Fronesis-Eed. Eze-Ildis-AbyaYala, (Quito), y ESPACIO Editorial (Buenos Aires), pp.
- (2) Mateo, G., 2012, "Cooperativas agrarias y peronismo: acuerdos y discrepancias. 1ra edición - Buenos Aires - Fundación CICCUS.
- (3) OMS, 2001, "Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF- Ed. IMSERSO, España
- (4) Moruno Miralles y Zango Martín, 2013, "Aportaciones de la etnografía doblemente reflexiva en la construcción de la terapia Ocupacional desde una perspectiva intercultural". Revista de Antropología Iberoamericana **Vol. 8. Núm.1**, pp.10-47 - Madrid. España

Bibliografía

Abelenda, Kielhofner y col., 2007. "El Modelo de la Ocupación Humana como herramienta conceptual para entender y hacer frente al apartheid ocupacional", en: Kronenberg, F y col., "Terapia Ocupacional sin fronteras". Editorial Panamericana (Buenos Aires) pp 185-198

- Alvarez, C; Demiryi, M; Lindel, N; Pavicich, C; Piatís, S., 2014. "La experiencia de la Cooperativa Unión Solidaria de Trabajadores de Wilde y la Universidad Nacional de Quilmes. De la extensión a la investigación". CD VI Congreso Nacional de Extensión Universitaria, II Jornadas de Extensión de AUGM y I Jornadas de Extensión de Latinoamérica y Caribe. ISBN 978-987-702-019-9. Setiembre 2014. (Rosario)
- Alvarez, C; Muñoz, M., 2011. "Aprendizaje como contribución a Otro Desarrollo En: História, Sociedade e Educação: o Ensino Superior e o Desenvolvimento Local" Edición 1 Editorial FE-UNICAMP
- Clearinghouse, (2009). CD de instrumentos de evaluación del MOHO en español. 2009. Manual correspondiente al OPHI-II <http://www.cade.uic.edu/moho/productdetails.aspx?iid=4>
- Coraggio, J. L. 2004). "El Capital o la gente. Desarrollo Local y Economía del Trabajo". Ciudad -Fronesis-Ede. Eze-Idis-AbyaYala, (Quito), y ESPACIO Editorial (Buenos Aires).
- Demiryi, M., Berezin, S., Fernández, G., Ganso, H., & Gaiteiro, A., 2013. "Primera etapa del proyecto de investigación: Las rutinas diarias y el balance ocupacional de los alumnos de la Universidad Nacional de Quilmes". Revista Chilena de Terapia Ocupacional, 13(2), Pág. 73-78. doi:10.5354/0717-5346.2013.30217
- Forn de Zita, Carmen, 2007. "Terapia Ocupacional y Rehabilitación Psiquiátrica". Ediciones del Vicerrectorado Académico de la Universidad Central de Caracas (Caracas) Capítulo 9: El Modelo de la Ocupación Humana. PP. 150-156
- Freire, P., 2013. "La educación como práctica de la libertad". 7ª Edición. Siglo XXI Editores. ISBN 978-987-629-021-0 (Bs As). 1ra Edición noviembre 1969.
- Gómez, S. y Martí, C., 2004. "La incorporación de la mujer al mercado laboral: implicancias personales, familiares y profesionales y medidas estructurales de conciliación trabajo-familia". Doc. de Investigación Nº 557, Mayo. Universidad de Navarra. (Navarra, España) Disponible en: <http://www.iese.edu/research/pdfs/DI-0557.pdf>
- Gupta, J. y Sullivan, C., 2013. "The central role of occupational in the doing, being and belonging of immigrant women", Diario de la Ciencia de la Ocupación, Vol. 20, Nº 1. Disponible en: http://www.academia.edu/4621326/The_Central_Role_of_Occupation_inthe_Doing_Being_and_Belonging_of_Immigrant_Women
- Kielhofner, G., 2006. "Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional". 3ª Edición, Editorial Panamericana. (Buenos Aires)
- Kielhofner, G., 2011. "Terapia Ocupacional: Modelo de Ocupación Humana. Teoría y Aplicación". Cuarta Edición. Editorial Médica Panamericana (Buenos Aires) Cap 7, 8, 13 y 14.
- Lindel, Natalia, 2011, "El Terapeuta Ocupacional como consultor y supervisor del Acompañante Terapéutico", publicado en el Boletín oficial de la WFOT, **vol. 63**, mayo, pp. 25-30.
- Lindel, Natalia, 2014. "Estudio de caso Lucas: Evaluación e Intervención". TAAO. <http://www.taaocupacional.com.ar/descargas/humano11.pdf>
- Lindel, Natalia, 2014. "Integración de Conceptualizaciones de Terapia Ocupacional". TAAO. <http://www.taaocupacional.com.ar/descargas/humano04.pdf>
- Lindel, Natalia, 2014.. "Proceso de Remotivación: Resumen". TAAO. <http://www.taaocupacional.com.ar/descargas/humano12.pdf>
- Moruno Miralles y Zango Martín, 2013, "Aportaciones de la etnografía doblemente reflexiva en la construcción de la terapia Ocupacional desde una perspectiva intercultural". Revista de Antropología Iberoamericana **Vol 8**. Nm 1, pp. 10-47, Madrid. España.

- Riopel Smith, Kielhofner, Hawkins Watts, 1986. "The Relationships between Volition, Activity Pattern, and Life Satisfaction in the Elderly (activity analysis, geriatrics, human occupation, personal satisfaction)".AJOT, **Vol 40**, N° 4, pp 278-283.
- Strauss, Anselm y Corbin, Juliet, 2002. "Bases de la investigación cualitativa: Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada". 1ªEd en español. Editorial Universidad de Antioquía. Medellín. Colombia.
- Torres, R.M., 2009. "De la alfabetización al aprendizaje a lo largo de toda la vida. Tendencias, temas y desafíos de la educación de personas jóvenes y adultas en América Latina y el Caribe" Informe regional para la VI Conferencia Internacional sobre Educación de Adultos, Belém, Brasil, 19-22 Mayo 2009. Informe encargado por el Instituto de la UNESCO para el Aprendizaje a lo Largo de Toda la Vida (UIAL).
- Yerxa, E. J. (1980). "Occupational Therapy's role in creating a future climate of caring", American Journal of Occupational Therapy, Vol. **34**, pp 529-534.

Desempeño ocupacional y crianza. Análisis desde la perspectiva de género sobre desempeño ocupacional antes y después del nacimiento del primer hijo

Autores: Anderson, Mariela; Cristiani, Liliana Sandra; Prada, María Cecilia; Leegstra, Rut Cristina; Polinelli, Silvia; Cacciavillani, María Fabiana; Bertolotto, Maricel; Remesar, Sergio Esteban; Torres, Noelia.

Correo electrónico: mariela.anderson@unq.edu.ar; andersonmariela@gmail.com

Resumen

Introducción

El nacimiento de un hijo produce cambios significativos en la participación ocupacional de los padres y las madres.

La imagen tradicional de familia que define al padre en su rol de proveedor, asegurador del orden participando de espacios de poder, y de la mujer como garante del cuidado, las tareas domésticas y la crianza de los hijos, persiste aun hoy. La incorporación de las mujeres al mundo del trabajo produjo modificaciones en las prácticas ocupacionales.

La Ocupación de crianza de hijos trasciende la vida de los padres, atravesando, transformando o condicionando sus elecciones ocupacionales.

Objetivos

El objetivo es identificar y describir el desempeño ocupacional de los padres y madres en actividades de autocuidado, productividad y tiempo libre antes y después de la crianza del primer hijo en términos de frecuencia y tiempo de participación.

Material y métodos

Se empleó una metodología cuantitativa, con un diseño descriptivo, empleando para la recolección de datos técnicas cualitativas y cuantitativas. Se realizaron entrevistas estructuradas a padres y madres primerizos de entre 14 y 49 años, con hijos de entre 6 y 24 meses de edad. Estos datos fueron analizados mediante distintas bases de datos, realizando un análisis de cada entrevista como una unidad y posteriormente comparando la totalidad de las mismas.

Resultados y conclusiones

La llegada del primer hijo implica cambios significativos en la frecuencia de participación y tiempo dedicado a cada una de las actividades.

En ambos padres la participación en preparación de comidas, tareas domésticas, compras y reuniones con familiares se incrementan luego de la llegada del primer hijo y la frecuencia de participación en las actividades de estudio disminuye.

Las mujeres tienden a disminuir la frecuencia de participación y el tiempo dedicado al trabajo y a reuniones con amigos, mientras que los hombres mantienen este tipo de actividades.

Introducción

El presente trabajo forma parte de un proyecto de investigación de la Universidad Nacional de Quilmes⁽¹⁾, que tiene como objetivo general analizar y comparar el desempeño ocupacional de padres y madres antes y después de la crianza del primer hijo.

El nacimiento de un hijo o hija produce cambios significativos en la participación ocupacional de los padres y las madres lo que será vivenciado de manera diferente según las historias personales y la influencia que le otorgan sus atravesamientos sociales y culturales.

En la actualidad, la globalización cultural ha ampliado el conocimiento y las posibilidades de elección y participación ocupacional. En el caso de las mujeres se suma su progresiva incorporación al mundo del trabajo que ha determinado, en muchos casos, la modificación de las prácticas ocupacionales en el ejercicio de roles tanto materno como paterno.

Estudiar, trabajar, conformar una familia, cuidar y criar a un niño, etc. derivan en elecciones ocupacionales cuya forma y significado varían según el contexto y los determinantes culturales de pertenecía.

En este trabajo nos enfocaremos en el primer objetivo específico del proyecto: identificar y describir el desempeño ocupacional de los padres y madres en actividades de autocuidado, productividad y tiempo libre antes y después de la crianza del primer hijo en términos de frecuencia y tiempo de participación en las actividades.

Desarrollo

La Ocupación de crianza de hijos es un fenómeno complejo que trasciende la vida de los padres, atravesando, transformando o condicionando sus elecciones ocupacionales.

Habitualmente la llegada del primer hijo determina una variación en la participación ocupacional de madres y padres que al asumir nuevos roles ven modificadas sus rutinas anteriores. Se incorporan nuevas actividades, otras disminuyen o desaparecen. La frecuencia y el tiempo de participación en actividades u ocupaciones cambian.

Numerosos cambios socio históricos han puesto a la mujer fuera del hogar. Su ingreso al mercado laboral, familias que por necesidad o aspiración a un mejor nivel de vida ambos, madre y padre, trabajan fuera del hogar, formación educativa y necesidad de la mujer de desarrollarse profesionalmente, la crisis del modelo tradicional de familia, los aportes de los movimientos feministas en búsqueda de igualdad y de una identidad femenina propia y los cambios en la salud en cuanto a la contracepción^(2,3).

A su vez, la globalización cultural muestra nuevas formas de vivir, sentir y actuar y ponen en tela de juicio los antiguos valores y creencias de los hombres y mujeres y multiplican las formas de asumir el rol materno o paterno, atravesando sus elecciones ocupacionales. Sin embargo, según Lupica C. (2010)⁽⁴⁾ a pesar del ingreso de la mujer al mercado laboral y la posibilidad de asumir nuevos roles, la imagen tradicional de familia, en la que el hombre se presenta como el principal proveedor de recursos económicos mediante el trabajo y asegurador del orden participando de espacios de poder, y de la mujer como garante de las tareas domésticas, la crianza de los hijos y el ejercicio de las labores de cuidado, persiste aún hoy en nuestro medio, con variaciones según los grupos sociales, educación y contexto.

Según la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) realizada por el INDEC del 3er trimestre del 2013⁽⁵⁾, el 74,4% de la población de 18 años o más años realiza trabajo doméstico no remunerado (quehaceres domésticos, apoyo escolar y trabajo de cuidado) observando tanto en la participación como en intensidad del trabajo doméstico un claro predominio femenino.

Valeria Esquivel, (2013)⁽⁵⁾ sostiene que en nuestro país, las responsabilidades asociadas a la maternidad y paternidad son construidas a partir de un fuerte maternalismo, sin embargo, el papel de las mujeres como cuidadoras principales o únicas puede poner en riesgo su autonomía, en términos de sus oportunidades de empleo y de su tiempo de ocio.

Un estudio sobre 200 hogares urbanos en Argentina (Wainerman C., 2003, citado en Lupica C., 2010)^(7,8), manifiesta que tres cuartos de los hombres participan nada o muy poco en las actividades cotidianas del cuidado de la casa. Y cuando lo hacen, se trata de trabajos ocasionales. Con respecto a la atención de los hijos e hijas, sostiene que si bien los hombres tienen en la actualidad una mayor participación, están lejos de alcanzar los niveles de responsabilidad de las madres.

Paralelamente, un trabajo realizado por la OIT- PNUD (2013)⁽⁹⁾ afirma que las mujeres comparten con los hombres el tiempo de trabajo remunerado, sin variar la redistribución de

carga de la tareas domésticas, como consecuencia de ello limitan su tiempo de descanso y ocio personal, lo que afecta su salud física, psíquica y su calidad de vida.

Francisco Aguayo (2013)⁽¹⁰⁾, en un estudio realizado en Chile por IMAGES sostiene que “en familias donde ambos son proveedores económicos, todavía la mujer hace muchas más tareas de cuidado que los varones. Sólo un 20% comparte igualitariamente las tareas, en el resto de parejas existen roles todavía muy tradicionales, los varones todavía se conciben como proveedores y las mujeres como las principales cuidadoras de los niños.”

Material y métodos

En esta investigación se trabajó con una metodología mixta cualicuantitativa, con un diseño de tipo descriptivo. Para la recolección de los datos se emplearon diferentes técnicas cualitativas y cuantitativas, sin embargo, para el presente trabajo se toman en consideración sólo los datos cuantitativos.

Los datos fueron obtenidos a través de la realización de entrevistas estructuradas construidas en base a los ejes de análisis mencionados, en las cuales se indagó acerca de aspectos personales (edad, edad del bebé, situación ocupacional) y acerca de la participación ocupacional en las distintas actividades, preguntando específicamente tiempo de dedicación, frecuencia y lugar de participación en cada una de las actividades de autocuidado, trabajo, sueño, esparcimiento y tiempo libre antes y después de la llegada del primer hijo. Dichas entrevistas fueron realizadas previo consentimiento informado.

Para la selección de la muestra se tomaron los siguientes criterios de inclusión: padres y madres de entre 14 y 49 años, que habiendo sido padres por primera vez, sus hijos tengan al momento del estudio entre 6 y 24 meses de edad.

Se trata de una muestra no probabilística y accidental. Sin embargo, para lograr la mayor representatividad posible, el trabajo de campo se llevó a cabo en diferentes barrios populares del partido de Quilmes, en distintos centros de Salud de la Provincia de Buenos Aires, en la Universidad Nacional de Quilmes y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En términos de factibilidad son territorios donde los integrantes de este grupo de investigación desempeñamos diferentes tareas profesionales y de investigación y se utilizó además la técnica de “bola de nieve” intentando que dentro de la muestra queden incluidos casos de distintas franjas etáreas, niveles de escolarización, grupos sociales y constituciones familiares (padres y madres solos/as y no).

Para el análisis y procesamiento de los datos se confeccionaron distintas bases de datos con la finalidad de realizar un análisis de cada entrevista tomada como una unidad de análisis y posteriormente un análisis comparativo de la totalidad de las entrevistas, centrándonos en las variables.

Resultados

Conformación final de la muestra: Al momento del estudio la muestra quedó conformada por 28 personas. 22 mujeres y 6 hombres. Según la edad, 2 menores de 19 años, 10 entre 20 y 29 años, 15 entre 30 y 39 años y 1 de más de 40 años. Según la edad del bebé al momento del estudio quedaron identificados de la siguiente manera: 7 con bebés entre 6 y 11 meses, 10 con bebés de 12 a 17 meses y 11 con bebés de 18 a 24 meses.

Análisis de la frecuencia de participación en las actividades: Al analizar la frecuencia promedio de participación en las actividades antes y después del primer hijo del conjunto de la muestra (Tabla y gráfico 1) observamos una leve disminución en la frecuencia de participación en las actividades de trabajo, actividades sociales y políticas (voluntariados, militancia política, etc.) y en las actividades artísticas y una disminución marcada en la frecuencia de participación en las actividades de estudio (estudio formal), deportes y reuniones con amigos.

Sin embargo, se observa un incremento en la frecuencia de participación en las actividades domésticas, preparación de comidas, compras y reuniones con familiares.

Análisis de la frecuencia de participación en las actividades. Distinción entre madres y padres: Al analizar la frecuencia de participación en las actividades antes y después del primer hijo realizando una distinción entre madres y padres, observamos diferencias en relación a la frecuencia y tiempo de participación. Los hombres mostraron una leve disminución en la frecuencia de participación en las actividades de trabajo, estudio (formal) actividades sociales, marcada disminución en la participación en deportes y un leve incremento en la frecuencia de participación en las compras y en reuniones con familiares y amigos. (Gráfico 2). A diferencia de los hombres, las mujeres muestran una disminución en la frecuencia de participación en las actividades de trabajo, actividades artísticas y en especial en el estudio (formal), deportes y reuniones con amigos. Al igual que los hombres, muestran un aumento en la frecuencia de participación en las tareas domésticas, preparación de comidas, compras y reuniones familiares. (Gráfico 3)

Análisis de la participación ocupacional por actividad: En la actividad de Trabajo se observa que de las 28 personas que componen la muestra, en 3 se incrementó la frecuencia de participación, en 14 se mantuvo igual y en 11 (10 de ellas mujeres) disminuyó tanto la frecuencia de participación como el tiempo dedicado a dicha actividad. En relación al estudio (formal) se observa que aquellas personas que no desempeñaban dicha actividad antes del nacimiento del hijo, tampoco la desempeñan luego del mismo y en los 10 casos en los que desempeñaban la actividad antes, la frecuencia de participación y el tiempo dedicado disminuyó luego de la llegada del primer hijo. En relación a la preparación de comidas, luego de la llegada del primer hijo en 7 personas (6 de ellas mujeres) se observa un incremento de la frecuencia de participación en la actividad y en la mitad de ellos también en el tiempo dedicado a dicha actividad. Respecto a las actividades domésticas, 9 personas (8 de ellas mujeres) incrementaron la frecuencia de participación en las actividades a partir de la llegada del primer hijo y 5 de ellas también el tiempo dedicado. De las 28 personas que componen la muestra, 10 (9 de ellas mujeres) refieren un incremento en la frecuencia de participación en las compras, 8 disminuyeron la frecuencia de participación y 10 mantuvieron la misma frecuencia de participación, sin embargo en ningún caso el tiempo dedicado a la actividad disminuyó. En la participación en la actividad de deporte se evidencian importantes cambios a partir de la llegada del primer hijo. De las 19 personas que desempeñaban la actividad, 13 (10 de ellas mujeres) disminuyeron la frecuencia de participación y 12 de ellos disminuyeron además el tiempo de dedicación a la actividad. En relación a las reuniones con familiares se observa que la mayoría de las personas mantiene la frecuencia de participación. En 9 casos (7 de ellos mujeres) se incrementó la frecuencia de participación en reuniones con familiares. En las reuniones con amigos se observa una marcada disminución en la frecuencia de participación en la actividad. 16, de las 22 mujeres que conformaron la muestra refieren disminución de la frecuencia de participación en las reuniones con amigos, mientras que los hombres tienden a mantener la frecuencia de participación. Por último, en relación al descanso, se observa típicamente una disminución en la cantidad de horas de sueño luego de la llegada del primer hijo. 18 personas (17 de ellas mujeres) refieren disminución de la cantidad de horas de descanso (de 8,7 horas a 6, 5 horas en promedio) y 19 (16 de ellas mujeres) refieren además aumento de los despertares nocturnos.

Reflexiones finales

La crianza de un hijo es un factor decisivo en la vida de los padres que afecta de diferentes maneras su desempeño ocupacional. Los datos analizados dan cuenta que la llegada del primer hijo enfrenta a los nuevos padres a cambios significativos en la frecuencia de participación y tiempo dedicado a cada una de las actividades.

Se evidencia que la participación en preparación de comidas, tareas domésticas, compras y reuniones con familiares se incrementan luego de la llegada del primer hijo para ambos progenitores, en especial para las mujeres y la frecuencia de participación en las actividades de estudio disminuye en ambos progenitores.

Las mujeres tienden a disminuir significativamente la frecuencia de participación y el tiempo dedicado a la actividad de trabajo, en mayor medida que los hombres, un dato destacable, en especial si consideramos que la licencia por maternidad en Argentina culmina a los 45 días del nacimiento del niño como tiempo máximo.

Por otro lado, se observa una significativa diferencia en la participación en salidas con amigos que los hombres mantienen más que las mujeres a partir de la llegada del primer hijo. Resulta interesante la comparación de la variación de esta última actividad entre géneros ya que en el caso de los hombres la frecuencia de participación en la actividad reunión con amigos se ve incrementada. Coincidentemente con el INDEC (2003)⁽¹¹⁾, "las mujeres no sólo ejercen el rol maternal y realizan las tareas domésticas sino que trabajan fuera de su hogar, cumpliendo una "doble jornada" laboral y doméstica, lo que dificulta la separación entre el tiempo de trabajo y el de ocio y le obstaculiza la posibilidad de ocuparse de sus propias necesidades personales"

Si bien, los resultados obtenidos muestran cambios significativos en la frecuencia y tiempo de participación en actividades de autocuidado, trabajo y tiempo libre, en ambos progenitores, cabe destacar que al realizar la diferenciación por género las mujeres ven incrementadas sus obligaciones familiares en mayor medida que los hombres, disminuyendo frecuentemente su participación en actividades de tiempo libre y trabajo, mientras que los hombres tienden a mantener su participación social. Esto indicaría que a pesar de los cambios socio-históricos que abrieron nuevas oportunidades de desarrollo personal a las mujeres, estas continúan asumiendo en mayor medida que los hombres, la responsabilidad de las tareas domésticas y de cuidado a partir de la llegada del primer hijo, práctica más ligada a los modelos tradicionales. Estas reflexiones preliminares nos llevan a plantear nuevos interrogantes ¿Cuáles son los factores que motivan estas elecciones ocupacionales? ¿Pueden ser factores influyentes la edad de los progenitores, las demandas del contexto y/o los intereses personales? si lo son, ¿de qué manera influyen?. En relación al significado que los padres otorgan a las diferentes ocupaciones ¿se modifica luego de la llegada del primer hijo?. Estas preguntas, entre otras, dan cuenta de la necesidad de continuar investigando y ampliar las evidencias para futuras intervenciones en el marco de nuestra profesión.

Referencias

(En el orden en que son citadas en el texto)

- Investigación Desempeño Ocupacional en madres y padres antes y después de la crianza del primer hijo, dirigido por Rut Leegstra y perteneciente a los Proyectos de investigación orientados a la Práctica Profesional del Departamento de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Quilmes. Lupica, C. (2012) Trabajadoras domésticas ¿Cómo cuidamos a quienes nos proporcionan cuidados? Fundación Observatorio de la Maternidad. Boletín de la Maternidad N°16
- Lupica, C. 2012. "Trabajadoras domésticas ¿Cómo cuidamos a quienes nos proporcionan cuidados?" Fundación Observatorio de la Maternidad. Boletín de la Maternidad N°16:Pag. 2-7. Disponible en <http://www.o-maternidad.org.ar>
- Espejo, A.; Filgueira, F.; Rico, M. N. . 2010 "Familias latinoamericanas: organización del trabajo no remunerado y de cuidado" CEPAL Documentos de proyectos. Chile. Pág. 1-36. Disponible en: <http://www.unicef.org/argentina/spanish/cuidadoinfantil.pdf>

- Lupica, C. 2010. "¿Los hijos influyen de igual manera en la vida de los hombres y de las mujeres?" Anuario de la Maternidad. Fundación Observatorio de la Maternidad. Pág.. 1-74. Disponible en: <http://www.o-maternidad.org.ar>
http://www.indec.mecon.ar/uploads/informesdeprensa/indicadores_eph_4trim12.pdf
- Esquivel, Valeria; Faur, Eleonor; Jelin, Elizabeth. 2012. "Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el estado y el mercado." Ed. IDES.I, Pág.74-103. Disponible en: <http://www.unicef.org/argentina>
- Lupica, C. 2014 "Niñez, juventud y maternidad en argentina. Interrelación de derechos y oportunidades a través del sistema de cuidado infantil." Newsletter De la Maternidad.78:1-11. Disponible en www.o-maternidad.org.ar.
- Lupica, C. 2014 "Recibir y brindar cuidados en condiciones de equidad: desafíos de la protección social y las políticas de empleo en Argentina". Oficina de País de la OIT para la Argentina. Documento N° 5. Argentina. Pág. 1-64 Disponible en: <http://cippec.org/priorizarlaequidad/recibir-y-brindar-cuidados-en-condiciones-de-equidad-desafios-de-la-proteccion-social-y-las-politicas-de-empleo-en-argentina/>
- OIT, PNUD.2013 "Trabajo decente y cuidado compartido. Hacia una propuesta de parentalidad." Santiago. Pág.. 15-21. Disponible en: <http://www.oitcinterfor.org/publicaci%C3%B3n/trabajo-decente-cuidado-compartido-hacia-propuesta-parentalidad>.
- Aguayo F. (2013) "Pensando en Paternidades" Boletín Infofamilias- Un espacio para la reflexión- Año 4, nº 3 Ministerio de la Mujer y familias vulnerables. Perú. Pág., 1-27. Disponible en: http://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgfc/diff/Boletin-INFOFAMILIA2013_3.pdf
- Documento de Asistencia Técnica Primeros Años- Programa Nacional de Desarrollo Infantil- Crosta, A.; Rosenfeld, M.; Pesenti, M.; De León, G.; Rodríguez, M. J.; Balzano, A.; García, A.; Mochi, S. (2002) "La perspectiva de género en los primeros años" Documento de Asistencia Técnica Primeros Años- Programa Nacional de Desarrollo Infantil- Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales- Presidencia de la Nación, Pág. 1-78. Disponible en: <http://www.primerosanios.gov.ar>

ANEXOS

Tabla 1

FRECUENCIA PROMEDIO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES (EN DÍAS/SEMANA) ANTES Y DESPUÉS DEL PRIMER HIJO EN HOMBRES Y MUJERES

HOMBRES Y MUJERES		
	FRECUENCIA DE PARTICIPACION PREVIA	FRECUENCIA DE PARTICIPACION POSTERIOR
TRABAJO	4,18	3,68
ESTUDIO FORMAL	1,62	0,36
ESTUDIO INFORMAL	0,21	0,20
ACTIVIDADES SOCIALES, POLITICAS	0,35	0,13
PREPARACION DE COMIDAS	4,25	4,36
TAREAS DOMESTICAS	4,38	4,96
COMPRAS	2,60	2,93
ACTIVIDADES ARTICTICAS	0,67	0,38
DEPORTES	1,94	0,81
REUNIONES CON FAMILIARES	1,19	1,40
REUNIONES CON AMIGOS	1,90	0,98

Grafico 1

FRECUENCIA PROMEDIO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES (EN DÍAS/SEMANA) ANTES Y DESPUÉS DEL PRIMER HIJO EN HOMBRES Y MUJERES.

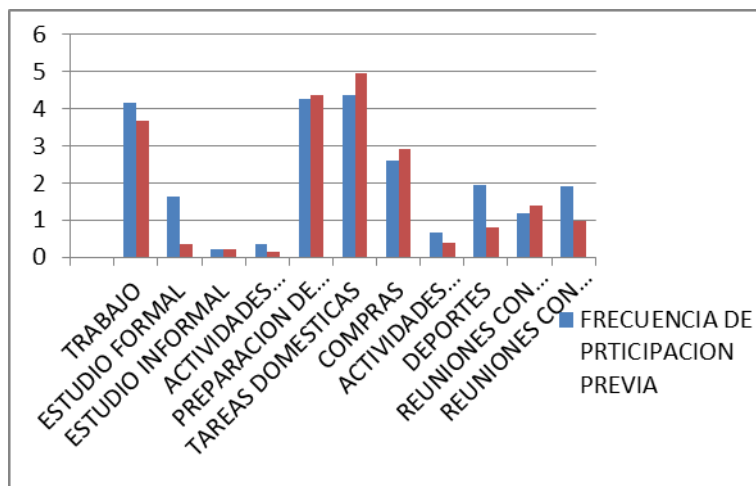


Gráfico 2

FRECUENCIA PROMEDIO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES (EN DÍAS/SEMANA) ANTES Y DESPUÉS DEL PRIMER HIJO EN HOMBRES.

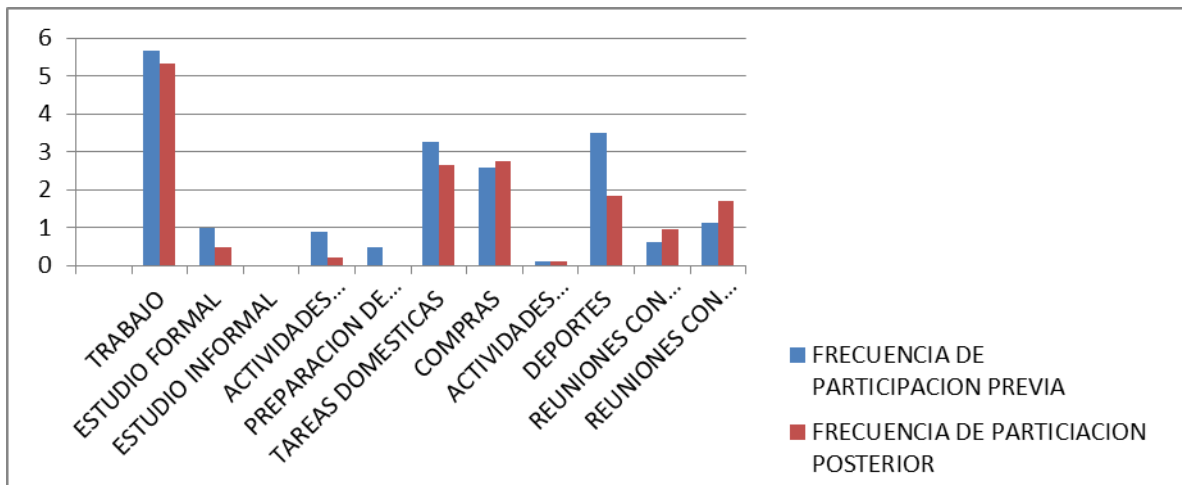
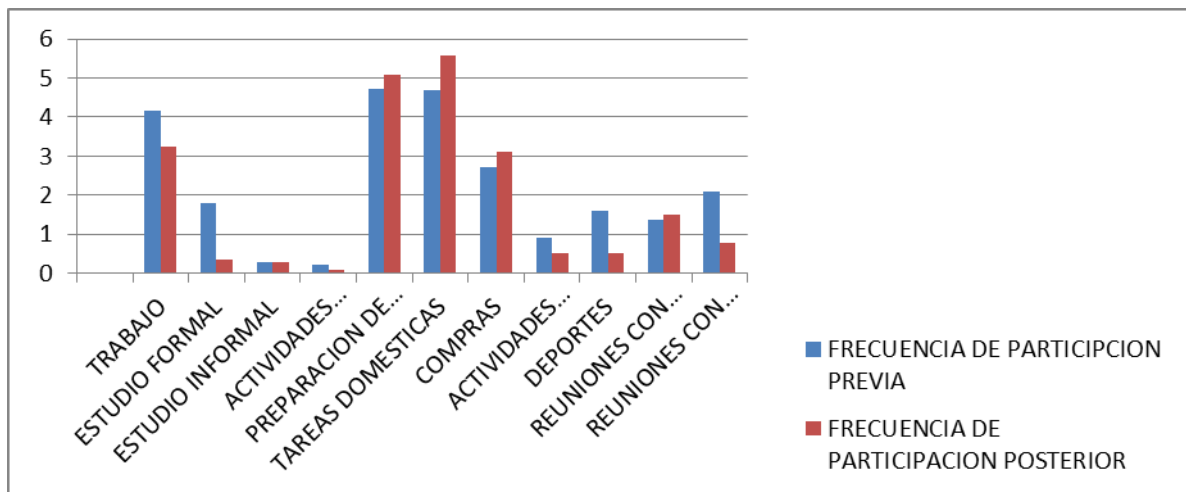


Gráfico 3

FRECUENCIA PROMEDIO DE PARTICIPACIÓN EN LAS ACTIVIDADES (EN DÍAS/SEMANA) ANTES Y DESPUÉS DEL PRIMER HIJO EN MUJERES



Terapeutas ocupacionales feministas. Desde el encuentro a la transformación

Autor: Pardo, Magdalena
Correo electrónico: magpardo@gmail.com

Resumen

A modo de introducción

Somos actualmente un grupo de 9 mujeres terapeutas ocupacionales tituladas de distintas universidades en Chile y en formación, que nos hemos reunido en torno a colectivizar el interés por problematizar las prácticas, en tanto acto como discurso, como una terapia ocupacional política y crítica, que nos permite reflejar la incomodidad frente al statu quo de la tendencia naturalizante perpetuadora del patriarcado, muy lejos de ser transformadora de escenarios. En el presente trabajo abordamos nuestras reflexiones preliminares en torno a las implicancias políticas de incorporar una perspectiva feminista en la producción de las prácticas de terapia ocupacional.

Problematizando

En sus inicios, la Terapia Ocupacional fue producida a partir de una perspectiva funcionalista, en la cual su objetivo principal era adaptar al individuo a la sociedad, sin cuestionarse si eran las estructuras sociales las que había que transformar. Desde esta perspectiva, los conflictos sociales se invisibilizan, pues son los individuos quienes tienen el problema, y por tanto con un trabajo centrado en la persona sería suficiente (Galheigo S, 2012).

Progresivamente se comenzó a problematizar dicha perspectiva hegemónica de la terapia ocupacional para dar pie a reflexiones y prácticas respecto de los determinantes estructurales que inciden directamente en la vida cotidiana y el bienestar psicosocial de personas concretas, lo que ya no se traduce en un individuo con un problema, sino que en un sujeto situado sociohistóricamente que está viviendo una situación que generalmente se traduce en exclusión y/o vulneración de derechos (Guajardo, 2012).

Estas nuevas perspectivas y prácticas han impulsado la necesidad de que la práctica de terapia ocupacional sea una práctica crítica, social y política que se sustente en los derechos humanos, ya que estos, como menciona Alejandro Guajardo ...nos interpela[n] al desafío de la emancipación y la libertad de los sujetos de sus condiciones de opresión y alienación; el privilegio de acción comunitaria y colectiva, entre otros alcances. Nos encontramos de esta forma, con problematizaciones de TO desde perspectivas culturales, de género, de clase social, políticas, de derechos humanos, ante la llamada cuestión social o problemas sociales (Guajardo, 2012:20).

Esta nueva perspectiva de abordaje de la Terapia Ocupacional ha implicado ampliar el campo del quehacer de la disciplina a los problemas sociales, es decir, abordar cuestiones relativas a la pobreza, la vulnerabilidad, la discriminación y exclusión social, migración, calle, violencia, salud, discapacidad, minorías, etc., cuestiones que sobrepasan y desbordan las prácticas funcionalistas fundadoras de la disciplina (Galheigo, 2012; Guajardo, 2012).

A pesar de lo anterior, y pese a que la mayor población de terapeutas ocupacionales somos mujeres, las reflexiones y prácticas de la terapia ocupacional crítica, paradójicamente, no se han ocupado de los problemas sociales concretos que viven las mujeres. En este contexto, tal como menciona Sakellariou, resulta sorprendente que la disciplina nunca haya tenido una ideología feminista (citada en Cantero, Émeric, Zango, Domínguez, 2012) o alguna formación en perspectiva de género. Prueba de ello es la escasez de investigaciones disponibles respecto de dichas problemáticas en comparación con las mencionadas anteriormente.

Desde una terapia ocupacional crítica, que sostiene la auto-reflexión en función de la emancipación y que promueve la transformación social hablar de feminismo se hace imprescindible. Es incorporar de forma consciente a estas nuevas prácticas de terapia ocupacional la problematización, visibilización, cuestionamiento de un sistema de dominación cuyas estructuras de poder -el patriarcado y sus expresiones sociales como el machismo- se conjugan históricamente con modelos económico-político -capitalismo- neoliberalismo-.

Hablar de terapia ocupacional y feminismo, es elegir el camino de la transformación social. Implica hablar tanto de perspectiva de género (diferenciación sexo-género, entendiendo la herramienta que ello proporciona en términos académicos y de apertura de problematización en espacios cotidianos de trabajo profesional y de vida), como de derechos humanos; implica asimismo reconocerse como terapeutas ocupacionales feministas, mujeres conscientes del desarrollo de nuestra disciplina.

El feminismo es un auténtico movimiento social, como tal, es heterogéneo y busca una transformación del sistema de poder, cuestiona la identidad de la actual sociedad; aparece como un enfrentamiento a la rigidez de las doctrinas, normas, orden social, que tienden a decaer y que, sin embargo, las tradiciones, los sistemas ideológicos, las barreras sociales y culturales se empeñan en reforzar y mantener. El feminismo, como todo movimiento social no es por sí mismo el único agente de transformación social para la creación de un tipo de sociedad nueva. Su acción implica la transformación de instituciones y organizaciones que contribuyen a modernizar y hacer avanzar a la sociedad" (Merola, 1985:115).

El feminismo *"es una expresión de la resistencia de las mujeres a aceptar y permanecer en roles y situaciones sociopolíticas, culturales e ideológicas fundamentadas en la jerarquía entre hombres y mujeres que justifican las discriminaciones de éstas"* (Colorado et al.1998:10). Dentro de sus expresiones están el trabajo teórico que permite conceptualizar la situación de las mujeres como una problemática social, desmitificando el carácter privado y personal que históricamente se le ha otorgado, naturalizadas e invisibilizadas en el mismo sistema patriarcal que la produce.

A partir de lo expuesto anteriormente y entendiendo que *"somos en el acto de ocuparnos"* (Guajardo, 2012) se puede afirmar que "ser mujer" se ha constituido mediante patrones estandarizados de actuación, en este caso, "las instituciones patriarcales" que producen y reproducen el sistema patriarcal y por ende las relaciones de poder que existen entre hombres y mujeres. Ser en el acto de ocuparse, implica que la ocupación tiene carácter constituyente y por ende es un proceso subjetivante, que no es estático ni lineal, sino dinámico, es un acto relacional que permite constituirse como actor de la propia historia (Trujillo, Sanabria, Carrizosa, & Parra, 2011). El que sea relacional implica que se encuentra influenciada por condiciones socioculturales y ambientales y al mismo tiempo crea y recrea esas propias condiciones sociales, económicas, políticas y ambientales, por lo que esas condiciones implican el sentido de la Ocupación y la Ocupación también puede transformar las relaciones sociales en las que se inscribe (Uribe, Rojas y Pérez, 2011). La ocupación humana por ende tiene potencial de transformación al caracterizarse como un hacer-con- sentido cotidiano, conteniendo en el sentido el por qué, el para qué, el quién soy (Grupo de Investigación Ocupación y Realización Humana,

2011). ¿Soy quién soy? o ¿soy lo que debo ser? estas preguntas permiten guiar la problematización de la situación de las mujeres. La terapia ocupacional en este ámbito debe facilitar espacios para habilitar dichos procesos subjetivos con el fin de fortalecer a las personas, en este caso las mujeres, para que actúen como constructoras de su propio mundo, es decir, de sus propios deseos (Uribe et al., 2011).

Conclusión (o posibilidades que se abren)

La terapia ocupacional entonces, tiene, mucho que decir y mucho que hacer y necesariamente tiene que jugar un rol transformador frente a la problemática de las mujeres, en contraposición a una práctica que permita mantener el orden patriarcal existente que favorece la producción y reproducción de las relaciones de poder existente entre hombre y mujeres.

En ésta búsqueda de un espacio de acción que diera respuestas a las preguntas acerca de las relaciones de poder, es que surge el núcleo como posibilidad para encontrarnos, para articular saberes, compartir desafíos y a la vez intentar visibilizar en conjunto lo que debe ser desnaturalizado.

También como un espacio de reflexión en el que intentamos, tanto como mujeres y como terapeutas ocupacionales, lograr una acción consecuente entre el pensar y el quehacer, asumiendo un compromiso político-social. Es en esta interacción que se va generando un encuentro que nos enriquece, donde se acoplan, contraponen e influyen ideas que a la vez, potencialmente, pueden abrir vertientes para transformar los escenarios.

Es aquí donde se evidencia la importancia de compartir espacios de discusión, la cual no tan sólo radica en que los asuntos discutidos permiten una reflexión colectiva enriquecedora para el grupo en sí, sino que también, estos espacios provocan un efecto de sonoridad: mientras una unidad se construye y manifiesta, ocasiona un cambio en su entorno, el cual, independiente de su reacción, tendrá en conocimiento este acontecer y una puerta abierta a la acción y a la transformación.

Hoy en nuestras conversaciones, relaciones, intervenciones de Terapia Ocupacional, en nuestras vidas, ponemos como eje transversal el feminismo, que es para nosotras en la teoría y en la práctica. Como diría Kirkwood: "el feminismo soy yo" y "escribir la historia femenina produce la liberación", algo de esas frases e ideas nos mueven hoy, hacen contemporánea la oportunidad de problematizar nuestro SER mujeres. Por estas mujeres y por nuestras propias historias nos reunimos en este núcleo, porque queremos contar sus experiencias, queremos transformar realidades, transformar las prácticas de Terapia Ocupacional, queremos producir una **Conciencia Feminista** (Kirkwood, 2010) desde nuestras experiencias como Terapeutas Ocupacionales, contribuyendo a la liberación y emancipación.

Bibliografía

- Colorado, M., Arango, L., & Fernández, S. (1998). *Mujer y Feminidad*. Recuperado el 24 de 9 de 2014, de <http://tesis.udea.edu.co/dspace/bitstream/10495/181/1/MujerFeminidad.pdf>
- Custo, E. (2008). *Salud Mental y ciudadanía. Una perspectiva desde el Trabajo Social*. Buenos Aires: Espacio.
- Galheigo, S. (2012). Maestras de la Terapia Ocupacional. Sandra Galheigo: la poderosa emergencia de la terapia ocupacional social. *TOG*. Recuperado el 5 de 1 de 2015, de <http://www.sos-ecosocial.org/pdf/4/33.pdf>
- Grupo de Investigación Ocupación y Realización Humana. (2011). Introducción. En G. d. Humana, & U. N. Colombia (Ed.), *Ocupación: Sentido, Realización y Libertad*

- (págs. 21-26). Bogotá. Recuperado el 10 de 3 de 2015, de <http://www.bdigital.unal.edu.co/5794/7/9789587197297.pdf>
- Guajardo, A. (2012). Enfoque y Práxis en Terapia Ocupacional. Reflexiones desde una perspectiva de la Terapia Ocupacional Crítica. *TOG*, 18-29. Recuperado el 21 de 1 de 2015, de <http://www.revistatog.com/mono/num5/prologo.pdf>
- Merola, Giovanna (1985) "Feminismo: Un Movimiento Social". Nueva Sociedad. Venezuela p. 115.
- Trujillo, A., Sanabria, L., Carrizosa, L., & Parra, E. (2011). Comprensión de la Ocupación Humana. En G. d. Humana, & U. N. Colombia (Ed.), *Ocupación: Sentido, Realización y Libertad* (págs. 27-69). Bogotá. Recuperado el 10 de 3 de 2015, de <http://www.bdigital.unal.edu.co/5794/7/9789587197297.pdf>
- Uribe, J., Rojas, C., & Pérez, Lyda (2012). Ocupación como proceso sociocultural. En G. d. Humana, & Universidad Nacional de Colombia (Ed.), *Ocupación: sentido, realización y libertad. Diálogos ocupacionales en torno al sujeto, la sociedad y el medio ambiente* (págs. 105-128). Bogotá. Obtenido de <http://www.bdigital.unal.edu.co/5794/7/9789587197297.pdf>

Mujeres en riesgo. Un encuentro con las ocupaciones

Autoras: Lic.T.O. Narváez, Silvia Elena; T.O. Muiña, Estela Laura.

Correo electrónico: senarvaez@yahoo.com.ar

Resumen

Introducción

El presente trabajo se basa en una modalidad de intervención desde Terapia Ocupacional con poblaciones en riesgo, siendo una propuesta dirigida hacia el campo comunitario específicamente en el Refugio de una iglesia del barrio de Congreso, el cual recibe mujeres en situación de calle.

Se creó un espacio de Taller de orientación Ocupacional, iniciándose entonces desde nuestra perspectiva disciplinar, la posibilidad de generar acciones y reflexiones con el grupo de mujeres participantes. La mirada se centró en las ocupaciones y la cotidianeidad, en un particular contexto de vida, donde confluyen la violencia y desigualdad de oportunidades.

Referirnos a personas en esta situación, es considerar tanto a aquellas que pernoctan en Paradores del Gobierno de la Ciudad, Ejército de Salvación, etc., por no contar con acceso a la vivienda, como a las personas que usan lugares públicos como vivienda y para resolver sus actividades cotidianas (descanso, alimentación, higiene y trabajo).

Consideramos indistintamente el término riesgo o vulnerabilidad social intentando una visión sobre la complejidad de la situación de vida de las personas.

Objetivo

Describir una modalidad de intervención desde terapia ocupacional en la comunidad, a partir de un Taller de Orientación Ocupacional.

Material y método

Se utilizó inicialmente una ficha de evaluación no estandarizada para conocer la historia ocupacional e intereses de las mujeres. En cuanto a la metodología, se trata de un relato de la experiencia basada en la observación participante de un grupo de Taller Ocupacional con mujeres en situación de vulnerabilidad, las que concurren al refugio de una iglesia de la ciudad de Buenos Aires.

Conclusiones

Podemos concluir en la importancia principalmente del emponderamiento propiciado en ese proceso a través de un proyecto participativo que propende a la circulación de objetos pensados, cuidados y elaborados en una instancia creativa, elegidos por el grupo y basados en el interés por la realización de esta actividad.

Es importante el pasaje de "mujeres en riesgo" a "**mujeres en positivo**", (nombre de la marca del taller productivo), avizorando la posibilidad de crear alternativas y oportunidades.

Introducción

El presente trabajo se basa en una modalidad de intervención desde Terapia Ocupacional con poblaciones en riesgo, siendo una propuesta dirigida hacia el campo comunitario a través

del área de extensión a la comunidad de la Fundación Prosam específicamente en el Refugio de una iglesia del barrio de Congreso, el cual recibe mujeres en situación de calle.

Se abrió un espacio de Taller de orientación Ocupacional, iniciándose entonces desde nuestra perspectiva disciplinar, la posibilidad de generar acciones y reflexiones con el grupo de mujeres participantes. La mirada estaba centrada en las ocupaciones y la cotidianeidad, en un particular contexto de vida, donde confluyen la violencia y desigualdad de oportunidades.

Referirnos a personas en esta situación, es considerar tanto a aquellas que pernoctan en Paradores del Gobierno de la Ciudad, Ejército de Salvación, etc., por no contar con acceso a la vivienda, como a las personas que usan lugares públicos como vivienda y para resolver sus actividades cotidianas (descanso, alimentación, higiene y trabajo).

Coincidimos con la definición de Robert Castel (1) acerca de la marginalización como un proceso que se va dando en el sentido de la vulnerabilidad a la exclusión. La marginalidad profunda es el final de un recorrido y una posible resolución de la dinámica de exclusión que se manifiesta antes de que se produzcan efectos de una aun mayor desafiliación. Históricamente el vocablo "marginado" hace referencia a los mendigos, vagabundos, a aquellos que cometen hechos criminales y también los que realizan trabajos socialmente mal vistos, quedando por fuera de un trabajo reglamentado y sin acceso a un patrimonio.

Es entonces que consideramos indistintamente el término riesgo o vulnerabilidad social.

Además es así como se autodenominaron inicialmente en los talleres realizados: "Mujeres en riesgo" como un sentimiento o vivencia arraigada y permanente, lo cual conlleva a establecer ciertos rasgos culturales que se asientan en el proceso de socialización en la calle.

Contexto y Desarrollo de la propuesta

El actual contexto socio- histórico-económico ha ocasionado una demanda creciente de programas de intervención comunitaria para personas en situación de riesgo y exclusión social. Específicamente el territorio en el que se enmarca este trabajo: Ciudad de Buenos Aires, cuenta -aunque con limitaciones-, con Hogares y refugios con derivación de la dirección general de la mujer, siendo en general para madres con sus hijos o para mujeres que han padecido situación de violencia, la Comisión para la plena participación e inclusión de las personas con discapacidad (COPIDIS) subsidios y bolsa de trabajo. También con Emergencia habitacional con atención centralizada: organismos responsables de paradores y hogares de tránsito de GCBA Hogares conveniados y hogares del ejército de Salvación, Atención para familias en situación de calle Ministerio de Desarrollo Social del GCBA y Programa "Nuestras familias". Además se encuentra el **Programa de formación e inclusión para el trabajo (FIT) basado en orientación y capacitación laboral con subsidios y becas.**

Como paliativo a estas realidades sociales, otras organizaciones comunitarias e instituciones de carácter religioso, han puesto en marcha dispositivos tendientes a atender las necesidades de estos grupos. El SIPAM, Servicio Interparroquial de Ayuda Mutua, es una organización fundada en 1988, formada por instituciones de la iglesia Católica, Metodista y Anglicana. Su misión es asistir a los marginados adultos que deambulan dentro del ámbito de la Ciudad de Buenos Aires, atendiendo a sus necesidades psicofísicas. Los servicios que brinda actualmente esta red entre otros son: comedores, merenderos, ropería, talleres varios, servicio social y bolsa de trabajo.

El escenario al que asistimos, es justamente un espacio en una iglesia donde las mujeres meriendan, se bañan y cambian la ropa, reciben orientación sobre recursos de la comunidad.

La existencia de ellas está teñida por el desamparo, la violencia, la estigmatización, en los relatos aparecen el malestar y la queja hacia los paradores, hacia el estado, hacia los otros semejantes que se tornan en algunos casos peligrosos, roban, maltratan, abusan.

Las acciones cotidianas se vuelven rutinas de supervivencia, asistencia a merenderos, comedores y paradores, realización de changas para subsistir, venta ambulante, cirujeo urbano, proyectos para "zafar" en el día a día.

Los inicios

Generamos un espacio de escucha y participación, donde nuestras acciones estaban dirigidas a responder a aquellas necesidades o demandas posibles de vehiculizarse. Entendemos como **participación**: "involucrarse en una situación de vida", según la Oms 2001 (2), esta sucede naturalmente cuando las personas toman parte activa para llevar a cabo aquellas ocupaciones que tienen un propósito y un significado. Consideramos tal cual refiere la colega Terapeuta Ocupacional Sandra Galheigo (3) que en nuestra profesión nos encontramos en proyectos con personas cuya perspectiva de vida es limitada por diferentes factores y tenemos la posibilidad de acompañar en la búsqueda de modos constructivos y menos socialmente violentos para abordar sus situaciones.

Los encuentros de orientación ocupacional se iniciaron en el espacio físico de "El Refugio de María" -perteneciente a la iglesia mencionada al inicio-, con mujeres en situación de calle, participando entre 8 y 12 personas cuyas edades oscilan entre 27 y 67 años.

Los objetivos de esta primera etapa fueron:

- Discriminar la demanda y las necesidades del grupo. Se realizó el relevamiento de datos personales y ocupacionales de las personas. Para ello, se administró una ficha específica completada por las participantes y posteriormente a través de dinámicas grupales se indagó sobre expectativas e intereses.
- Propiciar la realización de diferentes actividades en las que las participantes pudieran desplegar sus saberes y habilidades, teniendo en cuenta las opiniones de las mujeres sobre sus necesidades, su cultura y modalidad de vida en la comunidad.
- Atender las necesidades individuales mediante el aporte de información y vehiculización de la resolución de determinadas situaciones en el afuera, vinculadas a lo ocupacional.
- Otra meta que devino de las acciones anteriores fue focalizar la acción en lograr un equipo de trabajo para poner en acto sus saberes, recrearlos y capacitarse en el aprendizaje de nuevas técnicas y materiales, que pudiera continuar más allá de nuestra intervención con la inclusión y emponderamiento de las voluntarias del refugio como orientadoras de la producción.

En una segunda etapa nos propusimos pasar de actividades exploratorias de habilidades a la definición de productos posibles de ser comercializados ya que esa era una demanda del grupo. Esto motivó la inclusión de una diseñadora industrial que trabajara con este fin a través de su saber específico, con la impronta del diseño participativo. Se analizaron y evaluaron cada una de las propuestas y se eligió el producto final con material reciclado de lona PVC, descarte de gráficas a convertir en delantales de cocina, individuales para mesa y bolsos. El espacio fue vivido como de enseñanza- aprendizaje y el grupo participó activamente.

Puesta en Marcha

Se diseñó un plan de trabajo estableciendo tiempos y alcance de la producción y venta según calendario de eventos. En esta instancia se diferenciaron los roles y tareas a efectuar, organizando también la previsión de recursos materiales.

Conclusiones

En un continuo proceso de posesión/desposesión material y simbólica en el que viven, podemos concluir en la importancia de un proyecto participativo que propende a la circulación

de objetos pensados, cuidados y elaborados en una instancia creativa, elegidos por el grupo y principalmente en el emponderamiento propiciado en ese proceso.

Es importante el pasaje de "mujeres en riesgo" a "mujeres en positivo", (nombre de la marca), el desafío existe y estuvo presente en cada encuentro, son muchas las dificultades y las difíciles historias y recorridos que resonaron en cada encuentro y con las que nos encontramos al trabajar con este grupo, pero se trató de crear alternativas y oportunidades.

El taller está en marcha y cuenta con el apoyo permanente y generoso de las autoridades del Refugio. Será elección de ellas: "las mujeres en positivo", sobre la continuidad del proyecto, la posibilidad de apropiarse del mismo como una alternativa solidaria e inclusiva, abierta a otras mujeres que deseen sumarse.

Débil es el límite entre los "adentros" y los "afueras", entre el origen y la consecuencia, tal como la frontera u horizonte de eventos donde todo sucede y todo se "arriesga"... **Final abierto.**

Referencias Bibliográficas

Castel, R. 1991 "La dinámica de los procesos de marginalización: de la vulnerabilidad a la exclusión". *El espacio institucional 1*. Buenos Aires Lugar Editorial. 137-68

Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud "Clasificación Internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud: CIF. 2001. 133

Galheigo, Sandra María. 2006 "Terapia Ocupacional en el ámbito social"- Aclarando conceptos e ideas-. "Terapia Ocupacional sin Fronteras" – Aprendiendo del espíritu de supervivientes- Buenos Aires. Editorial Médica Panamericana 87-96

Mesa 20

Terapia Ocupacional Social. Comunidad

Terapia Ocupacional con familias en situación de calle

Autor: Carlovich, Adriana Sandra.

Correo electrónico: a_carlovich@yahoo.com.ar

Introducción

El presente trabajo intentará dar cuenta de las intervenciones realizadas desde el campo de la Terapia Ocupacional en el marco de un proyecto comunitario, producto de la gestión asociada entre una institución del ámbito privado y un organismo estatal.

Dicho proyecto se orienta al trabajo con familias en situación de calle, persiguiendo el objetivo de delinear una política social que promueva la superación de la misma. Intenta un abordaje interdisciplinario y a la vez singular para cada caso, brindándoles acompañamiento y contención y procurando dotarlas de herramientas para que puedan salir de la situación de calle y sostener su vida sin volver a ésta.

A partir de estos lineamientos, el proyecto se pone en funcionamiento, iniciando el trabajo en un centro de alojamiento para familias en situación de calle el 1 de diciembre de 2012.

El equipo técnico del mismo se fue conformando con la incorporación gradual de una psicóloga, una terapeuta ocupacional y una trabajadora social. Y su rol, su quehacer, sus posibilidades de intervención no fueron definidos por una planificación que se establece para llevar adelante con sucesivas evaluaciones y ajustes, sino que se constituyeron como resultado de lo que Emerson Merhy daría en llamar un "trabajo vivo en acto" (2006).

Con la mirada puesta en la restitución de derechos, la inclusión social y la promoción de la salud en sentido amplio, y en el encuentro con otro equipo _el del centro de alojamiento_, se llevó adelante este abordaje interdisciplinar e intersectorial, producto de vínculos que promueven un aumento de la eficacia en el acto de producir salud.

La autora del presente trabajo formó parte del equipo técnico del proyecto comunitario que acopla su trabajo al del centro de inclusión social, entre enero de 2013 y abril de 2014, e intentará dar cuenta de este abordaje interdisciplinario e intersectorial, con el enfoque particular de Terapia Ocupacional.

La Señora N

Los primeros contactos con la Sra. N. fueron compartidos con la psicóloga del proyecto comunitario. En general, aparecían marcados por dificultades para dialogar _especialmente para escuchar_, y reacciones verbales que podrían considerarse desajustadas. Estas reacciones por lo general aparecían durante las discusiones que mantenía con su hijo, enmarcadas en una modalidad vincular que podría pensarse más propia de pares que de la asimetría esperable en la relación madre-hijo, de acuerdo a las pautas de interacción socialmente aceptadas en nuestra cultura.

Del mismo modo, si bien nunca se la observó con falta de higiene, la vestimenta con frecuencia no condecía con la situación o el entorno (podía presentarse descalza y con ropa muy liviana en el comedor del Centro aunque hiciera mucho frío, por ejemplo). Los primeros intentos que realizamos entonces, fueron en el sentido de ir abriendo canales de diálogo y establecer un vínculo, sin que estuviera demasiado claro el cómo o hacia dónde intervenir, ya que N. no demandaba ayuda ni expresaba la necesidad de cambios en su vida.

En los intercambios que realizábamos con el equipo del centro, la visión compartida era la de una relación de fuerte dependencia emocional con su hijo y la presencia de secuelas pro-

pías del abandono familiar y la situación de calle. Su situación de salud-enfermedad, incluía el haber atravesado por una cirugía de tiroides que determinaba la necesidad de permanecer medicada con levotiroxina, una osteoporosis por la cual tenía indicado un suplemento de calcio a diario, la presunción de consumo problemático de alcohol de manera eventual y un diagnóstico presuntivo de esquizofrenia. De acuerdo a lo referido por ella, había tenido al menos dos internaciones psiquiátricas, pudiendo inferirse del relato que a partir de episodios depresivos mayores.

Su organización ocupacional incluía la realización de actividades pautadas desde el propio centro, es decir formando parte de un instituido necesario de acuerdo a las características de la institución y la cantidad de población. De este modo, algunas de las Actividades de Auto-mantenimiento tales como las comidas y los horarios de descanso estaban reglamentadas desde el entorno. Fuera de esto, por iniciativa propia mantenía sus hábitos de higiene personal. Del mismo modo, N. daba cuenta de tener conciencia de la obligatoriedad implícita en las Actividades de la Vida Diaria para la subsistencia. Así, en forma espontánea se organizaba para lavar, doblar y guardar su ropa y la de su hijo.

En relación a las actividades de tipo productivo, de manera habitual concurría a un taller de artesanías en papel y a un taller de radio que funcionan dentro del centro una vez a la semana.

En cuanto a las actividades de ocio y tiempo libre, pasaba largas horas mirando televisión, conversando con compañeros o concurriendo a un bar en las cercanías de la estación Constitución, donde tiene amistades que fue gestando durante el tiempo que transcurrió en la calle. Cabe señalar que éstas salidas, así como las visitas esporádicas a la casa de su hermano eran las únicas actividades que N. realizaba fuera del Centro.

A medida que avanzábamos en el trabajo con ella, cada vez percibíamos más claramente que, desde el punto de vista ocupacional, la mayor dificultad aparecía en las llamadas Actividades de la Vida Diaria Instrumentales, es decir, las Actividades de la Vida Diaria de mayor complejidad, con mayores requerimientos de pensamiento abstracto y de habilidades interpersonales, tales como utilizar transportes, realizar trámites, utilizar servicios de salud, organizar su vida cotidiana. Y que más allá de las estrategias de supervivencia que había podido desarrollar, el encuentro con barreras simbólicas y/o económicas restringían sus actividades a aquellos campos de acción que le resultaban conocidos o donde se sentía reconocida.

La interdisciplina como dispositivo de andamiaje

A lo largo de los primeros meses de trabajo, y en el intercambio con el equipo profesional del centro, fuimos planteándonos y consensuando con ella acciones abordables en el corto plazo que luego, en conjunto, pudieran conducir a un proyecto posible de vida en el afuera del centro.

Así, las acciones realizadas comprendieron:

- Inclusión en una empresa social del Servicio de Terapia Ocupacional del Hospital Borda (gestiones para su ingreso, acompañamiento en la primera visita).
- Gestiones para su inclusión en el Programa Promover del Ministerio de Trabajo. Intervención para que pueda comenzar a cobrar en el marco del mismo. Apoyo para que obtenga su tarjeta Banelco y logre utilizarla, seguimiento y acompañamiento para que pueda cobrar.
- Acompañamiento para que pueda retomar su tratamiento médico por su problema endocrinológico (sacar turnos, acompañarla en algunas consultas, entrevistas con la endocrinóloga y consultas en otros servicios para recuperar resultados de una biopsia realizada durante una cirugía varios años atrás.)
- Diseño e implementación de apoyo (agenda semanal) para que N. lograra organizar sus actividades y sostener dicha organización cumpliendo con las actividades acordadas, especialmente su concurrencia a la empresa social y a las consultas y estudios médicos.

- Establecimiento de contacto con un psiquiatra del Htal. Piñero para efectivizar el certificado de discapacidad. Evaluación y elaboración de informe. Acompañamiento a la consulta.

Todas estas acciones requirieron de una **metodología de intervención** basada en:

- Un **fluído intercambio** entre los equipos participantes (Centro de Inclusión Social, FCD y empresa social) tendiente a consensuar y coordinar acciones,
- **Flexibilidad horaria** que permita el acompañamiento en actividades que se realizan fuera del horario de trabajo habitual (por ejemplo para sacar turnos en hospitales),
- **Disponibilidad** para realizar actividades fuera de las paredes de las instituciones y transitar con ella los lugares por los que circula en forma habitual.

El aporte de Terapia Ocupacional

Desde el rol específico de Terapia Ocupacional, esta metodología entrañó el hecho de que el propio cuerpo de la profesional quedara implicado en las acciones con una intensidad mucho mayor a la acostumbrada en los dispositivos de atención intramuros. Transitar con N. por los efectores de salud, hizo que estos pudieran ser percibidos desde la cercanía emocional y afectiva con ella. Así, fue posible ver las barreras a la atención con las que ella se encuentra desde su mirada y sus limitaciones. Recorrer juntas las cercanías de la estación Constitución dio lugar a entrar en contacto con los lugares y las personas que forman parte del espacio social donde ella siente mayor pertenencia. Viajar en colectivo permitió ver el peso en lo cotidiano de contar con el dinero para viajar, un pase, o un reconocimiento de la situación de carencia por parte de los choferes, lo que conlleva cierto guiño, parte de una estrategia de supervivencia, pero a la vez le limita las posibilidades de viajar a una única línea de colectivos: aquella donde la conocen porque es la que utiliza en forma habitual para ir a Constitución. En definitiva, participar en los contextos habituales de N. para conocer, al decir de Bourdieu, campos y habitus a través de la propia experiencia corporal (Broyna, p. 166).

Al momento en que la autora del presente trabajo dejó de formar parte del proyecto, N. se encontraba viviendo en un hotel, asistía a un comedor comunitario, utilizaba su pase para viajar en colectivo, continuaba concurriendo a la empresa social, y se encuentra bajo seguimiento de un programa de salud mental del G.C.B.A., donde concurría a talleres de manicuría y teatro. Seguía frecuentando el bar de la estación Constitución, y si bien no convivía con su hijo, mantenían contacto en forma habitual y una relación no conflictiva.

De manera que, más allá del carácter productivo de sus ocupaciones, podemos pensar, siguiendo a Kronenberg, que logró superar el apartheid ocupacional en que se hallaba: las instituciones le brindaron contención y pertenencia, pudo sostener ocupaciones significativas para ella y encontrar satisfacción personal en las actividades realizadas.

Bibliografía

- Merhy, Emerson (2006) Salud: cartografía del trabajo vivo, Buenos Aires, Lugar Editorial.
- Carballeda, J. M., La Interdisciplina como Diálogo. Una visión desde el campo de la Salud. <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/carballeda.pdf>
- Fecha de consulta: 18.05.14
- Citro, S., (2009) Cuerpos significantes. Travesías de una etnografía dialéctica, Buenos Aires, Ed. Biblos.
- Broyna, P., (2009) Las representaciones de la discapacidad: la vigencia del pasado en las estructuras sociales presentes. En Visiones y Revisiones de la Discapacidad (Patricia Broyna comp.), México, Fondo de Cultura Económica.

Kronenberg, F., Simó Algado, S., Pollard, N. -_Directores_(2006) Terapia Ocupacional sin fronteras: aprendiendo del espíritu de supervivientes, Buenos Aires; Madrid, Editorial Médica Panamericana.

Experiencias de sobrevivientes

Autores: Suárez, María; Vallejos, Virginia
Correo electrónico: mariasuarezfdz@gmail.com

Resumen

A partir de la implementación de la nueva ley de Salud Mental n° 26.657, se nos propone como escenario de práctica pre profesional de Terapia Ocupacional, La Esquina Encendida, enmarcada en un proyecto de los Ministerios de Innovación y Cultura y Desarrollo Social de la ciudad de Santa Fe; escenario que concuerda con la necesidad actual de Terapia ocupacional en el ámbito social.

La demanda institucional hacia la práctica, tuvo que ver con intervenir con un grupo particular, "ex boyantes y hoy navegantes", niños y adolescentes de la zona que eligen dicho espacio como escenario donde pasar la mayor parte de sus días sin lograr enlazarse a las propuestas de talleres de modo sistemático.

En el presente trabajo se compartirán experiencias que nos ha permitido vivenciar esta práctica pre - profesional. Experiencias de un niño y dos adolescentes con los que nos vinculamos en el proceso de práctica: Darío, Valentín y Nerina. Las mismas permiten evidenciar la capacidad de estos sujetos para construir sus subjetividades en la vulnerabilidad y adversidad de sus contextos, es decir, su capacidad de sobrevivir.

Se menciona como conclusión la importancia de pensar el proceso de intervención, en salud mental, como un proceso que se inicia en la infancia, tratándose de una etapa de desarrollo crucial para la construcción de la subjetividad. Y a la Terapia Ocupacional interviniendo en estos escenarios como articuladores sociales, reforzando y promoviendo lazos sociales a partir del compromiso con actividades que impliquen un encuentro con el otro, en relación a las ocupaciones. A su vez, se describe la intervención que llevamos a cabo con este grupo de niños y adolescentes "sobrevivientes" respondiendo a la demanda institucional pero, principalmente, pensando condiciones para la inclusión del grupo en la institución. Apelamos a la necesaria reflexión de la disciplina acerca de su actuación e importancia en este campo de trabajo.

Agradecemos a la cátedra de Práctica Profesional IV de nuestra carrera Lic. en Terapia Ocupacional, por su acompañamiento en todo el proceso y en nuestro aprendizaje. Especialmente a Natalia Yujnovsky, nuestra supervisora de práctica; y a "La Esquina Encendida" por la posibilidad de vivir esta experiencia, en un espacio tan promotor de la salud como éste.

Introducción

A partir de la implementación de la nueva ley de Salud Mental n° 26.657, en el año 2010, se reconoce a la Salud Mental como "un proceso determinado por componentes históricos, socio económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implican una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona".

Desde la Ley de Salud Mental, y desde el enfoque de la Terapia Ocupacional Social se propone pensar la promoción de la salud, como promoción de derechos, desde escenarios y dispositivos comunitarios que promuevan la inclusión social y respeten la singularidad de las personas.

Así, nuestra práctica Pre profesional de "Salud Mental" se desarrolló en La Esquina Encendida, un proyecto de los Ministerios de Innovación y Cultura y Desarrollo Social de la ciudad de Santa Fe, que forma parte del "Tríptico de la Imaginación". La institución tiene como uno de los objetivos, la construcción de ciudadanía a partir de la apropiación del espacio público y la producción cultural, brindando espacios para la práctica y aprendizaje de deportes, actividades y talleres de fábrica cultural y arte urbano, y generar a través de estos, *encuentro*.

Durante el período de práctica, la demanda institucional hacia la práctica de Terapia Ocupacional, tuvo que ver con vincularnos con un grupo de niños y adolescentes de la zona que permanecen en el lugar, sin lograr enlazarse a la propuesta institucional de un modo sistemático. Este grupo denominado "los navegantes", está compuesto por niños y adolescentes que *eligen* La Esquina Encendida como escenario donde pasar la mayor parte de sus días. Se acercan, muchas veces, para escapar a situaciones cotidianas de violencia, de vulnerabilidad; porque ven este lugar como un lugar de protección, un espacio que habilita el juego, la posibilidad de encontrarse con otros, porque existen en él actores institucionales que promueven lazos sociales y vínculos.

En el presente trabajo nos interesa compartir algunas experiencias de los niños y adolescentes con los que nos vinculamos en el proceso de práctica pre profesional. Entendidas estas desde una noción transformadora, como aquello "(...) que nos acaece, nos alcanza; que se apodera de nosotros, que nos tumba y nos transforma" (Diker, 2004). Experiencias que "irrumper en las biografías individuales e interrumpen destinos sociales", que dan cuenta de la construcción de subjetividades de estos niños y adolescentes en la adversidad de sus contextos, es decir, sus capacidades de *sobrevivir*.

Desarrollo del trabajo

A continuación se toman cuatro recortes de las muchas situaciones que caracterizaron nuestra práctica pre profesional:

SITUACIÓN 1: Dos integrantes del equipo coordinador se hacen cargo de Darío, un niño de 5 años que se quedó dormido en la institución, y se dirigen a su casa para llevarlo y ver la posibilidad de hablar con su madre. Cuando ingresan al hogar, pueden ver el patio de la casa, en el mismo estaba un hombre conocido por manejar a las chicas del barrio en el ámbito de la prostitución a los besos con una adolescente, y a su lado, un niño jugando. En esta casa no solo vive Darío, sino también hermanitos y tíos, todos de entre 5 y 10 años de edad que asisten también a La Esquina Encendida.

Esta escena refleja, la diversidad y complejidad de situaciones por las que atraviesan estos niños y adolescentes, que "crecen enfrentando día tras día condiciones de pobreza, desamparo, de violencia, de negación de sus derechos" (Diker, 2004). Darío va y vuelve solo de la institución, se lo ve llegar descalzo, sucio, con hambre. Se cree que es un niño indocumentado y nunca ha iniciado el período escolar, tiene dificultades para hablar y nunca ha sido estimulado, lo que refleja su situación de vulnerabilidad.

Se puede evidenciar además cómo la realidad se les presenta a estos niños en forma violenta, sin velos protectores de por medio, en los escenarios donde transitan cotidianamente como su hogar, el patio donde juegan. Escenarios donde, como menciona Rubén D. Efron (Efron, 1996), van desplegando su subjetividad, entendida ésta, como la forma de existencia de los sujetos, que no es estática sino dinámica, que se encuentra en proceso de construcción de auto-producción constante, y que necesariamente requiere de la presencia de un "Otro". Un Otro que oficie de mediador con la realidad, que introduzca un espacio, para poder tomar una distancia necesaria con los hechos sin ser arrasado por ellos. La Esquina Encendida oficia como este velo protector; y sus actores institucionales, al decir de Graciela Frigerio (Frigerio, 2004), como figuras prestadoras de identidad, es decir, como aquellos de los que se espera que oficien complementando, agregando, ofreciendo diversidad.

SITUACIÓN2: Valentín, el “chico malo”, el adolescente al que la mayoría de personas prefiere evitar. El que genera incomodidad al contar cómo le roba a una chica en la calle, o de cuando espera que sea medianoche para trepar los muros de la institución y hacer “desastres”. Vale, el que insistentemente habla de su futuro y de querer dedicarse a robar. Aquel que dice, haciendo alarde, que se fumó un cigarrillo de marihuana detrás nuestro; aquel que desafío más de una vez a los actores institucionales como si estuviera buscándose una sanción.

Hemos probado muchas veces dialogar, pero en su discurso él se aferra a mostrar esta postura de chico malo y desafiante. Sin embargo, éste es el mismo niño que muestra su faceta de dulzura y “niñez” al jugar. Es en el juego el único momento en el que él abandona el disfraz y se muestra diferente, ese quizás sea el verdadero Vale.

En primera instancia estas actitudes nos pueden llevar a pensar que “ya no son niños los niños”, a olvidar que en frente tenemos a un niño. Esto es lo que Zelmanovich menciona como “borramiento de las fronteras”¹; no obstante “(...) hablar de alteración y no de borramiento puede ayudar a no olvidar que hablar de niño significa pensar en una subjetividad en vías de construcción, que no está dada desde el vamos” (Zelmanovich, 2003). Esto ayuda a entender, que la subjetividad de Vale está en construcción; que es posible creer que es solo un ensayo el que está reproduciendo, atravesado por infinitas cuestiones propias de los sujetos y entornos que lo rodean desde su crianza, siendo una búsqueda de un lugar para situarse y afrontar el mundo. Quizás esto sea un escudo que protege al adolescente, un disfraz que por ahora, elige llevar; esta manera de defenderse y “aguantar” la realidad que lo rodea, esta manera de sobrevivir...

Por otro lado Valentín afirma no ir a la escuela, fue echado de la copa de leche barrial, refleja no encontrar una apropiación por su propio hogar y actualmente los ojos de los actores institucionales de la Esquina Encendida parecieran estar puestos en él. Es un fiel reflejo de la vulnerabilidad social que se manifiesta en la imposibilidad de acceder o haber sido expulsados de las instituciones de contención primaria y servicios locales - familia, escuela, organizaciones- (Gob. Sta. Fe, 2013). De los llamados “inactivos sociales, aquellos que no estudian, trabajan ni mantienen una tarea en su hogar” (Urresti, 2007). El sacrificio escolar se desvanece. Al no tener perspectivas a futuro, proyectos, suelen recaer ante la satisfacción de lo inmediato. Así, las circunstancias son resueltas “sobre la marcha”, afirma Urresti, M, se considera una pérdida de tiempo pensar en un futuro cuando el presente obliga a disponer de toda energía para sobrevivir. ¿Acaso es poco que en un lugar como La Esquina Encendida sea aceptado, acogido y no se lo intente excluir?

SITUACIÓN3: Nerina, 11 años, “la terrible”, la que se trepa a un techo donde se encuentran todos los cables pelados y moviliza con esta acción a todo un equipo de coordinación, la que preocupa por las fotos que sube a Facebook, la que busca problema y “bardea”, nos cuenta que “tiene una escuelita en el patio de su casa”. Que había hecho eso para que los más chiquitos no estén todo el día en la calle y que el fin de semana pasado habían hecho títeres. También que se había guardado la plata que uno de los profes de La Esquina le regaló y la usó para comprar algo para que coman.

Nerina, con solo 11 años de edad puede identificar lo que les sucede a estos chicos, es decir, reconocer a otro más pequeño semejante a ella; otro “en la alteridad”. Una adolescente, cuya madre se encuentra privada de la libertad y con cuyo padre no mantiene comunicación, que se encuentra ensayando situaciones propias de su pre adolescencia. Así decide treparse a los techos de la institución y experimentar donde sabe que hay un “otro” adulto, que están expectantes para protegerla. A su vez, está oficiando de adulto frente a estos chicos, de mediadora con la realidad, al decir de Zelmanovich, introduciendo un espacio y un sentido, para que ellos puedan tomar una distancia necesaria con la realidad que los rodea. En ella se evi-

¹ Haciendo referencia a aquellas actitudes que ponen en cuestión su propia condición de niños y en ese mismo movimiento la condición del adulto como tal, lo que hace vislumbrar una suerte de borramiento de las fronteras.

dencia la noción de experiencia, en tanto “aquello que hace posible que tengan lugar esos acontecimientos, que irrumpen en las biografías individuales e interrumpen destinos sociales” (Diker, 2004). Que Nerina pueda identificar, en el medio que la rodea, otros trajes para ponerse, recursos, posibilidades, para hacerse de herramientas y proponer un espacio, un refugio, en el patio de su casa.

¿Tendrá alguna semejanza esta postal con La Esquina Encendida y su propuesta de talleres?

Conclusión

En las experiencias mencionadas anteriormente se puede evidenciar, por un lado la crudeza con la que se le presenta la realidad a estos niños y adolescentes, la violencia en la vida cotidiana de estos chicos, en los escenarios por donde transitan, y por donde van construyendo sus subjetividades. Pero también refleja que existe en sus cualidades inherentes algo que los hace prender a la vida, alguna experiencia que los transforma. Que permita a Nerina reconocer a otro más pequeño semejante a ella y oficiar de adulto brindándoles amparo; que permita a Vale seguir mostrando que es un niño cuando juega; que hace que estos niños se aferran a un “otro” que los reconoce.

Como conclusión, podemos destacar la importancia de pensar el proceso de intervención, en Salud Mental, como un proceso que se inicia en la infancia. Aquí tiene una especificidad propia debido a que se trata de una etapa de desarrollo crucial para la construcción de la subjetividad. Y de la praxis de Terapia Ocupacional en escenarios comunitarios², como La Esquina Encendida, desde una perspectiva crítica, superando los modelos curativos que “se basan en la idea de tratar a personas disfuncionales y buscan ajustarlos, o incluso, adaptarlos a su condición de privación” (Galheigo, S., 2007); reemplazándolos por nociones amplias de protección y promoción de la Salud.

Actualmente existe la necesidad de que los terapeutas ocupacionales desplacen su intervención hacia los ambientes reales de los sujetos, promoviendo la integración de cada persona en su comunidad natural, identificando los recursos existentes. De esta manera poder alentar la acción colectiva, contribuir al fortalecimiento de vínculos comunitarios y a la preservación de lazos sociales y culturales.

Nuestra propuesta de intervención en el proceso de práctica pre – profesional en La Esquina Encendida tuvo que ver con ayudar a pensar condiciones para la inclusión de estos niños y adolescentes en la institución; siendo este lugar un escenario cotidiano, familiar para ellos donde eligen, como sujetos de derechos, pasar la mayor parte de sus días. Construir con ellos un espacio de juego, que nos permita conocerlos y establecer un vínculo para acompañar sus procesos de construcción de subjetividad; e identificar y reforzar los lazos sociales que tienen como grupo. Contribuir al nexo entre los actores institucionales y los chicos facilitando la construcción de un vínculo entre ellos para posiblemente atraerlos hacia sus espacios. Y, a su vez, ayudar a pensar la necesidad actual de una instancia de trabajo conjunto entre profesionales que permita abordar u ofrecer respuestas y/o propuestas a esta demanda. De esta manera, consideramos los aportes de Sandra Galheigo, quien propone pensar al T.O como *artículador social*, y cuyo objetivo debe estar orientado a “reforzar y promover los lazos sociales a partir del compromiso con actividades que impliquen un encuentro con el otro, en relación a las ocupaciones” (Galheigo, S., 2007).

El retorno de los niños desde una tierra de fragilidad y vulnerabilidad a una tierra de infancias demuestra las posibilidades de la Terapia Ocupacional en este campo. Apelamos a la necesaria reflexión de la disciplina acerca de su actuación e importancia en este escenario de trabajo.

² Los elementos esenciales que consolidan los principios e inspiran a la acción de Terapia Ocupacional en escenarios comunitarios son la emancipación, el empoderamiento, la construcción de la subjetividad y la ciudadanía.

Bibliografía

- Diker, Gabriela. (2004). "Los sentidos de las nociones de prácticas y experiencias". Una ética en el trabajo con niños y adolescentes: la habilitación de la oportunidad.
- Diker, Gabriela. (2004) "Una ética en el trabajo con niños y adolescentes: la habilitación de la oportunidad"; "Los sentidos de las nociones de prácticas y experiencias". Noveduc /CEM colección ensayos y experiencias Nº 50 Bs As.
- Éfron, Ruben.(1996)."Adolescencia, pobreza, educación y trabajo: el desafío es hoy". Primera parte: Las dimensiones de la problemática adolescente; "Subjetividad y adolescencia". Editorial Losada, Bs As.
- Frigerio, Graciela. (2004). "Una ética en el trabajo con niños y jóvenes. La habilitación de la oportunidad". Introducción: "Identidad es el otro nombre de la alteridad: la habilitación de la oportunidad".Noveduc /CEM colección ensayos y experiencias Nº 50 Bs As.
- Gobierno de la provincia de Santa Fe (2013). Marco Institucional RED. Red de instituciones que trabajan con Adolescentes de la Provincia de Santa Fe.
- Kronenberg, F., Algado, S., Pollard, N. (2007). "Terapia ocupacional en el ámbito social". Aprendiendo del espíritu de los sobrevivientes. Panamericana. Argentina.
- Urresti, M. (2007)"De la cultura del aguante a la cultura del reviente: cambios en la significación de la corporalidad en adolescentes y jóvenes de sectores populares". Familia, hábitat y sexualidad en Buenos Aires: investigaciones desde la dimensión cultural. Bs As.
- Zelmanóvich, Perla. (2003). "Enseñar hoy: una introducción a la educación en tiempos de crisis"; "Contra el desamparo". Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires. p. 49-64

Aportes de la Terapia Ocupacional en las subjetividades del núcleo social primario, como soporte básico en la construcción de identidades. Experiencia Interdisciplinaria

Autora: Metz, Miriam Isabel

Correo electrónico: miriammetz360@hotmail.com

Resumen

Este trabajo se desarrolla en base a una experiencia que se realiza en el marco de la Práctica Profesional I de la carrera de Terapia Ocupacional y del Programa de Extensión "Juegotecas Barriales" de la carrera de Psicología, de la UBA, en ámbitos escolares y comunitarios, en el Barrio de Villa Soldati, Buenos Aires (Argentina). Se analizan las diferentes manifestaciones de personas en situación de vulnerabilidad, en un contexto de privación emocional, con necesidades básicas insatisfechas, precarización del trabajo y pertenencia a grupos migrantes, condiciones que conducen hacia posicionamientos de exclusión social creciente, e inciden en las prácticas de crianza y en la producción de subjetividades. La falta de proyectos sociales incide en la falta de proyectos familiares. Más allá de toda fractura en los lazos sociales, el núcleo familiar primario continúa siendo un soporte básico en las relaciones afectivas, en la construcción de la identidad ocupacional y subjetiva.

Desde un enfoque de Terapia Ocupacional, esta intervención se focaliza en el desempeño de los roles ocupacionales dentro del grupo familiar, con el objetivo de promover la búsqueda de alternativas más funcionales en la interacción del grupo y en las ocupaciones cotidianas

Se implementan entrevistas familiares e individuales abiertas, visitas domiciliarias y talleres de padres, de acuerdo a la demanda de distintas problemáticas que son identificadas por los maestros en la dinámica del jardín maternal.

El Terapeuta ocupacional desde su praxis, construye con las madres y los niños nuevas posibilidades de acción. La oferta de ideas y actividades que surgen en un ámbito de encuentro con la red cercana, permite replicar lo aprendido, en sus hogares. Para esta re-estructuración de los roles ocupacionales familiares, se requiere un conocimiento del funcionamiento familiar y del sentido con que cada persona realiza sus actividades. 2

Introducción

El presente trabajo surge de la intervención de Terapia Ocupacional en un jardín de infantes, ubicado en la zona de Villa Soldati, en el marco de un equipo interdisciplinario integrado por estudiantes de la Facultad de Psicología (Psicología y Terapia Ocupacional), Ciencias Sociales y Veterinaria de la Universidad de Buenos Aires, como parte de un proyecto de extensión e investigación.

Los terapeutas ocupacionales investigan sobre las competencias culturales de cada grupo observando si el desempeño ocupacional de la persona responde a sus necesidades e intereses inmediatos, ligados a sus propias convicciones e identidad cultural (Acosta N., Caro D., Moran D., Bogotá 2008).

El maestro de escuela, quien consulta al equipo, se encuentra con niños de distintas procedencias: en su mayoría bolivianos, paraguayos y peruanos, y se confronta con diferentes modalidades de crianza. La realidad los enfrenta con obstáculos difíciles de superar. Los padres de estos niños pueden padecer depresión y alcoholismo, y las madres presentan mayores responsabilidades, convertidas en proveedoras, en ocasiones, con trabajos de remuneraciones

muy bajas, y encargándose del cuidado de sus hijos sin disponer de tiempo para el juego y los contactos amorosos que el niño necesita.

La construcción del núcleo familiar en entornos vulnerables

Hablar de familia en un entorno de alta vulnerabilidad significa poder entender la complejidad en la que van construyendo los vínculos familiares en la tensión de una sociedad diversificada y desigual. Las familias ante la desinserción social se desestructuran, se desorganizan y se sienten incapaces de contener las necesidades de sus miembros.

A modo de pequeña viñeta ejemplifica dora: en el jardín comunitario en el cual se interviene, aparece la demanda de una entrevista con una mamá, cuyo niño mostraba signos de violencia. Cuando se dialoga con la madre comenta que ella es la única que está trabajando, en el marco de un plan social de Jefas de familia, y que el marido era quien se ocupaba de su hijo. Hacía más de un año que no tenía trabajo y había caído en un estado depresivo, consumía alcohol y dormía la mayor parte del día. En ese contexto se generaban las situaciones de violencia, dado que el padre no le tenía paciencia al niño. La Terapeuta Ocupacional al investigar la historia ocupacional de quien consulta y la red de apoyo con que cuenta, se entera que la abuela materna del niño vive frente al jardín, por lo cual recomienda que sea ella quien desempeñe la tarea de llevar y buscar al niño al jardín de infantes, generando mayores espacios con el nieto, complementando la tarea del padre.

La precariedad del trabajo o la desocupación, y la debilidad de las redes relacionales, están a menudo asociadas y aumentan los riesgos de deslizamiento de la vulnerabilidad en lo que Castel 3 (1991) ha llamado la *desafiliación*, es decir la relación de la pérdida del trabajo con un aislamiento relacional. La fragmentación social provoca así una pérdida de significaciones. Con los avances tecnológicos el trabajo productivo ha sido reemplazado por el sector de servicios y el capitalismo financiero, decantando los puestos de trabajo y elevando las exigencias requeridas en formación técnica para la incorporación en el mercado laboral. Asimismo, como señala Castel (1991), la familia se vuelve más vulnerable por el debilitamiento de los soportes relacionales y se vuelve incapaz de contener los conflictos de sus miembros ante la imposibilidad de auto sustentación. Así como en el caso expuesto anteriormente, se generan problemas socio-familiares de violencia, se profundizan enfermedades psicosociales como el miedo, la depresión y la angustia, así como también adicciones al alcohol y drogas; se deteriora la imagen y autoridad del hombre en la familia por la pérdida de lugar de padre, no solo como soporte económico, sino como la ley familiar que contiene el desarrollo de la subjetividad de los niños. Se multiplica la sobrecarga de la mujer por la doble responsabilidad de soporte, la actividad doméstica y las exigencias del trabajo, en un contexto altamente adverso que limita las posibilidades de proyección de la vida (Jong- Basso R., Paira M.,García L. E. 2009).

Análisis sociológico del campo. Marco de intervención

El equipo interdisciplinario, convocado en escuelas y jardines de infantes, procura articular una forma de reflexión, acercando orientación a padres inmersos en profundas preocupaciones sobre el presente de sus hijos. Los jardines de infantes comunitarios responden a programas adaptados a ciertas zonas en situación de vulnerabilidad, porque estas carecen de instituciones que reciban a los niños y tienen dificultades respecto a la planificación y organización institucional. Como la escuela y la familia se responsabilizan mutuamente de las problemáticas de los niños, se trata de promover la implicancia y apropiación de sentido en su tramitación (Paolichi G., Metz M., y otros 2012).

La migración puede provocar efectos desestructurantes en la subjetividad, en particular si se suma la incidencia del desarraigo, la anomia, la pérdida de referentes comunitarios, familiares y sociales, e incluso la pérdida de una inserción histórica (Bleichmar, en Paolichi G. Metz M. y otros 2012). Las madres bolivianas suelen hablar muy poco. Esta cuestión cultural recae en la formación y en el desarrollo de sus niños, en donde el lenguaje tarda en aparecer.

En uno de los talleres de madres, una de ellas comenzó a relatar que vivía con su marido y su hija. Compartía el espacio con su hermana más chica, de dieciocho años, también con un niño y su pareja. Su hermana cuida a su hija durante dos horas por día, por lo que cobra una retribución, pero además de esto, refiere que no compra nada para el hogar, sólo se limita a darse sus gustos. Necesitó un tiempo de silencio hasta que pudo expresar esta situación y su dificultad de ponerle límites. Esto motivó la participación del resto del grupo, que compartía sus propias experiencias: una madre decía, *"no tenes que dejarte manipular por tu hermana. Esto no les hace bien a ninguna de las dos"*. Otra mamá expresaba de manera enérgica *"Le tenés que decir las cosas en la cara y si se enoja, ya se le va a pasar, porque necesita de vos para convivir"*. Una tercera mamá: *"No tenes que sentirte culpable. No permitas que se lleve las cosas de tu casa como si fuera un supermercado"*. Los consejos grupales y el empoderamiento familiar y social surgido a partir de las intervenciones grupales, fueron la base para que esta persona pudiera comenzar a ordenar el cuidado de su hija y la relación con su hermana e incluso expresar que había perdido a un hermano, el límite era vivido como riesgo a perder la hermana que le quedaba. Los talleres en Terapia Ocupacional tienen esta 4 impronta de re-crear un ambiente cotidiano y ameno donde se hacen actividades propuestas entre todos, pero en el proceso de encuentro de las personas, la actividad y el ambiente, se genera un espacio propicio para expresarse con libertad. Se neutralizan sus resistencias y la actividad por momentos se convierte en un medio que promueve condiciones imprevisibles para resolver situaciones y por momentos es un fin para otros aprendizajes.

La socialización primaria en comunidades vulnerables

Dada la complejidad del desarrollo en la primera infancia se necesita del ambiente favorable para superar las primeras etapas y vicisitudes.

Los aportes de Winnicott (1971) en cuanto a la constitución simbólica del niño resultan relevantes, respecto al desarrollo del bebé y las posibilidades de mantener una imagen de la madre sin que se desdibuje en los primeros meses de vida frente a sus ausencias. Las consecuencias que menciona este autor cuando existen fallas ambientales refieren al debilitamiento de los procesos psíquicos y a la falta de confianza en sí mismo y en el entorno. Este se convierte en amenazante y las reacciones marcarán un modo de vínculo que tiñe los procesos primarios y en forma secundaria se manifiesta en ámbitos escolares recreando conflictos y realizando búsquedas desesperadas de solución (Winnicott en Paolichi G. Metz. M y otros 2012)

Desde una perspectiva sociológica, Berger y Luckman (2008) sostienen que *"El hombre se produce así mismo, pero esta autoproducción es siempre y por necesidad una empresa social."*

El individuo es inducido a participar en la dialéctica de la sociedad, el punto de partida es la internalización de la realidad: "la aprehensión o interpretación inmediata de un acontecimiento objetivo en cuanto expresa significado. La internalización se produce sólo cuando se produce la identificación. El niño acepta los roles y actitudes de los otros significantes, acepta el mundo de ellos.

En los escenarios de vulnerabilidad en los que se desarrolla la intervención de Terapia Ocupacional, se suelen expresar diversas formas de crianza en las cuales los padres que encuentran dificultades para interpretar las demandas de sus hijos entran en conflicto con estas intensas exigencias, una realidad de carácter intrusivo, asociada a frecuentes condiciones de hacinamiento extremo y promiscuidad que puede dejar expuesto al niño, sin los recursos necesarios para su resolución. (Paolichi G. Metz. M., y otros 2012).

La mirada creativa del Terapeuta Ocupacional provee herramientas para el mejoramiento del ambiente, favoreciendo las posibilidades exploratorias en el niño, de juegos y juguetes disponibles que ofrezcan posibilidades de aprendizaje más funcionales al alcance del niño y de

la madre, reinventan conjuntamente una forma más sencilla de brindar posibilidades al niño en cuanto al juego y a la madre en cuanto a la crianza.

De acuerdo a Berger y Luckman (2008), la identificación con los significantes presentados es casi automática y el mundo internalizado se implanta en la conciencia con mucha más firmeza en este proceso, lo principal que debe internalizarse es el lenguaje y por medio de él diversos esquemas motivacionales e interpretativos se internalizan como definidos institucionalmente. Este es el punto crítico en estos contextos, a modo de ejemplo, los niños demoran en la adquisición del lenguaje, a veces por situaciones de violencia de las que siempre aparecen signos, otras, cierta actividad humana sujeta a habituación generan patrones inadecuados que si no tienen una lectura oportuna producen un retraso en el lenguaje; esto en relación a pautas diarias instaladas por el docente, del uso de la mamadera en periodos en que debería estar usando un vaso, esto interfiere sobre la musculatura oro-facial del niño y es otras de las causas de atraso en el lenguaje; el hacinamiento en el que estas familias viven, interfiere en los procesos de juego y madurativos del niño en el ámbito familiar, sin un espacio funcional que lo habilite en su motricidad.

La socialización primaria de un niño puede disminuirse por causa de una limitación física o un retraso mental, que lleva un estigma social o un estigma basado en definiciones sociales. Algunos de los casos que asisten al jardín comunitario presentan estas dificultades, sin embargo por tratarse de un jardín en condiciones de riesgo social, el grado de apertura es mayor a cualquier otro jardín, y los niños tienen la posibilidad de socializar más allá de las condiciones de disminución por razones biológicas o sociales provenientes de la macro-estructura.

Ahora bien, ¿cómo trabajar, desde una intervención de Terapia Ocupacional, en relación a este proceso de socialización primaria en comunidades vulnerables? A través del juego con los niños y los talleres para padres, buscamos crear un entorno de apoyo que ayude al niño a emplear sus sentidos, y a los padres a verbalizar sus experiencias y encontrar –en construcción conjunta– nuevas salidas posibles.

Con los niños, se promueven juegos sensoriales, de coordinación y simbolización, que posibilitan acciones que se integran para favorecer las posibilidades de exploración. La integración de estas sensaciones posibilitará que el niño se sienta seguro, en un desafío justo que le permita aprender acerca de los objetos y las personas y poder formar una imagen de sí mismo.

Con los padres, se proponen dispositivos de intervención grupales para indagar sus modalidades vinculares, sus modos de generar sentido de acuerdo a sus propias experiencias infantiles y cómo pueden ser re-significadas. En este sentido el Terapeuta Ocupacional es un observador del desempeño ocupacional del niño en su juego y de los padres en la crianza.

Conclusión

La observación de las Terapistas Ocupacionales de los roles ocupacionales, de las costumbres, así como de la promoción de actividades y acciones en las personas, promueve un proceso gradual desde un estado de estancamiento de la vida personal al acompañamiento en la búsqueda para encontrar nuevas soluciones en sus vínculos y en las situaciones cotidianas que se le presentan. Sobre la base de que la actividad y una lectura funcional de sus roles, el tiempo dedicado a sus hijos, al juego y la comunicación, permiten reordenar sus tareas y rutinas, adquirir una identidad que es el significado y el objetivo que le permite a la persona lidiar con su realidad de vida e impactar en la misma, reduciendo riesgos en la dinámica familiar. 6

Bibliografía

Acosta N., Caro D., Moran D.,(2008)“Caracterización de las competencias transculturales del Terapeuta Ocupacional en su trabajo con grupos étnicos en un contexto urbano. Bogotá.

- Berger P. L., Luckman T. (2008) "La construcción social de la realidad" . Editorial Amorrortu/ editores.
- Bleichmar, S. (2009) *Prerrequisitos de constitución del sujeto cognoscente y sus fracasos*. En Revista Ensayos y Experiencias, Año Nº 6, Nº 32, Buenos Aires, Marzo / Abril de 2000.
- Bleichmar, S. (2009) *Superar la inmediatez. Un modo de pensar nuestro tiempo*. Buenos Aires. Ediciones del Centro Cultural de la Cooperación Floreal Gorini. Buenos Aires.
- Castel R., (1984) La gestión de los riesgos. De la anti psiquiatría al post-análisis.
- Junqueras V. (1970) "Bioética: Reflexiones de la autonomía de la realidad Argentina. Congreso Virtual de Psiquiatría. Mar del Plata
- Paolicchi, G., Metz, M., MartinezVivot, M., Garau, A., Kohan Cortada A., Abreu, L., Bosoer, E., Perez, F. (2012) "*Intervención interdisciplinaria: producción de subjetividades en contextos de vulnerabilidad*" V Congreso Internacional Marplatense de Psicología, Mar del Plata
- Winnicott, D. (1971) *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudio para una teoría del desarrollo emocional*. Buenos Aires, Paidós.

Análisis transversal de casos en contextos de vulnerabilidad desde la perspectiva de terapia ocupacional

Autores: Metz, Miriam Isabel; Castelli, María Belén
Correo electrónico: miriammetz360@hotmail.com

Resumen

Esta experiencia se realiza en el marco de la Práctica Profesional Comunitaria de la Universidad de Buenos Aires y de la Universidad del Salvador, en el "Asentamiento de Fraga" ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. A fines del año 2012 se toma contacto con un referente comunitario del lugar el cual manifiesta las problemáticas y demandas más emergentes de la población: aquellas personas con discapacidad de las cuales conocía su situación de vulnerabilidad y hasta el momento no se había dado respuesta. En base al análisis de la situación sociocultural del barrio, nuestros objetivos se orientan a promover un vínculo de confianza y a favorecer nuevas oportunidades de desempeño ocupacional en un proceso de co-construcción y encuentro con el otro, promoviendo cotidianos diferentes. Para esto, se interviene a través de un dispositivo de visita domiciliaria que permite un contacto directo con el entorno inmediato de la persona. Otra alternativa utilizada es un espacio de referencia comunitaria dentro de la capilla. Se realizan entrevistas abiertas y observación en terreno, con una escucha activa de la historia ocupacional y las demandas individuales y familiares. Como resultado, en todos los casos se observaron cambios significativos en la implicancia en el desempeño ocupacional, luego del reconocimiento y encuentro con un otro. Las intervenciones llevadas a cabo, vehiculizaron modificaciones no solo ambientales sino también vinculares que se mantuvieron en el tiempo. En conclusión, se destaca la importancia de continuar co-construyendo nuevas oportunidades adecuadas al contexto sociocultural en el que se encuentran inmersas las personas, resaltando la repercusión que las mismas tienen en la vida cotidiana de los sujetos, en su motivación y en los vínculos con quienes los rodean.

Introducción

La experiencia de trabajo se lleva a cabo por terapeutas ocupacionales y alumnas de la Práctica Profesional Comunitaria de la Universidad de Buenos Aires y de la Universidad del Salvador, en el "Asentamiento de Fraga". El mismo se localiza en la calle Fraga al 900, en las manzanas de una ex playa ferroviaria, el cual fue aumentando su población y donde actualmente viven 5.000 personas aproximadamente. Está organizado por sectores según nacionalidad y provincias, y la composición poblacional es de 50% peruano, 30% paraguayos y el resto proveniente del norte argentino.

En un comienzo el ingreso del equipo de profesionales y estudiantes al barrio, se planificó junto al referente religioso, quien hacía años recorría los diferentes domicilios identificando sus problemáticas y generando confianza, y quien sería el nexo para luego realizar las visitas de manera independiente.

La primera invitación a la comunidad, coincidió con una peregrinación donde se caminó conjuntamente desde la Parroquia hasta el asentamiento. Esta ceremonia correspondía a la Fiesta Patronal, en la cual se celebraban las comuniones de los niños, observándose un clima de alegría y participación comunitaria.

Conforme a los autores Barros,D; Garcez Ghiradi, M; Esquerdo Lopes, R, (2007) "la terapia ocupacional social solo se define dentro de un contexto e interrelación histórica y social. Esto

implica poder conocer el contexto donde la persona desempeña su quehacer, permanecer en terreno, observar las costumbres, creencias compartidas y entender su realidad socio cultural”.

De esta manera se iniciaron algunos primeros acercamientos a distintos integrantes de la comunidad y familias con el objetivo de comenzar a conocerse. A medida que fue estableciéndose un vínculo de confianza, se comenzó a visitar distintas viviendas de personas con discapacidad para poder escuchar las necesidades personales y/o las de su familia. En todos los casos, se realizó un abordaje de construcción conjunta, intentando responder a las distintas problemáticas.

Cuando se profundiza este encuentro y se logra un conocimiento cada vez mayor del ambiente, comienzan a visitarse los domicilios programando horarios y planificando distintas actividades pactadas por ambas partes, focalizadas en el desempeño ocupacional de las personas y en el trabajo con el entorno familiar más cercano. A modo de lo que propone Dabas. E (1993), “la acción comunitaria se sostiene con relaciones de confianza que perduran en el tiempo”.

Experiencias de Terapia Ocupacional en contextos de vulnerabilidad

El asentamiento de Fraga cuenta con una entrada principal, desde donde se abren calles internas, con viviendas de varios pisos de material y algunos negocios, como verdulerías y kioscos, también se ubican algunos vendedores al costado de las calles vendiendo comidas típicas regionales de distintas nacionalidades. El suelo es de tierra y cuando llueve se suele inundar, haciéndose muy dificultoso el tránsito por las calles angostas. Los pasillos son estrechos y a la mayoría no les llega la luz solar; poseen largos caños plásticos que se pueden observar a simple vista, y son utilizados por el camión atmosférico para vaciar los pozos ciegos, ya que muy pocas viviendas están conectadas a cloacas. Los niños deambulan descalzos entre estos caños, ajenos al foco de contaminación que representan. En el medio del barrio, se ubica la capilla, donde niños y adolescentes se reúnen para realizar distintas actividades. Las madres son quienes suelen acompañarlos, otros concurren acompañados por sus hermanitos o solos a pesar de sus edades tempranas. Allí se cuenta con un espacio físico el cual se va adecuando a las necesidades que se presentan: espacio de juego, de estimulación, de encuentro, de escucha, de intercambio.

Barros,D; Garcez Ghiradi, M; Esquerdo Lopes, R, (2007), manifiestan que “el rol de los terapeutas ocupacionales está definido por las características, los problemas y las necesidades concretas de la población con quien y para quien trabajan”. Este es el foco hacia donde se dirigen las intervenciones de los casos que a continuación se compartirán brevemente:

Primer caso: Josefa es una señora de 75 años de edad, peruana y madre de 5 hijas. Conviene con una de sus hijas, su yerno y tres nietas. Su hija trabaja algunos días en casas de familia y recibe una bolsa de comida de un comedor al cual ayuda. El yerno trabaja en la construcción y changas, pero su empleo es inestable. La vivienda posee espacios muy reducidos, y está ubicada en un primer piso por escalera. Comparte su cuarto con dos de las nietas y la más pequeña (5 años) duerme con sus padres. Josefa llega a la Argentina en el año 2012, en el mismo año sufre un A.C.V originando secuelas cognitivas. Es amputada de ambos miembros inferiores a causa de su diabetes. En el primer encuentro, se la observa acostada en la cama (donde permanecía la mayor parte del día). Adopta una postura inadecuada al dormir, manifiesta que le cuesta respirar en otra posición. Posee una silla de ruedas que usa únicamente para la alimentación y para trasladarse a controles médicos. Utiliza pañal, tiene escaso control de esfínter. Las actividades de higiene son llevadas a cabo en el dormitorio debido a la falta de espacio. Expresa dificultad para ver, posee cataratas en ambos ojos. Cuenta que no hace nada durante el día y que se aburre. Presenta labilidad emocional, remite su angustia al desarraigo de su país y expresa permanentemente su deseo de volver. Se comienza a trabajar con J. sobre su historia ocupacional, sus intereses y motivaciones. A medida que surge el

vínculo de confianza, se conversa y trabaja sobre las posibilidades de aumentar su autonomía personal. Se observa el impacto favorecedor que las mismas conllevan en su cotidiano. Mejora su autoestima, arreglo personal, y predisposición. Explora distintas actividades de interés que le otorgan placer y significado, comparte sus logros personales con el equipo y con quienes la rodean. A su vez se trabaja con el entorno familiar, sobre la importancia de realizar los trámites para acceder a un documento y los derechos de ser ciudadana (que hasta ese momento no poseía). Se brinda información sobre los centros de salud correspondientes a la zona y la importancia de tener controles sanitarios. Comienza a circular por otros espacios de la casa y a participar de más momentos en familia, comparte actividades con sus nietas, las cuales se muestran sorprendidas y alegres por los logros de su abuela, repercutiendo en la dinámica familiar y en la relación interpersonal con sus integrantes. Su cotidiano pasa a tener mayor significación.

Segundo caso: Pablo., un adolescente que presenta una paraplejia y aspira a ser estudiante universitario. Vive en una casa pequeña junto a su madre y hermanos (con quienes comparte la habitación). Dentro de la casa se traslada independientemente con bastones canadienses, a pesar de los obstáculos del ambiente, sin embargo no logra mantenerse mucho tiempo parado, ya que se fatiga. La visita a la casa del mismo, implicó responder a las necesidades planteadas tanto por él como por su mamá. Surgieron ciertas dificultades para desempeñarse en su rol escolar. Se indaga junto a él y su familia, sobre la posibilidad de recibir apoyo escolar, para lo que se vehiculizó el emergente contactando a un voluntario quien pudo ocuparse de identificar los temas específicos en los que presentaba dificultades. En poco tiempo pudo superarlos. Al mismo tiempo que se realizó un seguimiento directo del mismo, se piensan estrategias con la madre para armar un espacio personal donde P. pueda estudiar y lograr una mayor comodidad y concentración. La madre habilita para P. un mejor espacio de la casa, proveyendo un ambiente más confortable para desempeñar su rol de estudiante. Al poco tiempo, P. logra mejorar su rendimiento escolar y un espacio más adecuado para llevar a cabo sus tareas.

Tercer caso: Viviana, es una niña de 5 años de edad, vino con su madre desde Paraguay porque su estado era grave, tiene leucemia. A partir del tratamiento en los centros hospitalarios del país, ha recuperado su peso. Recibe quimioterapia y la madre señala que una señora la cura con oraciones y que también asiste a la Iglesia. Al comienzo la madre manifiesta respuestas casi monosilábicas, semuestra retraída y en relación a su hija, ha desarrollado mecanismos compensatorios de marcada sobreprotección que se observa en la dificultad para despegarse corporalmente de la niña, restringiendo sus posibilidades exploratorias. Cuando se indaga sobre a qué juega, la madre contesta: "a las cosquillas". Se comienza ofreciendo un espacio de juego para la niña y su mamá, donde se observaba a la madre participar con las mismas ganas y ansias de exploración que la niña. Vimos allí a una madre-niña, que no estaba en conocimiento de las problemáticas del diagnóstico de su hija, aunque igual podía brindarle, desde sus recursos, condiciones de apego necesario para su subsistencia. Esta falta de conciencia de la gravedad de la enfermedad de la niña, de su pronóstico, y la dificultad para comprender las medidas para prevenir el riesgo, agravaban la situación y hacían indispensable una orientación acerca de ciertos riesgos; como ser fumar delante de la niña (observado durante la visita al hogar), la necesidad de hábitos de higiene y de ventilación en el ambiente. La vivienda presenta condiciones precarias, y la ubicación de un espacio de encuentro familiar en un pasillo por donde circula gente del barrio, ignorando las indicaciones médicas de que la niña no debía estar expuesta a contacto con gente por sus bajas defensas. Se observa como la dificultad en la transmisión de la información por parte del ente de salud hacia el beneficiario y el desconocimiento del mismo sobre la problemática, pueden contribuir a la insatisfacción de necesidades. Las personas no logran comprender las medidas de prevención y control de la salud, y sus circuitos para tramitarla. Fue a través del juego, en un espacio

que permitiera brindar otras oportunidades, que también comenzamos a trabajar con la niña y su madre en la promoción de la salud, conciencia de enfermedad y medidas de prevención. A su vez, se pensaron junto a la madre estrategias para armar dentro del domicilio un espacio para el juego.

Reflexiones finales

Desde una perspectiva global, se destaca la importancia de tomar conocimiento real del contexto sociocultural que poseen las personas con las que trabajamos. En los tres casos expuestos, se evidencia la necesidad de poder establecer un vínculo de confianza acercándonos a su realidad, costumbres y cultura.

El agente comunitario necesita revisar sus propios juicios de valor para evitar influenciar a las personas, y de esta manera no replicar los mecanismos de dominación. Permanentemente se está en una situación de reconocimiento y comprensión de las necesidades y deseos del otro.

A través de los distintos casos, se observa el impacto favorecedor que conlleva el brindar nuevas oportunidades en el desempeño ocupacional de las personas y la repercusión que las mismas tienen en su cotidiano y ambiente inmediato.

Bibliografía

- Barros, D; Garcez Ghiradi, M; Esquerdo Lopes, R, (2007) "Terapia Ocupacional social: una perspectiva socio histórica". Capítulo 11. en Kronenberg, Pollard y Simó Algado. (2007). "Terapia ocupacional sin fronteras: aprendiendo del espíritu de supervivientes". Editorial Médica Panamericana. España.
- Dabas. E.N (1993). "La red como alternativa al desarrollo comunitario" en Red de Redes. Editorial Paidós, 3ra parte. Pp 139-161.
- www.clarin.com/ciudades/asentamiento-Chacarita-villa-edificiospisos_0_951504946.html

Prácticas Profesionalizantes: miradas y experiencias desde la Terapia Ocupacional

Autor: Diaz, Denise; Lerner Matus, Analía.
Correo electrónico: decidiaz@hotmail.com

Resumen

En el Centro de Formación integral para jóvenes y adolescentes de la Escuela especial CREI (CFI), se lleva a cabo el Proyecto de Prácticas Profesionalizantes, que estipula la realización de pasantías laborales en puestos de trabajo normalizados; e inclusión en talleres y cursos de los Centros de Formación Profesional (CFP) de gestión pública de la comunidad educativa en que el CFI se encuentra inmerso. Dicho proyecto está respaldado por la normativa educativa vigente a nivel provincial, nacional e internacional.

Concretamente, el propósito de este trabajo es compartir la modalidad de actuación de las terapeutas ocupacionales (TO) del CFI dentro del proyecto mencionado; cada una desempeñando roles diferentes y a la vez complementarios. Estos son: el de Maestra integradora laboral (MIL) y el de TO como parte del Equipo de Orientación escolar (EOE) del dispositivo del CFI.

En este proyecto nos proponemos como objetivo general, brindar a los alumnos la oportunidad de adquirir saberes acerca del campo ocupacional y social, alcanzando una integración laboral y productiva¹ en su comunidad

Concebimos a las prácticas profesionalizantes como una estrategia educativa fundamental que aporta a la trayectoria formativa de los estudiantes con experiencias in situ (que no son reproducibles en el ámbito escolar); y que permite acceder a nuevos aprendizajes vinculados con diferentes entramados socio-productivos de su comunidad. A la vez, constituyen una oportunidad única dentro del recorrido educativo para poner en práctica la construcción de la propia ciudadanía, entendida como forma de estar en el mundo con los demás, como sujeto de derecho y obligaciones.

Consideramos que a lo largo de este tiempo se han alcanzado los objetivos propuestos por el proyecto, viendo que el mismo se potencia, logrando la inclusión educativa real de más alumnos en cada nuevo ciclo lectivo.

Introducción

En el presente trabajo compartiremos nuestra experiencia como Terapeutas Ocupacionales (TO), trabajando en una misma institución y dentro del mismo proyecto, pero con dos cargos educativos diferentes y cada una con sus funciones específicas. La institución es la Escuela Especial CREI, localizada en partido de San Martín, específicamente en el dispositivo de Centro de Formación Integral (CFI) donde adolescentes y jóvenes con discapacidad intelectual concurren diariamente. Desde el año 2012 se desarrolla en la institución el Proyecto de Prácticas profesionalizantes, en el cual ambas nos incluimos en el 2013.

Acerca del proyecto de prácticas profesionalizantes

Este proyecto brinda a los alumnos la oportunidad de adquirir saberes acerca del campo ocupacional y social, alcanzando una integración laboral y productiva () en su comunidad. Para ello contempla diferentes opciones de actividades productivas según las posibilidades e in-

¹ Resolución (789/2013)

tereses de los alumnos. Por un lado están las pasantías laborales (rentadas y no rentadas). Por el otro, hemos realizado las gestiones necesarias para que los alumnos se incluyan en talleres y cursos oficiales de los Centro de Formación Profesional (CFP) dentro del Municipio.

La siguiente tabla comparativa de ambos dispositivos, da cuenta de las diferencias principales entre ellos:

Talleres para Personas con Discapacidad	Cursos de Formación profesional
Dependen de la Dirección de Personas con discapacidad de la Municipalidad de San Martín. Es exclusivo para personas con discapacidad. Tienen lugar físico en el CFP Nro 401, compartiendo espacios comunes al resto del centro (aulas, kiosco, recreo). Modalidad: Integración (más apoyo y presencia por parte de la MIL). Aprenden contenidos nuevos. Se prioriza la vinculación del alumno a un nuevo contexto social, por fuera de la escuela especial. Obtienen un certificado de concurrencia al finalizar la cursada. No es requisito la autonomía en la movilidad comunitaria.	Dependen del Ministerio de Educación Provincial. Es abierto a toda la comunidad. Se llevan a cabo con los CFP Nro 401 Y 402, con los cuales tenemos convenio. Modalidad: articulación (requieren menos apoyo y presencia de la MIL). Incorporan nuevos aprendizajes. Se incluyen a un contexto educativo "normalizado". Al finalizar y aprobar el curso, reciben un título oficial. Se requiere que el alumno sea independiente en la movilidad comunitaria; o se encuentre próximo a alcanzar la autonomía en este sentido.

Es importante destacar que las prácticas profesionalizantes están encuadradas en el marco legal educativo a nivel provincial, nacional e internacional, el cual avala y promueve el máximo desarrollo de las posibilidades, la integración y el pleno ejercicios de los derechos² de los adolescentes y jóvenes con los que trabajamos a diario. Las más importantes a destacar son: la Ley de Educación Nacional N° 26.206; Circular Técnica General Nro 1/12 (Provincia de Buenos Aires, Dirección General de Cultura y Educación/Dirección de Educación Especial); Resolución 782 (Provincia de Buenos Aires, Dirección General de Cultura y Educación); la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y la Convención internacional de los Derechos Humanos.

En este trabajo nos enfocaremos exclusivamente en la inclusión de los alumnos en los Centro de Formación Profesional, ya que consideramos que es una modalidad novedosa y de aporte hacia nuestra profesión.

Objetivos del proyecto

En cuanto a la inclusión de los alumnos en los CFP, nos planteamos los siguientes objetivos:

Acompañar a los alumnos en el proceso de construcción de la propia ciudadanía, a través de la interacción en espacios de formación profesional de la comunidad.

- Incluir a los alumnos del CFI en los cursos de titulación oficial de los CFP, y en los talleres para personas con discapacidad del municipio de San Martín.
- Establecer la articulación institucional entre el CFI, el Municipio y los CFP para acordar una modalidad de trabajo en conjunto.
- Promover el desarrollo de la autonomía de cada alumno proporcionando los apoyos necesarios en cada etapa del proceso.

² Resolución (789/2013)

- Generar conciencia en la familia sobre la autonomía y autodeterminación del alumno, a lo largo de todo el proceso.

Las terapistas ocupacionales dentro del CFI

Como mencionamos anteriormente, este proyecto lo llevamos a cabo dos Terapistas Ocupacionales, cada una con un cargo educativo diferente, pero que complementarios entre sí. Una se desempeña como TO dentro del Equipo de Orientación Escolar (EOE) del CFI, teniendo responsabilidades relacionadas a la institución, docentes y alumnos. En lo que respecta a su participación específica en el Proyecto de las Prácticas Profesionalizantes, evalúa en conjunto con los docentes de taller a los alumnos para las posibles integraciones; y mantiene la vinculación y comunicación con las familias.

Por su parte la TO que ocupa el cargo de Maestra Integradora Laboral (MIL), está a cargo de las integraciones de los alumnos en los CFP in situ, realizando adaptaciones curriculares, asesorando a los docentes de los talleres y cursos, guiando a los alumnos en la asunción de nuevas responsabilidades, efectuando el entrenamiento en la movilidad en la comunidad de los adolescentes y jóvenes.

Ambas comparten las tareas de gestión y articulación entre las instituciones, aplicación de las normativas vigentes, trabajo con las familias de los alumnos, comunicación y trabajo en conjunto con los docentes de la Escuela Especial.

Ejercicio de la ciudadanía desde la visión de la Terapia Ocupacional

Como terapistas ocupacionales dentro del CFI, detectamos las barreras para la participación en la ocupación con las que suelen encontrarse nuestros alumnos, tanto por factores personales (relacionados con su salud) como por factores sociales (por ejemplo: nivel socio-económico, falta de oportunidades). Y desde nuestra visión profesional, entendemos que “una restricción potencial de la participación en las ocupaciones es también una restricción de la ciudadanía”³. Es en este sentido que el dominio de la TO es apoyar la salud y la participación en la vida a través del compromiso con la ocupación⁴.

Si bien como parte del currículum escolar el CFI incluye “Construcción de la Ciudadanía” en el espacio áulico; aprender acerca de la propia ciudadanía no es la simple transferencia de conocimientos del docente al alumno, sino que es un complejo proceso de participación social que se produce a través de oportunidades para la construcción del conocimiento; por lo tanto requiere que todos interactuemos como ciudadanos en la propia comunidad⁵.

Es por esta razón que concebimos a las prácticas profesionalizantes como una estrategia educativa fundamental que aporta a la trayectoria formativa de los estudiantes con experiencias in situ (que no son reproducibles en el ámbito escolar); y a la vez como una oportunidad única que les permite acceder a la construcción de nuevos aprendizajes vinculados con los diferentes entramados socio-productivos de su comunidad⁶. Así, trabajamos también deliberadamente interesadas en la justicia ocupacional⁷, apoyando aquellas políticas sociales, acciones y leyes que permiten a nuestros alumnos comprometerse en las ocupaciones que den propósito y significado a sus vidas, en este caso el poder seleccionar e incluirse activamente en su propia formación profesional dentro del sistema de educación formal.

³ Fransen, Kantartzis, Pollard, Moldes (2013)

⁴ Marco de trabajo, pág. 3.

⁵ Fransen, Kantartzis, Pollard, Moldes. Op. Cit.

⁶ Circular Técnica General N° 01 (2012)

⁷ Marco de trabajo, pág. 8.

Conclusiones finales

Como Terapistas Ocupacionales, la experiencia de llevar adelante este proyecto nos ha resultado por demás interesante y satisfactoria, ya que hemos hecho efectiva la posibilidad de articular los diferentes recursos institucionales; comunitarios y legales; logrando alcanzar nuestro objetivo de propiciar el desarrollo de la propia ciudadanía de los alumnos, a través de la adquisición de la autonomía y participación social en un ámbito externo al del hogar familiar y de la escuela especial a la que asisten diariamente. Este ha sido nuestro recorrido hasta ahora, y a partir del mismo estamos convencidas que hay mucho más por hacer para alcanzar participación activa de las personas con discapacidad en los diversos contextos de la comunidad en la que habitan.

Bibliografía

- Resolución 782/2013, La intervención del acompañante externo dentro de las instituciones educativas, Consejo General de Cultura y Educación- Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires, La plata 22/07/2013.
- Ley N° 26.206, Año 2006. Ley de Educación Nacional. Ministerio de Educación de la Nación Argentina. Presidencia de la Nación. Disponible en: http://portal.educacion.gov.ar/consejo/files/2009/12/ley_de_educ_nac1.pdf
- Circular Técnica General Nro 1/12. Circular técnica general N° 1/12 "La integración educativa y sociolaboral de adolescentes y jóvenes con discapacidad: fundamentos, procesos, estrategias, actores". Dirección de Educación Especial, Dirección General de Cultura y Educación- Provincia de Buenos Aires. Disponible en: http://servicios2.abc.gov.ar/lainstitucion/sistemaeducativo/educacionespecial/normativa/2012/circular_tecnica_general_nro_1_de_2012.pdf
- Ávila Álvarez A, Martínez Piédrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA et al. Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y proceso. 2da Edición [Traducción]. www.terapia-ocupacional.com [portal en Internet]. 2010 [-fecha de la consulta-]; [85p.]. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf>. Traducido de: American Occupational Therapy Association (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.)
- Ley N° 26.378. Año 2008. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Protocolo facultativo. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/disabilities/convention/qanda.html>
- Hetty Fransen, Sarah Kantartzis, Nick Pollard, Ines Viana Moldes. 2013. Citizenship: exploring the contribution of Occupational Therapy. ENOTHE. Disponible en: http://www.enothe.eu/activities/meet/ac13/CITIZENSHIP_STATEMENT_SPANISH.pdf

Mesa 21

Experiencias de T.O. en formación

EPA: (Educación Postural Activa) Una propuesta de abordaje somático, fundamentada en la práctica profesional, la docencia universitaria y la investigación científica

Autores: Campisi, Alejandra; Porro, Sandra.

Co-autores: Contreras, Marlene; Martinez, Julieta; Preckel, Barbara; Gutierrez, Fernanda; Bertochi, Julia; Gasparri, Natalia; Paolinelli, Natalia; Rolando, Soledad; Enev, Ana; Veloso, Julia; Ithurralde, Valeria.

Correo electrónico: sandraporro@yahoo.com.ar

Resumen

Introducción y objetivo: Las profesiones se encuentran constituidas por los fundamentos filosóficos, un modelo de profesión, los marcos de referencia teóricos, la práctica clínica, los datos y la investigación. (Mosey 1986). Los resultados de las investigaciones contribuyen a ampliar y profundizar el cuerpo de conocimientos, y a enriquecer la práctica profesional; resultando eficaz si se relaciona con las necesidades sociales e institucionales.

En este contexto, el objetivo del presente trabajo consiste en presentar una experiencia de investigación de alumnos avanzados la carrera de Terapia Ocupacional en la Universidad Nacional de Mar del Plata. En la que se organizó la producción de tesis de grado en el contexto de una institución, con el modelo de abordaje Educación Postural Activa (EPA), bajo la supervisión del profesional que orienta en cuanto a los problemas a delimitar.

Métodos: se realiza una sistematización de experiencia bajo el enfoque cualitativo, interpretativo. Se realiza análisis documental de las tesis de grado, y se recogen las opiniones y vivencias de los estudiantes y docentes que participaron de la experiencia.

Resultados: Durante el desarrollo de la experiencia se construyó una red de problemas a partir de la investigación acerca del rol profesional desde una perspectiva holística que incluye la importancia del propio conocimiento y experiencias corporales. Las tesis que surgieron compartieron conceptos fundamentales del marco teórico, cada una profundizó en los mismos de acuerdo al problema planteado; se sistematizaron experiencias del abordaje EPA en diferentes poblaciones. La investigación a partir de esta forma de organización permitió profundizar la base de conocimientos sobre el método EPA, esbozar ideas sobre posibles instrumentos de valoración de algunas variables, documentar la efectividad y el impacto de este abordaje, generar nuevos problemas de investigación. Acompañar a los estudiantes en la etapa final de la carrera y especialmente fortalecer los lazos práctica clínica – docencia – investigación.

Introducción y Fundamentos

La Educación Postural Activa (EPA) es un método de tratamiento desarrollado por la licenciada en Terapia Ocupacional Sandra Porro, en su formación de posgrado fuera del sistema académico universitario

EPA intenta proveer las herramientas necesarias para que cada persona, mediante la auto-observación del funcionamiento corporal, encuentre por sí misma la fluidez que su cuerpo ha perdido.

Este método de tratamiento está basado en el fundamento pedagógico, enmarcado dentro de la atención primaria de la salud de la Terapia Ocupacional y se encuentra conformado a partir de diversas disciplinas y teorías que tienen en común el trabajo somático consciente y global.

La EPA constituye así, una técnica educativa y preventiva concebida para tratar a la persona desde una perspectiva holística y global, mediante un trabajo postural basado en ejercicios de estiramientos activos globales, devolviendo la modalidad del conjunto del sistema articular, actuando también sobre otras estructuras metabólicas (como el sistema linfático, la circulación sanguínea y la respiración), despertando las "zonas adormecidas" del cuerpo y ayudando así a cada persona a encontrar o reencontrar su equilibrio morfológico.

La inquietud de incorporar el seminario "Introducción a la Educación Postural Activa" surge a partir del análisis de la tesis de grado "Construcción holística del rol profesional del Lic. en TO" (Contreras, Martínez, 2010) que propone en sus conclusiones la necesidad de crear un taller destinado al aprendizaje del cuidado postural del futuro Licenciado en T.O. permitiendo al alumno observar en su propio cuerpo la biomecánica del mismo y la toma de conciencia del propio cuerpo como herramienta de trabajo.

La formación holística del estudiante resulta primordial para la construcción de la identidad profesional. Ésta se logra a partir de dos tipos de experiencia: a) de los conocimientos científicos que puedan adquirirse durante la formación de grado y posgrado y b) el crecimiento personal y la posibilidad de descubrir la singularidad de la profesión a través de un proceso de auto conocimiento, basado en la propia experiencia, en la articulación de experiencias significantes.

Este tipo de formación se ve favorecida por el desarrollo de prácticas vivenciales reflexivas, que promuevan el encuentro con uno mismo y con los otros, es en la experiencia del propio desenvolvimiento y reconociendo las propias maneras de actuar en el mundo como cada persona comprende su modalidad de "hacer" particular.

El alumno como futuro profesional de la salud, será un promotor de la salud y por ende un educador. Le es imprescindible el conocimiento de sí mismo a partir de la percepción de su propio cuerpo, de las posibilidades de uso que tiene de éste, de sus capacidades, de sus deseos, de su mundo interno. La calidad de su funcionamiento profesional dependerá del "uso" que decida hacer de su propio cuerpo.

La participación en el Seminario, genera interrogantes y motiva a los estudiantes a la investigación; particularmente lo hacen pensando en generar las tesis de grado para poder acceder al título de Licenciados en Terapia Ocupacional.

Es por ello, que se ha ido constituyendo una red de problemas de investigación basados en la temática del Modelo de Abordaje EPA. Se ha generado una experiencia altamente beneficiosa que permite:

Profundizar y promover la validación de los conocimientos que fundamentan el modelo de EPA, dentro del sistema académico.

Facilitar, a los estudiantes, el proceso de realización de las tesis de grado, en un marco de contención y asesoramiento en la etapa final de la carrera.

En este contexto, el objetivo del presente trabajo consiste en sistematizar una experiencia de investigación de estudiantes avanzados de la carrera de Terapia Ocupacional en la Universidad Nacional de Mar del Plata. En esta experiencia se organizó la producción de las tesis de grado que tuvieron como objetivo profundizar el conocimiento del modelo de abordaje EPA y su implementación en diferentes poblaciones, enmarcadas en una institución privada de salud, bajo la supervisión del profesional que orienta en cuanto a los problemas a delimitar.

Metodología

El trabajo consiste en una sistematización de experiencia de campo, bajo un enfoque cualitativo-interpretativo, con fines exploratorios y descriptivos. Este enfoque permite en relación a la experiencia: comprenderla desde la perspectiva de quien la realiza, detectar los conceptos a partir de los cuales se concreta; reconstruirla y ordenarla, identificando sus elementos. La sistematización pone en orden el conocimiento desordenado y las percepciones que se ge-

neran a lo largo de la experiencia. Permite hacer explícitas las intuiciones, intenciones y vivencias acumuladas a lo largo del proceso; recuperar lo que se sabe y descubrir nuevos aspectos de la experiencia vivida.

La sistematización consta de los siguientes pasos:

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA (objeto del estudio): Las profesiones se encuentran constituidas por los fundamentos filosóficos, un modelo de profesión, los marcos de referencia teóricos, la práctica clínica, los datos y la investigación. (Mosey1986). Estos elementos se relacionan dinámicamente dando vida e identidad propia a la profesión.

Los resultados de las investigaciones contribuyen a ampliar y profundizar el cuerpo de conocimientos, y a enriquecer la práctica profesional; resultando eficaz si se relaciona con las necesidades sociales e institucionales. Fundamentándonos en estas reflexiones es que nos proponemos analizar esta experiencia en la cual se introdujo un nuevo método de abordaje terapéutico (EPA) dentro curriculum de la carrera de Lic. en Terapia Ocupacional. El seminario de Introducción a la EPA, que se incorporó al curriculum en el año 2010, constituye una fuente de ideas para las futuras tesis. En este período se realizaron seis tesis de grado, cinco fueron realizadas por grupos de dos estudiantes, y una tesis de forma individual. Los estudiantes recibieron orientación y acompañamiento desde el inicio de la investigación hasta su culminación. Las investigaciones compartieron los fundamentos teóricos y se basaron en el abordaje Educación Postural Activa (EPA), consistiendo en experiencias de aplicación de dicho método en diversas poblaciones. En el plazo de aproximadamente un año todas las tesis fueron aprobadas muy satisfactoriamente.

La elaboración de la tesis de grado suele resultar un desafío de alta complejidad para el estudiante cuando no se ofrecen ciertos parámetros que orienten en la formulación de problemáticas a abordar. El tiempo en detectar y formular un problema de modo preciso suele dilatarse y por consiguiente se dilata la posibilidad de recibirse en un tiempo razonable. Es por ello que se pretende realizar un análisis de la experiencia de elaboración de las tesis de grado de un grupo de estudiantes avanzados de la carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de Mar del Plata. La importancia de sistematizar esta experiencia radica en la posibilidad de ofrecer un aporte para la organización de la investigación y producción de tesis en los estudiantes avanzados.

TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS: Se analiza la experiencia en conjunto con los propios actores sociales involucrados: tesistas y docente. Las técnicas de recolección de datos utilizadas son análisis documental de las tesis y entrevistas a los tesistas y docente.

Análisis de la Experiencia

La red de investigación se origina con la tesis que aborda el significado que los Licenciados en Terapia Ocupacional le adjudican a la construcción holística de su propio rol profesional, siendo algunas de sus conclusiones las siguientes: A) La internalización y valoración del rol profesional no contempla completamente la formación holística del alumno como futuro agente de salud. B) Alcanzar un conocimiento de si mismo resulta una necesidad, pero no es una prioridad. C) Ambigüedad en la concepción del rol profesional.

Este trabajo genera y fundamenta la inclusión, en el Plan de Estudios de la Carrera de Lic en Terapia Ocupacional, de un seminario optativo destinado a los estudiantes sobre el abordaje EPA, con el propósito fundamental de introducir al alumno a la posibilidad de comprender el funcionamiento global de la estructura corporal, vivenciándola desde su propio cuerpo para luego poder aplicarlo a su quehacer profesional.

Este taller constituye, para algunos alumnos, una fuente de ideas a partir de la cual dar origen a sus propias investigaciones. Es así como se desarrollan las siguientes tesis que se resumen en la siguiente tabla:

Objetivo del estudio	Resultados más importantes
Identificar cuáles son las características posturales y la conciencia postural de estudiantes que cursan el Seminario de Educación Postural Activa de la carrera de Terapia Ocupacional	Población con desviación de la alineación postural, y dolencias atribuidas a causas emocionales, falta de ejercicio y adopción de malas posturas. *El grupo mostró tener conocimientos teóricos en relación a la importancia de la postura; que no son llevados a la práctica.
Analizar la adquisición de autoconocimiento corporal -necesario para el cuidado de la propia salud-, a partir de un taller de Educación Postural Activa en adultos mayores que concurren a un centro de jubilados de la ciudad de Mar del Plata.	*Los participantes pudieron trasladar lo aprendido a la cotidianeidad. Desarrollaron conciencia corporal y capacidad de auto observación. *Experiencia altamente beneficiosa.
Analizar la influencia de la EPA en la calidad de vida de las personas que concurren a la Clínica de Salud de la ciudad de Mar del Plata	La aplicación de la Educación Postural Activa influye de manera positiva en la Calidad de Vida de las personas. * pudieron expresar claramente como implementan lo aprendido en las sesiones
Explorar los aspectos que promueven el autoconocimiento corporal, necesario para el autocuidado corporal en la vida cotidiana, en las personas que toman clases de tango salón	Las personas presentan un concepto corporal adecuado de los aspectos básicos que se trabajan en el tango. *registran de mayor disponibilidad corporal para realizar cambios de dirección de movimiento y una mayor facilidad para disociar cinturas escapular y pélvica en situaciones cotidianas. *El Tango podría usarse como medio terapéutico en todos los niveles de prevención de la salud
Identificar los aspectos que promueven el autoconocimiento corporal, necesario para el mejoramiento de la postura en el desempeño ocupacional en las personas que ejecutan el instrumento violín	Los violinistas no son conscientes sobre la importancia de la prevención. * Reconocen y definen correctamente la posición del violín y de su cuerpo al tocar pero destacamos que todos manifiestan que no pueden sostenerla en el momento de la ejecución. * La Educación Postural Activa, entonces, facilitará la protección de la salud así como también mejorará la calidad artística.

Del análisis de las entrevistas a las tesis surgen los siguientes ejes de análisis:

La investigación: La posibilidad de generar investigaciones en el contexto de la práctica clínica del Taller EPA para estudiantes, facilita la etapa de formulación del problema, encontrando un contexto teórico y lineamientos para formularlo más precisamente.

Los momentos de dimensionamiento de las variables de estudio (de tipo complejo en todas las tesis) fue el paso que mayores dificultades generó.

Sobre la base de la planificación del estudio, el trabajo de campo en general resultó un momento de la investigación realizado con satisfacción, constituyó una experiencia enriquecedora.

Se valora positivamente el asesoramiento recibido, en relación a cómo investigar, materiales bibliográficos, contenidos teóricos y acompañamientos en las vivencias personales.

Aportes al cuerpo de conocimientos de la Terapia Ocupacional y del abordaje EPA: las tesis reconocen los aportes realizados. Todas las tesis realizan propuestas para continuar investigando o generando experiencias de abordaje en la práctica profesional:

"(...) a partir de la investigación se dio comienzo al seminario de EPA para estudiantes. Esta era una de las propuestas que dimos en la tesis. Más prácticas vivenciales en el propio cuerpo. Un aprendizaje basado en experiencia y no solo en teoría." (E N°3)

"Siento que contribuye a ampliarlo aportando una manera más holística de analizar las potencialidades terapéuticas de una actividad desde TO." (E N°2)

La importancia de la conciencia corporal de los terapeutas:

"Fue un gran aprendizaje desde lo académico y muy intenso desde lo personal, desde lo más profundo de mi SOMA. Algo que es importante trabajar en un profesional de la salud, porque no sólo es observar, evaluar, tratar, enseñar, acompañar desde una mirada holística al otro ser humano sino que es necesario encontrarse con él habiéndose encontrado uno mismo antes o por lo menos haber ingresado en esa búsqueda." (E N°2)

"Conocemos la anatomía y la biomecánica para aprender a tocar y trabajar con otros cuerpos decidimos cambiar el punto de vista y enfocarnos en nosotros mismos (nosotros - estudiantes), bajo la premisa de que el encuentro con ese otro será mucho más rico si nosotros ya contamos con la experiencia de habernos encontrado con nosotros mismos previamente" (E N° 1).

Conclusiones

El trabajo de investigación en función de una red de problemas facilita el desarrollo de las investigaciones de los estudiantes. Quienes pudieron realizar las tesis en un contexto de acompañamiento, asesoramiento y contención. Se produjo una construcción conjunta del conocimiento, el docente ofrece el andamiaje apropiado para que el estudiante alcance el aprendizaje del método y del proceso de investigación, desde la formulación del problema hasta la difusión de los resultados.

A partir de la participación en el seminario los estudiantes descubren la importancia del autoconocimiento, de la conciencia corporal para el futuro abordaje de las personas en el quehacer profesional.

Del análisis se desprende la importancia del aporte que se pueda realizar desde las asignaturas curriculares a la formación holística basada en la propia experiencia.

Se propone por consiguiente, continuar ampliando la red de problemas facilitando la elección de los problemas de investigación; invitando a profundizar el abordaje terapéutico EPA tanto desde su perspectiva teórica como a través del aporte de nuevas evidencias empíricas. La organización de la investigación a partir de este tipo de experiencias permitió a los estudiantes enriquecerse tanto en el autoconocimiento, en las vivencias profesionales y en la for-

mación para la investigación, enriqueciéndose en el encuentro con otros profesionales y pares, transformando escenarios.

Bibliografía

BertheratTherese, 2014 " LA GUARIDA DEL TIGRE" Edit. Paidós(Barcelona-España)

BertheratTherese, 2000 "CORREO DEL CUERPO" Edit. Paidós(Barcelona-España)

BertheratTherese, 1987 "EL CUERPO TIENE SUS RAZONES" Edit. Paidós(Barcelona-España)

BertheratTherese, 1990 "LAS ESTACIONES DEL CUERPO" Edit. Paidós(Barcelona-España)

Blandine Calais-Germain, 2014 " ANATOMIA PARA LE MOVIMIENTO "TOMO I edit. La Liebre de Marzo (Guadalajara- Mexico)

GodelieveDenys- Struyf2008 "EL MANUAL DEL MEZIERISTA" Tomo I y II Edit. Paidotribo (Mexico)

Gomariz Jorge Ramón, 2008 "ESTIRAMIENTO DE CADENAS MUSCULARES" Edit. La Liebre de Marzo(Guadalajara- Mexico)

Rolf, Ida P. 1994"ROLFING. LA INTEGRACION DE LAS ESTRUCTURAS DEL CUERPO HUMANO". Edit. Urano(Argentina)

MosheFeldenkrais, 1992 "LA DIFICULTAD DE VER LO OBVIO" Edit.Paidós(Barcelona- España)

Ph E. Souchard, 2008 "STRECHING GLOBAL ACTIVO" TOMO I y II Edit. Paidotribo(Mexico)

Romero A. 2003 "TERAPIA OCUPACIONAL. TEORIA Y TECNICAS" Ed. Masson (España)

ToljaJader y Speciani Francesca, 2006 "PENSAR CON EL CUERPO" Edit. Del Nuevo Extremo SA (Buenos Aires- Argentina)

Trombly Catherine Anne. 2001 "T. O. PARA ENFERMOS DISCAPACITADOS FISICAMENTE. Edit. La prensa medica mexicana.(Mexico)

Vishnivetz Berta, 1994 "EUTONIA EDUCACION DEL CUERPO HACIA EL SER" Edit. Paidós (Barcelona España)

El pasaje por la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) como Residente de Terapia Ocupacional del Gobierno de la ciudad de Buenos Aires

Autora: Pascual, Daniela Soledad.

Correo electrónico: pascualdaniela@hotmail.com

Resumen

Introducción

Como Residente de Terapia Ocupacional, con orientación en pediatría, cuento con varias rotaciones en mi programa de formación, una de las cuales se lleva a cabo en el área de Neonatología. A pesar de que ya somos muchos los que hemos oído hablar de la inclusión de nuestra disciplina en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), lo que realmente me motiva a compartir mi experiencia con ustedes se relaciona con la particularidad de haber sido vivenciada en un Hospital General de Agudos, en el contexto de un residencia, y de haber contado con una supervisora que guio este primer acercamiento.

Objetivos

Me propondré reflejar en este trabajo aquello que he comprendido en relación al aporte de Terapia Ocupacional en este campo, reflexionar en relación a los destinatarios y compartir las dificultades vivenciadas en lo clínico.

Conclusión

A lo largo de lo recorrido, se evidencia el valor de trabajar de manera interdisciplinaria en pos de la inclusión de la familia como parte del equipo, favoreciendo la participación activa de la misma en los cuidados del recién nacido.

Introducción

Quizás resulte difícil pensar a un recién nacido como un *ser ocupacional*. Sin embargo sabemos que muchas de las actividades que tiene lugar en la rutina de un bebé no sólo significan un hacer del adulto sino que requieren de la participación activa del niño. Muchos niños nacen y en un corto periodo de tiempo logran interactuar con sus cuidadores utilizando la mirada o el lenguaje corporal, succionan para obtener el alimento, demandan cuidado cuando lo requieren y comienzan a explorar el medio que los rodea, primordialmente a través de la observación. En contraste, los bebés que transitan sus primeros días de vida en la UCIN se caracterizan por haber nacido antes de término o por estar gravemente enfermos. En ambos casos la participación del niño en ocupaciones podría verse limitada, ya sea por sus habilidades como por numerosos factores medioambientales.

La situación enunciada en el párrafo anterior, en la cual la internación en la UCIN sucede a un nacimiento, también modifica las ocupaciones que representan, según la cultura en la cual estamos insertos, al rol parental. Tal como afirma Bruer (2001, citado en Vergara, 2007), una de las mayores frustraciones, vivenciada por los padres, se relaciona con el delegar gran parte de los cuidados, de aquel recién nacido, a extraños considerados "expertos" en la materia. El ambiente propio de la UCIN, el equipamiento, los sensores, las alarmas, las vías incrementan aún más el temor en los padres ante la posibilidad de sostener, e incluso tocar a su bebé. Esta inhabilidad para responder al rol parental durante los primeros días, podría conducir a un pobre autoconcepto y baja autoestima, sentimientos que en caso de prolongarse

podrían interferir en las habilidades parentales una vez transitada la internación en la UCIN (Vergara, 2007).

"Yo lo único que quería hacer era ver a nuestro hijo. A la noche cuando ya me pude levantar, me llevaron en sillas de ruedas a la Neo para poder verlo. Esas imágenes quedarán guardadas para siempre en mi memoria...Que ponerse la cofia y el delantal descartable, que lavarse las manos por 5 minutos, que desinfectarse(...) Entrar a una sala de Neonatología es realmente impactante. Aparatos sonando continuamente, bebés extremadamente pequeños, respiradores, vías, médicos, enfermeras" (Mónica, citada en Basso, 2012).

Mónica refleja en sus palabras, las de muchas otras mamás en las cuales la llegada de aquel hijo se vivencia de manera distinta a la imaginada. En ese contexto se dan los primeros acercamientos mamá-bebé, razón que me lleva a considerar que a pesar de las variadas intervenciones que construyen nuestro quehacer en una Unidad de Neonatología, hay un eje que atraviesa a todas ellas. Se trata del acompañar, acompañar ese proceso de internación, el cual conlleva sentimientos de temor, incertidumbre, cansancio, aceptación, esperanza y en ocasiones, desesperanza.

Entonces, como Terapistas Ocupacionales, cualquiera sea la teoría en la cual nos apoyemos, resulta claro comprender que tanto el recién nacido como la familia serán destinatarios de nuestros servicios. Desde esta perspectiva, el objetivo que dirija nuestras intervenciones será el de optimizar la habilidad del bebé y su familia para involucrarse en ocupaciones a lo largo de la internación, y una vez en el hogar.

Existe un punto más en el cual me gustaría detenerme, se trata de la complejidad que se nos presenta en la particularidad de cada caso, de la imposibilidad de encasillar las demandas de una familia, de la "incontrolable indisciplina de los problemas actuales" (Stolkiner, 1987 citado en Stolkiner, 2005). Surge, entonces, la interdisciplinariedad como un posicionamiento que obliga a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina, y propone la acción cooperativa de los sujetos en respuesta a los desafíos que se presentan a diario en la tarea asistencial (Stolkiner, 2005).

Desarrollo

A continuación me propongo compartir una de las experiencias transitadas, a partir de las cuales intentaré reflejar mi paso por la Unidad de Neonatología de un Hospital General de Agudos.

Primeros acercamientos...

Conocí a Ivo el 26 de Agosto del 2014, con dos días de nacido. Su Historia Clínica lo presentaba como un Recién Nacido a Término (RNT), con Bajo Peso para la Edad Gestacional y con Polimalformaciones, a partir de las cuales surgían dos hipótesis: Síndrome Genético o Infección Intrauterina. Había sido el primer embarazo de Alejandra, una joven de 17 años de edad.

Luego de consultar la historia clínica e indagar al médico tratante en relación al estado clínico de Ivo, ingreso a la UCIN para conocerlo. El bebé estaba en incubadora, en terapia intermedia, alimentándose por Sonda Orogastrica (SOG) y vía parenteral. Acostado en supino (único decúbito desde el día de nacimiento), se evidenciaba una postura atípica en todo el tren inferior, que le permitía a las plantas de sus pies contactar con las caras laterales del tronco.

Esa misma mañana conozco a Alejandra, me presento, nos sentamos próximas a la incubadora y entre diálogos en torno a la técnica de extracción de leche, comienza a compartir el contexto en el cual tuvo lugar el embarazo de Ivo. La gestación había sido producto de un abuso, y a pesar de haberse realizado los análisis correspondientes, se había anoticiado de la misma en el 6to mes de embarazo. Relata que en ese momento "se quiso morir", ella y toda

su familia. La escucho en silencio, habilitando un espacio para su historia. Espacio que intenta alejarse de los tiempos de la sala, dando lugar a la expresión de aquella mujer cuya vida había cambiado sustancial y repentinamente.

Luego de unos minutos la entrevista continúa, conversamos del primer encuentro con Ivo, qué sintió al verlo, si estaba acompañada o no, y como estuvo los momentos posteriores. Hablamos de lo impactante que puede ser la sala de Neonatología, y de la organización de los cuidados diarios del bebé.

Al finalizar este primer encuentro, decido transmitirle la situación a la médica tratante buscando justificar la necesidad de que Alejandra cuente con el acompañamiento desde salud mental a lo largo de la internación. Acompañamiento que requiere más de una semana para concretarse.

Haciendo lugar al rol de madre...

Desde la UCIN en la cual he transitado mi rotación se fomenta el acompañamiento del niño internado, permitiendo y aconsejando la internación materna en las salas de obstetricia hasta el momento en el que se logre el alta clínica del bebé. Ante esta opción, Alejandra decidió permanecer en el Hospital hasta que Ivo obtuviese su alta clínica.

Durante la mayor parte del día Alejandra permanecía en la sala, junto a la incubadora de su hijo. Pasaba mucho tiempo observándolo, y por momentos acariciaba sus manos, pero impresionaba temerosa ante el contacto con Ivo. Fue así como se inició el seguimiento desde nuestro área, buscando acompañar aquellos primeros intercambios mamá-bebe. Teniendo los resguardos posturales, se facilitó el sostén de Ivo en brazos, se prestó asistencia en la realización del contacto piel a piel, se acompañó y asesoró durante los primeros intentos de lactancia y, mediante la propuesta de diferentes actividades, se promovía un incremento de la participación de Alejandra en los cuidados del niño.

Con el avanzar de la internación, se hacían más habituales las miradas entre ambos, los susurros, en ocasiones, cantos, las caricias y los momentos de juego que tenían lugar en la sala. Vivenciar la aparición y el fortalecimiento de las señales de comunicación entre Alejandra e Ivo me llevo a sorprenderme, a maravillarme de la capacidad de ambos. Me proponían replantearme algunos supuestos teóricos, reafirmando la necesidad de focalizarme en la particularidad de esta familia para comprender que a pesar del abuso como causa de la gestación, a pesar de la disociación entre la gestación y el deseo, a pesar del corto tiempo transcurrido entre la noticia y la llegada de Ivo, a pesar del ambiente y a pesar del potencial impacto que podía generar la postura atípica del bebe, a pesar de todos estos factores que, generalmente, se clasificarían como obstaculizadores del vínculo, ellos parecían sobreponerse y lograr una interacción recíproca basada fundamentalmente en el diálogo no verbal, en las miradas, el tacto, la sonrisa, la manera de sostener y ser sostenido (Spitz, 1965 citado en Oliberman, 2001).

Tomando posición...

Ivo permaneció internado en la Unidad de Neonatología durante más de un mes, a la espera de confirmar un diagnóstico. Desde la segunda semana de vida, se inició tratamiento traumatológico mediante yesos seriados, los cuales se extendían desde el cuello del fémur hasta el metatarso. Luego de cada renovación semanal, y teniendo en cuenta la postura en la cual quedaría Ivo por una semana, se planteaba, en conjunto con la terapeuta de planta, distintas estrategias en relación al posicionamiento en los decúbitos posibles, y se confeccionaba el equipamiento que fuese necesario para asegurar la correcta alineación postural en cada uno de ellos. Se conversaba con la médica tratante, se asesoraba a Alejandra y se realizaban fichas de posicionamiento que incluían fotos del bebé con el equipamiento correspondiente en cada decúbito para facilitar la comprensión tanto de la familia como del resto del equipo. Este proceso, que he reducido en unas líneas para ser compartido con ustedes, no ha sido sin

resistencia de muchos de los profesionales. Resistencias que, poniendo a prueba nuestra creatividad y perseverancia, tomaron varias semanas de trabajo en pos de lograr criterios en común.

Las estrategias pensadas, la confección de equipamiento y el asesoramiento tanto hacia la familia como hacia el resto de equipo no sólo respondía a la necesidad de prevenir complicaciones secundarias a la permanencia prolongada en decúbito supino, sino también a favorecer la autorregulación del recién nacido, es decir, la capacidad de controlar, equilibrar y modular otros subsistemas, tornándose capaz de calmarse a sí mismo aun cuando se expone a estresores potenciales o a situaciones disruptivas (Als & col., 1982, citado en Vergara & Bigsby, 2007). Observábamos en Ivo mayor presencia de conductas de estrés durante su permanencia en supino: irritabilidad, llanto, movimientos desorganizados, arqueo de tronco, hiperextensión de dedos, etc. Tal como afirma Vergara (2007), mientras el estrés aumenta, disminuye el poder de autorregulación del bebé al menos que se dé una intervención apropiada para restablecer el sistema. En este sentido, considerábamos primordial facilitar el sostén del niño en brazos y posibilitar los diferentes decúbitos, al mismo tiempo que se aseguraba su correcta alineación postural.

Preparando... Comunicando... Esclareciendo

Hacia la última parte de la internación, y durante las entrevistas que manteníamos a diario con Alejandra comenzamos a notar la poca información con la que contaba en relación al diagnóstico de Ivo. Nuestra propuesta era realizar una derivación a un centro de tercer nivel cercano a la zona de domicilio (Pilar) donde pudiera continuar con intervención temprana. Cuando conversamos en relación al seguimiento del niño luego del alta, Alejandra no lo veía como necesario, ya que impresionaba creer que se trataba de una limitación transitoria, que se resolvería a partir del tratamiento traumatológico. Al indagar más en profundidad, constatamos que a pesar de lo prolongada que había sido la internación de Ivo, y de la cantidad de evaluaciones que había tenido, ninguno de los profesionales intervinientes le había comunicado a la mamá la fuerte sospecha de que su hijo tuviera Síndrome de Larsen¹, ni de que la misma estuviese en estudio. Si bien no se sabía con precisión cual era el diagnóstico final, los médicos sí aseguraban la presencia de una displasia esquelética² y una ventriculomegalia³.

Se transmitió la información, obtenida a partir de las entrevistas, a los profesionales intervinientes, logrando programar una reunión de equipo la semana previa al alta, en la cual se decidió posponer la misma hasta organizar las derivaciones y poder orientar mejor a la familia.

Muchas veces el profesional informante cree que fue claro en sus expresiones y que, por lo tanto, fue comprendido, pero no es así. La comprensión ocurre sólo cuando se establece el intercambio empático entre quien escucha y quien expresa. Las familias aprecian recibir la información necesaria, con claridad, lentamente, utilizando vocabulario llano y sin tecnicismos (Albístur & col., 2000)

Finalmente, el lunes 29 de septiembre previo al alta, se realizó una reunión en la que participamos una terapeuta ocupacional, una psicóloga, dos médicos neonatólogos, la abuela de Ivo y Alejandra. Tras indagar en relación a la información con la que contaban, se realizó un resumen de lo observado por las distintas especialidades, se enfatizó en la importancia de continuar un seguimiento y se propusieron varias opciones para concretar el mismo. Hacia el

¹ El síndrome de Larsen es una displasia esquelética rara caracterizada por la dislocación congénita de las grandes articulaciones, deformaciones en los pies, displasia de la columna cervical, escoliosis, falanges distales en forma de espátula y anomalías craneofaciales características como la fisura del paladar.

² Las displasias esqueléticas son patologías que presentan una alteración generalizada del tejido óseo y constituyen una de las causas más frecuentes del retardo severo del crecimiento.

³ La ventriculomegalia es el aumento de tamaño de uno o de los dos ventrículos laterales. Los ventrículos laterales son unas cavidades localizadas en el interior de cada uno de los hemisferios cerebrales, donde se origina el líquido cefalorraquídeo que protege y circula alrededor y por el interior del sistema nervioso central: el cerebro y la médula espinal.

final de la reunión la abuela enunció "...Ahora entiendo que no es solo lo de las piernitas...sino que es eso dentro de un combo...".

Conclusión

A lo largo del escrito he intentado transmitir parte del proceso vivenciado durante mi rotación en el área de Neonatología. Hacia el final del mismo he comprendido que para lograr optimizar la participación del niño y su familia en ocupaciones, para brindar acompañamiento, para ser un pilar de sostén, es necesario destinar una porción de nuestro trabajo en favor de la interdisciplinariedad. En esta instancia, considero pertinente ampliar nuestro grupo de destinatarios, y pensar al resto de los profesionales como parte de los mismos. Nosotros, tanto como las alarmas, los sensores, los rituales de higiene, y otras tantas cosas más, conformamos el ambiente de una internación en la UCIN; y como ya todos sabemos, como parte de un ambiente somos potenciales obstaculizadores o facilitadores del mismo.

Durante la internación de Ivo en la UCIN muchos profesionales de distintas áreas han iniciado un "seguimiento del caso". Ivo ha sido evaluado por Neonatólogos, Genetistas, Traumatólogos, Neurólogos, Cardiólogos y nuestra disciplina, entre otras. A este amplio grupo se sumaban enfermeros, y uno o dos residentes de salud mental. A pesar de la cantidad de agentes intervinientes, no puedo pensarnos como equipo de trabajo, sino más bien como profesionales de distintas disciplinas que prestamos servicios hacia el niño y su familia enfocándonos en lo que creíamos pertinente abordar desde la lupa que nos aportaba cada una de nuestras disciplinas. Digo "prestar servicios" porque como colectivo creo que tampoco hemos logrado trabajar en pos de la construcción conjunta y la autogestión de Alejandra y su familia. En un plano general, Alejandra ha tenido un rol pasivo a lo largo del tratamiento de Ivo, escuchaba lo que los médicos decidían transmitirle, en ocasiones no comprendía, y, a pesar de intentarlo, no recuerdo decisión en la que haya participado activamente. Confío, hubiese sido distinto si la interdisciplinariedad formaba parte de ese escenario.

Bibliografía

- Albístur, M., Bacigalupo, J., Gerez, J., Uzal, M. y col. (2000). La familia del paciente internado en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Revista Médica del Uruguay*, 16, (3).
- Basso, G. & Mimiza, M. (2012). La familia en la UCRN. En *Un nacimiento prematuro. Acompañando el neurodesarrollo*. (1^{ra} ed.) Buenos Aires: Cesarini Hnos.
- Oliberman, A. (2001). *Observando a los bebés: estudio de una técnica de observación de la relación madre-hijo*. (1a ed.) Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
- Pose, G. (2004). Conociendo al bebé. En *Ser padres prematuros: sobre el parto prematuro, el nacimiento y la relación con el bebé*. (1^{ra} ed., pp. 71) Buenos Aires: Del Candil.
- Stolkiner, A. (Octubre, 2005). *Interdisciplina y Salud Mental*. Ponencia presentada en IX Jornadas Nacionales de Salud Mental I Jornadas Provinciales de Psicología, Posadas, Argentina.
- Unicef Argentina (2014) Historias prematuras. (1^{ra} ed.) Buenos Aires.
- Vergara E. & Bigsby R. (2007) *Developmental & Therapeutic Interventions in the NICU*. (1^{ra} ed. 2^{da} imp) Baltimore, Maryland: Brookes Publishing C°.

El impacto de la supervisión en el desarrollo de programas de T.O

Autor: Lic. T.O. Paola Emilce Marcellán
Correo electrónico: paoemilce@hotmail.com

Resumen

Introducción

En esta exposición queremos compartir el proceso de supervisión de nuestro Programa de Participación Comunitaria Inclusiva de la localidad de Embalse de Calamuchita, Córdoba, Argentina.

Material y Métodos

Para el proceso de supervisión hemos recurrido a la orientación de la Lic. T.O. Mariel Pellegrini, y hemos utilizado la guía "Etapas para la elaboración de un Programa Comunitario de Terapia Ocupacional" (1), la cual consta de seis pasos progresivos para el análisis, la selección, la organización y la producción de datos.

Resultados y Conclusiones

Este proceso nos ha permitido reconocer los aspectos débiles de nuestro razonamiento, ajustar objetivos del programa y determinar formatos de evaluación de resultados, desarrollando así intervenciones claras y efectivas en beneficio de todos los actores comunitarios implicados.

Recomendaciones y Comentarios

Alentamos a nuestros colegas que desarrollan programas novedosos o buscan revisar el rumbo de programas ya establecidos, a recurrir a la herramienta de la supervisión con el objetivo de implementar prácticas fundamentadas y medibles en efectividad.

Introducción

En esta exposición queremos compartir el proceso de supervisión de nuestro Programa de Participación Comunitaria Inclusiva de la localidad de Embalse de Calamuchita, Córdoba, Argentina.

Para esto realizaremos un breve repaso de nuestro recorrido, mostraremos aspectos relevantes de la situación previa a la supervisión, aspectos significativos de la transformación atravesada y finalmente compartiremos los resultados y reflexiones posteriores.

Parte 1: Situación del programa previo a la supervisión

Los inicios

El Movimiento Participar surge como un colectivo de personas de diversas disciplinas (músicos, actores, payasos y payamedicos, bailarines, cirqueros, recreadores) coordinados por Terapistas Ocupacionales con el objetivo de generar en la localidad de Embalse un proyecto de tres ejes.

El primer eje, **el abordaje de la discapacidad**, se manifestó en brindar talleres de creatividad y recreación inclusivos.

El segundo eje, **la puesta en valor de la creatividad**, se desarrolló realizando muestras de diversas expresiones artísticas en espacios públicos con el propósito de atraer la atención y convocar a los talleres.

El tercer eje, **la promoción de la participación comunitaria**, se inició con acciones de trabajo en territorio y embellecimiento de espacios públicos convocando a toda la comunidad (juntar basura, arreglo de plazas y costa del lago).

- Con estas acciones buscábamos lograr:
- Sensibilizar a la comunidad acerca de la temática de la discapacidad
- Promover la motivación y la participación comunitaria
- Favorecer la accesibilidad física y social de personas con y sin discapacidad
- Favorecer el lazo social y la identificación de intereses comunes de los grupos
- Propiciar la puesta en valor de recursos comunitarios para la atención de personas con discapacidad de todas las edades

La expansión y la crisis

Al concluir una primera etapa de trabajo de campo, se nos ofreció la posibilidad de continuar con el abordaje de las necesidades de las personas con discapacidad en el Centro Integrador Comunitario (CIC) de la localidad. Estas acciones continuaron durante un año (abril de 2013 a abril de 2014).

En este periodo, la demanda comunitaria se amplió. Tanto por parte de personas con y sin discapacidad de todas las edades como por miembros de la comunidad educativa y de servicios de salud. Las problemáticas que se presentaron fueron amplias y diversas. Las urgencias múltiples.

Durante este periodo, nuestros objetivos originales de enfoque comunitario se diluyeron en la magnitud de las demandas individuales. El compromiso con las necesidades de cada uno de los participantes, el interés por dar respuesta a los problemas planteados por los actores comunitarios y paralelamente, la falta de recursos de nuestro equipo y la ausencia de trabajo en red con otros actores comunitarios, nos puso frente a una encrucijada.

Parte 2: Procesos de transformación durante de la supervisión

Como toda crisis es oportunidad, decidimos revisar nuestra práctica, reconocer nuestros errores y enfocar nuevamente el trabajo con una proyección realista y efectiva. Acudimos a Lic. T.O. Mariel Pellegrini con quien realizamos la supervisión a través de una plataforma online, debido a la distancia geográfica.

Durante este proceso, revisamos nuestro enfoque acerca de (1):

- la identificación de necesidades y problemas,
- el establecimiento de prioridades,
- la determinación de objetivos,
- la organización de acciones y recursos y
- la implementación y evaluación del programa.

Algunas de las transformaciones de este proceso se pueden resumir en los siguientes puntos:

- La necesidad de dejar por fuera de nuestro alcance muchos de los problemas identificados ya que anteriormente tendíamos a vernos sobrepasados por intentar "tapar todos los baches".

- La necesidad de retomar nuestros objetivos iniciales de abordaje comunitario, rescatando el espíritu del programa, en detrimento del abordaje individual.
- La necesidad de ajustar nuestras acciones y reestructurar los dispositivos ya que anteriormente contábamos con varios dispositivos para un solo objetivo o viceversa.
- La necesidad de trabajar con plazos cortos y con objetivos realistas y medibles para favorecer la evaluación de nuestras acciones ya que anteriormente nos encontrábamos frente a la imposibilidad de medir resultados.

Parte 3: Situación del programa posteriormente a la supervisión

En la Tabla I compartimos los Objetivos del Programa para un periodo de cuatro meses.

En la Tabla II Compartimos una selección de aspectos de desempeño ocupacional determinados para la Evaluación del Impacto del Programa.

Tabla I – Objetivos del Programa

1 - Crear espacios inclusivos (con personas con y sin discapacidad) para la participación de jóvenes y adultos de la comunidad de Embalse <i>Promover la exploración de intereses</i> <i>Promover la identificación de hábitos saludables</i> <i>Favorecer el compromiso y la responsabilidad</i> <i>Promover actitudes de cooperación y solidaridad grupal</i> <u>DISPOSITIVO ARTESANAL</u> Taller de artesanías con material reciclado / Puesto de exhibición y venta de artesanías <u>DISPOSITIVO CULTURAL</u> Taller literario / Encuentros de cine / Espacio creativo de arte (teatro y cortometraje) <u>DISPOSITIVO DE HABITOS SALUDABLES</u> Yoga para mujeres con y sin discapacidad / Taller de actividad física y rehabilitación 2 - Crear espacios inclusivos para la participación de niños con y sin discapacidad de la comunidad de Embalse en actividades lúdicas <i>Favorecer la exploración de actividades lúdicas</i> <i>Promover habilidades de cooperación y solidaridad grupal</i> <i>Incrementar las oportunidades de socialización entre niños con y sin discapacidad</i> <u>DISPOSITIVO DE JUEGO</u> Encuentros de juego integrados Actividades lúdicas con grupos de niños de seguimiento pedagógico 3 - Fortalecer el funcionamiento de los dispositivos comunitarios de apoyo a niños,

jóvenes y adultos con discapacidad de la comunidad de Embalse

Favorecer el conocimiento mutuo entre distintos dispositivos comunitarios (equipo de gabinete municipal, equipo de seguimiento pedagógico, equipo de estimulación temprana, escuelas, equipo de dispensarios, área social, coordinadores de actividades culturales, referentes comunitarios)

Promover la comunicación y el intercambio entre los actores de los dispositivos comunitarios

Promover el aprovechamiento de los recursos comunitarios

TRABAJO EN EQUIPO Y CON EL EQUIPO EN RED

Reuniones de equipo / Grupos de reflexión / Talleres de capacitación y trabajo personal / Red multidisciplinaria por medios electrónicos (grupo de mail, whatsapp)

Tabla II – Grilla de Evaluación del Impacto Programa

DESEMPEÑO OCUPACIONAL

E* - C -**

L***

*** Exploración: con máximo apoyo de terceros**

**** Competencia: con moderado apoyo de terceros**

***** Logro: con mínimo apoyo de terceros**

Adultos y jóvenes

Asiste a las actividades propuestas de manera regular

Valora propuestas de coordinadores y compañeros

Reconoce actividades de su interés y acorde a sus posibilidades

Selecciona actividades apropiadas

Se interesa por desarrollar hábitos saludables

Acepta dificultades propias y ajenas

Delega intereses personales en pos del interés grupal

Permite ayuda de coordinadores y compañeros para realizar actividad

Asiste a sus compañeros en la realización de la actividad

Es flexible frente a los cambios

Valora la rotación de roles dentro del grupo

Reconoce a sus compañeros como pares

Disfruta los encuentros

Comparte sus logros con otros miembros de la comunidad

Niños

Concurre regularmente con su familia o solo

Presenta conducta lúdica

Permanece motivado durante toda la actividad

Respeta limitaciones ajenas

Solicita ayuda

Valora la ayuda de otros

Ayuda a sus compañeros

Juega con otros

Integrantes de dispositivos de apoyo a niños con necesidades educativas especiales

Conoce los distintos dispositivos existentes y sus integrantes

Identifica las tareas que implica el rol de otros profesionales dentro del dispositivo

Realiza interconsultas/derivaciones con otros integrantes de su equipo y de otros

Comparte información y conocimientos (casos, capacitación/formación)

Asiste a reuniones de equipo y participa de red virtual para la comunicación

Da su opinión ante una propuesta (participa activamente)

Conclusión

La supervisión nos ha permitido, por un lado, mirar hacia adentro del programa y reconocer los aspectos débiles de nuestro razonamiento, ajustar objetivos del programa y determinar formatos de evaluación de resultados, desarrollando así intervenciones claras y efectivas.

Simultáneamente, este proceso de repensar nuestra práctica nos llevó a considerar nuestro programa en el contexto histórico y social y reconocer como estas variables externas impactan en el mismo. Así pudimos reconocer a través de la experiencia, que nos encontramos frente a un fracaso del sistema de salud y asistencial en nuestro país, el cual no logra dar respuesta a las crecientes necesidades de la población con y sin discapacidad. La multiplicidad de emergentes pueden hacer que programas comunitarios de bajos recursos fracasen frente a la dimensión de la demanda. Ante este panorama resulta de vital importancia para los programas y sus participantes poder reforzar la certeza interna, orientar con claridad las acciones, generar un clima de seguridad dentro del equipo de trabajo, mostrar solidez frente a otros actores comunitarios, poder dar cuenta de los resultados frente a autoridades y financiadores. La supervisión es una herramienta que puede colaborar decididamente con este propósito. Es a su vez una práctica que nos permite afianzar nuestro razonamiento y accionar como Terapistas Ocupacionales en la coordinación de programas.

Recomendaciones

Alentamos a nuestros colegas que desarrollan programas novedosos o buscan revisar el rumbo de programas ya establecidos, a recurrir a la herramienta de la supervisión con el objetivo de implementar prácticas fundamentadas y medibles.

Bibliografía

- American Occupational Therapy Association (2010). Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional, dominio y proceso. (2º ed.). American Journal of Occupational Therapy, 62, 625-683. USA.
- Barret, Laura; Kielhofner, Gary (2005). Teorías derivadas de las perspectivas del comportamiento ocupacional en Crepeau; Cohn y Schell (2005) Terapia Ocupacional (10º edición). Sección I: generalidades sobre el comportamiento ocupacional, 209-212. Editorial Panamericana. España.
- Pellegrini, Mariel (2004). Terapia Ocupacional en el Trabajo de Salud Comunitaria. Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Salud-Comunitaria.shtml>

Agradecimientos

A la Lic. Eliana Piccone

Por ser compañera y guía.

Gracias por vivir confiando en los sueños, propios y del mundo entero.

A la Lic. Mariel Pellegrini

Por la generosidad, la claridad y el apoyo.

Por la pasión y el compromiso con nuestro proceso de supervisión.

Por el ejemplo y la humildad.

A la Lic. Daiana Lozano

Por estar a la par en los días y noches de grupo de estudio.

A la Lic. Marianela Pascual

Por el aporte en los detalles finales del proceso de supervisión.

A la Lic. Agustina

Por creer en el Movimiento Participar.

Por la colaboración imprescindible para que este trabajo pueda ser compartido en el presente Congreso.

A los Participantes del Programa

Por ser los grandes maestros.

A la Comunidad de Embalse

Por abrir su corazón y regalarnos la confianza y el cariño cada día.

A mi Familia, en especial a Martín y Camilo que son el motor de esta nueva etapa de la vida.

Experiencia de Terapia Ocupacional: el mural, como creación y transformación

Autor: Deprati, Sofia Amelia.

Correo electrónico: sofiadeprati@hotmail.com

Resumen

En el presente trabajo se relata una experiencia llevada a cabo en noviembre del 2013 en el marco de la rotación como residente de Terapia Ocupacional por el Servicio de Recreación y Deportes de un Hospital de Rehabilitación del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. La misma consistió en la construcción de un espacio con modalidad de taller, en donde participaron personas adultas, internadas, externadas y ambulatorias, que concurren al hospital. Pensado en el trabajo colectivo, valorizando y significando sus historias, sus potencialidades y capacidades. Objetivos: Favorecer el proceso de identificación del sujeto con su hacer y con sus potencialidades; vehiculizar lo subjetivo de cada participante a través de una actividad artística; favorecer la expresión de emociones y de sentimientos; potenciar la creatividad; y favorecer lazos sociales. Materiales y métodos: Se realizaron cuatro encuentros, con una frecuencia de una vez por semana y una duración de dos horas aproximadamente. Cada uno fue constitutivo del otro, estando presente la producción artística, un mural, como desenlace. Se utilizaron diversidad de materiales artísticos, auditivos, visuales y olfativos. Resultados: La entrega absoluta de las personas a la experiencia en sí misma, enfocada en el proceso, más que en el resultado; identificándose con un hacer que los significa y los remite a sus historias. Los encuentros admitieron un exponer sobre experiencias individuales que dieron lugar a la mezcla, confluyendo en colectivas. Conclusiones: Un recorte de su cotidianidad, tiempo detenido para pensamientos ubicados sólo en la discapacidad, en lo imposible; dando lugar a lo posible, a los deseos, a los intereses. En lo personal y lo profesional, me permitió descubrir otras formas posibles de pensar y hacer la clínica con las personas que me encuentro día a día en mi hacer profesional como Terapeuta Ocupacional en el área de la rehabilitación física.

Sólo mediante una renovación continuada de nuestra actitud personal hacia la vida, se determinará un nuevo enfoque; es el proceso el que nos transforma... Recrear nuestra cotidianidad, encontrar un renovado sentido a aquello que perdió y está perdiendo sentido. No nuevos hechos, sino nuevas relaciones entre los hechos. (Amabile, 1990, p. 135.) (1)

El objetivo de la presente comunicación libre es compartir la experiencia de trabajo llevada a cabo en noviembre del año 2013 en el marco de la rotación como residente de Terapia Ocupacional por el Servicio de Recreación y Deportes de un Hospital de Rehabilitación del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

El Servicio de Recreación y Deportes promueve la ocupación del Tiempo Libre de las personas a través de actividades artesanales, expresivas, sociales, lúdicas, pre-deportivas y pre-laborales; tanto individuales como grupales, prevaleciendo el intercambio y el desarrollo de vínculos. El ambiente predispone a distenderse y brinda la oportunidad de explorar, descubrir intereses y permitir el aprendizaje de nuevas destrezas de ocupación del Tiempo Libre. Concurren personas con una edad que oscila entre los 20 y los 75 años promedio, de los dispositivos de Consultorios Externos, de Hospital de Día y de Internación. El proceso de Rehabilitación puede deberse a diversidad de enfermedades de tipo traumatológicas, reumatológicas, y neurológicas.

En relación a lo formulado por Indavere (2011) (2) en *Espacio de Desbloqueo y Despliegue de la creatividad*, se promueve un espacio de seguridad y de confianza donde aquellas personas que presentan dificultad para identificar intereses con respecto a las actividades de Tiempo Libre y Recreativas, puedan realizar algún movimiento que les posibilite conectar con su propia creatividad; generando un espacio de encuentro con uno mismo y con los otros, realizando diferentes actividades expresivas, artísticas y lúdicas que permitan el equilibrio interno necesario para el desarrollo personal.

Las personas que concurren al espacio participan a través de la realización de una actividad, otros desde la palabra o desde simplemente estar y permanecer en el lugar. En muchas ocasiones, sea que el paciente puede o no identificar un hacer significativo, el profesional acompaña y vehiculiza esta elección, tomando como punto de partida algún reconocimiento de parte del paciente para comenzar a explorar un nuevo hacer.

Durante los meses de rotación, se vivenció por primera vez en el recorrido como residente, un espacio en donde se favorece el proceso de identificación del sujeto a partir de un hacer que le permite tomar distancia de aquella "etiqueta" impuesta con un número de cama, un número de piso, un diagnóstico.

La observación de los pacientes en la realización de las distintas actividades que el espacio ofrece, invitó a la reflexión y al auto cuestionamiento por un lado, sobre el nivel de participación en las mismas, y por otro lado, sobre las variables que atraviesan el *Proceso del hacer* de cada sujeto, que trasciende la rehabilitación de una función o de una estructura corporal perdida. Frente a esto, se retoman los interrogantes que Silvia Destuet (1999) (3) abre en su libro "Encuentros y Marcas", sobre la elección de cada paciente: **¿A qué hacer responde? ¿Si es un hacer que se le impone? o ¿es un hacer donde casi podríamos inferir algo del orden de la Subjetividad?**

Respecto a lo mencionado, la autora considera: *Todo hacer conlleva implícita una renuncia, que dará lugar a un Proceso, a un movimiento en términos de la elección, su planificación, su ejecución-realización, su finalización. Si este proceso pudo sostenerse en el tiempo, inferimos que tal vez, algo del orden del deseo se puso en juego, dando lugar a la apropiación de un Hacer que se signifique* (Destuet, 1999, p. 26). (3)

En este sentido, la actuación de las personas en actividades artísticas (la pintura, el dibujo, entre otras) denotaba una participación activa, un fuerte compromiso y un sentido de pertenencia en las mismas y con el espacio. La posibilidad de crear y recrear con diversidad de colores, de texturas, de imágenes, en donde nada está bien ni está mal, posibilitaba la creatividad, la espontaneidad, la libertad y la identidad del sujeto.

A saber, en palabras de Moccio (1994) (4) el *Estado Creativo* es una "sensibilidad abierta a las sensaciones que nos conecta con lo inmediato de "adentro" y de "afuera" de nosotros". Es decir, le permite al sujeto conectar ese "adentro", entendido como un pensamiento libre, sin la influencia del pensar racional.

La vida ocupacional de las personas que se encuentran en el hospital ha sido interrumpida por una discapacidad física no sin tener influencia sobre su estado emocional. La persona atraviesa un proceso de duelo ante la pérdida de una función o una estructura corporal y la adaptación a una nueva imagen, la pérdida de un rol familiar, la pérdida de lazos sociales, la pérdida de un trabajo, la pérdida de intimidad y el aumento de la dependencia, según cada caso particular. Se muestran, a lo largo del proceso de la Rehabilitación, con una actitud pasiva, detenida en su cotidianidad y hacia su tratamiento, en donde se los ubica como receptores de terapias, de horarios, de un número de historia clínica, de actividades, de ejercicios físicos.

A partir de lo mencionado anteriormente, es como se comenzó a pensar y a crear un taller que posibilite principalmente un hacer significativo de aquellas personas adultas, internadas, externadas y ambulatorias, que concurren al hospital en los distintos dispositivos de atención. Además, se pretendía desde el espacio de taller modificar esta concepción de *paciente para*

ser asistido, ofreciendo la oportunidad de participar en una actividad que según Destuet (1999) (3) *"tenga en cuenta el singular recorrido histórico ocupacional"* y la totalidad del sujeto, que le permita explorar y vivenciar sus intereses reales, que lo lleve a construir un hacer significativo, siendo el autor y el protagonista del mismo.

Esta propuesta de taller tuvo como objetivos: favorecer el proceso de identificación del sujeto con su hacer y con sus potencialidades; vehicular lo subjetivo de cada participante a través de una actividad artística; favorecer la expresión de emociones y de sentimientos; potenciar la creatividad; favorecer lazos sociales.

El mural como hacer colectivo

El taller se realizó a lo largo de cuatro encuentros con una frecuencia de una vez por semana. Cada uno tuvo una duración de dos horas aproximadamente. En el primer encuentro, ubicados todos en ronda, nos presentamos con el nombre y todo aquello que quisieran agregar. Luego, brevemente se presentó el taller, los objetivos y el encuadre del mismo. Momentos más tarde, empezamos a trabajar con el cuerpo, con su reconocimiento, tanto a nivel individual y grupal, a través de la relajación de cada parte, utilizando la respiración consciente como el vehículo para alcanzar un estado de distensión muscular y el apaciguamiento de la mente. Seguido, exploramos distintos estímulos olfativos, táctiles, visuales, auditivos y gustativos, para despertar viejas o nuevas sensaciones y desde ahí, emprender nuestro viaje hacia la creación, la creatividad, la espontaneidad, la flexibilidad.

El segundo encuentro se dio en dos momentos. De a dos o de a tres con el de al lado o quizás con el que estaba en frente, en un encuentro espontáneo se agruparon dentro del grupo; rodeados de hojas, de diferentes materiales en cuanto a textura, color y consistencia, de revistas, de tijeras, de lápices, de pinceles, de acrílico y témperas, de forma simbólica, espontánea y libre, plasmaron sobre papel aquellos sentimientos, sensaciones venidas por el cuerpo, experimentadas en el anterior encuentro. Cada papel luego de trabajado se intercambió con otro subgrupo, para que de esta forma, se vayan entrecruzando los diferentes trabajos, y cada uno, cada subgrupo, participe y aporte sobre la mirada, el dibujo, las palabras, las imágenes del otro. Al finalizar el encuentro se realizó una breve puesta en común de aquello que cada uno deseara contar al resto respecto a su vivencia.

En los dos últimos encuentros llevamos a cabo la producción final, el "cierre", el mural. Se retomaron los trabajos realizados la semana anterior, nuevamente se les brindó la posibilidad a los participantes, si así lo deseaban, de contar a los demás cómo y qué habían sentido, experimentado en los distintos momentos del taller.

Luego, siguiendo con la lógica de la espontaneidad, la flexibilidad y la fluidez, sobre un fondo de madera a través del collage, plasmaron con diferentes materiales (diarios, revistas, lápices, acrílicos, telas) todas las sensaciones vividas tanto a nivel individual y grupal a lo largo de los encuentros. Construimos un Mural, en donde a partir de una lluvia de ideas, como recopiladora de los encuentros, de cada momento vivenciado: árbol – esperanza – cuidarte siempre – el árbol de la vida – camino – fuerza – vivir – oxígeno – sueños – dolor – luz – bronca – etapas – respira, lo llamamos "Rompiendo barreras, haciendo caminos".

Al mismo tiempo que se activaron ciertos sentidos, se desactivaron otros. Descubrimos sensaciones, recordamos otras; exploramos texturas, formas, objetos, olores, colores, exploramos y reconocemos nuestro cuerpo, que se encuentra algo distinto.

Algo de todo esto, remitió a sus historias, al barrio, a la casa, a la cultura, a las costumbres, a recuerdos, a vivencias, que parecen perdidas, borradas, pero al mismo tiempo poniéndose de manifiesto, en movimiento, queriendo salir: "...me hace acordar a las chocolatas que tomaba a la tarde con mi hermana...", dijo Juan; "Toque el botón e instantáneamente me acorde de mi madre", dijo Carlos; "me hizo acordar a cuando jugaba al fútbol (refiriéndose a un trofeo)", dijo Andrés; "vi los colores y me acorde de la cancha", dijo Gustavo.

Los encuentros admitieron una ida y vuelta en la comunicación, un exponer sobre papel vivencias individuales que dieron lugar a la mezcla, confluyendo en sociales, colectivas, grupales. El dejar entrar la mano, el aporte, la idea, la imagen, la palabra del otro, de los otros, implicó un esfuerzo, poner en juego la flexibilidad, al mismo tiempo que uno se encontraba "invadiendo", irrumpiendo, sumando, modificando el trabajo de ese otro.

Reflexiones

Vivencia que habilitó abrir sentimientos, expresar emociones, tanto en ellos, como en mí. Tanto desde lo profesional como lo personal, viabilizando el descubrimiento de otras posibilidades de intervención como Terapeuta Ocupacional en "Rehabilitación física" que transforman la clínica con las personas que me encuentro día a día en mí hacer profesional.

¿Cuándo hablamos de Rehabilitación Física, porqué acotamos el concepto a la mera rehabilitación de una función pérdida? En contraposición con la mayoría de las terapias que se focalizan en lo que "no puede", "no hace", "no mueve" el paciente, es necesario incluir en los dispositivos de rehabilitación física, espacios que posibiliten un hacer significativo desde la singularidad de cada sujeto, donde se valore y signifique a la persona, su capacidad y su potencialidad.

"*El tiempo parece detenerse*" dijo Juan. Supongo que fue un tiempo diferente, fluido, elegido. Se propuso un taller, se los invitó, ellos decidieron participar o no, cuánto permanecer, qué decir, qué hacer, qué mostrar, tiempo dentro de otro tiempo detenido en un proceso de rehabilitación, empapado de malestar, de rutinas, de horarios, de terapias. Un recorte de su cotidianeidad, tiempo detenido para pensamientos ubicados sólo en la discapacidad, en lo imposible, en los obstáculos; aunque sin dejar de estar presentes, se dio lugar a lo posible, a los deseos, a los intereses, a su historia, a los sentimientos, a un espacio de encuentro con el otro, con los otros, estableciendo lazos sociales.

Bibliografía

- Moccio, F., 1990, "El taller de terapias expresivas" Ed. Paidós Mexicana (México).
Indavere, C., 2011, "Espacio de Desbloqueo y Despliegue de la creatividad". Hospital de Rehabilitación Manuel Rocca (CABA).
Destuet, S., 1999. "Encuentros y Marcas" Ed. Coltoa (Argentina).
Moccio, F., 1994 "Hacia la creatividad" Ed. Lugar (Buenos Aires).

Agradecimientos:

A todas las Terapistas Ocupacionales del Servicio de Recreación y Deportes que me permitieron realizar este taller y me acompañaron en la planificación y la organización del mismo...

En especial a Sabrina Morinelli, la jefa de residentes de ese momento, que me acompañó con sus infinitas ganas de hacer en cada instancia del proceso...

Post conflicto y reinserción: un aporte desde la realización humana¹

Autores: Castillo Aguas, Jenny Paola; Vargas Simbaqueba, Wendy Lizeth; Varón Caicedo, Valeria
Correo electrónico: jpcastilloa@unal.edu.co

Resumen

Introducción

La historia de conflicto armado que se vive en Colombia por más de 50 años, que derivó en serias repercusiones en el país que vulneraron los derechos fundamentales de miles de personas, tiene serias consecuencias en el actuar de las personas víctimas del conflicto y de los propios victimarios, creándose condicionantes para alcanzar o no procesos de realización personal. Vinculado a reflexiones profundas sobre la insuficiente precisión del dominio de estudio de la Terapia Ocupacional, las implicaciones negativas que ello tiene para el ejercicio profesional y otras reflexiones relacionadas con la realidad del país en la época de los 80's, se da el surgimiento del Modelo Desempeño Ocupacional Realizante, con el propósito de vincular los postulados con los conceptos de la profesión, orientados a la producción investigativa, y fortalecimiento de los procesos educativos², mediante los componentes de cualidades humanas, demandas ocupacionales y contexto físico, temporal y sociocultural y de la confluencia de estos componentes derivan los propósitos realizantes (Autonomía, productividad, socialización y realización)³.

Objetivo

Dar a conocer el Modelo Desempeño Ocupacional Realizante, teniendo en cuenta necesidades que dieron origen a este y su aporte en el post conflicto. *Método:* Guiado por una investigación de tipo teórico y desde un enfoque cualitativo, se resaltan las características y componentes del Modelo Desempeño Ocupacional Realizante; sus propósitos de autonomía, productividad, socialización y realización, y la interacción dinámica de las cualidades humanas, las demandas ocupacionales y el contexto físico temporal y sociocultural inmersas en un posible post conflicto. *Resultados:* Se describe como se puede interpretar el Modelo Desempeño Ocupacional Realizante inmerso en la historia y realidad colombiana. *Conclusiones:* Se presenta la necesidad e importancia de dar a conocer este modelo, ya que es un gran aporte para la profesión de Terapia Ocupacional desde una mirada crítica y para la realidad Colombiana y latinoamericana.

Camino a la realización: post conflicto, una mirada desde el DOR

Tras más de 50 años de conflicto armado, cabe la posibilidad que el grupo armado más grande del país de un cese al fuego y así se incrementa la esperanza que llegue a su final tan

¹ Basado en el trabajo de grado "PRÁCTICAS Y REFLEXIONES DESDE TERAPIA OCUPACIONAL, QUE APORTAN EN LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL MODELO DESEMPEÑO OCUPACIONAL REALIZANTE (DOR) Realizada por: Jenny Paola Castillo, Wendy Vargas y Valeria Varón, Dirigido por: Lida Otilia Pérez T.O y Docente de la Universidad Nacional de Colombia.

² El Modelo de Desempeño Ocupacional Realizante es una propuesta a nivel conceptual desarrollado por docentes de la Universidad Nacional de Colombia, para entender el desempeño humano a través de la ocupación. (Trujillo, 1994, en Becerra, 2002)

³ Tomado de P. Becerra, y M. Moreno, 2002. "Perspectivas de Terapia ocupacional frente al VIH/SIDA: una experiencia de VIHDA" Universidad Nacional De Colombia, Tesis de pregrado. (Bogotá)

infortunada historia, pero ahora llega la pregunta ¿Cómo responder a las necesidades que dejará un posible acuerdo de paz?

Colombia es un país que se encuentra sumergido en la esperanza de vencer la realidad que se vive desde hace décadas y que con el paso del tiempo se ha vuelto una cotidianidad. Con la conformación de los grupos armados ilegales hace más de cincuenta años, surgen diferentes tipos de violencia, tales como el desplazamiento forzado, el secuestro, las minas antipersona entre otros, cuya consecuencia se refleja en crisis económica y social (1), lo que afecta directamente a la población, teniendo en cuenta que se vulneran los derechos fundamentales, como el de la libertad, la vida, la libre expresión y a su vez interfiere en la realización humana, que es entendida desde terapia ocupacional como un horizonte al que desea llegar una persona, con una disposición hacia las vivencias de expansión y plenitud que se expresan en la madurez y en la armonía del ser. (2)

Específicamente en el periodo comprendido entre 1982 y 1996, surgen los grupos paramilitares, la irrupción y propagación del narcotráfico y la crisis económica, lo que generó un colapso del Estado y adicionalmente, surgió la nueva Constitución Política en 1991 y las reformas democráticas, (3), lo que generó cambios en el país, y por ende en el desarrollo de las necesidades y prioridades de las profesiones de la salud, entre ellos la de Terapia Ocupacional. Es así, como Alicia Trujillo, Rosario Laserna, Laura Álvarez, Martha Torres y María Victoria Zapata, Terapeutas Ocupacionales y Docentes de la Universidad Nacional de Colombia, crearon el Modelo Desempeño Ocupacional Realizante (DOR) (4), cuyos fundamentos están ligados a una visión humanista donde el ser humano está impulsado hacia la autorrealización por medio de la ocupación, su construcción de experiencias significativas y su actuar personal en ascenso o descenso (5). Con el DOR se pretendía fortalecer los dominios de estudio de la profesión, además de crear bases sólidas para la formación estudiantil y establecer los propósitos que permiten a la persona ser autónoma, productiva, influir en medios sociales y tener una propia realización; propósitos que intervienen en las experiencias ocupacionales del ser humano y que surgen de la dinámica de las cualidades humanas, las demandas ocupacionales y el contexto físico, temporal y sociocultural (5). En la figura 1 se muestra un paralelo entre el surgimiento y construcción del DOR, y la realidad que atravesaba el país por los años 80's, dado que es un factor determinante, para identificar y entender la necesidad de crear un modelo Colombiano propio de Terapia Ocupacional.

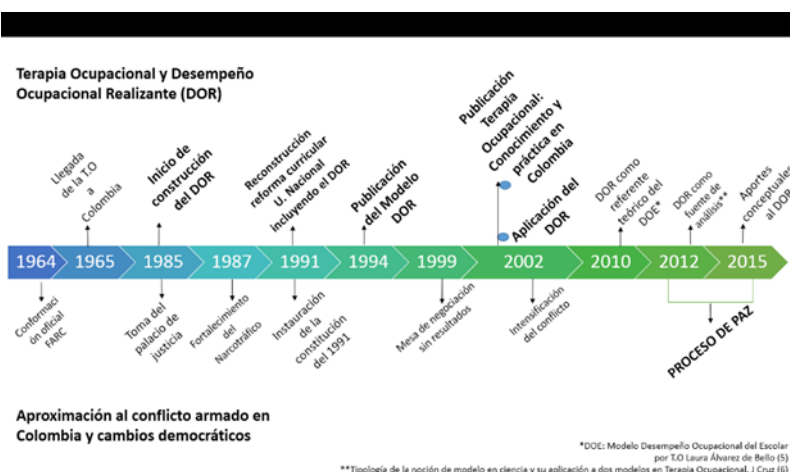


Figura 1. Línea del tiempo que muestra una paralela entre la aproximación al conflicto armado y cambios democráticos en Colombia y el DOR entre los años 1964 y 2015.

Después de décadas de conflicto y tras varios intentos fallidos de paz, el gobierno y los altos mandos del grupo armado más grande de Colombia se comprometen a tomar decisiones y generar acuerdos para crear las condiciones adecuadas de seguridad y garantizar el respe-

to de los derechos fundamentales de la población.

En caso que este acuerdo llegara a feliz término, se entraría a hablar del Post conflicto, donde el Estado debe promover las condiciones necesarias para afrontar el impacto social que se presentaría desde dos puntos de vista: las víctimas y los reinseridos y guiar nuevas acciones y oportunidades hacia la realización de cada uno de sus actores; es aquí, donde la vi-

sión humanista que tiene el DOR, permite realizar un análisis social y un acercamiento a las realidades personales de aquellos que hacen parte del post conflicto, teniendo en cuenta que este modelo establece el papel en la sociedad de acuerdo a la realidad, experiencia, valores y actitudes. (7)

Relatos de vida

Para explicar el análisis social del post conflicto desde la visión humanista del DOR, se utilizarán relatos de vida, empezando con el de una reinsertada: Sandra⁴

"...Sandra, de 30 años, de los dieciséis que estuvo en los paramilitares la mayor parte perteneció al Bloque Norte, con el que se desmovilizó colectivamente por órdenes de sus superiores. Su papá fue capitán del ejército y no conoció a su mamá. Entró a los 12 años debido a 'violencia intrafamiliar', después de que algunos amigos de su colegio la invitarán a conocer unos señores que hablaban de combatir a la guerrilla. "El cuento me gustó" –dijo– por lo que decidió irse, cansada además de los malos tratos. De su pertenencia en el grupo resaltó había trabajado bastante en inteligencia, en lo que las mujeres eran bastante "eficaces". Estaba feliz con su retorno a "la civil", sobre todo por volver a ver a su hijo, que había dejado a los seis meses al cuidado de una prima, después de haber ocultado su embarazo por varios meses a su comandante, para evitar que la obligaran a abortar; sin embargo, le era difícil reacomodarse a los tacones y demás características de "la feminidad"... (8).

por Juan Felipe Hoyos

Luego de esto cabe preguntarse: ¿cómo se afectaron los propósitos de Sandra, a raíz de dieciséis años como combatiente?, pues bien, teniendo en cuenta que su incursión en el grupo armado fue desde muy joven, el propósito de autonomía (la cual se entiende como la capacidad de actuar de manera independiente, ser libre en pensamiento, opinión, credo, etc.) estaba limitado a las órdenes de los comandantes, quienes tenían la última palabra en lo que a ella se refería, coartando toda posibilidad de expresar de manera libre y autónoma su pensar y actuar.

Respecto al propósito de productividad (conocimientos, las habilidades y las destrezas que permiten el cumplimiento de actividades en un contexto individual y/o social.) Sandra ejecutaba la labor de inteligencia en la organización, lo que estaba relacionado con el hecho de ser mujer y su capacidad de cumplir de manera eficaz las tareas que se le otorgaban, lo que limitaba su capacidad de aportar a la sociedad, sin embargo esta experiencia adquirida durante el tiempo de permanencia en el grupo armado, se puede traducir en el post conflicto, como la producción de conocimiento y lecciones de vida, donde el relato es la fuente de crecimiento social y personal.

En lo que concierne a la socialización (condición que motiva a las personas a relacionarse en el ámbito social y que favorece la satisfacción de necesidades básicas),(9) se encuentran tres puntos importantes: el primero, es aquella relación con sus familiares, quienes dejaron una huella de violencia y que de manera indirecta fueron el principal motivo para su vinculación con el grupo armado; el segundo, está inmerso en la socialización que se llevaba a cabo durante su estancia en la organización armada, ya que su interacción con pares estaba limitada a los compañeros del grupo armado e influenciada por los intereses de los comandantes; y el tercero, a las características, que según ella, debía adquirir para ser parte de una sociedad, como el hecho de usar tacones y ponerse atuendo más femenino. Es importante tener en cuenta, que dentro del propósito de socialización, se debe contemplar la multiculturalidad con la que cuenta el país, donde las diversas formas de actuar pueden ser un limitante o facilitador para la adquisición de roles sociales. En este sentido, se cree que debe existir una transformación colectiva que permita la incursión de nuevos actores a la cotidianidad.

⁴ Nombre ficticio dado por Juan Felipe Hoyos, autor de "Capitales para la guerra y el testimonio en un contexto transicional. Etnografía de la producción narrativa de desmovilizados, texto del cual se toma el relato.

Este último propósito expuesto, es en donde se permite ver con más claridad la influencia del contexto en el actuar de la persona, dado que durante dieciséis años tanto la autonomía, la productividad y la socialización estuvieron ligadas a los valores y a las actitudes impuestas por el ambiente en el que se desenvolvía Sandra y por ende, esto influyó en su concepción de realización, entendiéndose que su propósito realizante (estado de armonía y plenitud al que puede lograr una persona) era estar con su hijo.

Expuesto esto desde la visión de un reinsertado, explicamos el segundo relato de vida, desde el punto de vista de una víctima del conflicto: Roberto⁵

"Mi nombre es Roberto Antonio Camacho, vengo de Tadó, Chocó. Era de la Junta de Acción Comunal, vicepresidente. Tenía un equipo de fútbol, manejaba más o menos 100 jóvenes.

Bueno, a los jóvenes los invitaban los grupos armados hacer parte de la fila. Ellos dijeron que no, porque el profe dice que realmente nosotros acá no somos de esos a matar nuestros hermanos, imposible fuera. Entonces empezaron a amenazarme.

Vinieron por mí y me escondí, pero igual vinieron a mirar si era cierto...

Yo tenía que estar muerto.

Cuando llegamos a este sector, acá era montaña, puro potrero. Hicimos un rancho enseguida, llegamos el sábado y el domingo me levante por la mañana y se vino el viento y se me llevó todo el techo, hasta abajo.

Todavía el ingreso es la preocupación más grande. Tengo 56 años, a los 56 años no le dan trabajo en ninguna parte. Todos los días yo me acuesto a pensar como hago para sostener la familia, y todos los días me levanto a mirar que no hay nada de comida.

Son diez años y yo personalmente, no, no me siento integrado. Me siento una persona comprometida con los trabajos de los jóvenes y la comunidad, pero no integrado. Porque la tierra, la tierra de uno, es la única parte donde uno se integra.

Ser desplazado es lo peor que le pasa a cualquier persona en la vida, porque las personas de bien no lo miran bien a uno, nos juzgan como guerrilleros o paramilitares. Muchos dicen que nosotros no somos sino problemáticos...

He pedido a Dios que antes de morir quisiera volver a mi pueblo, así fuera con bordón, porque mi pueblo me dejó unas enseñanzas muy bonitas, para mí las mejores del mundo..." (10)

Por: Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR)

Luego de ser víctima directa del conflicto armado, el propósito de autonomía de Roberto se ve limitado por el temor y la inseguridad, ya que debió abandonar su lugar de origen en contra de su voluntad, para proteger su vida y la de su familia, viéndose restringido su derecho a elegir de forma libre su vivienda y lugar de residencia; esto a su vez afectó el propósito de productividad, ya que se vieron coartadas sus habilidades, sus conocimientos y destrezas, pues aunque como profesor cumplía con unas actividades que aportaban tanto a su contexto individual como social, después de ser desplazado no logró desempeñarse de manera satisfactoria para él. En cuanto a la socialización, este se limitó, ya que en un inicio, Roberto se encontraba motivado por la relación social que tenía con los jóvenes y la aceptación que recibía de los mismos, pero luego del desplazamiento se rompe ese vínculo y en el nuevo contexto donde se encuentra con las personas de "bien" como él se refiere, se siente rechazado y juzgado, lo que no favorece en la satisfacción de las necesidades básicas, ni de Roberto ni de la sociedad. Todo esto se evidencia en el propósito realizante de Roberto, de regresar a su lugar de origen y sentirse nuevamente parte de un contexto que le brinda motivación, seguridad y la sensación de ser parte de un todo.

Ya después de conocer estos dos relatos de vida, la pregunta es ¿cómo favorecer los propósitos después del conflicto?. Para dar respuesta a este interrogante, se debe identificar las

⁵ Caso real tomado de: <http://www.acnur.org/t3/index.php?id=164>

demandas ocupacionales, las oportunidades y los limitantes que aporta el contexto físico, temporal y sociocultural a la comunidad, ya que al haber estado por tanto tiempo en una situación con unas características particulares de conflicto y desempeñando una determinada ocupación, las capacidades pueden estar condicionadas a dicha situación y es en el momento del post- conflicto, cuando se debe utilizar la experiencia previa para redirigir el camino hacia el ascenso ocupacional (5).

Hay que considerar que el colectivo juega un papel importante, tanto en la realización personal, como en la social, teniendo en cuenta que al ser seres dinámicos y en constante interacción con un contexto, se hace determinante comprender la realidad en la que estamos inmersos, para lograr el entendimiento del otro e iniciar la conjugación de lo individual y los factores sociales que pueden determinar los propósitos realizantes.

El post conflicto puede llegar a ser una realidad a corto plazo, por este motivo se debe iniciar con la búsqueda de alternativas y estrategias para que las necesidades sociales que este conlleva, sean abordadas desde diferentes enfoques. Uno de estas estrategias puede estar en manos de la Terapia Ocupacional y el Modelo Desempeño Ocupacional Realizante, ya que desde el enfoque humanista que se contempla, se lograría avanzar en comprender la realidad de la comunidad colombiana y se apoyarían los cambios que esto ocasionaría, para así mismo, con la interacción de los principios de autonomía, en la libertad de expresión y toma de decisiones, de productividad, como parte del "sentirse útil" ante la sociedad y de la socialización, entendida como el proceso de aceptación y tolerancia frente a las diferencias del otro, se logre influir en la concepción de realización, según las realidades colombianas y latinoamericanas.

Referencias bibliográficas

- Redacción de El País y Colprensa "Conflicto armado en Colombia, una historia de 54 años de horror más allá de las cifras" Diario el país (Santiago de Cali) Disponible en: <http://www.elpais.com.co/elpais/judicial/noticias/conflicto-armado-colombia-historia-54-anos-horror-alla-cifras>
- A Trujillo, 1995. "Desempeño Ocupacional Realizante: un modelo sobre los propósitos de la Terapia Ocupacional" en Revista Ocupación Humana Vol. 6 N°2
- Centro Nacional de Memoria Histórica, 2013. "Los orígenes, las dinámicas y el crecimiento del conflicto armado" (Bogotá) Disponible en: http://centrodememoriahistorica.gov.co/descargas/informes2013/bastaYa/capitulos/basta-ya-cap2_110-195.pdf
- A. Trujillo Rojas, 1994. "Modelo de Desempeño ocupacional y realización humana: su origen y alcances. Terapia ocupacional y Universidad". Universidad Nacional de Colombia. (Bogotá)
- P. Becerra, y M. Moreno, 2002. "Perspectivas de Terapia ocupacional frente al VIH/SIDA: una experiencia de VIHDA" Universidad Nacional De Colombia, Tesis de pregrado. (Bogotá)
- L. Álvarez de Bello, 2010. "Terapia ocupacional en educación. Un enfoque sensorial en la escuela" Universidad Nacional de Colombia. (Bogotá) p 169-174
- J. Cruz Perdomo, 2012. "Tipología de la noción de modelo en ciencia y su aplicación a dos modelos en Terapia Ocupacional" Universidad del Valle, Tesis para Magíster. (Santiago de Cali) p. 18 y 64
- J. Hoyos, 2011. "Capitales para la guerra y el testimonio en un contexto transicional. Etnografía de la producción narrativa de desmovilizados" Universidad Nacional de Colombia, trabajo de grado (Bogotá). Disponible en: http://www.bdigital.unal.edu.co/4989/1/TESIS_JFH_-_Biblioteca.pdf
- A. Trujillo Rojas, 2002. "Terapia Ocupacional conocimiento y práctica en Colombia". Colección de sede. Universidad Nacional de Colombia. (Bogotá)
- ACNUR, 2007. "Colombia Crisis humanitaria: testimonios de personas desplazadas". Disponible en: <http://www.acnur.org/t3/index.p>

Mesa 22

Escenarios Comunitarios

Ocupación y perspectiva de derechos en salud mental según el complejo normativo nacional e internacional de derechos humanos. Una mirada desde las epistemologías del sur

Autor: Allevi, Magdalena; Benassi, Julia; Fraile, Ma. Emilia.

Correo electrónico: maguiallevi@gmail.com

Resumen

En el campo de la Salud Mental a nivel nacional e internacional se viene desarrollando una perspectiva de derechos que da cuenta de una multiplicidad de ideas acerca de las formas de conocer y actuar en la materia e intentando desarticular el funcionamiento del orden manicomial, promoviendo el respeto de los derechos humanos de las personas en situación de discapacidad.

Si bien las condiciones de producción de conocimiento en el campo específico de la Salud Mental no son ajenas a este marco normativo, la influencia del mismo en cada comunidad profesional y en los diferentes campos de producción sin dudas sigue cursos particulares. En este contexto, diversos autores plantean la importancia de reflexionar acerca de las condiciones en las que la Terapia Ocupacional como disciplina social, de racionalidad política y sustentada en los derechos humanos, está produciendo conocimiento acerca de la ocupación (1) (2) (3) (4).

Así, el proyecto que desarrollamos procura reunir producciones escritas por terapeutas ocupacionales incluidos en equipos interdisciplinarios, en el marco de las Epistemologías del Sur, desde el 2006 hasta la actualidad, con el objetivo de conocer si los supuestos epistemológicos relativos a "ocupación", presentes en las producciones mencionadas, se vinculan con la perspectiva de derechos del marco normativo nacional e internacional. Para ello, se realiza un estudio de revisión teórico clásico con orientación cualitativa. La finalización de la primera etapa del trabajo, da cuenta de mayores dificultades en los hallazgos de textos escritos a través del ámbito académico, resultando menos fructífero que el rastillaje de producciones en revistas y a través del contacto directo con los autores, lo cual ha arrojado mayores resultados. Respecto de los análisis específicos, nos encontramos actualmente finalizando la construcción del corpus de estudio, e iniciando la construcción de categorías a partir de la interpretación del mismo.

Da Rocha Medeiros (Ídem 2) afirma que "La Terapia Ocupacional, como área de conocimiento y práctica de salud, se interesa por los problemas del hombre en su vida de actividades". En este sentido, las actividades humanas constituyen el objeto de estudio de la disciplina, siendo producto y medio de construcción del propio hombre; por lo que es preciso entender las relaciones que este establece, mediante su actividad, en su condición de vida y de salud.

En esta línea, pensar la construcción de conocimiento acerca de la ocupación, como así también la práctica de la Terapia Ocupacional (En adelante TO), implica entender que en ambos casos confluyen conocimientos de distintas ciencias y que se sustentan en determinados supuestos epistemológicos de hombre, ocupación, salud y derecho, entre otros. Es decir, en palabras de Da Rocha Medeiros (Ídem 2), los modelos teóricos – prácticos asumidos por cada terapeuta ocupacional son el resultado de la elección de determinados supuestos conceptuales, filosóficos y científicos acerca de su objeto de conocimiento e intervención, la ocupación. En relación con esto Stolkiner (5) afirma que, en la construcción de conocimiento y en la práctica cotidiana de las disciplinas, no pueden definirse categorías absolu-

tas, objetivas e inmutables, sino que las mismas se construyen en un momento histórico y circunstancias determinadas, sujetas a ciertas concepciones ideológicas y políticas.

En las últimas décadas algunos autores del campo han cuestionado la concepción de la historia de la TO desde una estructura lineal, que conlleva a la comprensión de su desarrollo en una única dirección. Asimismo se han realizado una serie de debates epistemológicos dispuestos a indagar los modos de conocer de la disciplina y sus implicancias (Ídem 1, 2, 3, 4). Este núcleo de análisis acerca del conocimiento en TO podría ser ubicado en lo que el sociólogo De Sousa Santos (6) propone como Epistemologías del Sur. Las mismas constituyen un conjunto de epistemologías que "reflexionan creativamente sobre la realidad para ofrecer un diagnóstico crítico del presente que tiene como su elemento constitutivo la posibilidad de reconstruir, formular y legitimar alternativas para una sociedad más justa y libre" (7). En tal sentido, habilitan a nuevos procesos críticos de producción de conocimiento científico y no científico y a nuevas relaciones entre diferentes tipos de conocimientos a partir de las prácticas de las clases y grupos sociales del "Sur Anti imperial", es decir de aquellos pueblos y grupos sociales que han sido históricamente explotados y oprimidos por el capitalismo global y al llamado tercer mundo dentro de los países hegemónicos del norte (Europa y Norteamérica) (Ídem 6).

Por otra parte, en el campo de la Salud Mental desde la segunda Guerra Mundial, a nivel internacional y nacional, se desarrolla una perspectiva que denota multiplicidad de ideas acerca de las formas de conocer y actuar en la materia. A nivel internacional existen pactos, convenios, declaraciones, principios, normas, convenciones y leyes que dan cuenta de esta perspectiva: Declaración Universal de los Derechos Humanos (8); Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (9); Convención Americana de Derechos Humanos "Pacto de San José de Costa Rica" (10); Declaración de Caracas (11); Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental (12); Normas Uniformes sobre la Igualdad y Oportunidades para las Personas con Discapacidad (13); Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (14); Principios de Brasilia: rectores para el Desarrollo de la Atención de Salud Mental en las Américas (15); Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad (16) y Consenso de Panamá (17). A nivel nacional, existen legislaciones que concuerdan con estos documentos: la Constitución Nacional (18), el Código Civil (19), la Ley Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad Nº 26.378 (20), la Ley Nacional de los Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado Nº 26.529 (21) y la Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657 (22).

En este conjunto de documento se pueden identificar (en adelante "Marco Normativo Nacional e Internacional"), cinco aspectos principales (23): 1 - Se concibe a las personas con padecimiento mental como sujetos de derechos, con capacidad jurídica de derecho y de hecho, personalidad jurídica y autonomía, capaces de participar, opinar y ser escuchado; como así también con derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure salud, bienestar, alimentación, vestido, vivienda, asistencia médica y los servicios sociales necesarios. 2 - Se define a la salud mental ya no como la mera ausencia de enfermedad, sino como un "proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona" (Ídem

22).3 - Se propone que la modalidad de abordaje sea interdisciplinaria y con anclaje en la comunidad. 4 - Se plantea que la medicación debe ser administrada solamente con fines terapéuticos, luego de la evaluación profesional pertinente y promoviendo que los tratamientos psicofarmacológicos se realicen en el marco de abordaje interdisciplinario. 5 -Se delimita que la internación debe ser en el ámbito clínico y a cargo de un equipo interdisciplinario de salud y actores del ámbito legal.

Asimismo, este marco normativo amplio tiene repercusiones en el campo disciplinar específico de la TO a nivel mundial. Existen prácticas de terapeutas ocupacionales que están atravesadas por el reconocimiento y ejercicio de los derechos humanos que se encuentran en consonancia con la Declaración de Posición sobre los Derechos Humanos de la WFOT (24) que establece la posición de dicha organización sobre los derechos humanos en relación con la ocupación y la participación humana.

En síntesis, retomando lo desarrollado hasta aquí, el abordaje de la producción de conocimiento de la TO implica reconsiderar la trama ideológica, política y legal en la que se gestan las problemáticas específicas de estudio e intervención, y que en virtud de ellas se redefinen dinámicamente. Así, se entiende que las condiciones de producción de conocimiento en el campo específico de la Salud Mental en TO no son ajenas al marco normativo Nacional e Internacional que las regula, aunque la influencia de esto en cada comunidad profesional y en los diferentes ámbitos de producción (de prácticas y saberes, escritos, orales, entre otros), sin dudas sigue cursos particulares.

Por lo expuesto nos planteamos los siguientes objetivos de trabajo

Objetivos

General:

Conocer si, los supuestos epistemológicos relativos a la categoría ocupación, presentes en las producciones escritas de terapeutas ocupacionales en el marco de las Epistemologías del Sur, desde el 2006 hasta la actualidad, se articulan con la perspectiva de derechos del Marco Normativo Nacional e internacional.

Específicos:

- Identificar los supuestos epistemológicos relativos a ocupación, presentes en las producciones escritas de terapeutas ocupacionales en el marco de las Epistemologías del Sur, desde el 2006 hasta la actualidad.
- Profundizar sobre las concepciones de Salud Mental y Derechos que plantea el Marco Normativo Nacional e Internacional.
- Elaborar relaciones¹ entre los supuestos epistemológicos relativos a ocupación, presentes en las producciones escritas de Terapeutas Ocupacionales en el marco de las Epistemologías del Sur y las concepciones de Salud Mental y Derechos que plantea el Marco Normativo Nacional e Internacional.

Metodología

Se realiza un estudio de Revisión Teórico Clásico (25). Dado que el trabajo no pretende aportar datos empíricos originales, sino que se realiza un análisis de producciones escritas, desde el 2006 hasta la actualidad, de terapeutas ocupacionales, en el marco de las Epistemologías del Sur. La orientación es cualitativa, ya que esta permite enfocarse en comprender y profundizar los fenómenos, explorándolos desde la perspectiva de los participantes (26), es decir, posibilita entender cómo los TO, autores de los textos escritos, comprenden y conceptualizan a la Ocupación.

La muestra es dirigida (Ídem 25) y se compone por producciones nacionales e internacionales escritas, desde el 2006 hasta la actualidad, de terapeutas ocupacionales incluidos en equipos de trabajo interdisciplinarios en Salud Mental.

Para la recolección de los datos en relación al primer objetivo específico, la búsqueda y recopilación de los documentos escritos que conforma la muestra es virtual, a partir

¹ Las relaciones que se elaborarán no implican necesariamente la afirmación de la existencia de una coherencia entre los supuestos epistemológicos relativos a ocupación y la perspectiva de derechos, sino que se contempla la posibilidad de que existan contradicciones, puntos de quiebres o visiones opuestas.

de diferentes fuentes académicas, científicas y de difusión, de bibliotecas y sitios de búsquedas de TO, Salud Mental y Ciencias Sociales.

Para el logro del segundo objetivo específico, se realiza un trabajo interdisciplinario de intercambio e indagación de la perspectiva de derechos propuesta por el Marco Normativo Nacional e Internacional.

Participan especialistas en leyes aportando los conocimientos y la perspectiva jurídica del marco y su aplicación. También, se indagará bibliografía específica en relación con la temática.

Para la consecución del tercer objetivo específico se lleva a cabo un análisis de los datos de contenido clásico (27) (28). Es decir, una vez recopilados los textos, se establecerán categorías iniciales a partir de los presupuestos teóricos y el análisis preliminar de los textos. Luego, con dichas categorías se realizará el respectivo análisis de los textos por computadora utilizando Atlas.ti® (programa desarrollado en la Universidad Técnica de Berlín por Thomas Muhr). A su vez, se establecerán otras categorías de análisis a partir de la indagación y profundización realizada con respecto al marco normativo Nacional e Internacional.

Por último, los datos resultados del análisis se pondrán en relación con las categorías de análisis del Marco Normativo Nacional e Internacional, intentando establecer entrecruzamientos y relaciones entre ellos para entender el fenómeno de estudio, derivar hipótesis y construir conclusiones preliminares.

Resultados y conclusiones preliminares

Las preguntas que guían este proyecto de investigación, actualmente en proceso de realización, constituyen un área de vacancia de estudio en el campo de la TO, según da cuenta el sondeo realizado acerca del estado de investigación en la temática. Los hallazgos de la revisión se organizaron en tres ejes de análisis: Investigaciones que indagan sobre el objeto de estudio de la TO desde una perspectiva crítica; Investigaciones de terapeutas ocupacionales que analizan el objeto de estudio de la disciplina en relación con el campo de la Salud Mental e Investigaciones relativas al marco normativo Nacional e Internacional especificado.

En relación con el primer eje, encontramos que diversas investigaciones consideran importante que la TO plantee una reflexión crítica acerca de su objeto de estudio, la producción de conocimiento y su utilización en la práctica cotidiana. Con respecto al segundo, la producción evidencia que la intervención en Salud Mental en los últimos años ha atravesado un importante cambio y reestructuración del cual la TO no es ajena. Y, por último, en cuanto al tercer eje se pudieron identificar interacciones entre Salud Mental, Reforma – basamento de la ley – y Derechos Humanos.

No obstante, estas investigaciones no se han establecido como propósito una relación de todos los aspectos antes mencionados.

En relación con este propósito, el hallazgo de textos escritos de terapeutas ocupacionales a través del ámbito académico, en universidades, no ha resultado fructífero. El rastillaje de producciones en revistas y a través del contacto directo con los autores ha arrojado mayores resultados. No obstante, nos encontramos actualmente finalizando la construcción del corpus de estudio, lo cual ha significado una tarea ardua, e iniciando la construcción de categorías a partir del análisis del mismo.

Esperamos que este estudio constituya un aporte al campo, en primer lugar por la compilación de producciones que logre reunir sobre la temática, y por otra parte por la invitación a reflexionar acerca de los supuestos teóricos implícitos en los que los terapeutas ocupacionales dicen acerca de lo que hacen.

Esto es, ¿cómo pensamos nuestra ocupación y en qué medida estas ideas dan cuenta de una dirección crítica y analítica afín a las epistemologías del sur y a una perspectiva de derechos de la salud?

Bibliografía

- (1) Da Rocha Medeiros. 1999. "A terapia ocupacional em relação à produção de conhecimento". Cad. Ter. Ocup. UFSCar. **Vol. VIII**. N° 1: 61-68.
- (2) Da Rocha Medeiros, 2008. "Terapia Ocupacional un enfoque epistemológico y social". Universidad Nacional del Litoral. (Santa Fe, Argentina). I. Traducido por: Benassi, Narbergoi, Yunovsky y Pujato.
- (3) Guajardo. 2011. "Construcción de identidades, episteme y prácticas en Terapia Ocupacional en América Latina". Conferencia de clausura del Congreso Latino Americano de Terapia Ocupacional. (San Pablo, Brasil).
- (4) Grupo de Investigación Ocupación y Realización Humana. 2011. "Ocupación: sentido, realización y libertad. Diálogos ocupacionales en torno al sujeto, la sociedad y el medio ambiente." Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia. (Bogotá D.C., Colombia). I: 1 – 162.
- (5) Stolkiner. 1988. "Prácticas en Salud Mental". Rev. Inv. y Educ. en Enfermería. Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia. **Vol. VI**. N° 1: 1 – 9. (Medellín. Colombia).
- (6) De Sousa Santos. 2009. "Una Epistemología del Sur: la reinención del conocimiento y la emancipación social". CLACSO. Siglo XXI Editores S.A. (Buenos Aires. Argentina.) I: 17– 59.
- (7) De Sousa Santos. 2011. "Introducción: las Epistemologías del Sur". Centro de Estudos Sociais. Colégio S. Jerónimo. (Coímbra. Portugal).
- (8) ONU. 1948. "Declaración Universal de los Derechos Humanos". Disponible en web: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
- (9) ONU. 1966. "Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales". Disponible en web: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm>
- (10) OEA. 1969. "Convención Americana de Derechos Humanos: Pacto de San José de Costa Rica". Disponible en web: <http://www.intertournet.com.ar/argentina/pacto.htm>
- (11) ONU/OPS. 1990. "Declaración de Caracas". Disponible en web: https://www.oas.org/dil/esp/Declaracion_de_Caracas.pdf
- (12) ONU. 1991. "Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el mejoramiento de la atención de la Salud Mental". Disponible en web: <http://ppn.gov.ar/sites/default/files/Principios%20para%20la%20proteccion%20de%20los%20enfermos%20mentales.pdf>
- (13) ONU. 1993. "Normas Uniformes sobre la Igualdad y Oportunidades para las Personas con Discapacidad". Disponible en web:

<http://www.un.org/esa/socdev/enable/dissres0.htm>

(14) OEA. 1999. "Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad". Disponible en web: <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-65.html>

(15) ONU/OPS. 2005. "Principios de Brasilia rectores para el desarrollo de la atención de Salud Mental en la Américas". Disponible en web:

http://www.cepal.org/publicaciones/xml/0/32460/LCG2359_e.pdf

(16) ONU. 2006. "Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad". Disponible en web: <http://www.un.org/disabilities>

(17) ONU/OPS. 2010. "Consenso de Panamá". Disponible en web:

<http://www.psicologossantacruz.org/j/documentos/BibliografiaSaludMentalFEPR/Consenso-de-Panama1.pdf>

(18) Constitución Nacional Argentina. 2004. Disponible en: <http://www.senado.gov.ar/deInteres>

(19) Código Civil. 1869. Disponible en:

<http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/105000-109999/109481/texact.htm>

(20) Ley Nº 26.378. 2006. "Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad". Disponible en web:

http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/067_psico_preventiva/curzada/dossier/ley_26378.pdf

(21) Ley Nº 26.529. 2009. "Ley Nacional de los Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado". Disponible en web: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/723_etica2/material/normativas/ley_26742_muerte_digna.pdf

(22) Ley Nº 26.657. 2010. "Ley Nacional de Salud Mental". Disponible en:

<http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/175000179999/175977/norma.htm>

(23) Mussi. En prensa. "La Salud Mental desde una perspectiva de derechos. Implicancias en las prácticas de los trabajadores de la salud". Charla – Debate, Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas. Universidad Nacional del Litoral (Santa Fe. Argentina)

(24) Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales. 2006. "Declaración de Posición sobre los Derechos Humanos". (Venezuela). Traducción realizada por: Forn de Zita. Disponible en web: http://www.espaciotovenezuela.com/pdf_to/derechos_humanos.pdf

(25) Montero; León. 2007. "Guía para nombrar los estudios de investigación en Psicología Internacional". Journal of

Clinical and Health Psychology. **Vol. VII**, Nº3: 847 - 862.

(26) Sampieri, Collado y Baptista. 2009. "Metodología de la investigación". McGraw-Hill/ Interamericana Editores S.A. (México D.F. México).

(27) Bardin. 1967. "El análisis de contenido". (Madrid. España).

(28) Piñuel. 2002. "Epistemología, metodología y técnicas del análisis de contenido. Estudios de Sociolingüística". **Vol**

III. Nº 1: 1-42.

Importancia de las oportunidades de socialización en el desarrollo integral de los niños. Una mirada desde Terapia Ocupacional en hogares que perciben Asignación Universal por Hijo

Autoras: Vega, María Carlota; Campisi, María Alejandra; Donati, Marisel; García Cein, Emma
Correo electrónico: mcarlotavega@yahoo.com.ar.

Resumen

Introducción

Esta presentación tiene como propósito aportar al conjunto de saberes y prácticas en Terapia Ocupacional las reflexiones surgidas a partir de los resultados parciales que se desprenden de una investigación mayor interdisciplinaria con el propósito de conocer y analizar el impacto y alcance de la implementación de la Asignación Universal por Hijo (AUH) en la ciudad de Mar del Plata¹. Se caracteriza los hogares y el proceso y las oportunidades de socialización. El desarrollo infantil, es un proceso complejo que involucra a diferentes actores, incluidos el estado y el niño/a, está íntimamente relacionado con los factores contextuales. Conocer y comprender la importancia de los contextos de los niños/as y de los ambientes que faciliten/ obstaculicen su desarrollo es de suma importancia en Terapia Ocupacional. Consideramos importante conocer la permanencia o emergencia de problemáticas como las fortalezas en el desarrollo psicosocial en la población que percibe AUH.

Objetivos

Caracterizar los hogares que perciben la AUH en tres barrios de la ciudad de Mar del Plata.

Conocer los procesos de socialización y enriquecimiento de los ambientes para el desarrollo de los niños y adolescentes en las familias y la contribución de la AUH.

Identificar en los discursos de los entrevistados aspectos facilitadores – obstaculizadores del desarrollo psicosocial y de oportunidades de socialización.

Metodología:

Investigación no experimental, de tipo exploratorio descriptivo, transversal. Enfoque cualitativo. Universo/muestra: 39 familias/hogares que perciben AUH en barrios de la ciudad de Mar del Plata. Técnicas de recolección de datos: Entrevista semi - estructuradas; entrevistas en profundidad; recopilación documental.

Resultados. Conclusiones

Se caracteriza a los hogares de las personas entrevistadas que perciben la AUH en primer término y se identifican fortalezas, debilidades, obstáculos, contradicciones y potencialidades en las familias que conformaron el grupo de estudio. Se enfatizó en la selección de los resultados obtenidos en las familias / hogares, su situación actual y la contribución de la AUH a los procesos de socialización y enriquecimiento de los ambientes para el desarrollo de los niños y adolescentes en las familias. Se observó un lento pero progresivo crecimiento, en la medida en que el sustento básico se asegura y la permanencia en ámbitos educativos se mantiene. Asimismo, permite que se amplíe el margen de los derechos que anteriormente recaían solamente en los poseedores de trabajo estable pero manteniéndose dentro de la ma-

¹ La Asignación Universal por Hijo se implementa en noviembre de 2009 a partir del Decreto 1602/09 del Poder Ejecutivo Nacional. El mismo establece un sistema no contributivo de asignación universal por hijo para protección social destinado a menores de 18 años residentes en la Argentina

yoría de los hogares el impacto de la vulnerabilidad y la pobreza en cuanto al enriquecimiento de los entornos y las oportunidades de socialización.

Introducción

Esta presentación tiene como propósito aportar al conjunto de saberes y prácticas en Terapia Ocupacional las reflexiones surgidas a partir de los resultados parciales que se desprenden de una investigación mayor interdisciplinaria, comenzada hace tres años con el propósito de conocer y analizar el impacto y alcance de la implementación de la Asignación Universal por Hijo (AUH) en la ciudad de Mar del Plata.

A nivel local el Partido de General Pueyrredon tiene 618.989 habitantes según datos del Censo 2010, la mayoría de los mismos se distribuyen en un gran centro urbano como es la ciudad de Mar del Plata y en mucho menor medida en la joven localidad de Batán. Fuentes oficiales como la ANSES, OIT informan a la fecha: 1.927.310 hogares y 3.684.441 niños reciben la AUH en el país.²

El extenso conjunto de resultados obtenidos a partir de la indagación en familias/hogares cuyos niños/as y adolescentes percibían la AUH se ordenó en tres ejes:

- Percepciones de los hogares en relación a la Asignación, su conocimiento, el derecho, sus requerimientos.
- Percepciones de los hogares en relación a los cambios en las condiciones materiales de vida.
- Opinión acerca de cambios en las condiciones materiales de vida y en los procesos de socialización.

Con el fin de ajustarnos a la extensión y objetivos de esta ponencia presentaremos reflexiones a partir del análisis de la caracterización de los hogares y el proceso y oportunidades de socialización.

Antecedentes

Consideramos que la familia, institución social básica, está influenciada por valores culturales y procesos históricos. En ella las personas aprenden a cuidar y a ser cuidadas. Independientemente de sus características y las dificultades que se afrontan en la vida diaria, es la experiencia más extendida para sus integrantes, especialmente para niños y adolescentes como espacio de socialización y fomento del desarrollo psicosocial. "...Numerosos estudios revelan que el mejor ambiente para que los niños aprendan es uno en el cual experimentan interacciones receptivas, cálidas, sensibles a su perspectiva y con abundante contenido de lenguaje. La calidad de las interacciones en los diferentes entornos de cuidado infantil cumple un rol esencial para permitir que los niños pequeños exploren, aprendan y - en definitiva- alcancen su potencial ...La calidad de los procesos se define en la manera en que interactúan niños adultos en el entorno de cuidado." (1)

Definimos el concepto de cuidado "como el conjunto integrado de acciones que garantizan a los niños la sinergia de protección y el apoyo que necesitan para su salud y nutrición, así como para los aspectos físicos, psicosociales y cognitivos de su desarrollo...Los niños pequeños son mejor comprendidos como actores sociales cuya supervivencia, bienestar y desarrollo dependen de relaciones cercanas en torno a las cuales se desarrollan, con sus padres, en primer lugar, aunque también con sus hermanos, compañeros, vecinos y otros adultos no parientes que son importantes para ellos." (2)

Un ambiente de cuidado incluye factores que pueden presentarse en tres categorías: las creencias y las prácticas existentes; los entornos físicos y sociales y los procesos de inter-

2 En la ciudad de Mar del Plata se estiman 50.000 inscriptos con un promedio de dos hijos por familia. ANSES. 2012.

vención. Para tomar decisiones es necesario conocer sobre las relaciones entre los estilos de crianza de los niños su interacción con la pobreza y otras situaciones de vulnerabilidad en contextos locales concretos.

La importancia de las relaciones tempranas está avalada por evidencia científica y respaldada por la Convención sobre los Derechos del Niño.

El desarrollo infantil, es un proceso complejo que involucra a diferentes actores, incluidos el estado y el niño/a, está íntimamente relacionado con los factores contextuales. Conocer y comprender la importancia de los contextos de los niños/as está en la base del razonamiento clínico del Terapeuta Ocupacional en todos los campos tanto en su rol con individuos y/o en comunidad. El contexto no puede ser entendido aislado de la cultura y del momento socio - histórico y político. (3) Son aspectos a considerar en la intervención de Terapia Ocupacional en la infancia la evaluación y el conocimiento del desarrollo infantil y de los contextos circundantes ya que el niño comienza a construir su historia de vida con su propia idiosincrasia.

La importancia del conocimiento y la valoración de los ambientes que faciliten la exploración y la expresión, tanto como el conocimiento de los factores que inciden ocasionando o aumentando el riesgo de disfunciones ocupacionales. (4)

Un perfil ocupacional describe la historia ocupacional de una persona, los patrones de la vida diaria, intereses, valores y necesidades. "Desarrollar un perfil ocupacional involucra la identificación y luego el examen de las habilidades de los niños para desempeñarse en las actividades que son parte de sus vidas diarias, es decir, las actividades que ellos valoran y dan sentido a sus vidas". (5)

La información recolectada en la entrevista a padres, cuidadores, niños, adolescentes, docentes es una información muy importante, relevante y complementaria de los instrumentos de evaluación y de las observaciones y permite la comprensión de la vida cotidiana.

El trabajo del Terapeuta Ocupacional en la comunidad ofrece múltiples posibilidades, una de ellas consiste en la investigación, concretamente, a través de la Investigación cualitativa y sobre todo participativa, ya que el TO puede: conocer las debilidades y sobre todo las fortalezas de los miembros de una comunidad; realizar intervenciones significativas basadas en la persona, en el trabajo en instituciones; en programas centrados en la comunidad y crear conjuntamente con la comunidad instrumentos y técnicas saludables, que permitan transformar creativamente los factores o situaciones negativas que requieran cambios. Esto permite ampliar el campo de acción de la TO, incorporándose en el trabajo interdisciplinario en el contexto de los servicios de protección promoción y protección de la salud, realizando aportes en la concepción de la ocupación y como agente promotor de estilos de vida saludables. (6)

El derecho a la salud implica acceso al cuidado de la salud y a desarrollarse integralmente. Es prioritario garantizarlo junto al derecho a la educación. La política que implementa la AUH no sólo procura la cobertura de las necesidades básicas sino que es un instrumento que intenta universalizarlos. Consideramos importante conocer la permanencia o emergencia de problemáticas como las fortalezas en el desarrollo psicosocial en la población que percibe AUH.

Coincidimos con Myers, cuando recomienda a los estados la importancia de invertir en el desarrollo infantil y al considerar el impacto de las políticas públicas universales y/o focalizadas: "Es necesario considerar que los niños forman parte de un grupo social determinado y que las oportunidades para su desarrollo son precarias si su contexto permanece limitado y empobrecido. Es por ello que cuando se piensa en desarrollo infantil es imprescindible considerar igualmente el desarrollo de las familias y las comunidades a las que pertenecen los niños." (7)

Objetivos

Caracterizar los hogares que perciben la AUH en tres barrios de la ciudad de Mar del Plata.

Conocer los procesos de socialización y enriquecimiento de los ambientes para el desarrollo de los niños y adolescentes en las familias y la contribución de la AUH.

Identificar en los discursos de los entrevistados aspectos facilitadores – obstaculizadores del desarrollo psicosocial y de oportunidades de socialización.

Metodología

Investigación no experimental, de tipo exploratorio descriptivo, transversal. Enfoque cualitativo. Universo/muestra: 39 familias/hogares que perciben AUH en tres barrios de la ciudad de Mar del Plata, uno ubicado en zona Oeste de la ciudad, uno en el Sur y el último en zona Norte. Técnicas de recolección de datos: Entrevista semi - estructuradas; entrevistas en profundidad; recopilación documental.

Resultados

Se caracteriza a los hogares de las personas entrevistadas que perciben la AUH en primer término y se identifican fortalezas, debilidades, obstáculos, contradicciones y potencialidades en las familias que conformaron el grupo de estudio. A los fines de adecuarnos a la extensión se enfatizará en la selección de los resultados obtenidos en las familias / hogares en relación a los objetivos de esta presentación.

Caracterización socio- demográfica de los hogares.

Nuestra muestra arrojó una media un poco superior de 2,6 hijos por familia. Con una mayoría de hogares nucleares, 63,2 %; seguida por los hogares monoparentales, 21% y familias extendidas, 15,8 % que tenían en su mayoría niños pequeños, más del 85% con niños hasta 9 años.

Las edades de los hijos agrupadas nos demuestran que la mayoría de las familias se encuentran en la etapa de la crianza temprana: los niños menores de 5 años, representaron el 52%; los menores de 13 años el 35%; los niños y adolescentes menores de 19 años, 6% y los adolescentes y jóvenes de 20 años o más el 7 % . (n 99).

En los niños/as y adolescentes convivientes, en su mayoría familiares: tíos y primos, el mayor porcentaje es mayor de 14 años, 42%; entre 6 y 13 años, 33 % y menores de 5 años un 25 % (N12)

En el total de niños/as y adolescentes, el 48,6 % son menores de 5 años; el 35 % tiene entre 6 y 13 años; el 10% entre 14 y 19 y el 6, 3% tiene 20 años y más. (N111)

El 81% de los hijos percibían la AUH y sólo un 11%, de los comprendidos en el decreto no lo hacía por diferentes dificultades, predominando la de gestionar documentación y/o no haber completado los trámites hasta el momento en que fue encuestado. En los hogares conviven 111 niños y /o adolescentes de los cuales el 64 % percibe AUH y un 36% no.

En cuanto a la antigüedad de percepción de la asignación la mayoría, 64%, presentaba más de 2 años. Este es un dato valorado por nuestra investigación para poder concluir en el impacto de esta política en cuanto a la inestabilidad/ mantenimiento de los beneficios en la calidad de vida.

En cuanto a la escolaridad de la totalidad de los niños y adolescentes el 35, 5% no concurre, el 22 % concurre a la escuela primaria básica, el 21 % a la escolaridad inicial el 9% a la escuela secundaria básica y el 2,6% tiene primaria completa.

La concurrencia a Jardín Maternal y a Nivel Inicial de los niños menores de 5 años de nuestra muestra evidencia aún una distribución consistente con las estadísticas y realidades de los sectores pobres de nuestra región: no hay concurrencia de ninguno de los menores de 3 años; de 3 años, concurre a jardín el 58% y no concurre el 42%; de 4 años concurren todos y de 5 años, todos menos un niño, desconociéndose la causa. En total, el 62 % no concurre.

La mayoría de los titulares de la asignación son de sexo femenino, la madre, con edades comprendidas entre los 18 y 45 años, con un promedio de 27,6 años. El promedio de edad de los papás es de 31,2 años.

Los padres presentaron bajo nivel de instrucción en casi su totalidad y la mayoría de los hogares, 75%, fueron conyugales. En los hogares de nuestra muestra la madre no trabaja en un 79% y el padre, sí, en un 92%, todos informalmente. El 96% de los hijos ha nacido en Mar del Plata. (8)(9)

Opinión acerca de las condiciones y cambios en los procesos de socialización

Las opiniones sobre los cambios en cuanto a las condiciones materiales de vida varían en un amplio abanico de posibilidades pero, la contribución de la AUH a los procesos de socialización y enriquecimiento de los ambientes para el desarrollo de los niños y adolescentes en las familias, se constituyen en el proceso más dificultoso a ser identificado. En cuanto a los cambios en equipamiento de las viviendas la mayoría está en relación, a necesidades básicas o contribuir al desarrollo de las actividades cotidianas (cama, colchones, heladera, mesa, artefactos de baño) y, en menor medida en relación a la recreación, socialización (televisor).

Los hogares cuentan mayoritariamente con TV y en menor medida se agregan equipos de música, libros (la mayoría "de escuela" y sólo, en 6 casos mencionan "cuentos"). No cuentan con computadoras y en una minoría consulta Internet fuera de su casa. No tienen juegos de mesa, sólo 12 manifiesta tener al menos un juego: "Sí, uno. Batalla Naval". "Sí. Rompecabezas, ajedrez". "Sí, rompecabezas." "Sí, algunos rotos." "Sí, cartas."

Ninguno de los niños/ adolescentes concurre o concurrió a una colonia de vacaciones ni concurre a actividades deportivas, artísticas o extraescolares a excepción de dos de ellos. Tampoco concurren a espacios comunitarios a excepción de 8 que sí los mencionan: "Plan Pro niño (Fundación Telefónica)" "Iglesia." "CDI. Taller de Juego" "Guardería, casa del niño" "Guardería Juanito Bosco." "Pileta."

Casi en su totalidad los hijos pasan la mayor parte del tiempo con su madre y en los otros casos en su mayoría, con otras mujeres de la familia (abuela, tías.)

Donde se evidencia mayor impacto de la AUH en los procesos de socialización de niños y adolescentes y en general, de toda la familia, es en su contribución a las salidas, paseos y festejos, sobre todo los de cumpleaños si bien la mayoría manifiesta haberlos celebrado siempre de forma sencilla ahora los ha enriquecido: "Pude festejar en el jardín el cumple de la nena, llevé torta y bebidas." "Festejó ahora en el jardín, sala de 5." "Sí, el padrino, la madrina. Alquila pelotero." "Sí, antes no festejaba." "Hacer salidas" Sí, Cine, paseos. Sí, puedo llevarlos a pasear y comprar cosas. "Sí, pasear, salidas que antes no podían hacer (centro de la ciudad, cumpleaños) Ahorro" "Sí ayudó bastante para los paseos." "Sí, cuando no tienen cuentas a pagar, salen a pasear." Sí, ahora pueden salir y no pasan frío. Sí, salimos más a tomar helado en familia. "Comprar más juguetes."

Conclusiones y Discusión

La AUH impactó favorablemente en grupos de vulneración social a partir de la continuidad educativa, el acceso a cobertura sanitaria, en la apropiación de espacios públicos; a regularizaciones de situaciones familiares y del derecho a la identidad.

Los hogares presentan diferencias importantes en la percepción del impacto de la asignación en los cambios en sus condiciones de vida materiales y bienestar donde se identifican cuatro grupos definidos.

En el grupo donde la AUH contribuye a la adquisición de vestimenta /útiles escolares / equipamiento del hogar / mejoras en la vivienda/ pago de servicios, se observa que pueden incorporar otros gastos vinculados a mejorar la calidad de vida de la familia y en el cuarto grupo la AUH es reconocida como un medio que contribuye a procesos de crianza y socializa-

ción (libros de cuentos /juguetes / festejo de cumpleaños / elección de jardín o escuela/ transporte escolar) Actividades sociales, recreativas.

Los resultados evidencian situaciones que reflejan aún, problemáticas persistentes en el tiempo como el rol de cuidador centrado en la mujer. Casi en su totalidad los hijos pasan la mayor parte del tiempo con su madre y en los otros casos en su mayoría, con otras mujeres de la familia.

El impacto de la Asignación Universal por Hijo, tanto en su implementación como en sus efectos contribuyó en menor o mayor medida a la transformación de las familias y hogares no sólo a su manutención y el sustento de sus necesidades básicas como la alimentación sino también a elevar su calidad de vida, a gestionar y apropiarse de los lugares públicos y a fortalecer capacidades y habilidades de las familias, con énfasis en las mujeres.

La contribución de la AUH a los procesos de socialización y enriquecimiento de los ambientes para el desarrollo de los niños y adolescentes en las familias se observa en un lento pero progresivo crecimiento, en la medida en que el sustento básico se asegura y la permanencia en ámbitos educativos se mantiene. Asimismo, permite que se amplíe el margen de los derechos que anteriormente recaían solamente en los poseedores de trabajo estable pero manteniéndose dentro de la mayoría de los hogares el impacto de la vulnerabilidad y la pobreza en cuanto al enriquecimiento de los entornos y las oportunidades de socialización.

Se consideran a la AUH y a los encuentros de los niños, adolescentes, mujeres y familias con las distintas instituciones y organizaciones de la comunidad como oportunidades para la reflexión, inclusión, apropiación y planificación de políticas públicas en una perspectiva de ampliación de derechos.

Referencias

1. María Caridad Araujo. Blogs; iadb.org. (Consultado en febrero de 2015.)
2. Bernard van Leer Foundation. Espacios para la Infancia. "Fortaleciendo el ambiente de cuidado del niño pequeño". Noviembre 2007.
3. Ávila Álvarez, A et al. Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso. 2da. Edición. (Traducción) www.terapia-ocupacional.com. 2010.
(Consultado en febrero de 2015) Disponible en <http://www.to.com/aota.2010.es.pdf>.
4. Polonio López, B.; Castellanos Ortega, MC.; Viana Moldes, I. 2008. "Terapia Ocupacional en la Infancia" Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. Madrid. 1-7.
5. Mulligan, S. 2006. "Terapia Ocupacional en Pediatría. Proceso de evaluación." Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. Madrid.3-7.
6. Campisi ,M. A. Vega, M. C. y Grupo de Investigación: Salud y Desarrollo del niño y la Familia." "Terapia Ocupacional en la comunidad e Investigacion- Acción- Participación Jornadas de Investigación en Comunidad. UNMDP. 2011.
7. Myers, R.; Martínez, A. Delgado, M.A.; Fernández, J.L. "Desarrollo Infantil Temprano en México. Diagnóstico y recomendaciones." BID. México. 2013.
8. Vega MC. y cols. "Aportes a la construcción de prácticas de Terapia Ocupacional en el fortalecimiento de la participación y los derechos ciudadanos a partir del impacto de la Asignación Universal por hijo en Argentina." X Congreso Latinoamericano y V Congreso Venezolano de Terapia Ocupacional y Rehabilitación. Caracas. Venezuela. 2013.
9. Vega, MC y cols. "Cuidado, desarrollo psicosocial y oportunidades de socialización en hogares que perciben AUH de la ciudad de Mar del Plata. Fortalezas y debilidades." "XI Jornadas nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población. XIV Seminário Internacional do Projeto Integralidade: Saberes E Práticas no Cotidiano Das Instituicoes De Saude. Cultura del cuidado y el cuidado en la cultura: dilemas, retos y avances hacia la Integralidad como derecho humano a la salud en el MERCOSUR." CD. Área Salud y

Bibliografía

- Arcidiácono P, Carmona Barrenechea V y Straschnoy M 2011. La asignación universal por hijo para la protección social: rupturas y continuidades, ¿hacia un esquema universal? Revista Margen Nº 61. Buenos Aires, Argentina.
- Aquin Nora, 2003: "Ensayos sobre Ciudadanía": Editorial Espacio. Buenos Aires, Argentina.
- Bertranou, F. "Aportes para la construcción de un piso de protección social en Argentina: el caso de las asignaciones familiares." Informe de la Oficina de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en Argentina. 2010.
- Bustelo, E. "El recreo de la Infancia." Editorial Siglo XXI. Buenos Aires. 2011.
- Fernández Blanco, A. "Políticas de transferencias monetarias: La Asignación Universal por Hijo y su impacto en el bienestar de los hogares a nivel local. Un aporte a la discusión del piso de Protección Social en Argentina. Tesina de grado de Licenciatura en Economía. UNMDP.2011.
- Jelín, E. "Pan y afectos. La transformación de las familias" Fondo de Cultura Económica. 2010. Buenos Aires. Argentina. Pag.106.
- Ministerio de Educación de la Nación. "Análisis y evaluación de los aspectos educativos de la AUH" Informe elaborado en base a los estudios de las Universidades Nacionales: Universidad Nacional General Sarmiento, Universidad Nacional de La Plata, Universidad Nacional de Moreno, Universidad Nacional de Misiones y Universidad Nacional de Villa María. Buenos Aires, noviembre 2011. <http://portal.educacion.gov.ar/asignacion-universal-porhijo-para-proteccion-social/>
- Pautassi Laura. "Programa de transferencias condicionadas de ingresos ¿Quién pensó en el cuidado? La experiencia en Argentina." Seminario regional familias latinoamericanas interrogadas. Hacia la articulación del diagnóstico, la legislación y las políticas. Santiago de Chile, 29 y 30 de octubre de 2009. CEPAL.
- Rodríguez, M. y Taborda, A. (2009) "Análisis de las políticas públicas. Formación y estilos de gestión y desempeño: políticas de vivienda. Córdoba 1991-2007". Ed. Brujas. Córdoba. Argentina.
- OIT, UNICEF. "Diálogos sobre políticas de cuidado en Argentina." Relatoría del encuentro realizado el 24 de marzo de 2014. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y Programa de Protección Social de CIPPEC.
- OREALC / UNESCO "Participación de las familias en la educación infantil latinoamericana." Publicado por la Oficina Regional de Educación de la UNESCO para América Latina y el Caribe Santiago ISBN: 956-8302-17- Editorial Trineo S.A. Santiago, Chile, agosto 2004.
- Tuñón I. "Cuidado en la infancia. Oportunidades de estimulación y socialización. Niñez y adolescencia en la argentina urbana en 2010." Edición Barómetro de la deuda social de la infancia. Universidad Católica Argentina. Serie del Bicentenario 2010-2016. Boletín Nº 10, año 2011.
- UNICEF. "Hacia una política pública en desarrollo infantil temprano. Las buenas prácticas. Sistematización de experiencias, debates y conclusiones.". Buenos Aires. 2005.

Agradecimientos: a las familias, a los equipos de salud, educación, desarrollo social y justicia de la ciudad de Mar del Plata que aceptaron participar. Al Comité de Docencia e investigación de la secretaría de Salud del Municipio de General Pueyrredon. A la Universidad Nacional de Mar del Plata.

Allá lejos en la Patagonia: un escrito posible

Autora: Lic. en T.O. María Sol D'Angelo.
Correo electrónico: mariasoldangelo@hotmail.com

Resumen

En el trabajo se narra la experiencia de rotación como residente de Salud mental en pequeñas localidades de la provincia de Río Negro; a la vez que se proponen para el análisis de la misma algunos aportes conceptuales de Terapia ocupacional¹. Luego del cierre del Neuropsiquiátrico de la ciudad de Allen (único monovalente de Río Negro), progresivamente se han ido constituyendo los Servicios de Salud mental² en los hospitales generales de toda la provincia. En mi rotación he tenido oportunidad de conocer dichos servicios en tres localidades, de los que desarrollaré algunas características y actividades realizadas en distintos dispositivos, novedosos para lo que venía siendo mi práctica cotidiana (por ejemplo: salidas rurales, preparación de micro para la radio comunitaria, Grupo de medicación de mujeres, Empresa social).

En cada una de las localidades, las visitas domiciliarias me permitieron ingresar en el espacio privado de algunos vecinos para así establecer un vínculo desde el respeto y la invitación a construir conjuntamente procesos saludables. Asimismo, queda de manifiesto que "lo comunitario" de una intervención radica en un posicionamiento y un modo de vincularse con el usuario más que con el ámbito físico de trabajo.

Como conclusión, la rotación en Río Negro constituyó el primer acercamiento a un escenario posible para el ejercicio de nuestra profesión, donde mucho hay por hacer, podemos comenzar con impulsar una práctica comprometida con la autonomía del sujeto, con los riesgos que implica, tal como vivir.

Introducción

En el presente trabajo narraré mi experiencia de rotación como residente de Salud mental en pequeñas localidades de la provincia de Río Negro; a la vez que propondré para su análisis algunos aportes conceptuales de Terapia ocupacional de autores de referencia en Latinoamérica.

Desarrollo

En Río Negro, el trabajo en Salud mental tiene un fuerte basamento comunitario. Y bien, ¿de qué se habla cuando se dice "trabajo en comunidad"? Un ámbito puede ser comunitario si comprende una trama interinstitucional; por otro lado, un enfoque comunitario es aquella perspectiva intelectual que se interesa por los fenómenos que se producen por dirimir y ejercer el poder (6).

Luego del cierre del Neuropsiquiátrico de la ciudad de Allen (único monovalente de Río Negro), progresivamente se han ido constituyendo los Servicios de Salud mental en los hospitales generales de toda la provincia. Además de esta descentralización operativa, ocurre una descentralización del saber, visible en la interdisciplinariedad; lo que legitimaría la intervención del terapeuta ocupacional³ en los distintos niveles de atención en salud. Según Alejandro Guajardo, "La pérdida del bienestar social y de la calidad de vida de...poblaciones, conlleva daño psicosocial e importantes alteraciones en el proceso salud enfermedad", y en este esce-

¹ En adelante, T.O.

² En adelante, S.S.M.

³ En adelante, t.o.

nario es donde nos toca propiciar la plena participación ocupacional de las personas y grupos en condiciones "dignas y respetuosas" (3).

En mi rotación he tenido oportunidad de conocer los servicios de salud mental de tres localidades, en los que me detendré a continuación

Sierra Colorada: Localidad de 1.542 habitantes; se encuentra en el km 224 de la Ruta Nacional 23, distando a 450 km de la ciudad de Viedma, capital de la provincia.

El S.S.M. del Hospital Área Programa "Dr. A. Feintuch" en el momento de mi rotación estaba constituido por una psicóloga de planta y tres psicólogos residentes. Comentaré algunas de las actividades en las que tuve oportunidad de participar.

Como t.o. fui convocada por el Equipo Técnico de Apoyo Pedagógico para intervenir en una situación puntual, en la que el objetivo fue favorecer la independencia de una joven con Retraso mental, específicamente en relación a su higiene personal. Se trabajó en conjunto con una de las psicólogas realizando visitas domiciliarias, indicación de material concreto de apoyo para la actividad (utilización de tarjetas con material visual) y sugerencias destinadas a sostener en el hogar lo trabajado desde la escuela.

Pude participar de dos salidas rurales; en las mismas participaban un agente sanitario, un psicólogo y un chofer. En dichas instancias se me planteaban preguntas como ¿cuál es el rol de salud mental en dichas visitas? ¿Es posible realizar un seguimiento visitando al usuario una vez al mes? ¿Cómo pensar la T.O en estos contextos? Estas situaciones se pueden leer como prácticas en las que los trabajadores realizarían acciones inespecíficas en salud, vinculadas con la promoción y, en definitiva, con el mejoramiento de las condiciones en que transcurre la vida cotidiana. Así, en las entrevistas se solían abordar los "temas del campo", como son el trabajo, las lluvias, cómo pasar el frío, etc. Es de este modo que aparece una comprensión de la persona donde lo que prima son "los significados y los sentidos de las ocupaciones en ámbitos socioculturales particulares" (3).

Los Menucos: Localidad de 5.187 habitantes (incluyendo población rural) que se encuentra sobre la Ruta Nacional 23, a 40 km de Sierra Colorada.

En el S.S.M. del Hospital Área Programa Dr. Perrone me encontré por primera vez con la figura del operador en Salud Mental, quien en estos lugares es quien realiza el sostenimiento del tratamiento en la vida cotidiana y posee el conocimiento del territorio y de su gente. Además de dos operadoras, el Servicio cuenta con dos psicólogas de planta.

Una de mis primeras intervenciones fue preparar un micro para la radio comunitaria, con el trabajo como temática, ya que se aproximaba la festividad del Día del Trabajador. La propuesta fue realizada por una de las psicólogas dada mi profesión y me pareció interesante poder acercar a la población los significados que podemos otorgarle al trabajo desde una perspectiva de T.O y salud mental; un posicionamiento que a su vez reconozca la diversidad de construcciones en relación al tema y sea capaz de darle lugar en este caso a los oyentes, para que pudieran manifestarse. Por lo tanto se instauró como "consigna" que quien lo deseaba podía comunicarse y definir qué es para él el trabajo.

Grupo de socialización "Quillagüa" ("Personas que se ayudan mutuamente"): conformado por usuarios con distintos padecimientos psíquicos y coordinado mayormente por las operadoras; donde éstas generalmente proponen la realización de alguna actividad concreta que es realizada entre todos, mientras se comparte charla y mates. Resultaron pertinentes sugerencias de T.O. en relación a la importancia de que los usuarios interioricen como propias las actividades, realizándolas con ellos paso por paso y luego recuperando cuáles fueron los elementos utilizados y el procedimiento; destinar un tiempo de la mañana para planificar junto a los usuarios la actividad del encuentro siguiente; fomentar la autonomía. Es pertinente destacar que el dispositivo pasaba por una etapa de inestabilidad en relación al lugar físico y falta de recursos materiales, lo que condicionaba el sentido de pertenencia por parte de los usuarios y el funcionamiento óptimo del dispositivo.

Tuve la posibilidad de acompañar a la psicóloga en la guardia en dos diferentes situaciones, una de las cuales demandó seguimiento a través de visitas domiciliarias. La intervención en dichas situaciones se puede ubicar como de Asistencia, es decir, la práctica que busca sostener al sujeto cuando se ha determinado que no puede mantener por sí mismo su equilibrio vital. Es asistido quien esté transitando un momento en el cual no pueda auto-gestionarse en alguna función social (5), y al t.o. como miembro de equipo de guardia le cabe la responsabilidad de alojar al sujeto en un momento de urgencia, entendida como crisis, como corte abrupto de la cotidianeidad, a fin de brindar estrategias para que pueda rearmar una vida posible.

Maquinchao: situado en el Departamento de 25 de Mayo, a 280 km de San Carlos de Bariloche. Posee 2494 habitantes^[1], incluyendo población rural dispersa.

El S.S.M. del Hospital Rural Dr. Callejas estaba conformado, al momento de mi rotación, por una psicóloga de planta, dos psicólogos residentes y dos operadores, con trabajo de articulación permanente con la trabajadora social del nosocomio. En el mismo pude participar de algunas actividades que me representaron novedad.

Grupo de medicación de mujeres: conformado por usuarias que se reunían en el domicilio de una de ellas y además de recibir cada una su medicación para la semana, compartían el mate y realizaban diferentes actividades, siendo la más frecuente y elegida por ellas el arreglo personal. Claramente se ve que el grupo trasciende el fin de proveer medicación a las usuarias, para ser una ocasión de encuentro y de socialización de temas de interés, de creación de una red vincular entre ellas.

En este grupo, por ejemplo, una de sus integrantes planteó la voluntad de empezar a manejar por sí misma sus bienes, ya que hasta el momento su cuñada cobraba su sueldo por ella y se lo iba entregando en pequeñas cantidades. Sus compañeras la apoyaron en esta decisión, y el equipo coordinador planteó su disposición a acompañarla en el proceso con lo que fuera necesario, ubicando como primera medida el trámite de revocar su insanía. Ubico esta intervención como promocional, ya que *promoción* implica trabajar para que alguien pueda moverse por sí solo (5), y en definitiva promover a un sujeto significa favorecer su autonomía para que pueda satisfacer necesidades o defender sus propios derechos en lo social.

Empresa social "Un nuevo comienzo": la misma tiene la concesión del Parador Municipal, y específicamente está encargada de los servicios de limpieza, confitería y alojamiento. Me llamó la atención de la misma que no está conformada sólo por usuarios del S.S.M, por lo que se trata de una situación real de trabajo y no de un trabajo protegido. Sí se contemplan algunas particularidades, propias de aquellos que por su padecimiento tienen dificultades para la socialización y para sostener una actividad laboral con sus requerimientos.

En cada una de las localidades, las visitas domiciliarias me permitieron ingresar en el espacio privado de algunos vecinos para así establecer un vínculo persona a persona, desde el respeto y la invitación a construir conjuntamente procesos saludables. Asimismo, comprendí – haciendo vivencia la teoría- que "lo comunitario" de una intervención tiene que ver con un posicionamiento y un modo de vincularse con el usuario más que con el lugar físico donde trabajemos (sea en un consultorio, en el barrio o en una casa).

Conclusión

El encuentro con lo nuevo puede producir asombro y entusiasmo, así como resistencia. Esto último es menos probable que se presente si se tiene una actitud de apertura frente a la novedad y una particular disposición al desafío, por qué no a la aventura. Acercarse a la zona sur de Río Negro se parece a esto último; allí poco se conoce la T.O, pero esto lejos estuvo de representar un impedimento. Por el contrario, lo tomé como oportunidad; constituyó el primer acercamiento a un escenario posible para el ejercicio de nuestra profesión, donde mucho hay por hacer... Podemos comenzar con impulsar una práctica que propicie el ejercicio de los dere-

chos de todas las personas y que esté comprometida con la autonomía del sujeto, con los riesgos que ello implica, tal como vivir.

Para finalizar esta presentación, elijo estas palabras de Guajardo (3):

"...entender la ocupación humana y transformar la vida de los hombres, mujeres y colectivos, para que se constituyan en seres ocupacionales, en tanto la ocupación abre posibilidades de realización personal, ejercicio de libertad y construcción de sentido".

Bibliografía

- D'Angelo, María Sol, 2014. "Ateneo (¿clínico?). Allá lejos en la Patagonia: un escrito posible". Trabajo presentado en el espacio de ateneos de la RISaM. (Paraná).
- Guajardo, Alejandro; SimóAlgado Salvador 2010. Una Terapia ocupacional basada en los derechos humanos. TOG (A Coruña) <revista en internet, consultada el 25-2-15> Disponible en www.revistatog.com/num12/pdfs/maestros.pdf.
- Guajardo, Alejandro, 2011. Prólogo. En: Grupo de investigación Ocupación y realización humana, 2011. "Ocupación: sentido, realización y libertad. Diálogos ocupacionales en torno al sujeto, la sociedad y el medio ambiente", (Bogotá).
- Nahr María Eugenia, 2014. "Promoción y prevención en Terapia ocupacional". En: Cuadernos de la Escuela de Salud pública, Vol. 2, Nº 88 (Caracas).
- SchiappaPietra, José, 2008. "Desmanicomialización". Fondo Editorial Rionegrino (Argentina).
- SchiappaPietra, Jose, 2012). "Teoría comunitaria y dispositivos de inclusión social". PubliFadecs (Argentina).

La producción en investigación científica de los terapeutas ocupacionales argentinos. Análisis de las investigaciones presentadas y publicadas en los Congresos Argentinos de Terapia Ocupacional en sus ediciones 2003, 2007 y 2011

Autores: Martini, Marina Fernanda; Zerbonia, Carolina Verónica.
Correo electrónico: carolinazerbonia2002@yahoo.com.ar

Resumen

Introducción

La Terapia Ocupacional surgió de un campo de práctica y se fue convirtiendo en un campo de conocimiento único. En la Argentina, en el año 1983 se reiniciaron las actividades profesionales (consulta de material bibliográfico y eventos profesionales). El primer Congreso de Terapia Ocupacional se realizó en 1985 retomándose las actividades de escritura y la publicación de los primeros libros nacionales. Cada cuatro años se realiza el Congreso Nacional donde los profesionales se reencuentran para presentar, transmitir y compartir sus trabajos.

Objetivos

Describir la cantidad y las características de las producciones en investigación científica presentadas y publicadas por terapeutas ocupacionales argentinos en los Congresos Argentinos de Terapia Ocupacional en sus ediciones de 2003, 2007 y 2011. Identificando la metodología, la procedencia institucional, los marcos de referencia utilizados y la conformación de los equipos y/o autores.

Material y métodos

Investigación descriptiva, no experimental de tipo transversal retrospectiva, bibliográfica y cuantitativa. Se analizaron todas las producciones publicadas en las cuales haya participado en su autoría, al menos un terapeuta ocupacional argentino. Se registró la información existente en las Actas, disponible en CD. En cada publicación se analizaron: autorías (títulos, disciplina, cantidad de autores), procedencia institucional, áreas de trabajo, marcos de referencia y metodologías utilizadas.

Resultados

Incremento paulatino de la cantidad de producciones. La procedencia institucional es mayoritariamente de ámbitos universitarios nacionales. En la mayoría, los marcos de referencia no se explicitan claramente. En metodología hay un predominio descriptivo, observacional, transversal, retrospectivo y cuantitativo.

Conclusiones

Si bien la cantidad de producciones se va incrementando, la necesidad de explicar años de análisis clínicos ha llevado a la descripción de lo observado y a cuantificar más que a experimentar. Sería interesante un crecimiento hacia lo cualitativo más congruente con el paradigma de la ocupación.

Introducción

El inicio de la Terapia Ocupacional estuvo orientado por una filosofía humanística que contribuía a que las personas se adapten a las dificultades de la vida. Según Schwartz (1) la escasa producción científica hasta 1960, se debió a que no había interés en demostrar la eficacia de las intervenciones. Hacia 1980 surgieron empresas aseguradoras de la salud con políti-

cas de reintegros que comenzaron a exigir precisar los beneficios de la terapia. Se planteó entonces la necesidad en la profesión de crear un cuerpo de conocimiento que estudiara la naturaleza de la ocupación. Las publicaciones de investigaciones se incrementaron, pero los terapeutas ocupacionales acompañaban en autoría a otras profesiones.

En Latinoamérica, Da Rocha Medeiros (2) plantea que el terapeuta ocupacional debe proponer una observación crítica ante el conocimiento, posicionarse como un agente capaz de pensar y cuestionar los fundamentos y las prácticas que le son propuestas. Que en la ciencia moderna se debe proceder de forma intencional, objetiva y utilizando métodos lógicos específicos.

Gómez Mengelberg (3) sostiene que no existía un énfasis en estimular la investigación específica en Terapia Ocupacional, y que el incremento de la producción en investigación se produjo en consonancia con los requerimientos académicos de algunas de las universidades.

En nuestro país, con el comienzo de la democracia, en el año 1983 se reinician las actividades profesionales: la consulta de material bibliográfico que volvía a estar disponible y los eventos profesionales.

El primer Congreso Argentino de Terapia Ocupacional se realizó en el año 1985 en la ciudad de La Rioja, retomándose las actividades de escritura y hacia 1988 la publicación de los primeros libros de Terapia Ocupacional de producciones argentinas. Desde entonces y cada cuatro años se realiza en nuestro país el Congreso Argentino de Terapia Ocupacional donde los profesionales presentan artículos científicos, elaboraciones teóricas, transmiten y comparten experiencias profesionales, conceptos y fundamentos que sustentan la práctica de Terapia Ocupacional.

A través de esta investigación se intentará establecer las características que presenta la producción en investigación científica publicada por terapeutas ocupacionales argentinos en los Congresos Argentinos de Terapia Ocupacional en sus tres últimas ediciones de 2003, 2007 y 2011.

Material y métodos

Investigación descriptiva, no experimental de tipo transversal retrospectiva, bibliográfica y cuantitativa. Se analizaron todas las producciones publicadas en las cuales haya participado en su autoría, al menos un terapeuta ocupacional argentino. En cada publicación se analizaron: autorías (títulos, disciplina, cantidad de autores), procedencia institucional, áreas de trabajo, marcos de referencia y metodologías utilizadas.

Resultados

Se registró un total de 326 producciones correspondientes a los congresos del año 2003, 2007 y 2011, el 5.5% son producciones en investigación científica de terapeutas ocupacionales argentinos y el 94.5% corresponde a otras publicaciones. Con el tiempo, se han ido incrementando las producciones de terapeutas ocupacionales argentinos. (Tabla 1) Más del 70% de los terapeutas eran licenciados.

El 33.3 % de las producciones en investigación científica corresponde al área de trabajo de salud comunitaria, el 27.8% a salud laboral; el 16.7% al área educativa; el 11.1% a la salud física; el 5.6% a la salud mental y el 5.6% a otras áreas de trabajo. No se registraron producciones en investigación científica correspondientes al área gerontología y geriatría ni al área gestión.

Casi el 40% de las producciones en investigación científica tiene su procedencia en instituciones educativas y el 27.8% en instituciones de salud. (Tabla 2)

En cuanto a la autoría, el 27.8% corresponde a equipo interdisciplinario; el 22.2% a trabajos unipersonales; el 16.7% a pluripersonales y el 33.3% no explicita el tipo de autoría. El 50% de las producciones fueron realizadas por más de 2 autores; el 27.8% por 2 autores y el

22.2% por autor único. Del total de autores (n=61), el 49.2% no explicita la disciplina de origen; el 39.3% es terapeuta ocupacional; el 6.6% es psicólogo; el 1.6% es médico y el 3.3% corresponde a otras disciplinas.

Se halló una relación estadística altamente significativa ($p < 0.001$) entre la disciplina de origen y el año de publicación, es decir, que existe mayor probabilidad que en el año 2003 hubiera mayor cantidad de publicaciones de terapeutas ocupacionales que durante los años 2007 y 2011 (Gráfico 1)

En cuanto al marco de referencia, el 16.7% de las producciones corresponde a desarrollo; el 11.1% a adaptación ocupacional; el 5.6% a biomecánico; el 5.6% a modelo de integración sensorial; el 5.6% a modelo de la ocupación humana y en el 55.6% el marco de referencia no es aplicable.

En relación al tipo de metodología, se encontró que son más frecuentes los estudios descriptivos (83%), observacional (94.4%), transversal (72.2%), retrospectivo (72.2%) y con enfoque cualicuantitativo (44.4%). (Tabla 3)

Conclusiones

Esta investigación nos ha dado una visión el desarrollo de la producción del conocimiento durante la última década, durante la cual hubo un aumento tanto en la cantidad de publicaciones, como en las producciones en investigación científica, aunque a pesar del incremento, en ninguno de los congresos ha superado el 9% de la totalidad de las presentaciones. Los títulos de los autores en su mayoría son de Licenciado, lo que invita a reflexionar sobre la necesidad de contar con espacios de formación a nivel de maestrías y doctorados en nuestro país. Muchas publicaciones no especifican la formación académica de los autores y un alto porcentaje son autoría en equipo, no describiendo si son equipos de terapeutas ocupacionales o interdisciplinarios.

En relación a las áreas de trabajo pudimos observar como la producción de conocimiento se pudo abrir de las tradicionales áreas, disfunción física y disfunción psicosocial, hacia campos menos explorados como el de Salud comunitaria. También se observa un crecimiento de producciones en el área laboral.

Respecto de la procedencia institucional, la mayoría proviene de ámbitos universitarios nacionales, los cuales cuentan para tal fin, con financiamientos gubernamentales e incentivos docentes, entre otros.

Ninguna producción explicita claramente si utiliza o no algunos de los marcos de referencia presentados en nuestra investigación, se identificaron como prevalentes el marco de "Desarrollo" y el de "Adaptación Ocupacional". Estos datos, nos convocan a reflexionar sobre el modo en que están incluidos en la formación académica de pre-grado y de post-grado existentes en las universidades.

En cuanto al análisis del tipo de metodología utilizada, la investigación muestra un predominio descriptivo, observacional, transversal, retrospectivo y cuantitativo. Se evidencia que la necesidad de explicar años de análisis clínicos ha llevado a la descripción de lo observado y a cuantificar más que a experimentar. Sería interesante, comenzar a replantearse, un crecimiento hacia lo cualitativo más congruente con el *paradigma de la ocupación*.

Los Congresos Argentinos de Terapia Ocupacional son los contextos donde esperamos encontrarnos con los mayores referentes para actualizarnos con información fiable. Por ello pensamos, que el resultado de la presente investigación podría encaminar acciones tendientes a concientizar a estudiantes y profesionales sobre la necesidad de generar y mejorar los conocimientos de la disciplina a través de la investigación, para contribuir al cuerpo de conocimiento de la Terapia Ocupacional, para fortalecer la identidad de la misma y para brindar intervenciones de calidad basadas en evidencia válida, relevante y confiable.

Referencias bibliográficas

- Schwartz, K., 2005. "Historia de la Terapia Ocupacional" en: Schell, B.; Crepeau, E. y Cohn, E. *Terapia Ocupacional. Willard & Spackman*. Médica Panamericana (Buenos Aires) 10° ed. 5-13.
- Da Rocha Medeiros, M. H., 1999. "La Terapia Ocupacional en relación con la producción de conocimiento". V Congreso Argentino y V Simposio Latinoamericano de Terapia Ocupacional, La Rioja, Argentina.
- Gómez Mengelberg, E. y Capozzo, M., 2009. "Perspectivas históricas sobre los textos de consulta teórica de la formación de la disciplina de Terapia Ocupacional en la Argentina y su relación con la investigación". I Congreso Peruano y VIII Latinoamericano de Terapia Ocupacional.

TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla 1

Producciones en investigación científica de terapeutas ocupacionales y otras publicaciones según congreso.

	Producciones científicas de T.O. argentinos		Otras publicaciones		Total
	f	%	f	%	
Congreso 2003	3	5,6%	51	94,4%	54
Congreso 2007	5	3,2%	153	96,8%	158
Congreso 2011	10	8,8%	104	91,2%	114
Total	18	5,5%	308	94,5%	326

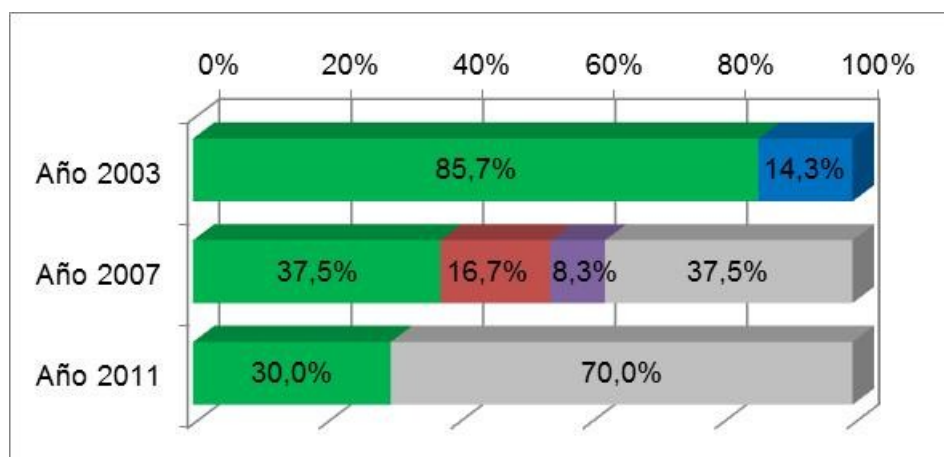
Tabla 2

Procedencia institucional de las producciones

		f	%	
Educativa	pública	6	33,3%	38,9%
	privada	1	5,6%	
Salud	pública	3	16,7%	27,8%
	privada	2	11,1%	
Otras		5	27,8%	
No se explicita		1	5,6%	

Gráfico 1

Disciplina de origen de los autores según año de publicación



Terapeuta ocupacional ■
 Médico ■
 Psicólogo ■
 Otros ■
 No explicita ■

Tabla 3
Tipo de metodología

		f	%
Tipo de estudio	descriptivo	15	83,3%
	experimental	1	5,6%
	descriptivo y experimental	1	5,6%
	analítico y experimental	1	5,6%
Control de asignación de factores de estudio	observacional	17	94,4%
	observacional y experimental	1	5,6%
Secuencia temporal	longitudinal	5	27,8%
	transversal	13	72,2%
Inicio del estudio en relación a la cronología de los hechos	retrospectivo	13	72,2%
	prospectivo	5	27,8%
Enfoque de investigación	cuantitativo	6	33,3%
	cualitativo	4	22,2%
	cualicuantitativo	8	44,4%

La Terapia Ocupacional y su relación con el trabajo organizacional

Autor: Fernícola, Marta

Correo electrónico: fernicolaconacentoenlai@gmail.com

Resumen

El terapeuta ocupacional se desempeña en medios organizacionales y, en la mayoría de los casos, **con una fuerte interacción con otros profesionales**. Aún un consultorio privado tiene algunas características que lo aproximan a una situación organizacional. Al respecto, es posible plantearse estas preguntas: ¿Cuántas ocasiones tiene este profesional de analizar el medio organizacional en el que se encuentra inmerso? ¿Qué herramientas conoce y utiliza para generar el trabajo adecuado con los demás profesionales? ¿Cómo inciden estos conocimientos en el trato con el protagonista de la relación profesional, es decir, la persona con algún tipo de dificultad? Realizando un análisis de estas preguntas pueden formularse objetivos que guíen un proceso de investigación y de cambios en la práctica.

Metodología: Un campo de investigación sobre lo dicho puede ser la Universidad Nacional de Villa María que, desde un primer momento, incluye nociones sobre el trabajo organizacional en la formación de los futuros licenciados en Terapia Ocupacional. En este trabajo se analiza esta experiencia formativa y sus resultados.

He dictado un seminario y más tarde una asignatura sobre esta área de la disciplina desde el año 2004. En todos los casos, se han observado muchas resistencias iniciales a considerar estos temas entre los alumnos, pero al avanzar en las lecturas y los trabajos prácticos se ha evidenciado la importancia de saber desempeñarse en las organizaciones tanto del sector gubernamental, privado y del voluntariado. Esta variedad de enfoques, estilos, tradiciones obligan al terapeuta ocupacional a comportarse acertadamente para obtener logros aceptables. Entonces, la **conclusión** es que resulta imprescindible revisar la teoría organizacional existente para evitar un costoso esfuerzo de ensayo y error en un ámbito en donde las equivocaciones son generalmente irreparables.

Introducción

La Terapia Ocupacional (TO) se gestó en tiempos de crisis, ya sea en sus inicios históricos como en los países en los que se introdujo más tarde. Las crisis son generadoras de cambio y son vistas, por algunas corrientes, como oportunidades de mejora, quebrando un orden establecido o generando uno superador. **Quien se desempeña en estas situaciones debe estar bien preparado para entender los fenómenos que lo rodean.**

El terapeuta ocupacional se desempeña en medios organizacionales y, en la mayoría de los casos, **en una fuerte interacción con otros profesionales** (médicos, kinesiólogos, psicólogos, psicomotricistas, enfermeros y otros más). Aún un consultorio privado tiene algunas características que lo aproximan a una situación organizacional.

Los **objetivos** en relación a este aspecto de la profesión pueden ser:

Detectar las ocasiones que existen para analizar el medio organizacional en el que me encuentro inmerso.

Conocer y utilizar herramientas para generar el trabajo adecuado con los demás profesionales con los que interactúo

Observar cómo inciden estos conocimientos en el trato con el protagonista de la relación profesional, es decir, la persona con algún tipo de dificultad

Metodología

La Universidad Nacional de Villa María incluyó en el programa de estudios de la Licenciatura en TO un espacio para tratar estos temas desde el inicio mismo de la carrera. En el año 2004 comencé a dictar un Seminario sobre Formulación, Evaluación y Gestión de Proyectos y allí advertí la resistencia que los alumnos sentían hacia esta área del conocimiento. Desde el primer momento he sentido que mis alumnos comienzan las clases con mala predisposición ("*¿para qué ocuparse de esto?*") Mis clases se inician siempre con un mismo diagnóstico. He pedido a cada alumno que escriba una definición de *organización*. Por lo general la sorpresa hace que el primer resultado sea muy pobre. Discutimos grupalmente los elementos obtenidos y después escriben una segunda definición. Guardo estos elementos como nuestro punto de partida. Después vamos juntos a la biblioteca de la universidad y los invito a que revisen los anaqueles de Administración y que busquen una definición de organización y la copien. Los descubrimientos son riquísimos y sorprendentes. El tema se empieza abrir. Para un análisis teórico profundo sobre las organizaciones recorro a un texto clásico de Bernardo Kliksberg. (1) "El pensamiento organizativo", del año 95. En fin, no es novedoso, pero es profundo en este aspecto. Allí señala que es necesario primeramente entender el concepto de *organización* para poder luego administrarla. La definición de organización que presenta abarca, por supuesto, a las instituciones de salud, a todas ellas. Esto permite hacer análisis más completos de esta realidad cotidiana. Tomo palabras de Kliksberg para definir a la organización como:

"... una institución social. Es centro de esa institución social, un sistema de actividades desempeñado por sus integrantes. El sistema de actividades se caracteriza por su coordinación consciente y su racionalidad, y crea expectativas fijas de comportamiento recíproco entre los miembros de la organización. El conjunto de relaciones entre las actividades de la organización constituyen su estructura. La estructura es de carácter relativamente estable en el tiempo. Tiende hacia determinados fines. El proceso de fijación de esos fines, y el grado de cooperación que le acuerden sus miembros variarán según el tipo de organización. Sus características, comportamiento y objetivos son profundamente incididos por las características del medio económico, político, cultural, social, etc donde se desenvuelve. Tiene una relación de interacción mutua con el medio: es determinada por él en aspectos importantes, y a su vez con su acción contribuye a modelar los rasgos del medio." (Kliksberg, pag.26)

Luego propongo un trabajo de investigación sobre la historia de la Administración relacionándolo con la TO. Esta tarea reveló siempre elementos muy interesantes. Por ejemplo, Taylor, ingeniero del siglo XIX, considerado el padre de la administración científica, realizó estudios de tiempos y movimientos en trabajadores fabriles. Contemporáneamente en Francia, Fayol gerente de una compañía de acero y carbón, descubrió que todas las organizaciones tenían elementos en común, aunque fueran bien diferentes en apariencia. También como "padre de la administración" planteó las funciones básicas: **planificar, organizar, dirigir y controlar**. El sociólogo Max Weber, trabajando en Alemania, planteó un modelo ideal – la burocracia – como una propuesta racional para trabajar organizacionalmente. El profesor Elton Mayo a principios del siglo XX en Estados Unidos descubrió los aspectos psicológicos que influían en el trabajo. En esa misma época en Estados Unidos, (2) Mary Parker Follett analizó las interrelaciones personales sentando elementos innovadores sobre, por ejemplo, la negociación. Muchos años más tarde, Drucker estudia como pionero las organizaciones sin fines de lucro. (3)

En esta tarea discutimos los aportes que pueden dar estos autores a la TO. Esto ha despejado siempre la indiferencia mala voluntad inicial hacia la temática organizacional.

La propuesta que presento para hacer más claro el estudio de esta amplísima disciplina, es seguir el camino clásico de Fayol: **administrar** es planificar, organizar, dirigir y controlar. En

cada caso ejemplificar con organizaciones de la salud y revisar las prácticas que han realizado en la carrera en diversas instituciones, tanto del ámbito privado como estatal. En los últimos años he incluido trabajos prácticos basados en el trabajo en organizaciones no gubernamentales, con un enfoque comunitario. Los alumnos elaboran proyectos que atienden problemáticas reales que se toman de periódicos e insertan el trabajo de la TO. Analizan el trabajo en equipo que podrían realizar e imaginan la estructura.

Conclusión

Lo expuesto hasta aquí es un aporte para alentar a todos los que están trabajando en el área a intercambiar experiencias, sugerencias, observaciones y avances. Alentar a esas personas a publicar sobre estos aspectos y organizar instancias de intercambio.

Hay también situaciones similares de las que pueden obtenerse ricos aportes, por ejemplo, analizar los avances en administración educacional y gestión cultural, pues aunque las temáticas, las metodologías y técnicas de trabajo son muy diferentes, se pueden encontrar elementos comunes. Todas trabajan con organizaciones que brindan servicios intangibles y también se dan en organizaciones de los tres sectores: privado, gubernamental y organizaciones sin fines de lucro. Y como esto, mucho más para seguir profundizando.

Resulta imprescindible revisar la teoría organizacional existente, poner en práctica técnicas, recomendaciones e innovaciones. Es posible que esto evite que el terapeuta ocupacional tenga que aprender a trabajar en una organización con un costoso esfuerzo de ensayo y error, especialmente teniendo en cuenta que se desempeña en un ámbito en donde las equivocaciones son generalmente irreparables.

Notas

- (1) Kliksberg, Bernardo.1995 "El pensamiento organizativo. De los dogmas a un nuevo paradigma gerencial". 13º edición. Tesis Grupo Editorial Norma (Buenos Aires) 7- 27.
- (2) Dessler, Gary. 1979 "Organización y administración. Enfoque situacional" Prentice-Hall. (Madrid). 23 -45.
- (3) Drucker, Peter.1992. "Dirección de instituciones sin fines de lucro". El Ateneo. (Buenos Aires). 11-216

Mesa 23

Investigación

Análisis de los roles ocupacionales en la problemática de adicción, desde la perspectiva de la reducción de daños

Autor: Metz, Miriam Isabel

Correo electronico: miriammetz360@hotmail.com

Resumen

Esta experiencia se realiza en un jardín comunitario ubicado en la Fundación *Margarita Barrientos* del barrio Los Piletones (Villa Soldati, zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires). La propuesta es articular, desde la Terapia Ocupacional Comunitaria, los procesos de intervención comunitaria que surgen en este contexto, que responden a problemáticas de adicción en relación a una "propuesta de reducción de daños".

La función de la inclusión de los Terapistas Ocupacionales es analizar los casos problema e indagar sobre las rutinas y roles ocupacionales de las familias de los niños para generar condiciones más funcionales en sus redes vinculares, con el objetivo de identificar los roles ocupacionales en las personas con problemáticas de adicciones, para promover la reducción de daños.

Se interviene con una acción planificada semanalmente. Se utiliza la observación, entrevistas abiertas y visita domiciliaria, enfocando en las posibilidades de construcción de redes sociales y de apoyo, que puedan sostener el tejido de relaciones.

La reducción de los riesgos, en este caso, tiene como elemento central la educación sobre sexualidad y prevención. La intervención interdisciplinaria toma como eje la visita domiciliaria para poder implementar una estrategia conjunta. Desde la Terapia Ocupacional, esto implica un acercamiento al conocimiento práctico, de sentido común de las personas que forman parte de las bases

Introducción

Esta experiencia se realiza en un jardín comunitario ubicado en la Fundación *Margarita Barrientos* del barrio Los Piletones (Villa Soldati, zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires). La propuesta es articular, desde la Terapia Ocupacional Comunitaria, los procesos de intervención comunitaria que surgen en este contexto, que responden a problemáticas de adicción en relación a una "propuesta de reducción de daños".

El equipo de profesionales, convocado en escuelas y jardín de infantes, procura articular alguna forma de reflexión, acercando orientación a padres inmersos en profundas preocupaciones sobre el presente de sus hijos, a causa de sus conductas y por su futuro incierto. Los jardines de infantes comunitarios responden a programas adaptados a ciertas zonas en situación de vulnerabilidad, por carecer de instituciones que reciban a los niños. Por esta razón y por la falta de vacantes en las escuelas de la zona, los padres se enfrentan a la comunidad de la escolaridad primaria de sus hijos. Para la escuela el problema comienza en la familia y ésta espera la solución en el ámbito escolar; en muchos casos ni la escuela ni la familia encuentra vías de resolución ante las problemáticas planteadas: se trata entonces de promover la implicancia y apropiación de sentido en su tramitación (Paolichi G., Metz M., et al., 2012)

Cuando los padres son derivados por la escuela, comenzamos un trabajo de entrevistas y talleres para ir delimitando problemáticas y posibles modos de intervención.

En primer lugar, se hace necesario un análisis de la situación para identificar a los actores relevantes: niños y niñas que asisten al jardín comunitario San Cayetano, sus madres y padres, los representantes del resto de la comunidad boliviana, los docentes del jardín, los

estudiantes y profesionales que asisten de diferentes facultades, los médicos de la sala, los sacerdotes, los trabajadores voluntarios, líderes barriales, punteros políticos, CESAC de la zona, y la propia Margarita Barrientos.

En estos casos, como propone Villasante, es necesario el "análisis de redes" y de "conjuntos de acción". En situaciones de difícil resolución se establecen lazos con los CESAC: por ejemplo, para poder hacer de sostén a una mujer joven embarazada, que consume sustancias tóxicas, y es madre de un niño que asiste al jardín y al que le detectaron problemas de aplanamiento craneal con resolución quirúrgica. Veremos el análisis de este caso en el próximo apartado.

El análisis de un caso

El hijo de esta joven con problemas de adicción es un niño de 1 año, que ingresa al jardín este año 2012, en el mes de junio. Las maestras informan sobre su dificultad para caminar y solicitan que hable con su abuela (a quien llamaremos "A"), quien lo acerca al jardín, lo lleva al médico y se ocupa de él. A. tiene 50 años, y tres hijas: la mayor, luego le sigue M., quien es la madre del niño (T), y por último una hija de 9 años.

Comenta que M., la madre de T., tiene 19 años, está embarazada de otro niño, desconociendo su progenitor, y que consume sustancias psicoactivas. Agrega que en otro momento previo al embarazo se había ido de su hogar, se encontró viviendo en la calle, en ranchadas, pero volvió debido al embarazo y, según refiere, siempre la amenaza con irse de la casa porque viven en una sola habitación.

Este caso fue pensado y trabajado en la relación entre el abuso de drogas y la problemática de reducción de daños en los valiosos aportes de Touzé (2011).

La autora cita a Baratta (1994), quien considera a los "adictos" en estado de enfermedad psicofísica y a la dependencia como irreversible. A lo largo del trabajo, se verán las continuas reincidencias que resultan en procesos cíclicos que la vuelven a colocar en la dependencia reiterada de la sustancia. Esta dependencia es, de acuerdo a Baratta, una de las creencias que legitima el control, el establecimiento de un vínculo necesario entre consumo y dependencia, así como suponer la vinculación de los usuarios de drogas con una subcultura, con un sentido diferente de la realidad al de la mayoría "normal".

Luego de nacer J., su segundo hijo, M. permanece un tiempo en la casa de su madre quien se ocupa de criar y cuidar a los niños, en condiciones de gran precariedad.

La madre de M. describe a su hija como una persona muy agradable y muy desenvuelta, cuenta que ha sido elegida para un spot para la campaña de Macri para las próximas elecciones, y le han prometido arreglarle la casa, promesas incumplidas hasta ahora. Sin embargo, la imagen de la publicidad no coincide con la imagen que su madre señala: "viene destruida, no la reconozco, sucia y en un estado que me da vergüenza". Esto coincide con el estereotipo de la imagen del usuario, según Touzé (2011): cualquiera sea la dosis, frecuencia y circunstancias del uso, es considerado un "adicto". Se lo identifica como alguien peligroso, con una personalidad autodestructiva y con una actitud despreocupada respecto de salud.

¿Cómo modificar las respuestas sociales estigmatizantes? ¿Cómo promover el acceso a cuidados mínimos? Los acercamientos de M. son como un flash, huidizos. Cuando aparece sola se la ve segura, resolutiva. Ha terminado la escuela secundaria y tiene muy buen vocabulario.

Para Touzé (1999; 19) "la reducción de daños parte del supuesto que el uso de drogas no es una práctica irracional". Esto se contrapone con el enfoque prohibicionista que sustenta los tratamientos basados en la abstinencia, en los que se suele identificar a la sustancia como el eje de los problemas que se asocian al consumo de drogas. De esta manera, se supone que a medida que el consumo se vuelve más frecuente, el sujeto va perdiendo su capacidad para controlar sus acciones lo que lo vuelve irracional.

Previamente a alguna intervención específica, se hace necesario entender el contexto y el sistema familiar donde se dan las relaciones, esto permite identificar los roles sobre los que puede intervenir reforzando los aspectos de cuidado que la pueden relacionar con sus hijos.

M. reitera ciertos ciclos de conducta, cuida a sus hijos cuando están internados, o en el momento después del parto, hasta su recuperación y el alta del niño. Le ocurre con T., con J. y con su tercera hija, S. Esta niña estuvo internada por un cuadro de gravedad, y durante su internación M. se mantuvo con ella. Una vez recuperada, M. se escabulle nuevamente de su casa y reincide en su adicción.

Sobre la base de esta representación social sobre los usuarios de drogas como seres incapaces de cuidar de sí y de otros, se generan diferentes dispositivos para atender el problema (que incluye el encierro compulsivo en la cárcel o el hospital psiquiátrico) y que tienen como objetivo el logro de la abstinencia (Galante, Rossi, Goltzman, Pawlowicz, 2009).

Siguiendo esta línea, M. queda expuesta a estar “predestinada” a ser una persona “incapaz de cuidar de sí misma y de cuidar de sus hijos”, en una espiral de *profecías autocumplidas*.

¿Por qué los usuarios de drogas continúan sosteniendo una práctica que los expone a distintas situaciones problemáticas en relación con su salud? ¿Cuáles podrían ser las *acciones continuas* para conocer el significado que tiene el consumo de drogas, para los sujetos que la consumen, teniendo en cuenta el contexto social?

Pequeñas acciones de intervención

En el primer momento de la intervención, nos contactamos con el CESAC 24, a fines de ofrecerle a M. distintos espacios de orientación, ya que en ese lugar hay profesionales que trabajan con las madres embarazadas jóvenes para apuntalarlas en este proceso. Esta propuesta no prosperó.

En algunas oportunidades en que M. y su madre se acercaron al Jardín por un pequeño accidente que había tenido J., se podía observar que en los intentos de asistir a su hijo, llegaba primero la abuela. Poco espacio le quedaba para desempeñar su débil función materna. Se reiteraba su condición de “incapaz” sostenida desde su propia familia.

Touzé (2011) sostiene que las problemáticas complejas se caracterizan por expresar una condición de integralidad, en donde tres elementos se ponen en escena: el sujeto, el contexto y la sustancia. Lo que se hace preciso es que cada elemento sea reconocido e intervenir en cada uno y en todos ellos. De esta manera, reconocer los problemas de drogas como proceso significa recuperar la trayectoria subjetiva de los sujetos frente a estos problemas, influir positiva o negativamente en ella.

La abuela, no pone límites porque teme que su hija se vaya, pero también acepta que no quiso dejar a T. con la hija cuando esta quería ir a tomar clases para terminar sus estudios y llevarlo a la guardería de allí. Aquí vemos claramente la desconfianza puesta en su hija, justo donde aparecen indicios de potencialidades para su desarrollo y para la crianza, que se terminan desvaneciendo.

La docente nos informó que A. está recibiendo asesoramiento legal para que pueda hacerse cargo de sus nietos. Esto terminaría de legalizar la *incapacidad* de M., aun cuando la intención pueda ser la de protección para esos niños.

Uno de los objetivos en este trabajo comunitario es intervenir sobre los casos que precisan un sostén más individualizado y con déficit ocupacionales, que son estimulados específicamente para facilitar la intervención en el juego, dentro del proceso escolar.

Surge la necesidad de espacios de participación, tanto de los padres como de los niños. Los trabajos consisten en fomentar experiencias lúdicas enriquecidas en los aportes sensoriales, compartir el juego entre padres e hijos, y por otro lado, brindar un lugar para pensar, conjuntamente con los padres, las problemáticas de sus vidas y cómo éstas pueden influir en

la crianza de sus hijos. Estos espacios de apropiación de sentido y fortalecimiento relacional intentan que niñas y niños, sujetos de derecho, productores de sentido, exploren sus primeras manifestaciones culturales en sus procesos de identificación y socialización y que el juego tome sentido para los padres de estos niños.

Es esperable que los padres se fortalezcan así en los diferentes roles que desempeñan. Algunos de esos roles no siempre están identificados, se ha naturalizado en ellos cierta imposibilidad de elegir y de participar. En los talleres lúdicos de padres e hijos, ver participar a las madres en actividades que les son familiares, como decorar una torta con sus hijos, genera un despliegue de potencialidades.

¿Cómo intervenir desde la reducción de daños?

Los enfoques de reducción de daño se basan en el respeto del derecho de los usuarios a decidir sobre el cuidado de su salud, facilitar el acceso a los servicios preventivos y asistenciales y promover la defensa de sus derechos (Touzé y Rossi, 1997). No se pretende la abstinencia total en el consumo de drogas sino que trata de reducir las consecuencias, adaptando el servicio a la necesidad de los usuarios.

Ahora, de acuerdo al estudio realizado por Fried Schnitman y Rodríguez Mena García (2005 -2011), que estudiaron los procesos de afrontamiento generativo como un nuevo paradigma relacional, de corte transdisciplinario, se presenta una perspectiva y recursos para crear condiciones para procesos generativos que promuevan la capacidad de afrontamiento. Se entiende que esta capacidad alude a la recuperación de habilidades, a competencias para favorecer conversaciones productivas. Es decir, se requiere un paso previo, que la persona en situación de crisis debe superar.

Las situaciones de conflicto opacan el sentido de identidad, las crisis disminuyen el consenso y las habilidades de las personas, experimentan turbulencias afectivas, y resquebrajan la trama social a veces, llegando a la ruptura.

Esto me hace pensar en el caso de "M", cuando las personas pueden afrontar en vez de confrontar, cuando están dispuestas a aprender del propio proceso en un espacio de trabajo... ¿Qué ocurre?

¿Cómo hacer para que estas personas, pese a ser convocadas a participar, no pueden sostener su compromiso, ni sostenerse a ellos mismos? ¿Cómo fomentar la creación y mantenimiento de una red social para que funcione de sostén?

El desafío de esta intervención y de este estudio de caso es poder hacer frente a una intervención comunitaria sin caer en el paradigma normativo y prohibicionista, es decir, siguiendo los tres puntos del nuevo paradigma (Alain Ehrenberg, 1999): la medida como ideal normativo, la diversificación de la oferta de cuidados para quienes utilizan drogas, y la reducción de los riesgos diversos generados por la oferta masiva de drogas y por sus usos¹.

Asimismo, vemos día a día en estas intervenciones que, tal como señala Touzé (2011), se hace necesaria la multiplicidad y coordinación de dispositivos, la priorización según jerarquía de objetivos, la provisión de medios materiales y simbólicos, el trabajo con organizaciones comunitarias y cambios en el contexto social y político. Desde las intervenciones comunitarias planteadas, se hace necesario cubrir uno a uno estos objetivos, desde el primero hasta el último, para poder cambiar la realidad junto con los usuarios de drogas, involucrados en sus propios procesos de salud y, en el caso de M., de autovaloramiento y maternidad.

Valverdi y Alvarez (2012) señalan que en los pacientes que sufren problemas con las adicciones, es de importancia el entrenamiento de habilidades de afrontamiento que incluye, entender la recaída como un proceso, identificar y hacer frente eficazmente a las situaciones de alto riesgo, hacer frente a los impulsos y el deseo de consumo, aprender a crear un estilo de

¹ La reducción de los riesgos, en este caso, tiene como elemento central la educación sobre sexualidad y prevención, ya que F. practica sexo de manera no segura y esto es una continua amenaza frente a la posibilidad de tener ETS.

vida más equilibrado, seguir participando del tratamiento incluso después de la recaída. La recuperación se convierte en una tarea de aprendizaje programado que implica adquirir nuevas habilidades.

La terapia ocupacional como disciplina socio-sanitaria va a trabajar identificando e indagando sobre las ocupaciones significativas de las personas y sobre el refuerzo de los roles ocupacionales que la vinculan con sus relaciones más cercanas y en este caso prioritarias. Las posibilidades de juego y crianza en relación a sus hijos y su proyecto de vida. M, cuenta con buenos recursos personales y formación educativa para concientizar y minimizar aquellos riesgos que la colocan a merced de un reiterado circuito de consumo.

Bibliografía

- Álvarez M.C.; Valverdi J. (2012). Aporte de Terapia Ocupacional en tratamiento de adicciones. Baulenas, G., T. Borrás y N. Magrí (1998): Políticas e intervenciones de reducción de riesgos. Barcelona: Grup Igia.
- Galante, A.; Rossi D.; Goltzman, P.; Pawlowicz, M. P. (2009) "Reducción de daños en el escenario actual. Un cambio de perspectiva" en: Revista "Escenarios" Nro. 14, Carrera de Trabajo Social de la Universidad Nacional de La Plata.
- Touzé, G. (2006) "Discursos, políticas y prácticas". Parte I en: Touzé, G. (org.) Saberes y prácticas sobre drogas. El caso de las pasta base de cocaína. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil: Federación Internacional de Universidades Católicas.
- Touzé, G.; Pawlowicz, MP.; Rossi, D.; Goltzman, P.; Cymerman, P. (2008) "Consumo de drogas en Argentina" en: Jorge Baeza Correa (editor) Drogas en América Latina. Estado del arte en estudios de toxicomanía en Argentina, Brasil, Colombia, Chile y Ecuador. Ediciones Universidad Católica Silva Henríquez, Santiago de Chile. Pp. 79-110.

Terapia Ocupacional desde una perspectiva de humanización hospitalaria. Experiencia de trabajo en San Pablo, Brasil

Autores: Castelli, María Belén; Deprati, Sofia Amelia.

Correo electrónico: belen1988@yahoo.com.ar

Resumen

Introducción

En el presente trabajo se relata una experiencia de participación en el proyecto ACCALANTO (Actividad, cotidiano y cuidado: terapia ocupacional y salud integral del niño y del adolescente) perteneciente a la Universidad de San Pablo, Brasil. La misma se enmarca dentro de la rotación optativa de tres meses de la Residencia de Terapia Ocupacional del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Objetivo

Compartir la experiencia de intercambio como residentes de un hospital de rehabilitación física, en un proyecto basado en la política de humanización e integralidad del cuidado de la salud.

Métodos

La experiencia se llevó a cabo en el Hospital Universitario en el área de internación pediátrica. Se participó una vez a la semana de la planificación en conjunto de intervenciones con practicantes, residentes y Terapeutas Ocupacionales. Se realizaron tanto abordajes grupales como individuales, atendiendo a las necesidades singulares de niños, adolescentes y sus familias o cuidadores. A su vez, se conceptualizó la práctica con actividades de formación.

Resultados

La posibilidad de realizar un intercambio en otro lugar, permitió conocer y vivenciar el rol del Terapeuta Ocupacional desde una perspectiva de humanización del cuidado de la salud, comprendiendo la importancia de una política orientada a fortalecer las relaciones humanas y la promoción de cotidianos diferentes en el ámbito hospitalario.

Conclusiones

Resulta muy enriquecedor tanto el contacto con políticas diferentes que rigen en salud como el intercambio de miradas de Terapia Ocupacional; lo cual otorga la posibilidad de repensar otras formas posibles de trabajo en nuestros espacios cotidianos y ser conscientes del impacto que políticas como éstas pueden tener en nuestro quehacer profesional.

Introducción

El presente trabajo tiene como propósito compartir la experiencia realizada en el proyecto ACCALANTO: actividad, cotidiano y cuidado: terapia ocupacional y salud integral del niño y del adolescente, perteneciente al Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiología y Terapia Ocupacional, de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Pablo (U.S.P). Ésta se realiza en el marco de la residencia de Terapia Ocupacional del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Aires, la cual consiste en un sistema de formación de posgrado que permite realizar un intercambio de hasta tres meses de duración en el último año, sea dentro o fuera del país.

El proyecto ACCALANTO *"desarrolla actividades de formación, investigación, extensión en el ámbito de la terapia ocupacional y de la salud de la crianza y del adolescente bajo la perspectiva de integralidad y humanización del cuidado y de la protección integral de la infancia y de la juventud"* (Galheigo, 2008) (2). Este proyecto se desenvuelve de acuerdo a la Política de Humanización de la Salud de Brasil, la cual consiste en una política transversal, *"entendida como un conjunto de principios y directrices que se traducen en acciones en las diversas prácticas de salud y esferas del sistema, caracterizado por una construcción colectiva"* (3). Se trata de nuevas formas de relación entre los sujetos y de construir una actitud ética, estética y política en salud.

A lo largo de este trabajo se relatará la experiencia transcurrida desde esta perspectiva de salud, y el impacto transformador en las relaciones humanas en contextos hospitalarios; desde una mirada reflexiva y práctica de la Terapia Ocupacional (T.O.).

Humanizando la salud

El trabajo en el área de la rehabilitación implica tiempos más prolongados debido a la cronicidad de las patologías y a los tratamientos que requieren de mayor continuidad. Éstos brindan la posibilidad de construir relaciones de confianza que potencian el tratamiento. También la participación en espacios interdisciplinarios permite establecer una comunicación más fluida y enriquecedora entre los profesionales. En este sentido, en nuestro quehacer cotidiano como residentes dentro de un Hospital del tercer nivel, apostamos a una práctica que valore y signifique las relaciones humanas, sea con quienes trabajamos, a quienes atendemos y entre los propios colegas. Siendo esto lo que impulsó la elección por el proyecto ACCALANTO con las expectativas de profundizar sobre esta mirada en el trabajo.

Durante los tres meses de intercambio, las actividades se desarrollaron con frecuencia semanal, en el Área de Internación Pediátrica del Hospital Universitario de la U.S.P. La jornada laboral se iniciaba con el encuentro de los terapeutas ocupacionales, residentes y estudiantes de Terapia Ocupacional. Se realizaba una presentación general de los pacientes que se encontraban internados en el día, los cuales estaban dispuestos en salas según grupo etáreo (bebés, niños y adolescentes). A diferencia de nuestra práctica en el tercer nivel, las internaciones solían ser por períodos cortos, lo que significaba que en la mayoría de los casos se atendieran por única vez.

Los encuentros se dividían en dos momentos. Por un lado, al comienzo se organizaban duplas o tríos de alumnas y profesionales, de acuerdo a la cantidad de pacientes internados para realizar un contacto inicial, tanto con el niño/adolescente como con su familia/cuidador. Luego de una escucha activa y de un reconocimiento, el grupo se reencontraba para pensar en conjunto la demanda o no de Terapia Ocupacional, y en el caso de que se requiriese, cuál sería el abordaje a seguir. Para esto, siempre se tenía en cuenta el acogimiento de la necesidad singular, rescatando la cotidianeidad de los sujetos. La intención era disminuir los efectos adversos de la enfermedad y de la hospitalización.

Es importante destacar que las reflexiones compartidas sobre los casos, fueron realizadas desde la horizontalidad y el análisis conjunto, con libertad para expresar tanto sentimientos como pensamientos, dando lugar a la crítica constructiva y valorando los distintos aportes.

En un segundo momento, de acuerdo a lo debatido grupalmente, se volvía al encuentro con el usuario y su familia/cuidador. Allí se priorizaba el cuidado del espacio, tiempo y vínculos (por ejemplo, presencia de visitas familiares, privacidad de la diada mamá-bebé). Se promovía principalmente cotidianos diferentes, con propuestas y alternativas basadas en los intereses y los recursos presentes, tanto físicos (exploración y apropiación de los distintos espacios pensados exclusivamente para la población: juegoteca, computadoras, biblioteca) co-

mo sociales (favoreciendo las relaciones entre quienes estaban internados, entre cuidadores/familiares y entre ambos).

El abordaje contemplaba las distintas dimensiones del cuidado, haciendo hincapié en el equilibrio entre la presencia en reserva del profesional, dando lugar al silencio y abriendo espacio a la espontaneidad, y la presencia implicada, iniciando el intercambio y favoreciendo la motivación (1). A pesar de la breve estadía de los pacientes y de contar con tiempo reducido de sesión, las intervenciones realizadas fueron variadas: de sustentación y de continencia, y, de reconocimiento y de confrontación, valorizando un cuidado creativo y personalizado.

En relación a las actividades de formación, se realizaron grupos de estudio semanales atravesados por la política de humanización y los fundamentos conceptuales que sustentaban las prácticas realizadas desde T.O. De esta manera, se favorecía el intercambio de saberes y de experiencias, enriqueciendo la mirada y la comprensión del encuadre de acuerdo a esta política. Las actitudes éticas, estéticas y políticas permitieron comprender las relaciones desde una óptica en defensa de la vida, en pos de la invención de normas que la regulan, y de procesos de creación.

Reflexiones finales

La oportunidad de realizar un intercambio como residentes en proceso de formación permitió enriquecer el quehacer como profesionales de Terapia Ocupacional al conocer otras políticas de salud, ampliando la mirada desde la disciplina y tomando conocimiento de otras realidades posibles. A su vez, los aportes realizados en la práctica desde nuestra formación y aprendizajes previos, fueron valorados y resignificados, a pesar de pertenecer a otra cultura, hablar otro idioma y trabajar en un hospital de rehabilitación física.

La perspectiva de Terapia Ocupacional basada en la política de humanización en salud, promueve vínculos horizontales, y plantea una forma de vida ética, estética y política. Estas concepciones, deberían trascender todos los espacios, más allá de la salud, favoreciendo una posición como ciudadanos basada en el respeto, la creación y el compromiso social.

Referencias bibliograficas

- Figueiredo, L. C. 2009. "Por uma ética do cuidado" Garamond (Rio de Janeiro, Brasil) 121-140.
- Galheigo.S & Carotta de Angeli. A. 2008. Terapia Ocupacional e o cuidado integral a saúde de crianças e adolescentes: a construção do Projeto ACCALANTO. Rev. de T.O. de USP **19**, 3: 137-43.
- Ministerio da Saude do Brasil 2010. Cadernos Humaniza SUS bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf.

Cuerpos en estado enlatado. Experiencia de un dispositivo psicodramático

Autores: Percara, María José; Sottini, María Cecilia.
Correo electrónico: josepercara@hotmail.com

Resumen

Este trabajo pretende hacer un recorrido de afectaciones dentro de un dispositivo psicodramático; entendido como una clínica grupal y una forma de pensar, que transcurre en un espacio- tiempo institucional.

¿El espacio de psicodrama como un espacio alternativo dentro de la institución? ¿Por qué desde la lógica y el discurso institucional se piensan estos espacios como apartados, recortados, "especiales"? Creemos que tiene que ver con un modo de pensar la institución, de pensar los cuerpos en la institución; cuerpos intelectuales, cuerpos controlados, cuerpos dóciles...

En este contexto institucional¹ es que aparecen *cuerpos* donde las formas que encuentran para habitar en el cotidiano son: el aislamiento, la agresión, las irrupciones al momento de establecer una relación. Cuerpos que se construyen en territorios espacialmente demarcados (casa, institución), con otros que buscan la "normalización" dentro de cada uno de ellos. De ahí lo que llamamos: "Cuerpos en Estado Enlatado".

En un intento de problematizar las prácticas en Terapia Ocupacional institucionalizadas en Salud Mental, desde una mirada ajustada a un tipo de saber y hacer; nos convocan a plantear nuestro primer desafío: desterritorializar aquellos territorios inmóviles, interpretados, saberes centralizados en búsqueda de significados, clausurando toda posibilidad de creación y producción de deseo.

¿Habrán otras formas de hacer, pensar, significar y transitar nuestra práctica profesional? ¿Podremos pensar un "entre" Terapia Ocupacional y Psicodrama?

Introducción

"Lo que cuenta en un camino, lo que cuenta en una línea, nunca, es el principio ni el final, siempre es el medio. Siempre se está en medio de un camino, en medio de algo".

Gilles Deleuze

Cuerpos en Estado Enlatado, una metáfora que nos ha permitido problematizar aquellas ideas, pensamientos y sentimientos que tienen su máxima expresión en este dispositivo psicodramático. Nos pareció conveniente comenzar la experiencia con la creación de una frase que abra condiciones para afectarnos, una especie de incomodidad para la co- coordinación; frase que multiplica nuestros afectos, afectos que actualizan nuestro lugar en ese colectivo.

Cuerpos que se construyen en territorios espacialmente demarcados (casa, institución), con otros que buscan la "normalización" dentro de cada uno de ellos. De ahí lo que llamamos: "Cuerpos en Estado Enlatado". Desde ese lugar se comienza a pensar y construir este espacio de la clínica grupal. Proponemos generar condiciones para encontrarnos con aquellas personas que "parecieran" estar fuera de toda posibilidad de tramitar relaciones con el adentro y con el afuera (todo aquello que está al límite de las paredes institucionales- estructura edilicia, organizativa y vincular). Al pensar en estas personas surgen palabras y frases

como: "sujeto alienado", "los complicados", "estrategias de serialización de los modos de sentir, pensar y actuar", "gritos", "jóvenes que necesitan otras herramientas", "jóvenes que en otros espacios no se los aloja", "repeticiones", "los especiales de la Institución" y apelando a la ironía podríamos decir "los especiales dentro de los especiales"... síntomas que nos aturden por momentos y por otros nos interpelan *¿quienes no soportamos esas diferencias?, ¿quién le da sentido a sus palabras y acciones?*

En cuanto a la pregunta *¿qué lugar ocupa el espacio de psicodrama dentro del contexto institucional?* Simplemente vamos a describir algunas de las ideas que circulan dentro del equipo de profesionales acerca del dispositivo psicodramático; diálogo que parte de algunos interrogantes como ¿qué ideas tienen del espacio de psicodrama?, ¿quiénes participan del mismo?, ¿cómo participan?, ¿para qué participan? *"Estos dispositivos ocupan un lugar de ensayo, prueba en la institución, que son creados para prestar subjetividad"; "no hay barreras que obturan, que prohíbe, hay más libertad, el espacio no tiene condiciones", "estos espacios están buenos pero a veces está la disyuntiva de que siguen estando dentro de la institución y a veces eso se confunde como una actividad más, sería mucho más provechosa si se hace en otro horario y espacio físico"; "es un espacio que permite todo, no hay estructura a la cual responder, la manera de estar es con la libertad de estar dispuestos, con lo que pueden. No por nada van estas personas", "Están más libres de cualquier anticipación y significación del espacio; es un descubrir juntos dentro de relaciones no tan armadas, preestablecidas". "No importa con quien, sino espero estar con un otro; sus condiciones".* A partir de estas narrativas visibilizamos que desde la lógica y el discurso institucional se piensan estos espacios como apartados, recortados, "especiales"; asimismo, se evidencian líneas de fuga que pueden ser otras posibles, donde el espacio institucional aparece como un plano de consistencia, habitando otros modos de pensarse, de pensar la práctica, de vincularse, habilitando lo singular del cuerpo, las sensaciones, las percepciones como lo más propio, lo que no se puede domesticar ni institucionalizar.

Y así es que aparece nuestro primer desafío: desterritorializar aquellos territorios inmóviles, interpretados, saberes centralizados en búsqueda de significados, clausurando toda posibilidad de creación y producción de deseo. Desafío que surge a partir de la inquietud personal por recorridos en el teatro, el movimiento y el psicodrama; lo que nos impulsó a crear algo diferente en este contexto institucional en el cual trabajamos y pensamos cotidianamente nuestras prácticas. Desafío desde un sentido estético, entendido no como proveniente de la institución artística sino de una conexión con lo sensible; es decir, entrar en un régimen de afectación entre los cuerpos (flujos, cortes, fugas, esperas) y hacer cuerpo con otros (no poner el cuerpo).

En este sentido, el dispositivo psicodramático, no se reduciría a una aplicación de técnicas (soliloquio, cambio de roles, doblajes, etc.), aplicables a una situación de grupo; sino una forma de ver, sentir y pensar la existencia. Por lo tanto, cuando hablamos de Psicodrama, hablamos de una política, una ética, una teoría técnica y estética ante la vida. Esta ética y política es afín a una manera de entender/ hacer Terapia Ocupacional, entendiéndola como una praxis según C. Castoriadis "(...) el objeto mismo de la praxis es lo nuevo, lo que no se deja reducir al simple calco materializado de un orden racional pre constituido, en otras palabras, lo real mismo y no un artefacto estable limitado y muerto²".

La Terapia Ocupacional y el Psicodrama convocan cuerpos, o así lo percibimos; pero a poner el cuerpo no a comprender, analizar, informar de una manera ajustada a un tipo de saber y hacer.

Cuando hablamos de cuerpo no hablamos de cuerpo imaginario, de imagen corporal, de organismo ni de órganos, hablamos de un cuerpo como complejidad de fuerzas, un cuerpo se compone cuando unas fuerzas se combinan con otras, las intensidades y velocidades de unas y otras se disponen, se conciertan y se afectan; es decir producen afecciones y afectos³...- cuerpo histórico, cuerpo emocional, cuerpo biológico, cuerpo simbólico...cuerpos otros -. Es en

ese cuerpo donde se suman los registros de la experiencia ocupacional, territorio donde confluyen al mismo tiempo las realidades y las posibilidades de las experiencias humanas.

Es en este dispositivo clínico⁴, donde se pone de manifiesto "el *entre* Terapia Ocupacional y Psicodrama. "*Entre*" entendido como una preposición, que busca evitar la nominación sustantiva o subjetiva para dar paso a un espacio de producción que, como tal, no admite ni sujeto ni objeto⁵. Clínica en proceso de construcción permanente, que transite por nuevos territorios abandonando las seguridades teóricas; compartir saberes y encontrarnos con otros.

La inclusión del psicodrama en la clínica trajo una nueva forma de concebir el acontecimiento grupal junto con su dimensión expresiva- colectiva, operando como fuerza instituyente de las lógicas de trabajo institucional y formas de entender al otro.

Esta experiencia recurre a otros signos "sensibles"; en un primer momento aparecen significantes sueltos, lo que se significa son acciones, formas, sonidos, palabras en relación a los objetos y personas. Desplegar esos signos en una escena personal y colectiva, resulta complejo; por lo que en la co-coordinación operamos con los recursos que cada uno trae, que junto con el aporte de otras fuentes / expresiones artísticas (p.e. la plástica, el teatro, la música) se multiplican las posibilidades de producción singular y colectiva.

Conclusión

Podemos ver nuestras prácticas clínicas grupales como un proceso de producción de subjetividad, entender al hacer como producción de subjetividad; en un movimiento constante y de transformación continua a través del tiempo. Hacer que produce permanentemente un saber nuevo que surge de la praxis misma.

Esta experiencia es un ejemplo donde las recetas no encajan, cada encuentro produce sus modificaciones al encuadre, de allí que el proceso es considerado como dinámico y antiestático.

Este dispositivo tiene lugar en un tiempo- espacio; constituyéndose en escenarios posibles para la acción (puesta en escena de las historias contadas, los balbuceos, los intersticios, los silencios); con sus atravesamiento e implicaciones históricas, sociales y culturales; espacio donde se visibilizan estos cuerpos en estado enlatado y sus múltiples maneras de hacer, pensar y sentir las vivencias.

Bibliografía

- Del Cueto, Ana María. Fernández, Ana María. 1985. "El dispositivo Grupal". Lo grupal 2. Editorial Búsqueda.
- Del Cueto, Ana María. 1995. "Subjetividad en el plano de inmanencia. Singularidades que escapan a sus determinaciones". Cuadernos de Campo Nº 5. Calaméo.
- Duschatzky, Silvia. 2007. "Nota sobre Maestros Errantes. "El derecho de la intemperie". Revista Campo Grupal. Nº 90.
- Fernández, Ana María. 1989. "La dimensión institucional de los grupos". Lo grupal 7. Bs. As. Editorial Búsqueda.
- Ficha 1. 2007. Glosario. Centro de Psicodrama Grupal Rosario.
- "Fluir". Cuaderno de Psicodrama III. Coordinación de grupos con técnicas psicodramáticas. Centro de Psicodrama Grupal Rosario.
- Gilles, Deleuze. Félix, Guattari. 1996. ¿Como hacerse un Cuerpo sin Órganos? Conversaciones. Pre-textos.
- Grupo de Investigación Ocupación y Realización Humana. 2011. "Ocupación: sentido, realización y libertad. Diálogos ocupacionales en torno al sujeto, la sociedad y el medio ambiente". Editorial Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.

- Guattari, Félix. 1996. "Caosmosis". Acerca de la producción de subjetividad. Ediciones Manantial S.R.L. Buenos Aires.
- Hilachas de historias enlazadas por emergente. 2001. Campo Grupal. Nº 140.
- Kononovich, Bernardo. 1981. "Psicodrama comunitario con psicóticos". Amorrortu editores. Buenos Aires.
- Larrauri, Maite. 2010. "El deseo según Gilles Deleuze". Ediciones Planeta Plutón (Buenos Aires).
- Necco, Carolina. 2011. Terapia Ocupacional. Notas para cartografiar nuestro hacer. Campo Grupal. Nº 136. 10-11
- Nöstlinger, Cristine. 1977. Konrad o el niño que salió de una lata de conserva. Editorial Alfaguara.
- Martínez, Bouquet C., Moccio, F., Pavlovsky, E. 2000. "Psicodrama. Cuándo y por qué dramatizar". Editorial Búsqueda de AYLLU y Editorial Galerna (Buenos Aires).
- Pavlovsky, Carolina. 2001. "Psicodrama Grupal Hoy". Publicado en Actualidad Psicológica.
- Pavlovsky, Carolina. "Líneas de fuga en el trabajo con psicodrama". Revista Campo Grupal. Año 6, Nº 48, agosto de 2003.

Documentos electrónicos

- Aruguete, Gustavo. "La cuestión de la cura en los grupos". Psicoanalista y Psicodramatista. Disponible en: www.colpsibhi.org.ar/c/dispositivo-grupal.
- Bocco, Fernanda. "Clínica como desvío: Ampliaciones en el contemporáneo". Disponible en: <http://www.imagencristal.com.ar>
- Gracioli, Paola. "Espontaneidad grupal en las escenas psicodramáticas". Disponible en: <http://www.psicodramaygrupos.org.ar/documentos>
- Renero, Adriana. "Habitar el límite un acercamiento a la ética de Eugenio Trías". <http://www.revista.unam.mx/vol.6/num4/res/intres.htm>
- Sagües Ana R. "¿Dónde está Anita? (o de una clínica posible)". Agosto 2014
- Tortorelli, Ma. Alejandra. "Entre". Disponible en: <http://derivasdela subjetividad.blogspot.com.ar/>. Julio. 2009.
- Zambrini, Adriana. "Acontecer, Devenir, Clínica". Disponible en: www.imagencristal.com.ar/imagencristal_portal/page/11/

Referencias Bibliográficas

- ¹ Este dispositivo se lleva a cabo dentro del Centro Ocupacional San José, de la localidad de Ángel Gallardo- Santa Fe.
- ² Castoriadis, C. 2007. La institución Imaginaria de la Sociedad. Ensayo Tus Quets Editores. Buenos Aires
- ³ Sagües Ana R. ¿Dónde está Anita? (o de una clínica posible). Agosto 2014.
- ⁴ Entendemos a la Clínica a partir del término Clinamen, usado por Epicuro para designar a la capacidad que permite a los átomos al caer hacia abajo en función a su peso, desviarse espontáneamente de esa dirección y formar combinaciones no previsibles con otros cuerpos. Pensar la clínica en este sentido como desvío, construcción de alternativas que abren posibilidades y dan otros rumbos para lo que está puesto como natural y sin capacidad de cambio. Bocco, Fernanda. Clínica como desvío: Ampliaciones en el contemporáneo. Disponible en: www.imagencristal.com.ar
- ⁵ Tortorelli, Ma. Alejandra. "Entre". Disponible en: <http://derivasdela subjetividad.blogspot.com.ar/>. Julio. 2009.

Preparación para la intervención de terapeutas ocupacionales en desastres. Una propuesta de investigación y capacitación de posgrado para Latinoamérica.

Autores: Ariño, Rosana; Boffelli, Mariana; Boggio, Carla; Chiapessoni, Daniela; Demiryi, María de los Milagros; Quinteros, Cristian

Correo electrónico: milagros.demiryi@gmail.com

Lugar de realización: Universidad Nacional del Litoral, Paraje el Pozo s/n, Santa Fe.

Resumen

Introducción: Desde el 2005 se desarrolla una línea de investigación en emergencias y desastres. Los desastres son un tema de actualidad y relevancia a nivel mundial y latinoamericano; fenómenos complejos, multidimensionales y heterogéneos que afectan el bienestar y la salud de las comunidades, con impacto ocupacional. Los vacíos críticos en la formación profesional, la escasa evidencia científica y la demanda creciente recibida confirmaron la necesidad de preparar a terapeutas ocupacionales para la intervención en las distintas fases del ciclo de desastres.

Estos antecedentes dieron origen al proyecto: "Diseño, desarrollo y evaluación de un curso de capacitación virtual sobre intervención en catástrofes" acreditado por la UNL.

Objetivos: Producir una capacitación virtual sobre desastres para T.O. y examinar su efectividad, resultados e impacto.

Material y métodos: Se realizó una investigación educativa con enfoque cualitativo etnográfico tipo estudio de caso. Tuvo una duración de tres años. Implicó tres etapas: 1) preparación de la capacitación e instrumentos de recolección de datos; 2) implementación de la capacitación e investigación; 3) análisis de procesos y resultados.

La capacitación constituyó un curso de posgrado virtual alojado en la plataforma UNLvirtual. En la investigación participaron voluntariamente ocho terapeutas de Latinoamérica.

Se utilizó metodología participativa con énfasis en la evaluación como ejercicio de empoderamiento, desde los principios del paradigma del aprendizaje participativo y el enfoque crítico. La recolección y análisis de datos se realizó durante todo el proceso mediante diez instrumentos puestos en línea.

Resultados: una propuesta político-educativa posible de replicarse con profesionales de otras áreas, con validez científica y material educativo con efectividad comprobada;

Conclusiones: nuevos conocimientos para la intervención de terapeutas ocupacionales en desastres que constituyen insumos para el sistema educativo, las políticas sociales y organizaciones comunitarias.

Introducción

Los desastres son un tema de actualidad y relevancia a nivel mundial y latinoamericano. Se trata de fenómenos complejos, multidimensionales, heterogéneos y cambiantes que afectan el bienestar y la salud de las comunidades, con un impacto importante en las ocupaciones, las rutinas, los hábitos y los contextos de quienes los padecen. Harshbarger (1) subraya la importancia que tienen en la vida comunitaria y plantea que deben ser considerados con referencia a su potencial de perturbar las actividades de una comunidad y causar daño a los miembros de la misma. Los países de América Latina y el Caribe no están lo suficientemente preparados para responder a las consecuencias de los desastres. Los planes nacionales siguen centrándose en amenazas individuales en vez de abarcar varias amenazas y ser multiinstitu-

cionales lo cual hace más compleja la intervención (2). La vigencia del tema se actualiza dramáticamente a la luz de los desastres sucedidos en los últimos años en todas las latitudes. Independientemente de la naturaleza del fenómeno (inundación, huracán, terremoto), su impacto en la población y en las vidas particulares de los pobladores resulta devastador, sumando vulnerabilidad y desprotección a grupos humanos que de por sí gozaban de pocos privilegios (3).

El equipo INTOCA (Intervención de T.O. en catástrofes), formado por docentes e investigadores de la Universidad Nacional del Litoral, se constituye luego de la inundación de la ciudad de Santa Fe del año 2003, con la convicción de que los desastres tienen una implicancia ocupacional que amerita el estudio, la investigación y la intervención desde el propio campo disciplinar. Desde entonces viene desarrollando una línea de trabajo educativa e investigativa en la temática.

La experiencia acumulada ha permitido identificar los vacíos críticos en la formación profesional de los terapeutas ocupacionales respecto a esta problemática y la escasa evidencia científica producida dentro del propio campo disciplinar. A lo que se suma la creciente demanda de formación recibida por equipo de parte de colegas de la comunidad profesional latinoamericana y el posicionamiento y las recomendaciones de organismos internacionales (4) para la preparación y respuesta ante desastres. Esta es la base que originó la propuesta de preparar a terapeutas ocupacionales para la intervención en las distintas fases del ciclo de desastres, educando y produciendo conocimiento científico durante el mismo proceso educativo. Con este espíritu nace el proyecto: "Diseño, desarrollo y evaluación de un curso de capacitación virtual sobre intervención en catástrofes" acreditado dentro del programa Cursos de Acción y Desarrollo de la UNL (Resol. C.D.Nº 852).

El propósito del proyecto fue diseñar una capacitación virtual sobre desastres para T.O., aplicarla y examinar su efectividad, los resultados y el impacto derivado de su implementación.

Este proyecto de investigación educativa implicó necesariamente una innovación curricular. Las prácticas educativas fueron repensadas en el marco de los nuevos contextos, en particular los cambios producidos por las tecnologías de la información y de la comunicación. Considerando sus probadas ventajas en el campo de la educación, se adoptó la modalidad virtual.

Material y métodos

Se realizó una investigación educativa con enfoque cualitativo etnográfico tipo estudio de caso. Tuvo una duración de tres años y transitó tres etapas:

Preparación de la capacitación virtual y de los instrumentos de evaluación y recolección de datos:

La propuesta académica tomó la forma de un Curso virtual de Posgrado que estuvo alojado en la plataforma UNLVirtual (5). Contó con 5 módulos que recorrieron conceptos básicos sobre desastres y emergencias complejas, gestión integral de riesgo, escenarios de riesgo, manejo de crisis y recuperación.

Se diseñaron diez instrumentos para medir la efectividad de la propuesta académica y las modificaciones en los conocimientos y en el razonamiento profesional de los participantes. Con formato de Encuestas y Cuestionarios para evaluación inicial, evaluaciones de módulo, evaluación final y evaluación del diseño del curso virtual (6). Y formatos especiales para las actividades de aprendizaje, tales como: Foros de intercambio y debate, Grilla de reconocimiento, Elaboración de escenarios de riesgo, Propuestas y Proyectos, Análisis de Casos, Proyecto integrador.

Todas las Evaluaciones fueron puestas en línea utilizando los recursos de la Plataforma Moodle.

2) Trabajo de campo: aplicación de la capacitación virtual, administración de los instrumentos de medición y análisis de datos.

El curso de posgrado tuvo una duración de 5 meses (160 hs.). En la investigación participaron ocho terapeutas de Latinoamérica (Brasil, Argentina, Chile), que expresaron su decisión de participación voluntaria mediante consentimiento informado. Este criterio de selección, compatible con el diseño metodológico, pondera las ventajas del conocimiento en profundidad producido mediante la indagación autorreflexiva y la acción siempre desde la práctica, con los sujetos implicados. (7). Si bien limita la posibilidad de generalizar los resultados, no era este un objetivo de investigación.

El dictado del curso estuvo a cargo de docentes investigadores de la UNL, Terapistas Ocupacionales y Miembros de la Red T.O. en Alerta Latinoamericana y El Caribe. A este equipo se sumaron docentes invitados y colaboradores de Argentina (OPS), Hong Kong (World Federation of Occupational Therapist), Australia (InterPar) y Chile (T.O. en Alerta Chile). La estrategia didáctica usada fue el aprendizaje participativo co-construido. Se implementaron actividades que propiciaran la construcción de aprendizajes cooperativos, colaborativos, significativos, vinculantes y contextualizados. Con tal fin se generaron espacios de encuentro, reflexión, debate y recapitulación de experiencias de vida en relación con los desastres.

Los datos se recolectaron a lo largo de todo el proceso y en un total de trece momentos determinados.

3) Análisis del proceso y resultados:

Para el tratamiento de los datos cuantitativos se utilizó el análisis estadístico por el valor de medición de resultados y de los cambios producidos como consecuencia de la intervención y desde las valoraciones de los participantes. A continuación se presentan algunos resultados significativos. Evaluación del Diseño del Curso: cumple con 128 sobre 144 indicadores evidenciando que la propuesta académica se ubica en un estándar de alta calidad. Evaluación de los Módulos del Curso: la propuesta académica promedio de cada módulo, fue calificada como Muy Buena por un 72% del total de participantes. Se destacan la calidad y accesibilidad de los docentes y de los materiales. - Evaluación de la participación y actividades de aprendizajes: Se logró completar la formación de posgrado de 8 terapeutas ocupacionales de latinoamericanos para intervención en emergencias y desastres. El desempeño académico de los participantes arrojó una calificación final promedio de 8,35 en escala de 10. La participación en Foros y actividades colaborativas fue de 4,5 intervenciones promedio (por cada participante y por módulo). La mayor participación y actitud pro activa se produjo en las instancias de Foro y actividades grupales, demostrando la efectividad de las actividades propuestas para propiciar aprendizajes comprensivos y colaborativos mediados por el entorno virtual. La calidad de las intervenciones de los participantes, evidencian la adquisición y construcción de nuevos conocimientos y habilidades como efecto de la capacitación. Refrendados tanto por la propia evaluación de los participantes como por los contenidos de intervención, los procesos y los productos realizados.

Con los datos cualitativos se realizó análisis de contenido combinando técnicas cuantitativas (frecuencia de aparición de contenidos y características) y técnicas cualitativas (clasificación de unidades de significado, categorización de temas representativos, medidas de extensión)

El procedimiento consistió en la elección del cuerpo de unidades de contenido, la definición de las unidades de análisis, (unidades de contexto y de registro), las reglas de recuento (frecuencia, intensidad) y la categorización (categorías temáticas y emergentes). Se utilizaron códigos abiertos y códigos axiales. El material fue analizado en primera instancia de modo individual, luego de a pares de investigadores y de allí en adelante de manera cruzada por todos los investigadores. Este proceso se realizó en parte paralelo a la recolección y al finalizar la misma. Se aplicó la triangulación de enfoques teóricos: pedagogía, didáctica, terapia ocupacional, derechos humanos, gestión integral de riesgos; de técnicas de recolección de datos: encuestas, foros, proyectos, producciones; y de investigadores.

A continuación se presentan algunas categorías y subcategorías emergentes cuyos contenidos centrales se resumen en las conclusiones.

Situaciones de emergencia y/o desastre usados por los participantes durante el proceso de aprendizaje: tipos de desastres, ubicación temporal y geográfica, motivos personales de la elección, cambios en la conceptualización de los términos emergencias, desastres, riesgo y vulnerabilidad.

Población afectada identificada por los participantes: afectados directos e indirectos, formas de afectación, necesidades identificadas, formas de afrontamiento, experiencias previas de la población con los desastres y formas de luchas derivadas.

Políticas para afrontar riesgos y desastres: políticas públicas, planes y proyectos de prevención, manejo de crisis y recuperación, realidad de la población afectada con las políticas de prevención, preparación y planificación.

Ocupación: cambios en las ocupaciones, contextos y roles ocupacionales, cambios en las ocupaciones y su relación con la salud, modificación de las ocupaciones derivadas de los cambios en el contexto, cambios en las rutinas, aportes de T.O. La ocupación de "participar en el curso de capacitación".

Problemáticas sociopolíticas: fenómenos sociopolíticos que emergen frente a desastres ; organización de la comunidad, surgimiento de grupos de voluntariado, abandono de ocupaciones, nuevas expresiones de emprendimientos laborales, relación con el estado, concepción del poder, enfoque de derechos humanos y el rol de T.O.

La memoria: tipos de memoria, memoria y temporalidad, memoria e identidad; memoria y ocupaciones, memoria colectiva; memoria y ocupaciones.

Recursos utilizados por los alumnos y propuestas de los alumnos.

Conclusiones

La transferencia pedagógica y la capacidad instalada producidas en esta investigación quedan como recurso disponible para futuras capacitaciones, siendo la primera experiencia internacional del Centro Multimedial de Educación a Distancia de Educación de la UNL.

La evaluación de la propuesta académica, desde la perspectiva de los participantes, confirman la vigencia y pertinencia del tema así como la calidad de la misma.

Se destaca el alto nivel de desempeño académico de los participantes (de Muy Bueno a Excelente) como uno de los indicadores de impacto.

La calidad de las intervenciones y propuestas revelan que se puso en funcionamiento una red de relaciones entre los recursos del entorno, las decisiones pedagógicas, el tema convocante, los contenidos y las teorías que retroalimentan positivamente la motivación, el interés por el conocimiento y la participación pro-activa de los alumnos.

Las interacciones producidas durante todo el curso y en particular en los foros de discusión asincrónica, contribuyeron a la diversidad cultural enriquecida por el carácter internacional del curso (latinoamericano).

Los conocimientos y las habilidades adquiridos en el entorno educativo virtual pueden ser transferibles a nuevos procesos y diferentes escenarios;

La diversidad de enfoques, recursos y medios de presentación de los materiales y contenidos, fueron destacados por los participantes como un componente altamente positivo.

Todos los participantes identificaron que se abre un nuevo escenario para la intervención profesional. Los nuevos conocimientos promueven un viraje en el razonamiento, rompe con los modos tradicionales y tensiona saberes y prácticas. Se plantea como ineludible un posicionamiento político claro respecto de la ocupación como derecho, la justicia ocupacional, las diferentes formas de injusticia ocupacional, y el apartheid ocupacional.

Las ocupaciones emergen con multiplicidad de formas, funciones, significados y contextos. Los participantes han elaborado propuestas de intervención profesional para diferentes momentos y contextos, con énfasis en lo local.

Se ha aportado a la consolidación de una identidad profesional centrada en el valor y la potencialidad de las ocupaciones y la reivindicación de las mismas como una necesidad y un derecho humano.

Bibliografía

- García Renedo M., Gil Beltrán J. 2004. Aproximación conceptual al desastre. Cuadernos de Crisis 1, 3: 7-20
- Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la OMS-OPS para Latinoamérica y el Caribe 2008-2012, Boletín Oficial N°328: 63 (en línea). Consultado el 25 de julio de 2014 en <http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/OD%20328-documento%20completo.pdf>
- Bofelli M., Bogio C., Chiapessoni D., Demichelis M., Demiryi M., Heit M. 2011. Terapia Ocupacional en las inundaciones de Santa Fe, WFOT Bulletin, 64: 53-60.
- World Federation of Occupational Therapy. 2012. Disaster Preparedness and Response (en línea). Disponible en: <http://www.wfot.org/Practice/DisasterPreparednessandResponseDPR.aspx>. Consultado el 21 de enero de 2012.
- UNLVirtual.(2013). Disponible en: <http://www.unlvirtual.edu.ar/blog/2012/07/02/curso-de-posgrado-a-distancia-intervencion-de-terapia-ocupacional-en-emergencias-y-desastres/>. Consultado el 14 de octubre de 2013.
- RED- Educ@L. Criterios para la evaluación de los cursos de la red educ@l. América Latina. 2010. Disponible en: <http://educavir.wikispaces.com/file/view/criterios-guia-educal.pdf>. (en línea). Consultado el 8 de febrero de 2012, 1-9.
- Imbernóm F., Alonso M.J., Arandia M., Cases I., Cordero G., Fernández I., Revenga A., Ruiz de Gauna P. 2007. "La investigación educativa como herramienta de formación del profesorado. Reflexión y experiencias de investigación educativa". Editorial Graó. (Barcelona), 3:7-10

Mesa 24

Gestión y Políticas Públicas

Reflexiones acerca de la intervención profesional de los terapeutas ocupacionales en la programación y planificación de políticas públicas

Autores: T.O Fornara, Betiana; T.O. Sian, Vanina Soledad; T.O. Noro, Cristina Gladis Raquel; Mg. Bustos, Claudia Teresita.

Correo electrónico: jovenesprotagonistas8@gmail.com

Resumen

El propósito del presente trabajo es socializar nuestra experiencia, en el diseño e implementación del Programa "Jóvenes Protagonistas" desde el Consejo Provincial del Niño, el Adolescente y la Familia (CoPNAF) en la provincia de Entre Ríos.

Nuestro desafío como equipo profesional fue pensar, desde un nivel macro de políticas públicas estatales, estrategias de intervención orientadas a promover espacios de participación protagónica de los jóvenes, como la promoción y ejercicio activo de sus derechos generando acciones y/o propuestas que respondan a las necesidades e intereses de los jóvenes.

En este camino recorrido se han redireccionado acciones, estrategias y herramientas, con el fin de aproximarnos a los objetivos propuestos por nuestro programa. Mas allá de estas modificaciones es necesario continuar fortaleciendo y profundizando el paradigma de la protección integral de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, para que las actividades propuestas sean utilizadas como medio y no como fin en sí mismas; que sean pensadas desde la promoción de derechos desde una perspectiva de intersectorialidad y sustentabilidad.

Nos proponemos con esta producción socializar algunos nudos tensionales que entendemos atraviesan nuestra intervención; por un lado la demanda institucional de elaborar un programa provincial y la precariedad en la formación profesional de la Terapia Ocupacional en materia de programación y planificación de políticas sociales, por otro lado pensar la propuesta desde marcos jurídicos, sociales y culturales que refieren a la protección de derechos a contra marcha de las prácticas y discursos hegemónicos centrados en el viejo paradigma de la tutela estatal hacia los niños y jóvenes.

Desde este lugar, invitamos al colectivo profesional, a repensar y problematizar la intervención de la Terapia Ocupacional en la esfera de las políticas sociales y la defensa de los derechos humanos.

Trazos de un recorrido

Nuestro interés es socializar y reflexionar con el colectivo profesional nuestra experiencia como Terapeutas Ocupacionales en el diseño e implementación de un programa provincial de promoción de derechos destinado a jóvenes.

Esta iniciativa se desarrolla desde un ámbito institucional como es el Consejo Provincial del Niño, el Adolescente y la Familia (en adelante CoPNAF), órgano técnico-administrativo responsable, en materia de niñez y adolescencia, del diseño, planificación y ejecución de las políticas públicas estatales orientadas a la protección de derechos de la niñez y adolescencia en la provincia de Entre Ríos. Misión que se encuentra enmarcada por los principios proclamados por la CIDN, la adhesión a la ley nacional Nº 26.061 y la reciente aprobación de la ley provincial Nº 9.861 de Protección Integral de los derechos del niño, el adolescente y la familia.

Pensamos el Programa "Jóvenes Protagonistas", como promotor de proyectos y/o propuestas, herramientas y estrategias que amplíen el campo de efectivización de los derechos

de los jóvenes entrerrianos y su ejercicio activo de la ciudadanía. En tal sentido, nos planteamos como objetivo habilitar espacios que permitan ejercer la participación activa de los jóvenes entre 13 a 18 años desde el inicio del proceso, apuntando a la construcción de ciudadanía y empoderamiento de estos; concibiendo a estos espacios como lugares de reconocimiento y ejercicio de sus derechos.

Indudablemente la tarea que afrontábamos nos llevó a repensar nuestras prácticas institucionales y profesionales, teniendo en cuenta que veníamos de una intervención directa en terreno, sumado a la precariedad en la formación académica en materia de programación y planificación de políticas sociales.

Como equipo profesional generamos un espacio de discusión teórica-ética-política respecto a las categorías teóricas, objetivos, metodología y recursos que sustentarían la implementación del Programa Provincial, lo que nos llevó a la búsqueda de insumos teóricos y metodológicos acerca de la perspectiva de defensa de los derechos humanos, ciudadanía, juventud, adolescencias, programación y planificación de políticas públicas, enriqueciendo el proceso además con el encuentro con otras profesiones con las que se comparte el trabajo cotidiano en la institución.

Lo novedoso desde el campo de la Terapia Ocupacional fue conformar un equipo que a nivel macro fuera el responsable del diseño e implementación de un programa de promoción de derechos a nivel provincial desde la esfera de la política estatal, a la vez se tornaba en un desafío para profesión pensarnos en este nuevo rol que asumíamos.

Tensiones en este recorrido

Unos de los nudos tensionales que transitamos fue y es el compromiso asumido a nivel de gestión y administración de una política social para jóvenes y a la vez reconocer y vivenciar la debilidad en la formación académica respecto a las políticas sociales, el Estado y su relación con la Organizaciones civiles, entre otros temas.

Este compromiso asumido a la luz de las actuales transformaciones sociales, culturales, y jurídicas que se dan en general en la sociedad y en particular en el campo de la niñez y adolescencia pondría en debate la formación académica de los futuros profesionales y las actuales intervenciones profesionales en estos nuevos escenarios.

Es por ello que estas primeras tensiones nos llevaron a interrogarnos y reflexionar acerca del nuevo campo categorial y de las nuevas estrategias y modalidades de intervención institucional y profesional que deberían desplegarse a partir de las nuevas perspectivas, miradas y concepciones en el campo de los derechos humanos.

La primera decisión tomada por este equipo de T.O. fue estudiar y conformar grupos de discusión interdisciplinarios que colaboraran y fortalecieran este aspecto que se visualiza como debilidad en la formación académica. Actitud profesional que continúa siendo un eje central en el trabajo cotidiano.

Este nudo tensional nos permite adentrarnos en problematización de los contenidos teóricos que parten de pensar al niño y al joven como sujeto de derechos y a las políticas sociales pensadas desde el enfoque de Derecho. Nuevas miradas que no pueden estar ausentes en la formación profesional.

Por otro lado, una segunda tensión que visualizamos fue pensar la propuesta desde marcos jurídicos, sociales y culturales que refieren a la protección de derechos a contra marcha de las prácticas y discursos hegemónicos centrados en el viejo paradigma de la tutela estatal hacia los niños y jóvenes.

En nuestro país a partir del 2005 el Congreso Nacional sanciona la Ley 26.061 de la Protección Integral de los niños, niñas y adolescentes en concordancia con la Convención Internacional de los Derechos del niño y derogando la Ley del Patronato. En nuestra Provincia, en esta misma línea se sanciona la Ley 9861 de Protección de Derechos.

Este nuevo marco jurídico parte de reconocer al niño-joven con status de ciudadano, como "sujeto de derecho", portador de derecho al igual que los adultos, más un plus: la recreación y protección por su condición de personas en crecimiento.

Esto provoca un cambio sustancial en la relación del niño con la familia y el estado. Este reconocimiento significa correr del lugar de la incapacidad, del no poder a los niños y asignarles un nuevo rol en la sociedad y la familia, coloca al Estado y las familias ante nuevas obligaciones y responsabilidades frente a este ciudadano, en primer lugar, deja en claro que lo que debe ser protegido son los derechos de estos sujetos, por lo que modifica el sentido y orientaciones de las intervenciones estatales y societales.

El reconocimiento del niño como titular de derechos significa un giro copernicano en las miradas y practicas en el campo de la niñez. Podemos advertir que un cambio jurídico no conlleva directamente a un cambio social y cultural; una ley por si sola no garantiza la efectivización de los derechos.

Los que desarrollamos cotidianamente nuestras prácticas profesionales en este campo, podemos señalar con preocupación que aún convive fuertemente en nuestra sociedad y el Estado, la idea fuerza del niño como "objeto de protección", incapaz, sin voz. Esta mirada hegemónica acerca de la niñez-adolescencia, construida y sostenida a lo largo de la historia de nuestro país, concibe al niño como menor objeto de tutela por parte del Estado., generando servicios y programas desde un modelo tutelar que sustenta la discriminación, clasificación y la focalización de las políticas sociales de niñez.

Palabras finales

Aún resulta dificultoso que se comprenda la intencionalidad y el sentido de nuestro programa, observamos que las propuestas presentadas continúan acentuando la importancia en la actividad como un fin en sí mismo y no como puente para convocar a la participación y ejercicio de la ciudadanía de los jóvenes.

Hemos vivido marcha y contramarchas, muchas de ellas están relacionadas con los discursos y prácticas instituidas históricamente en el campo de la niñez. Esto no lo consideramos un obstáculo ni impedimento sino que entendemos que es parte de un proceso de transformaciones de las prácticas y lo asumimos como un desafío. Como profesionales en ejercicio nos interesa remarcar que es necesario que en la formación de los futuros profesionales se habiliten espacios de reflexión, debates y producción de conocimiento en relación e este nuevo marco conceptual-jurídico-político de la niñez que permitan comprender y posicionar a los estos nuevos profesionales en enfoques y practicas acordes a los principios claves presentes en la perspectiva de la protección de derechos de los niños y adolescentes.

Bibliografía

ABRAMOVICH, V. Y PAUTASSI, L. (2006) Dilemas actuales en la resolución de la pobreza. El aporte del enfoque de derechos. Ponencia presentada al Seminario los Derechos Humanos y las políticas públicas para enfrentar la pobreza. Buenos Aires: UNESCO.

AQUIN Nora (2009) El Trabajo Social en la institucionalidad de la políticas públicas. Comprender los limites, potenciar las posibilidades' en Nora Aquin - Rubén Cano Políticas publicas, Derechos Trabajo Social en el Mercosur .Bs. As. Edición

BRASLAVSKY, Cecilia. La Juventud argentina: informe de situación. Buenos Aires, Argentina. Centro Editor de América Latina, 1986.

CARRILLO, Alejandro Monsiváis (2002). Ciudadanía y juventud: elementos para una articulación conceptual. Perfiles Latinoamericanos, Junio N° 020 Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Distrito Federal. México

Centro De documentación en políticas sociales "Niñez y Adolescencias en contextos de pobreza" Concepciones y abordajes. Gobierno de la ciudad de Buenos Aires. Mimeo.

FRIGERIO, Graciela (2008) La división de las infancias. Ensayo sobre la enigmática pulsión antiarcónica. 2008. Ed del Estante. Bs,As.

HERNÁNDEZ Mary N.: (2011) Operacionalización de las Intervenciones sociales: el Desafío de la desnaturalización en clave de innovación, en Entramados conceptuales en Trabajo Social. Categorías y problemáticas de la intervención profesional. Compiladora Susana Cazzaniga Ed. Fun. La Hendija Paraná .Entre Ríos

Identidad y Cultura. Cem/ UNGS, 2006. Carrera de Especialización de Posgrado. Nuevas infancias y juventudes. Buenos Aires- Argentina Cap. 2

KANTOR, Débora. Variaciones para educar adolescentes y jóvenes. Serie Educación. Editorial del estante. Buenos Aires. 2008

MUÑOZ Guzmán, C.(2009) Derechos y Ciudadanía. Desafíos para la Política Social en la Infancia Chilena en Políticas Públicas, Derechos y Trabajo Social en el MERCOSUR. Organizadoras Nora Aquín/Rubén Caro. Espacio. Buenos Aires.

PAGANIZZI, Liliana – En “Actividad lenguaje particular” Composición Tipográfica Cálamus - Sep 1997

NIRENBERG, Olga.(2006) Participación de adolescentes en proyectos sociales. Buenos Aires. Editorial Paidós.

TABER Beatriz y Zandperl Ana – Investigación “¿Qué piensan los jóvenes? Sobre la familia, la escuela, la sociedad, sus pares, el sida, la violencia y las dicciones”- www.unicef.org.ar

Terapia Ocupacional en el nordeste argentino. Informe de situación

Autores: Fernández Lorefice, Claudia; Mansur, Lorena; Speroni, Fabiana; Godoy, Ana
Correo electrónico: agodoy59@hotmail.com

Resumen

Introducción

Se da a conocer un panorama de la situación actual de la Terapia Ocupacional en el nordeste argentino, particularmente desde la problemática que surge en las Pcia. de Chaco y Corrientes debido a la escasez de recursos humanos frente a una constante demanda de los mismos. Por otro lado, se informa acerca de algunos logros obtenidos desde la creación de una asociación de terapeutas ocupacionales regional. Se plantean desafíos actuales y posibles soluciones.

Objetivos

La siguiente presentación tiene como principal objetivo compartir nuestra experiencia como profesionales de la Terapia Ocupacional en una región del país donde es necesario seguir uniendo esfuerzos para desarrollar y hacer crecer la profesión.

Desarrollo

En esta parte de nuestro país la escasez de terapeutas ocupacionales sigue siendo un problema, pero, para no caer en el facilismo de mencionar sólo las quejas o las carencias, quisimos empezar contándoles algunos aspectos favorables acontecidos en las provincias de Chaco y Corrientes a partir del año 2011 cuando empezamos a reunirnos periódicamente quienes hoy formamos parte de ATONE (Asoc. de Terapeutas ocupacionales del nordeste).

Por entonces, además de comprobar que éramos un número insuficiente frente a la demanda a la que no podíamos dar respuesta, nos dimos cuenta que debíamos hacer algo para resolver este y otros problemas que fuimos conociendo en el camino de formar nuestra entidad. Entre otros, la falta de un marco legal ya que no existían en ese momento leyes provinciales propias.

Desde mediados de 2011 hasta la actualidad hemos obtenido tres importantes logros:

- 1º) Nos constituimos como Asociación regional, habiendo obtenido la Personería Jurídica.
- 2º) Se promulgó la Ley Nº 7033 que regula el Ejercicio de la Terapia Ocupacional en la Pcia. de Chaco.
- 3º) Se promulgó la Ley Nº 6185 del Ejercicio de la Terapia Ocupacional en la Pcia. de Corrientes.
- 4º) En octubre de 2014 nos presentamos con un stand en las Jornadas de actualización profesional organizadas por una Institución de la Ciudad Corrientes, dando a conocer nuestra asociación y nuestras respectivas leyes provinciales. (foto Stand).
- 5º) Nuestra asociación cuenta con un Blog donde se informa acerca de nuestro quehacer.

Panorama actual

Hacia fines de 2014 los terapeutas ocupacionales matriculados en Corrientes eran 23.

Si bien hemos conformado un espacio de referencia para los terapeutas Ocupacionales que se encuentran trabajando en las provincias mencionadas, aún nos falta incrementar el N° de asociados.

Varios terapeutas ocupacionales han logrado cargos en instituciones públicas de ambas provincias, a saber: dos en el Serv. De Rehabilitación General del Hospital Perrando de Resistencia, uno en el Serv. de Cirugía plástica del Htal. Pediátrico Dr. Castelá de Resistencia, un cargo en el Centro de Salud Juan B. Alberdi de Resistencia, un cargo en el Serv. De Neonatología del Htal Vidal de Corrientes.

Nos preocupa, la existencia de un Instituto Docente en la ciudad de Corrientes que dicta una carrera cuyo título es de Técnico en Terapia Ocupacional. Al respecto hemos iniciado reclamos a través de una representante legal ante el Ministerio de Salud de Corrientes para que éste a su vez enviase el expediente iniciado a la DIGEP, lo que ya se ha concretado.

Previo a esto, se solicitó a la parte de Fiscalización Sanitaria del Ministerio de Salud Provincial, abstenerse de matricular a quien no posea título acorde a lo exigido por la ley vigente. Periódicamente solicitamos el listado actualizado de los terapeutas ocupacionales matriculados.

Se envió una carta desde ATONE a las autoridades académicas de la Licenciatura Virtual de Terapia Ocupacional de la Universidad. Nacional de Quilmes, solicitándoles su colaboración para impedir el acceso a la misma a los egresados del mencionado instituto. Es para nosotros fundamental velar por nuestra profesión y la ética profesional.

Proyectos

Tenemos previsto constituir una bolsa de trabajo para dar respuesta a la demanda frecuente de terapeutas ocupacionales en ambas provincias.

Nos proponemos organizar una jornada de capacitación abierta a todas las profesiones relacionadas con Terapia Ocupacional, donde se de a conocer nuestra entidad. Para ello convocaremos a terapeutas ocupacionales de otras regiones.

Nuestra colega Lorena Mansur ha presentado un proyecto para la creación de la carrera de Terapia Ocupacional en una Universidad Privada de la ciudad de Corrientes.

En caso de no prosperar la propuesta de creación de la carrera en el ámbito privado, se presentaría otro proyecto ante las autoridades de la UNNE (Universidad Nacional del Nordeste).

Conclusiones

Consideramos que a través de esta comunicación estamos contribuyendo con la lucha que las distintas generaciones de terapeutas ocupacionales argentinos hemos tenido a lo largo de nuestra historia. Porque poniendo luz sobre lo que nos pasa en cada región, no sólo sobre los problemas que nos aquejan, sino también sobre las acciones que podemos realizar para hacerles frente, podremos seguir creciendo.

Bibliografía

Año CI, Diciembre de 2012, Ley N° 6.185. " Boletín Oficial de Corrientes" N° 26.345: 2-4

1º de Agosto de 2012, Ley N° 7033. Página digital de la Dirección de Información Parlamentaria

Agosto de 2012, Diario Chaco

De un proyecto a su gestión: Ley Nacional 27.051/14 de Terapia Ocupacional

Autoras: Lic. TO Sara Daneri – Lic. TO Laura Pérez

Correo Electrónico: saramdaneri@gmail.com

Institución: Asociación Argentina de Terapistas Ocupacionales (AATO)

Resumen

La propuesta de esta ponencia es realizar un recorrido entre el proceso de elaboración e implementación del proyecto de ley nacional del ejercicio profesional de Terapia Ocupacional hasta su promulgación. Para ello tomaremos prestado de las ciencias políticas algunos conceptos que nos servirán de herramientas para introducirnos en el tema: definición de problemáticas en este caso de nuestro ejercicio profesional, construcción de agenda, grupos de interés, posibilidades y oportunidades de implementación de estrategias y acciones.

Objetivos

Identificar las estrategias implementadas para la elaboración e implementación del proyecto de ley nacional del ejercicio profesional de la Terapia Ocupacional.

Analizar el proceso de gestión de la ley nacional del ejercicio profesional de la Terapia Ocupacional

Material y métodos

Aplicación de conocimientos teórico-prácticos sobre: Estado, política y estrategias de políticas públicas; procesos y ciclos de política pública. Definición de problemas y modelos de adopción de decisiones; reglas de decisión. Actores intervinientes.

Resultados

Sanción de la Ley Nacional 27.051/14 de Ejercicio de la Profesión de Terapeutas Ocupacionales, Terapistas Ocupacionales y Licenciados en Terapia Ocupacional y su promulgación el 23 de diciembre de 2014. Publicación en Boletín Oficial 9 de enero de 2015

Conclusiones

Consideramos fundamental conocer los ciclos de las políticas públicas para elaborar proyectos y definir estrategias tanto para la toma de decisiones como para los procesos de aprobación de normas, planes y programas que contribuyan al desarrollo y jerarquización de la profesión.

Introducción

Por lo general pensamos nuestro ejercicio profesional desde una determinada área de intervención, grupo etario, teorías, métodos y técnicas de abordaje; así decimos que trabajamos: en salud mental con niños, con personas adultas con disfunciones físicas, con adultos mayores, en integración sensorial, en educación, recalcificación, etc.

Sin embargo en cada una de estas áreas, grupos poblacionales con o sin problemáticas de salud, educativas, y/o sociales, lo hacemos siempre dentro de contextos: micro-el espacio de atención-, meso-la institución u obra social- y macrosociales- normas y regulaciones. Enten-

demos por microsocial el ámbito específico donde desarrollamos nuestras prácticas y por macrosocial aquel espacio que de manera directa o indirecta determina, controla, regula el modo en que realizamos las mismas.

En esta oportunidad nos centraremos en el contexto macrosocial, a fin de invitarlos a reflexionar acerca de los alcances de lo que llamamos "ejercicio profesional". Las ciencias políticas nos brindan algunos conceptos como: definición del problema- en este caso de problemáticas de nuestro ejercicio profesional, construcción de agenda política, grupos de interés, posibilidades y oportunidades de implementación de estrategias y acciones, etc. que son nuestras herramientas para introducirnos en el tema.

Para comenzar haremos mención a las normas que regularon nuestro ejercicio profesional, desde el año 1963 en que fue reconocida la Terapia Ocupacionalⁱ como profesión auxiliar de la medicina hasta la Ley 17132/67 del Arte de Curar, ambas conocidas por todos. Estas leyes fueron las que durante más de 40 años, en el marco de las políticas de salud, determinaron las condiciones de nuestro ejercicio profesional

Entonces no podemos negar, ni dejar de reconocer que nuestro ejercicio profesional, está atravesado por una multiplicidad de leyes, reglamentaciones, decretos y resoluciones de diversos niveles de jerarquía, que condicionan y otras veces determinan el espacio microsocial en el que nos desempeñamos (¹).

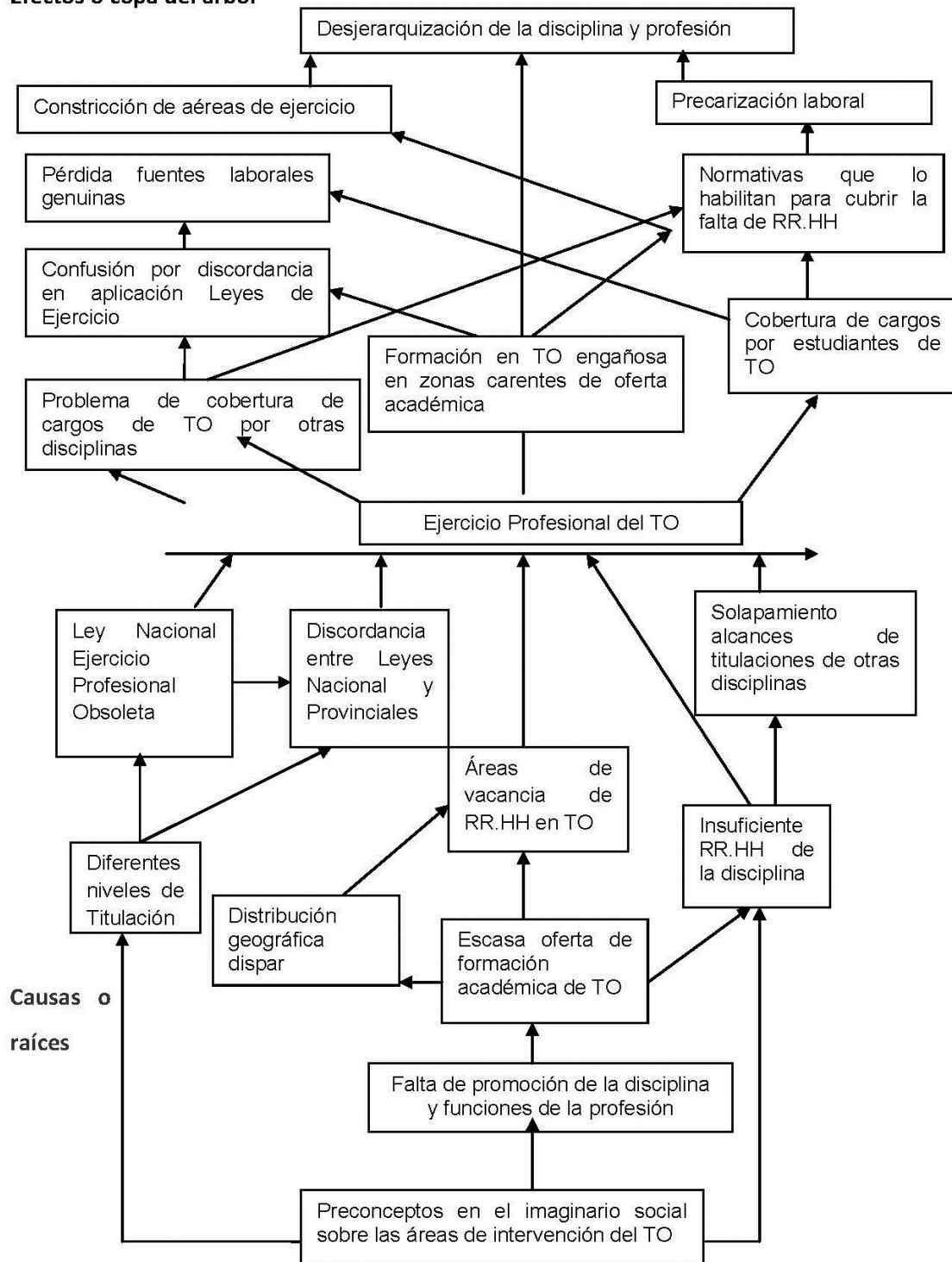
En principio y siguiendo los aportes de diferentes autores como Luis Aguilar Villanueva (²), Tamayo Sáez (³); Gomá y Subirats (⁴) y Velasco (⁵), podemos decir que las políticas públicas vinculan la identificación de un problema, con la formulación de posibles soluciones, la elección de la solución o toma de decisión, la implementación/acción de la decisión elegida y por último la evaluación de sus resultados que retroalimentará el proceso de las mismas. De allí que las políticas públicas comprendan fases o ciclos y que cada uno de estos requiera de su análisis específico, aunque no toda política pública necesariamente sigue este proceso en todas sus fases, otras veces puede alterarse su orden.

Ahora bien, si nos planteamos los procesos de elaboración e implementación de un proyecto de ley nacional del ejercicio profesional de la TO(⁶), nos encontramos en el terreno de las políticas públicas y ello nos conduce a preguntarnos ¿cuál era la situación de nuestro ejercicio profesional previo a la sanción de la Ley Nacional 27.051.

Tomaremos como referencia un primer concepto que nos aporta Tamayo Sáez, quien refiere la idea de "*agenda sistémica*" y la define como: "*El conjunto de problemas que afectan a una sociedad en un momento determinado*". Las preguntas que a partir de esta idea se desplegaron en relación a la situación de nuestro ejercicio profesional fueron ¿tenemos la percepción que existe un problema?, ¿el ejercicio profesional del terapeuta ocupacional ha alcanzado proporciones de crisis?, ¿adquirió características significativas que lo diferencia de otros problemas?, ¿la situación produce efecto en la atención del público en general?, ¿ha adquirido con el paso del tiempo una mayor relevancia o magnitud que requiere la intervención del Estado?, ¿es un tema que desencadena aspectos relacionados con la legitimidad o el poder y por ello afecta a algún determinado núcleo de interés?, o ¿el tema alcanza notoriedad pública por factores del momento? Pensábamos que sí lo había, por las solicitudes de intervención que planteaban los colegas por situaciones complejas que afectaban su desempeño profesional al capítulo de ejercicio profesional de la Asociación Argentina de Terapeutas Ocupacionales. Construimos siguiendo la denominada red explicativa causal o árbol de problema, identificando un problema principal [tronco] que en nuestro caso: es el derecho al ejercicio profesional. En el centro localizamos nuestro derecho y oportunidad de ejercer la profesión, los efectos o consecuencias [copa] que afectan a todo el colectivo de TO y por último los factores causales o explicativos [raíces] que producen tal problema.

ⁱ En adelante TO

Efectos o copa del árbol



El problema tiene la relevancia, magnitud, impacto social, ¿para ser incluido en la agenda política? ¿Cómo construir agenda política? Tomando como referencia a Parsons (⁷), podemos decir que, tenemos un tema, un problema y una política pública por implementar:

TEMA →	PROBLEMA →	POLÍTICA PÚBLICA
Derecho a la atención integral en salud por profesionales habilitados. Promover, proteger la salud como bien tutelado por el Estado a través del control de los proveedores de	Falta de controles por parte del Estado, disparidad de normas en cada jurisdicción, ejercicio ilegal de la profesión. Riesgo para la población. Disparidad de titulaciones	Sanción Ley de Ejercicio Profesional que garantice el acceso a prestaciones de calidad y derecho y oportunidad para ejercer acorde a la formación de grado

Una vez analizada la complejidad del problema, sus causas y efectos y definido el problema (⁸) por parte de la AATOⁱⁱ, se establecieron acciones o como señalan los autores mencionados "[los]...programas de acción que tratan de enfrentar, mediante distintas acciones, los problemas y contradicciones existentes..." Las posibilidades que el problema identificado, fuera considerado por el poder ejecutivo o legislativo eran remotas, por tanto éramos los actores sociales no gubernamentales quienes teníamos la tarea de construir la agenda política, era necesario visibilizar la TO.

Contábamos hacia el interior de la TO, con cuatro proyectos anteriores que fueron debatidos en diferentes períodos desde el año 2000 al año 2010, lo cual allanaba la tarea de consensuar el futuro texto del proyecto. Igualmente volvimos a consultar los cambios en el nuevo proyecto, realizamos análisis de contenido de la totalidad de los alcances de los títulos de grado de las carreras de TO y efectuamos análisis comparado de la legislación vigente de otras profesiones de salud y de proyectos de ley en curso. Pero: ¿Cómo sensibilizar al poder político?

Comenzamos por los festejos del 50º Aniversario de la AATO y con los festejos la realización del Anuario, que entre sus varios objetivos formó parte de la estrategia de entrada y visibilización de la TO ante los Diputados nacionales y sus asesores. Una vez iniciada esta primera etapa, iniciamos las solicitudes de audiencia con los referentes de la Cámara de Diputados, con quienes por los proyectos anteriores presentados habíamos tomado contacto, para luego avanzar con asesores de otros legisladores. Para el reelaboración del nuevo proyecto de ley contamos con el asesoramiento de un especialista en labor parlamentaria, que nos fue guiando en la tarea que al interior del capítulo de ejercicio profesional debíamos realizar.

Al mismo tiempo y con el apoyo de algunos colegas y estudiantes, que generosamente nos acercaron vías de comunicación con una diversidad de asesores y diputados de un amplio espectro político partidario y los avales de varios directores y coordinadores de Carreras de TO, Asociaciones y Colegios de TO, CLATOⁱⁱⁱ y de FMTO^{iv}, se fue generando el entramado entre estos actores sociales conformando una coalición promotora(⁹) que compartía un mismo sistema de creencias, es decir percepciones sobre el problema planteado. Unidades académicas, organizaciones de estudiantes y graduados del país y organizaciones internacionales representativas de la profesión, constituyeron la coalición que coadyuvó a la promoción del proyecto de ley.

Conclusiones

Comprender los ciclos de las políticas públicas y la incidencia que las mismas tienen sobre nuestro accionar profesional, resulta imprescindible al momento de impulsar propuestas en los diversos niveles de decisión para jerarquizar la disciplina y profesión del colectivo de la TO. Por ello es necesario ampliar la mirada más allá de los campos de intervención, hacia los

ⁱⁱ Asociación Argentina de Terapeutas Ocupacionales

ⁱⁱⁱ Confederación Latinoamericana de Terapia Ocupacional

^{iv} Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT)

ámbitos donde se definen las políticas, salir de los espacios institucionales enriquece nuestra formación y prácticas.

Referencias Bibliográficas

- ¹ Daneri, S. 2011 "Procesos de Gestión en un contexto hospitalario monovalente: avatares y estrategias en nuestro ejercicio profesional". VIII Congreso Argentino de Terapia Ocupacional. La Plata. Prov. de Bs. As.
- ² Aguilar Villanueva, L.F. 1992. Estudio introductorio. En: "El estudio de las políticas públicas". Miguel Ángel Porrua. (México). Pág. 15 a 76.
- ³ Tamayo Sáez, M. El análisis de las políticas públicas. 1997. Capítulo 11. En: "La nueva administración pública", compiladores Rafael Bañón y Ernesto Carrillo. Alianza Universidad. (Madrid). Pág. 281-312.
- ⁴ Subirats, J. 1994. Definición del problema relevancia pública y formación de la agenda de actuación de los poderes públicos. (Madrid). Pág. 47-60
- ⁵ Velasco, M. Septiembre 2007. Distintos instrumentos para un mismo fin, Los instrumentos de las políticas públicas como herramientas para el análisis. VIII Congreso Español de Ciencia Política y de la Administración, 18-20 (Valencia). Disponible en <http://eprints.ucm.es>
- ⁶ Daneri, S. 2011. Disertación Mesa de Gestión y Legislación. VIII Congreso Argentino de Terapia Ocupacional. Disponible en: VIII Congreso Argentino de Terapia Ocupacional
- ⁷ Parsons, W. 2007 Capítulo II. Meso-Análisis. Análisis de la definición del problema, el Establecimiento de la agenda y la formulación de políticas públicas. Facultad de Ciencias Sociales (FLACSO). (México). Pág. 117 -156
- ⁸ Bardach, E. (1993) Problemas de la definición de problemas en el análisis de políticas. En "Problemas públicos y agenda de gobierno". Luis Aguilar Villanueva. Compilador. Editorial Miguel Ángel Porrua. (México). Pág. 215-230.
- ⁹ Martínón Quintero, R. II SEMESTRE DE 2007. La incorporación de las ideas al análisis de políticas públicas en el marco de las coaliciones promotoras. En: Gestión y Política Pública Volumen XVI. Número 2. Pág. 281-318

Propuesta de Rehabilitación Profesional en el Servicio de Rehabilitación del Hospital Público de Esquel

Autor: María Elena Tiscornia

Correo electrónico: matisco1@yahoo.com.ar

Resumen

Introducción

En el año 2005 se inició una experiencia novedosa de rehabilitación Profesional en el Servicio de Rehabilitación del Hospital Zonal de Esquel, provincia del Chubut. Las T.O. Gilda Vilches y María Elena Tiscornia realizaron un análisis del proceso de rehabilitación de pacientes de ambos sexos, en edad productiva, arribando a la conclusión de que luego de haber finalizado la etapa de rehabilitación funcional, como consecuencia de su discapacidad, las personas experimentaban y planteaban dificultades para el ejercicio roles productivos en su comunidad, tanto por las limitaciones personales como por las barreras en el medio social y laboral. T.O. elaboró e implementó un Programa de Rehabilitación Profesional, donde los pacientes pudieron transitar diferentes procesos de adaptación personal, adquisición y ejercicio de nuevos roles, valoración de sus capacidades y habilidades, posibilidad de formación, conocimiento de nuevas formas de trabajo, etc.

Los objetivos fueron:

Integrar la Rehabilitación Profesional como un aspecto de la Rehabilitación Integral, ampliando los servicios tradicionales del Hospital Público.

Mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad desde una concepción centrada en la Autonomía, actuando sobre la persona y sus entornos.

Método

Se plantearon muchos y nuevos desafíos frente a esta propuesta, especialmente por la implementación del trabajo "puertas afuera" del Hospital, ya que Terapia Ocupacional coordinó acciones con Instituciones y empleadores de la comunidad, realizó capacitaciones y concientización sobre la necesidad del trabajo en red para el logro de la inclusión de las p.c.d. Se realizaron evaluaciones interdisciplinarias con la persona, en sus entornos y ambientes laborales. T.O. efectuó intermediación laboral, colocación, seguimiento y adaptaciones de puestos de trabajo.

Resultados y Conclusiones

Desde el año 2005 a 2013 ingresaron al Programa 240 personas con discapacidad, de las cuales 89 asistieron a programas de Formación Laboral, 65 se ubicaron laboralmente y 86 fueron reubicadas dentro de sus contextos laborales. La rehabilitación Profesional, como un aspecto de la rehabilitación integral, contribuye a mejorar la calidad de vida de las p.c.d si la mismas plantean una real necesidad e interés por ejercer roles productivos, se implementa en equipo interdisciplinario y se articula con la comunidad. Esta experiencia es la primera en un Servicio de Rehabilitación de un Hospital Público en la provincia del Chubut. Terapia Ocupacional continúa abriendo nuevos espacios de intervención en beneficio de la comunidad.

Introducción

La Rehabilitación Profesional ha sido definida por la O.I.T. como aquella parte del proceso continuo y coordinado de adaptación y readaptación que comprende el suministro de medios,

especialmente orientación profesional, formación profesional y colocación selectiva, para permitir que la persona con discapacidad obtenga y conserve un empleo adecuado y progrese en el mismo, y que promueva así la integración o reintegración de la persona a la sociedad. (1) El "éxito" de la R.P. depende en gran medida de los logros obtenidos en los procesos conexos y de la continuidad de los mismos, ya que la R.P. forma parte de la Rehabilitación Integral, las cuales deben ser llevadas a cabo en equipo, interdisciplinariamente y con base en los recursos comunitarios, donde la persona con discapacidad cobre protagonismo en los distintos momentos del proceso de rehabilitación, ejerciendo plenamente sus derechos y asumiendo responsable y activamente sus deberes.

Según el GLARP la Formación Profesional es el proceso por el cual la persona logra compensar en el mayor grado posible las desventajas originadas en una deficiencia o discapacidad que afecten su desempeño laboral, dificultándole o impidiéndole la consecución, el mantenimiento o la promoción en una actividad productiva.(2)

El trabajo en equipo interdisciplinario y con la comunidad permite aportar desde cada especificidad profesional un colectivo de alternativas para el logro del objetivo principal: la rehabilitación integral y la inclusión social y laboral. Por lo tanto, los servicios de rehabilitación profesional además de detectar, favorecer y ofrecer los apoyos dirigidos a la persona directamente relacionados con el trabajo, deben actuar también sobre otras esferas del individuo y su entorno que puedan favorecer u obstaculizar su inclusión.

El Servicio de Rehabilitación del Hospital Zonal Esquel atiende a pacientes de la ciudad de Esquel y de otras localidades, especialmente la zona N.O. Está integrado por un Médico Fisiatra, Jefe del Servicio y dieciséis profesionales de diferentes disciplinas. Tradicionalmente, el servicio brinda rehabilitación funcional a los pacientes y orientación al grupo familiar. Se plantean objetivos terapéuticos una vez finalizados los mismos, se da el alta correspondiente. En el año 2005, las T.O. Gilda Vilches y María Elena Tiscornia realizaron un análisis del proceso de rehabilitación de pacientes de ambos sexos, en edad productiva, arribando a la conclusión de que luego de haber finalizado la etapa de rehabilitación funcional, como consecuencia de su discapacidad, las personas experimentaban y planteaban dificultades para el ejercicio roles productivos y sociales en su comunidad, tanto por las limitaciones personales como por las barreras en el medio social y laboral. A partir de esto ambas profesionales elaboraron un proyecto de Rehabilitación Profesional y comenzaron a implementarlo con pacientes del servicio de rehabilitación, y luego con personas con discapacidad de la comunidad.

Objetivos

Integrar la Rehabilitación Profesional como un aspecto de la Rehabilitación Integral, ampliando los servicios tradicionales del Hospital Público.

Mejorar la calidad de vida de las p.c.d. desde una concepción centrada en la Autonomía, actuando sobre la persona y sus entornos.

Metodología

El proceso es individual, con el compromiso activo de la persona y de la familia.

Las intervenciones son interdisciplinarias. T.O. realiza evaluaciones funcionales y ocupacionales, nivel de independencia en A.V.D., intereses, historia ocupacional, expectativas, necesidades, etc.; y efectúa el análisis de los puestos de trabajo en la comunidad.

Se desarrolla en momentos que pueden no ser sucesivos: evaluación, orientación, formación, entrenamiento, ubicación, reubicación, seguimiento. En forma paralela se realizan acciones con la comunidad: análisis ocupacional, asesoramiento, adaptación de puestos, formación recursos humanos.

Análisis de los resultados: Desde el mes de agosto de 2005 a diciembre de 2013, 240 personas con discapacidad ingresaron al Programa, con los siguientes resultados:

Variables	Pacientes del Servicio De Rehabilitación		Personas de la Comunidad	
Sexo	26 mujeres	48 hombres	62 mujeres	104 hombres
Entre 18 y 20 años	2	6	7	4
Entre 21 y 30 años	12	12	7	27
Entre 31 y 40 años	5	14	27	40
Entre 41 y 55 años	7	16	21	33
Discapacidad motora	9	37	14	41
Discapacidad mental	7	8	23	29
Discapacidad sensorial	3	3	7	25
Discapacidad visceral	7		18	9
Formación Laboral	11	5	31	42
Ubicación Laboral	8	16	24	17
Reubic/Readap. Laboral	7	27	7	45

En total, el 31 % de la población atendida correspondieron a pacientes que se encontraban en proceso de Rehabilitación, el 69% fueron personas que ingresaron por demanda de otras organizaciones de la comunidad.

De las 240 personas que ingresaron al Programa laboral (Esquel y otras localidades), realizaron acciones de Formación Laboral: 89 personas (37%), Ubicación laboral: 65 personas (27%) y Reubicación/Readaptación laboral: 86 personas (36%).

Total de personas que participaron del Programa Laboral durante su proceso de Rehabilitación: 74. Mujeres: 26 (11%), Hombres: 48 (20%). Se realizaron procesos de evaluación y orientación en el total de los pacientes. Formación Laboral: 17 personas (22%), Ubicación laboral: 24 personas (32%) y Reubicación/Readaptación laboral: 34 personas (46%)

Total de personas que participaron del Programa Laboral de la comunidad: 166. Mujeres: 62 (37%) y Hombres: 104 (63%). Se realizaron procesos de evaluación y orientación en el total de los pacientes. Formación Laboral: 73 personas (44%), Ubicación laboral: 41 personas (25%) y Reubicación/Readaptación laboral: 52 personas (31%).

Con relación a los procesos de Ubicación y Reubicación/Readaptación Laboral se puede mencionar:

Pacientes del Servicio de Rehabilitación: se ubicaron laboralmente 24 personas (8 mujeres y 16 hombres, representando un 32%), cuyas edades oscilaban entre 21 y 40 años y las patologías fueron: 12 personas con discap motora, 10 personas con discap. Mental y 2 personas con discap sensorial.

Pacientes del Servicio de Rehabilitación: se realizaron acciones de reubicación o readaptación laboral a 34 personas (7 mujeres y 27 hombres, representando un 46%), cuyas edades

oscilaban entre 31 y 55 años y las patologías fueron: 22 con discap motora, 5 con discapac mental y 4 con discap sensorial.

Personas de la comunidad: se ubicaron laboralmente 41 personas (24 mujeres y 17 hombres, representando un 25%), cuyas edades oscilaban entre 31 y 55 años y las patologías fueron: 18 personas con discp motora, 14 personas con discap mental y 9 personas con discap visceral.

Personas de la comunidad: se realizaron acciones de reubicación o readaptación laboral a 52 personas (7 mujeres y 45 hombres, representando un 31%), cuyas edades oscilaban entre 30 y 55 años y las patologías fueron: 26 con discap motora, 18 con discap mental, 6 con discap visceral y 2 con discap sensorial.

Conclusiones: Terapia Ocupacional desarrolló, dentro del servicio de rehabilitación del Hospital Público de Esquel, un Programa novedoso y único en la provincia de Chubut hasta la fecha, que contribuye a mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad durante su proceso de rehabilitación integral, y específicamente su Rehabilitación Profesional. Esta iniciativa contó con el aval del Jefe del Servicio y de a poco se fue concientizando al resto del equipo sobre la necesidad de incluir este aspecto como parte del proceso de Rehabilitación. Este Programa se hizo extensivo a pacientes de otras localidades gracias a la estrategia de R.B.C., pudiendo continuar acciones en y con las diferentes comunidades. El trabajo en equipo interdisciplinario y en red permitió aportar desde cada especificidad profesional un colectivo de alternativas para el logro del objetivo principal: la rehabilitación integral. El trabajo coordinado con las Instituciones de la comunidad y empleadores favoreció las acciones de formación, intermediación, inclusión y seguimiento, como así también brindó a las personas con discapacidad y sus familias nuevas alternativas para la inclusión en el mercado laboral. Terapia Ocupacional continúa abriendo nuevos espacios de intervención en beneficio de las personas con discapacidad.

Referencias Bibliográficas

- (2) GLARP: (1999) "Curso Básico en Rehabilitación Profesional. Actualización del marco conceptual en Rehabilitación Profesional en el GLARP – Grupo Latinoamericano de Rehabilitación Profesional". Serie Capacitación, Capítulo Argentino. Pa.g. 41
- (1) O.I.T. (1983) "Convenio sobre la readaptación profesional y el empleo (personas inválidas) núm. 159", artículos 1 y 7.
- (1) O.I.T. (1955) "Recomendación sobre la adaptación y la readaptación profesional de los inválidos", Recomendación N° 99. I Disposiciones, inciso a.

El discurso social sobre la Terapia Ocupacional en sus inicios en Santa Fe, Argentina. Análisis de una nota periodística

Autores: Pradolini, Viviana; Guillaume, Débora; Vallejos, Oscar
Correo electrónico: vivipradolini@gmail.com

Resumen

En el marco del proyecto "Régimen epistémico, instituciones y disciplinas: un estudio CTS de las actividades científicas y tecnológicas en Argentina. Período 1940-1980", (CAID 2011, UNL), se desarrolla una de sus líneas de estudio: el desarrollo de la Terapia Ocupacional como disciplina y profesión, sus producciones y medios utilizados, las disputas y legitimaciones que se fueron sucediendo en el campo científico y social. En este trabajo se comunican los resultados iniciales del mismo, presentando un esbozo del marco teórico y con mayor profundidad el análisis de un documento relevado, nota periodística, como modo de presentar los significados y representaciones sociales que se empiezan a construir sobre la Terapia Ocupacional en la región del litoral a principios de los años 60. Se reconstruye el dominio de saberes que la propia disciplina movilizaba para constituirse como tal y que la diferenciaban de otras con quienes mantenía relaciones de solapamiento y de deslinde, como sus relaciones de subordinación - complementariedad con la medicina. Otra dimensión de análisis es la producción del conocimiento entre el espacio local y el espacio internacional.

La formación discursiva del documento analizado describe el saber hacer y sus fines significándolos como esperanzas para la transformación y mejora de la vida anormal de los niños incapacitados. La legitimidad de la disciplina estaría dada por el aval de la OMS y la formación recibida. Está guiada en su hacer por valores y anhelos considerados relevantes en ese momento socio-histórico. Se pretende continuar y profundizar sobre el proceso de legitimación de la Terapia Ocupacional en Santa Fe y región, y las interrelaciones entre el espacio local e internacional.

Introducción

Se comunican los resultados iniciales en el marco del proyecto "Régimen epistémico, instituciones y disciplinas: un estudio CTS de las actividades científicas y tecnológicas en Argentina. Período 1940-1980", (CAID 2011, UNL), en una de sus líneas de estudio, el desarrollo de la Terapia Ocupacional como disciplina y profesión, sus producciones y medios utilizados, las disputas y legitimaciones que se fueron sucediendo en el campo científico y social.

Específicamente en este trabajo se presenta un esbozo del marco teórico y con mayor exhaustividad el análisis de un documento relevado para esta investigación, nota periodística, como modo de presentar los significados y representaciones sociales que se empiezan a construir sobre la terapia ocupacional en la región del litoral.

El contexto histórico donde surge la Terapia Ocupacional fue analizado en los estudios publicados por Briglia y García Sartirana (1); Bottinelli, Nabergoi y Mattei (2) y Testa, (3, 4). La epidemia de poliomielitis en 1952 afectó a casi 2.600 personas, y entre los más perjudicados fueron los niños recién nacidos y hasta los cuatro años. La poliomielitis incidió principalmente en el sistema neuromotor y ocasionaba incapacidades físicas. En 1956 la epidemia alcanzó a 6.500 casos. En ese entonces, durante el gobierno de Aramburu, según explica Testa (2011) se recurre a dos medidas para posibilitar el control de la epidemia, una fue la campaña de

vacunación Salk y otra, aprovechar el reconocimiento de los avances de la rehabilitación de acuerdo al panorama científico social internacional.

En 1956 se crea la Comisión Nacional de Rehabilitación del Lisiado como respuesta estatal para el tratamiento del problema sanitario y se intensifica la "importación" de profesionales del extranjero para que formen a profesionales argentinos. En ese mismo año Betty Hollings, proveniente de Inglaterra, dicta el primer curso de auxiliares de T.O.

En 1957, ALPI (Asociación Lucha contra la Parálisis Infantil) organiza el primer curso de T.O., a cargo de Ruby Kroom, llegada desde California, EEUU.

En 1958, la OMS junto con una fundación de EEUU, encomiendan a Helen Dalhstrom y Vivian Hannan como asesoras por un año.

Y en 1959 se da por creada oficialmente la Escuela Nacional de Terapia Ocupacional (ENTO), en la ciudad de Buenos Aires, con la dirección de Mac Donald, y un grupo de terapeutas ocupacionales del "Dorset House School of Oxford", de Reino Unido, egresando la primera promoción de graduadas en 1961.

Las graduadas comienzan su inclusión laboral y se instala una etapa inicial de profesionalización.

Esta comunicación analiza una nota periodística titulada "Terapia Ocupacional desarrolla una importante tarea en el Instituto Dr. Carlos Vera Candioti", del diario El Litoral, de fecha 21-3-63, que da cuenta de la instalación de la terapia ocupacional en Santa Fe.

Referencias al marco conceptual

Se formula como primer interrogante cómo fue mirada la Terapia Ocupacional en Santa Fe en sus inicios como profesión. Según Vallejos, "la actividad científica y tecnológica (no sólo el contenido epistémico de ella) se ajusta al mundo social que la permite, la habilita, la sostiene y la impulsa" (5). A partir de esta concepción sería posible indagar sobre las ideologías, valores y significados de ese mundo social de la década del 50 y principios del 60, que permitieron y sostuvieron esta etapa inicial de la profesionalización de la Terapia Ocupacional. Metodológicamente se recurre al análisis del discurso toda vez que:

... lo social moldea el discurso pero que este a su vez, constituye lo social: constituye las situaciones, los objetos de conocimiento, la identidad social de las personas y las relaciones de estas y de los grupos entre sí. Las constituye en el sentido de que contribuye a sustentar y reproducir el statu quo social, y también en el sentido de que contribuye a transformarlo. (6, p 15)

Desde esta perspectiva, lo social podría ser conocido mediante el análisis del discurso, considerando además, que el significado de las palabras varía según la posición desde la cual se las enuncia o según la formación discursiva.

En este sentido, parte de la investigación consiste en el relevo documental de esta primera etapa de instalación de la disciplina, la identificación de los y las principales agentes, y la realización de entrevistas a informantes claves. También se reconstruye el dominio de saberes que la propia disciplina movilizaba para constituirse como tal y que la diferenciaban de otras con quienes mantenía relaciones de solapamiento y de deslinde, como sus relaciones de subordinación - complementariedad con la medicina. Dado que el marco teórico general plantea una dinámica de la producción del conocimiento entre el espacio local y el espacio internacional, estas dos dimensiones son relevantes para esta investigación.

El análisis del documento

La nota analizada puede ubicarse dentro de una formación discursiva construida por la prensa local que vincula la poliomielitis, la infancia, la incapacidad, el rol del estado, la ayuda al lisiado y la solidaridad social, bajo el tópico incluyente de la rehabilitación.

A continuación se presenta el análisis de la nota periodística, que tematiza específicamente la Terapia Ocupacional dentro del Instituto de Rehabilitación al Incapacitado Dr. Vera Candioti. La misma lleva como título, "Terapia Ocupacional desarrolla una importante tarea en el Instituto Dr. Carlos Vera Candioti". Está encabezada por dos fotografías, en una de éstas una niña y en la otra un niño, con el siguiente pie de foto: "La niña se readapta a la vida normal jugando, ayudada por aparatos especiales. El niño trabaja y juega con un serrucho. Esta es parte de la tarea de la Terapia Ocupacional". Si bien las fotografías no serán analizadas en este trabajo, las mismas presentan una alta relevancia para identificar a la disciplina (exposición del uso de soporte móvil y actividades) y a los modelos de género.

Se trabajó sobre un modelo de identificación de tópico y comentario. El cuadro que sigue reconstruye los cuatro tópicos que se consideran más importantes:

Terapia ocupacional	<i>readapta a la vida normal</i> <i>Trabaja con "incapacitados"</i> <i>Las tareas a realizar mediante los aparatos especiales que se utilizan para fortalecer músculos y facilitar desplazamientos de miembros.</i> <i>Es una técnica de rehabilitación a cargo de una terapeuta ocupacional graduada, quien bajo prescripción y dirección médica usa actividades de cuidado personal, manuales, recreativas, sociales, educativas e industriales para obtener del paciente la función física y/o la reacción mental buscada.</i> <i>bajo la experta dirección de la terapia ocupacional.</i> <i>Así comprobamos cómo los niños van realizando los ejercicios que lenta pero seguramente los va llevando a la recuperación.</i> <i>De acuerdo con la OMS es una profesión complementaria de la medicina.</i> <i>No debe ser confundida con laborterapia que no va más allá de la enseñanza de las manualidades.</i> <i>Se utilizan las tareas artísticas y educativas, tales como la escultura en arcilla, para conseguir amplitud articular y fortalecimiento muscular en la secuela de lesiones de tendones flexores y extensores de los dedos.</i> <i>La terapéutica ocupacional encara a la adaptación del enfermo a su incapacidad, adaptación con miras a la vida normal o en caso desfavorable a la vida hospitalaria.</i>
niños	<i>Se readapta a la vida normal jugando</i> <i>Trabaja y juega a la vez con un serrucho.</i> <i>Jugando de una manera distinta a los demás ya que se trata de incapacitados.</i> <i>Sometidos a tto,</i> <i>Hemos visto a los niños cumpliendo con esta terapia, escribiendo, dibujando, jugando, trabajando con distintos elementos, bajo la experta dirección de la terapia ocupacional</i> <i>van realizando los ejercicios que lenta pero seguramente los va llevando a la recuperación.</i>
Instituto de Rehabilitación al Incapacitado	<i>Pequeña y singular ciudad.</i> <i>No hay un ambiente de pesimismo...</i> <i>Se trabaja y se juega para rehabilitarse</i> <i>No hay motivos para tristeza, se lucha contra ella y contra el mal</i>
enfermedad	<i>desarrollando al fin la vida en los niños que no se puede frustrar sin ocasionar daños irreparables en la formación de su personalidad.</i>

La Terapia Ocupacional como objeto de discurso se presenta como impersonal, sin que se identifique claramente a quien la ejerce. En la medida en que quien informa para la nota (el texto plantea: "nos dicen... que la terapia ocupacional") toma recaudos para diferenciar la Terapia Ocupacional de otra disciplina con las que se solapa, como la laborterapia, se evidencia un desconocimiento público de la misma.

La Terapia Ocupacional es definida como "*una técnica de rehabilitación, que debe ser ejercida por una graduada y bajo prescripción y dirección médica...*"

Se remarca la necesaria instrucción-formación académica sobre las técnicas utilizadas en Terapia Ocupacional para implementar los tratamientos. Lo que a su vez, intenta dejar en claro la diferencia con otras profesiones, en especial, la laborterapia. Se persigue una diferenciación positiva de la Terapia Ocupacional, como una aplicación técnica argumentada, en detrimento de otras prácticas que utilizan los mismos o similares medios o actividades, pero sin conocer los fundamentos de éstas. Se recurre a la expresión "experta dirección", acción ejercida por quien la ejerce.

La Terapia Ocupacional conoce las actividades que pueden ser empleadas en cada caso y/o situación, resaltándose y dando ejemplos de las atribuciones terapéuticas y sus prescripciones.

Aclara luego que es una profesión complementaria de la medicina según la OMS. Se supone que se argumenta desde este organismo, ya que era la máxima autoridad en el campo de las ciencias de la salud y de referencia para las organizaciones sanitarias de los estados. Se interpreta que posiblemente se referenciaría a la TO desde la OMS, con la intención de atribuirle un reconocimiento a nivel mundial, más allá del local y nacional que puede advertirse en este artículo.

Indagándose en la fuente documental de 1950 (7), la OMS, incluye a la Terapia Ocupacional en el apartado 5.8 "Formación de otro personal sanitario profesional", señalando el valor y necesidad de nombrar y formar terapeutas ocupacionales como *colaboradores auxiliares en los equipos... miembros de un servicio completo de salud pública* (pág. 15).

El término "graduada", estaría referenciando:

a) la obligatoriedad de su estudio sistematizado y formal (acreditación del conocimiento), desde la relación estudiante – educación – graduación,

b) la feminización de la T.O, cuestión planteada a nivel nacional por autores como Testa (2011), Botinelli, Nabergoi y Mattei (2013) sobre el contexto de educación superior en Argentina, y que puede ser, además considerada a nivel internacional, a partir del relevamiento de las publicaciones dossier y documentos históricos acerca de la Terapia Ocupacional, en la colección Revista Gallega de T.O.

Sobre el objeto "terapia ocupacional" afirma que su tarea es la readaptación a la vida normal de los incapacitados. En las concepciones de la época, se puede apreciar la asociación entre el concepto de discapacidad y anormalidad. ¿Cómo se concebía a la normalidad, con qué criterios se la asociaba?

Conclusiones

Partiendo del supuesto que la mirada social incide en la construcción de una identidad profesional, entonces es importante conocer y analizar el discurso sobre esa mirada, dentro de un contexto socio-histórico que le otorga sentido y significado.

En la formación discursiva de la nota analizada, tal como lo enuncia su título, "Terapia Ocupacional realiza una importante tarea..." describe su saber hacer y sus propósitos significándolos como posibilidades, promesas, esperanzas para transformación, cambio, cura en la vida anormal de esos niños incapacitados y las modificaciones del ámbito en que éstos se encuentran.

La legitimidad de la disciplina estaría dada por el aval de la OMS y la formación recibida. Está guiada en su hacer por valores y anhelos considerados relevantes en ese momento.

¿Cómo se fue legitimando la actuación de la terapia ocupacional en Santa Fe? Es necesario seguir avanzando en la profundización de esta temática recurriendo a otras técnicas de investigación y actores. Queda para seguir trabajando las diferencias entre lo local y lo internacional.

Referencias Bibliográficas

- 1- Briglia, J. y García Sartirana, A. Aspectos contextuales del surgimiento de Terapia Ocupacional en Argentina. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, Chile. Vol. 13, No. 1, 2013, Pág. 33 - 41
- 2- Bottinelli, M., Nabergoi, M. y Mattei, M. (2013). El contexto de la educación superior en Argentina durante los inicios de la formación en Terapia Ocupacional. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, (Buenos Aires).
- 3- Testa, E.. Curing bydoing: la poliomielitis y el surgimiento de la terapia ocupacional en Argentina, 1956-1959. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, (Rio de Janeiro), v.20, n.4,out.-dez. 2013, p.1571-1584.
- 4- Testa, D. (2012). Aportes para el debate sobre los inicios de la profesionalización de la terapia ocupacional en Argentina. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 12 (1), Pág. 72 -87. doi:10.5354/0717-5346.2012.22054
- 5- Vallejos, O. (2013) El surgimiento de un nuevo dominio epistémico: la historia de la enfermedad. X Jornada de Sociología de la UBA: 20 años de pensar y repensar la sociología. Universidad de Buenos Aires, (Buenos Aires).
- 6- Narvaja de Arnoux, E. (2009). "Análisis del discurso". Santiago Arcos. (Buenos Aires).
- 7- Comité de expertos en educación profesional y técnica del personal médico y auxiliar. (1950) .OMS. (Washington DC).

TERAPIA OCUPACIONAL DESARROLLA UNA IMPORTANTE TAREA EN EL INSTITUTO DR. CARLOS VERA CANDIOTI. (Hemeroteca. Diario "El Litoral". 21/03/63)

La niña se readapta a la vida normal jugando, ayudada por aparatos especiales. El niño trabaja y juega a la vez con un serrucho. Ésta es parte de la tarea de Terapia Ocupacional.

(Pie de dos fotos que aparecen en la nota periodística)

El Instituto de Rehabilitación al incapacitado "Dr. Carlos Vera Candiotti" es una pequeña y singular ciudad. Uno penetra en su local y enseguida se encuentra con niños jugando; jugando de una manera distinta a los demás- ya que se trata de incapacitados- pero desarrollando al fin, la vida que no se puede frustrar en los niños sin ocasionar daños irreparables en la formación de su personalidad. No hay un ambiente de pesimismo en este instituto; se trabaja y se juega para rehabilitarse y por lo tanto no hay motivos para tristezas. Se lucha precisamente contra ella y contra el mal.

Terapia ocupacional.

Esta vez lo visitamos para conocer la sección Terapia Ocupacional, que recientemente inaugurara sus recientes instalaciones y elementos. Hallamos a sus encargados indicando a

los niños sometidos a tratamiento las tareas a realizar mediante los aparatos especiales que se utilizan para fortalecer músculos y facilitar desplazamientos de miembros.

La Terapia Ocupacional –se nos explica- es una técnica de rehabilitación a cargo de un Terapeuta Ocupacional graduada quien, bajo prescripción y dirección médica usa actividades de cuidado personal, manuales, recreativas, sociales, educativas e industriales para obtener del paciente la función física y o la reacción mental buscada. Hemos visto a los niños cumpliendo con esta terapia, escribiendo, dibujando, jugando, trabajando con distintos elementos bajo la experta dirección de la Terapia Ocupacional. Así comprobamos como los niños van realizando los ejercicios que lenta pero seguramente los va llevando a la recuperación.

Nos dicen luego que la Terapia Ocupacional de acuerdo con la definición de la organización mundial de la salud es una profesión complementaria de la medicina. No debe ser confundida con las técnicas de laborterapia, que no van más allá de la enseñanza de manualidades. En la Terapia Ocupacional se utilizan las tareas artísticas y educativas, tales como la escultura en arcilla para conseguir amplitud articular y fortalecimiento muscular en la secuela de lesiones de tendones flexores y extensores de los dedos. Es esencial señalar que esta misma actividad dirigida por una persona ignorante de la anatomía y de las consecuencias de una lesión traumática, así como el tratamiento total que éstas reciban, pueden perjudicar al paciente más de lo que lo beneficiarán. La música, ofrece también recursos terapéuticos muy variados; el piano y la guitarra para trabajo de miembros superiores; la armónica para el desarrollo de la capacidad respiratoria; el tamboril y los pequeños timbales para establecer por medio del ritmo la coordinación de movimientos en lesiones motrices cerebrales. Además, casi todas las artesanías pueden ser utilizadas terapéuticamente. Todo esto no representa más que parte de lo que significa la terapéutica ocupacional. Ella encara la adaptación del enfermo a su incapacidad; adaptación con miras a la vida normal o en el caso desfavorable a la vida hospitalaria.

Mesa 25

Terapia Ocupacional en Salud Mental.
Propuestas conceptuales

Construyendo nuevos escenarios: un encuentro entre la narrativa y la terapia ocupacional

Autor: Rondina, María Celeste
Correo electrónico: celesterondina@hotmail.com

Resumen

La presente comunicación tiene por objetivo señalar los elementos fundamentales del Modelo Narrativo en Terapia, circunscribiéndolo en el paradigma constructivista del cual surge y poniendo de relieve las posibilidades que entraña para el campo disciplinar de la Terapia Ocupacional. Se destaca la construcción de significados como actividad básica de todo ser humano. Asimismo se establecen, para concluir, interesantes vinculaciones significantes entre Narración y Ocupación.

Introducción

El constructivismo es una posición epistemológica acerca de cómo los seres humanos conocemos y formamos nuestra experiencia. Sostiene que la realidad no se presenta directamente sino que hay que construirla, consecuente a esto, no tenemos acceso a la realidad con independencia de nuestras construcciones o esquemas culturales, sociales o de género. El ser humano es un activo constructor de la realidad. Permanentemente formula hipótesis y teorías – que luego pondrá a prueba- para organizar y a la vez para conocer, la realidad en la que debe desplegar su vida, sus relaciones, sus proyectos, sus ocupaciones, etc.

Los elementos con los que se forman estas construcciones (los “materiales” con los que se arman) son estructuras de significado, que operan como un sistema o conjunto organizado. Lo central de las orientaciones constructivistas es la importancia que atribuyen a la *construcción de significados*.

“Construir significados a partir de los acontecimientos, es la actividad básica de todo ser humano. Y todas las demás actividades vitales como pensar, sentir, hacer, etc., ocurren con respecto al significado que la persona le otorga a la situación y a sí misma en el contexto en el que se da” (Kelly, 2001).

La construcción del significado de la experiencia es “un proceso complejo, continuo, circular y recurrente que constituye en sí mismo el flujo de la vida” (Linares, 1996). Implica todas las funciones humanas (cognitivas, afectivas, sociales) para organizar las experiencias en una estructura personal que expresa una distintiva representación del mundo y de sí mismo, asegurando coherencia e integridad internas, apuntalando el sentimiento de identidad personal.

Esta construcción de la realidad es permanente, y adquiere las características de una trama narrativa única e irrepetible en cada caso.

Lo valioso de la narrativa como vehículo para el significado es que, tal como lo postula Lyotard (1989), no necesitamos testeos ni metodologías empiristas para probar la eficacia de la narración en la construcción del sentido, ya que al ser un proceso tan inmerso en la propia construcción cultural, la narración es algo que hacemos como si fuera parte de nuestra vida, y por ende, no poseemos otra manera de significar la experiencia.

Esta particular manera no es algo puramente intelectual, incluye aspectos emocionales, volitivos, sensoriales, imaginativos. Tampoco debe ser pensada como algo meramente lingüístico... la construcción narrativa de nuestra vida siempre es más extensa y compleja que el discurso en el que parece estar contenida.

Terapia Narrativa

El constructivismo no postula que haya construcciones más verdaderas o reales que otras ya que las mismas están sujetas a la contingencia humana.

“Los humanos nos limitamos a contar historias y relatos sobre nuestro conocimiento, a través de nuestra capacidad lingüística. Estas historias pueden ser más o menos atractivas, funcionales o útiles” (Ruiz, 2002).

El sufrimiento humano deviene cuando esta historia o construcción deja de ser funcional para la persona. La representación de sí mismo y del mundo se vuelve impredecible, no logran significarse las experiencias de vida desde una trama, se sufre y no se encuentra el sentido.

“Los problemas son perturbaciones en la continuidad de la trama narrativa (...) producto de la falta de integración de ciertos eventos o experiencias en la historia de vida del sujeto no representan suficientemente su experiencia vivida” (Ruiz, 2007).

Es aquí cuando la co- construcción que la terapia ofrece se vuelve una importante opción. Las psicoterapias constructivistas se definen en general como un proceso conversacional o discursivo, como un encuentro entre dos constructores (cliente y terapeuta) que tienen como finalidad la revisión y confrontación de las construcciones del cliente (considerado el “experto”) sobre su experiencia a fin de armar otras más útiles o viables.

Dentro de las alternativas terapéuticas constructivistas la Terapia Narrativa ofrece la posibilidad de la reconstrucción sucesiva a través de una actividad constante y fundamental en nuestra vida (y en el pasado de nuestra especie): la narración.

Entendemos por narración “las secuencias escogidas de vida que cobran existencia como entidad mediante el acto de relatarlas” (Payne, 2002) a nosotros mismos y a los demás y que por medio de estos se forma nuestro sentido de la identidad. O también “esquema a través del cual los seres humanos brindan sentido a su experiencia de temporalidad y a su actividad personal. El significado narrativo añade a la vida una noción de finalidad (...) es el marco sobre el que se comprenden los eventos pasados y se proyectan los futuros” (Payne, 2002).

La capacidad de narrar es una variable de la capacidad humana de transformación, así que toda transformación pasa por la narración y, por tanto, toda aquella intervención que sea capaz de perturbar a una persona cambia la narración que realiza de sí misma.

La Terapia Narrativa se basa en la idea, anteriormente descrita, de que le damos sentido a nuestras experiencias organizándolas como historias o narraciones. Hay ciertas historias que se vuelven dominantes en nuestras vidas y, si son muy restrictivas, pueden excluir aspectos importantes de la experiencia y/o llevarnos a conclusiones negativas sobre nuestra identidad, generándonos malestar o dificultándonos el desarrollo.

La terapia narrativa es descrita como un proceso de tomar conciencia y re-escribir las historias que constituyen nuestro guión personal. Con la colaboración del terapeuta, la persona sufre irá volviendo a contar y a contarse historias, irá armando y rearmando la trama que lo constituye y le da continuidad a su ser, irá construyendo un nuevo significado para que sus experiencias adquieran sentido.

Encuentro entre Narrativa y Terapia Ocupacional

La Terapia Ocupacional fundamentada en los nuevos paradigmas emergentes, presenta un ribete fuertemente constructivista (aún no del todo explorado teóricamente) ya que entiende que la realidad no puede ser aprehendida sino a través de la forma en que sujetos o poblaciones la interpretan y significan, y esto incluye numerosos aspectos con los que trabaja la disciplina como son: los objetos en su espacio y tiempo, las actividades productivas y recreativas, la vida diaria, el logro de autonomía, el desarrollo y consecución de un proyecto de vida, la participación del entorno, el desarrollo de roles ocupacionales, las nociones de salud y de enfermedad, etc.

Esta observación se hace patente cuando pensamos en el concepto mismo de ocupación. Desde Terapia Ocupacional se considera que Ocupación es el "quehacer a través del cual el ser humano se distingue y expresa" (Moruno Miralles 2006) en su incesante búsqueda de otorgar propósito y significado a la experiencia cotidiana. Es en, y a través de la Ocupación que el hombre sale al encuentro de los otros, bosqueja aspectos de su identidad, organiza el tiempo y el espacio, se incorpora, en definitiva, a la trama narrativa que lo constituye.

La ocupación humana, su propósito y significado, es un fenómeno construido social, cultural y personalmente.

En torno a nuestra identidad ocupacional escribimos (subjettiva e intersubjetivamente) una importante parte de nuestra historia, una narrativa ocupacional.

Las narrativas ocupacionales son "las historias (tanto contadas como representadas) que integran a través del tiempo nuestra volición, habituación, capacidad de desempeño desplegados y los medios ambientes a través de gráficos y metáforas que se suman, asignan significado a estos elementos" (Kielhofner, 2004).

La propuesta de la Terapia Narrativa de re- escribir las historias que conforman la identidad, en este caso ocupacional, puede tener gran relevancia en el ámbito de la Terapia Ocupacional..

"Cuando las personas se sienten capaces y eficaces buscan oportunidades, utilizan la retroalimentación para corregir el desempeño y perseveran para lograr los objetivos. Por el contrario, los individuos que se sienten incapaces y carecen de sentido de eficacia se alejan de las oportunidades, evitan las opiniones y tienen problemas para ser persistentes." (Kielhofner, 2004).

La mayoría de las personas con las que TO trabaja parten de historias dominantes que restringen y estereotipan marcando el déficit o la dificultad, arrastran construcciones de significado disfuncionales que generan malestar, entorpecen la interpretación de las experiencias y dificultan el proyecto de vida.

Al utilizar la ocupación con propósitos terapéuticos, para proveer a las personas de oportunidades para el desarrollo, mantenimiento y/o recuperación de sus habilidades funcionales, intereses y recursos, la Terapia Ocupacional promueve que se vayan elaborando nuevas historias, que se abran caminos alternativos para construir significados de vida, más cercanos a la integralidad de su experiencia (y no sólo a una parte de ella) que se apunte y revise la misma identidad.

Podemos pensar, para concluir, que la narrativa y la ocupación, al encontrarse, mantienen interesantes vinculaciones significantes:

Tanto los sujetos, como los grupos o las comunidades, vivimos inmersos en la construcción y evaluación del significado de nuestras acciones, convirtiendo nuestras vivencias en narraciones que dan forma a nuestras vidas y a nuestras relaciones. Esta trama narrativa está permanentemente habitada por ocupaciones que tanto nos constituyen subjetivamente como nos expresan. Ocupaciones que arman a su vez capítulos particulares en nuestro relato Y/o atraviesan otros dándoles propósito y dirección.

Tanto la ocupación como la narración son actividades humanas cruciales y primigenias. Ambas constituyen variables de la capacidad humana de transformación.

La ocupación del mismo modo que la narración puede constituirse en una herramienta evaluativa o diagnóstica a través de la cual explorar la constelación de significados que forman la historia del sujeto que consulta.

A su vez, la ocupación, al igual que la narración, como recurso terapéutico aporta a la posibilidad de narrar y re- narrarse para organizar y validar las experiencias, para figurarse al mundo, a uno mismo y a los otros, para transformar y transformarse sin perder la mismidad, y en definitiva... para sentir que la historia que protagonizamos nos representa y nos pertenece.

El terapeuta ocupacional actual piensa y trabaja desde una perspectiva que favorece la capacidad de cambio o enriquecimiento de las historias disfuncionales: asume que las personas tienen muchas habilidades, competencias, convicciones, valores, compromisos y capacidades que los asistirán a reducir la influencia del problema o los problemas en sus vidas.

Bibliografía

- BOTELLA, L., FEIXAS, G. 1998. "Teoría de los constructos personales: Aplicaciones a la práctica psicológica". Laertes. (Barcelona)
- BOTELLA, L., PACHECO, M. 1999. "Pensamiento Posmoderno Constructivo y Psicoterapia" <http://recerca.blanquerna.url.edu/constructivisme> Recuperado 23/07/20011
- BRUNER, J. 1994. "Actos de significado". Alianza Editorial. (Buenos Aires).
- FERNANDEZ ALVARES, H. 1996. "Fundamentos de un modelo integrativo en Psicoterapia". Editorial Paidós. (Buenos Aires).
- GONCALVEZ, O. 2002. "Psicoterapia cognitiva narrativa: manual de terapia breve". Ed. Desclee de Brouwer. (Bilbao).
- GUIDANO, V. 1995. "Desarrollo de la terapia cognitiva posracionalista". Ed. Instituto de Terapia Cognitiva. (Sgo. De Chile).
- KELLY, G. 2001. "Psicología de los constructos personales". Paidós. Buenos Aires
- KIELHOFNER, G. 2004: "Modelo de la Ocupación Humana, teoría y aplicación". Panamericana. (Buenos Aires)
- LINARES, J.1996 "Identidad y narrativa: La terapia familiar en la práctica clínica". Paidós Ibérica. (Barcelona).
- MORUNO MIRALLES, P. 2006. "La ocupación como método de tratamiento en Salud Mental", http://www.terapiaocupacional.com/articulos/Ocupacion_metodo_tto_salud_mental.shtml Recuperado 19/04/2010
- PAYNE, M. 2002 "Terapia narrativa: Una introducción para profesionales". Paidós. (Buenos Aires).
- RUIZ, A. 2007. "La narrativa en la Terapia Cognitiva Post-Racionalista". <http://inteco.cl/inteco/articulos/83-la-narrativa-en-la-terapia-cognitiva-post-racionalista> Recuperado 12/06/2012.

La construcción de sentido desde una perspectiva de la terapia ocupacional

Autores: Lic. TO Sandra Spampinato; Lic. TO Silvia Narváez; Lic. TO Daniela Testa.

Correo electrónico: sandraspampinato@yahoo.com.ar

Pertenencia Institucional: Servicio de Terapia Ocupacional del Hospital José T. Borda.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Resumen

Introducción: La producción de sentido es necesariamente social y para explicarla como proceso deben considerarse las condiciones sociales en que se generan. Las acciones desde la terapia ocupacional, están orientadas a acompañar el proyecto de vida de la persona donde el espacio del "hacer" sea una propuesta de construcción de nuevos sentidos que posibiliten también la revisión de aquellos otorgados desde los contextos sociales y los vínculos cercanos. Desde este enfoque se considera que los sentidos no existen por si solos de manera autónoma sino como productos sociales sustentados por los sujetos, que debieran analizarse siempre en uso y al interior de procesos concretos.

Se consideran las nociones de territorio e itinerarios terapéuticos como espacios de articulación donde se ponen en juego los propios sentidos y la construcción de nuevos territorios desde las motivaciones, limitaciones y posibilidades de cada persona; aspectos claves para reflexionar sobre la propuesta específica del Terapeuta Ocupacional.

Objetivo: El presente trabajo describe una perspectiva acerca de la modalidad de intervención desde terapia ocupacional basada en la construcción de sentido, a partir de las prácticas cotidianas en un dispositivo de salud mental que se desarrolla en el Servicio de Terapia Ocupacional del Hospital J.T. Borda.

Material y método: Se trata de una reflexión teórica basada en el concepto antropológico de construcción de sentido y la noción de itinerario terapéutico en articulación con datos empíricos y observación participante en el dispositivo de salud mencionado.

Conclusiones: La noción de producción de sentido se convierte en el eje organizador de la interpretación y de la formulación de proyectos de intervención desde terapia ocupacional. Planteamos entonces, el reconocimiento de la heterogeneidad de propósitos de vida como acto fundamental (y constitutivo) para la construcción de un posible itinerario terapéutico.

Introducción

Se presenta una perspectiva acerca de una modalidad de intervención desde terapia ocupacional basada en la construcción de sentido.

Para pensar sobre la construcción de sentido hemos tomado como referencia la perspectiva de la antropología social de la mano de los autores Díaz, Guber, Sorter y Visacovsky, quienes refieren que toda acción o actividad humana significa algo para quien la realiza; no es el caso de si los sujetos sociales tienen o no conciencia de lo que hacen, la cuestión es que las relaciones intersubjetivas también son relaciones entre sus significados. (1)

De acuerdo a esta perspectiva, la construcción de sentido no existe por si sola de manera autónoma sino como productos sociales sustentados por los sujetos. Por eso es importante analizarlos siempre en uso y al interior de procesos concretos. La producción de sentido es necesariamente social y para explicarla como proceso deben considerarse las condiciones sociales en que se generan.

Las intervenciones desde la terapia ocupacional están orientadas a acompañar el proyecto de vida de la persona. El proceso del "hacer" está concebido como una propuesta de encuentro de nuevos sentidos que posibilite también la revisión de los sentidos otorgados desde los contextos sociales y desde los vínculos cercanos, Barros (2004). Otros aspectos que resultan relevantes están vinculados con las nociones de espacios, territorios e itinerarios. El espacio, además del lugar físico conlleva una multiplicidad de sentidos. Así pues, las prácticas no se encuentran con espacios vírgenes sino que han sido en su devenir ya apropiados, definidos e identificados por otros. Por lo tanto, el espacio también está siempre socialmente pre-constituido para determinadas funciones y actividades. (2)

Itinerarios y Construcción de Sentido

El sociólogo Michel De Certeau (1996), desde una mirada constructivista, considera que: *"Las personas se apropian del espacio en la medida que lo usan, dicho uso tiene un doble carácter, ya que constituye una práctica y una vivencia. Por medio del uso el espacio siempre se resignifica, por lo tanto, hay tantos espacios como usos posibles de los mismos."* (3)

Nos interesa entonces pensar ¿bajo qué condiciones las prácticas pueden redefinir los espacios?, ¿pueden ser estos provistos de significado?.

Los espacios pueden ser re-significados a través de a) el *acto de nombrar*, que funda homogeneidades y heterogeneidades y es el espacio recreado a través de la nominación; b) el *itinerario*, que implica el establecimiento de reglas de entrada, salida, circulación, y permanencia; aspectos que contribuyen a la creación de un territorio con límites y fronteras y por último, c) los relatos del territorio resultantes "...del acto de usar y experimentar el espacio -la práctica espacial-, en tanto desplazamiento, que generan un recuerdo del recorrido, y a la vez se convierten en un modelo o guía para futuros desplazamientos, en relatos paradigmáticos".(4)

Retomamos particularmente el concepto de itinerario en tanto alude a un recorrido progresivo, voluntario y estratégico y no ya a un camino solitario que puede o no ser transitado o útil. Un itinerario debe tener y tiene momentos; si su partida es un punto, su arribo debe ser un horizonte pues no existe una llegada concebida de antemano sino una serie de opciones vitales amplia que se van tomando a medida que se camina. Consideramos el itinerario terapéuticos como espacio articulador donde se ponen en juego los propios sentidos y la construcción de nuevos territorios desde: por un lado, las motivaciones, limitaciones y posibilidades de cada persona; y por el otro, la propuesta específica del terapeuta ocupacional (TO). Ambas instancias se irán entrelazando generando un espacio de identidad propio de esa persona con ese TO; que determina una experiencia compartida y única.

Campo de lo posible

Esta conceptualización del Itinerario plantea un territorio amplio para las experiencias y decisiones particulares donde la vivencia de la actividad se resignifica (5). Consideramos el desarrollo propuesto por nuestra colega brasilera Denise Dias Barros (1998) quién sostiene la idea de que las actividades deben redefinirse para constituirse en un instrumento de emancipación, sustentado por la dimensión socio-política, cultural y emocional de personas, grupos y comunidades. Se trata de "un concepto inacabado, basado en la evidencia universal, por que abarca diferentes situaciones; tiene diferentes significados para cada situación particular y sólo tiene sentido en un contexto de intercambios y de las prácticas donde tienen lugar". La actividad pasa a ser significativa cuando se entrelazan varias interpretaciones caleidoscópicas: ella es percibida, vivida y actuada por cada uno de los actores (personas, el terapeuta ocupacional, el grupo mediato, la cultura y los valores buscados) y es modificada por

la intención de transformación presente en los objetivos del itinerario terapéutico en que se inscribe (2).

Sumamos a esta perspectiva la consideración de la actividad como soporte vivencial que permite poner en juego los significados, en permanente intercambio con los otros y los contextos. El entorno cultural tiene injerencia sobre los límites del campo de los posibles ya que influye en las acciones de las personas, en cómo interpretan los acontecimientos de su vida diaria, sus modos relacionales.

Díaz, Guber, Sorter y Visacovsky explican la determinación como límites o presiones, referida a las posibilidades de acción de los individuos. Señalando también que los actos sociales "...no se encuentran nunca tan objetivamente determinados por leyes de la totalidad que reproduce el sistema dominante, sino que se encuentran en un espacio posible. Donde hasta la utopía es una acción para contrarrestar los límites." (1)

Bienestar y Opciones Vitales

La noción de Bienestar no es igual en todas las personas, ya que es inherentemente subjetiva y está asociada a la heterogeneidad en los propósitos de vida de las mismas. Esta heterogeneidad se extiende entonces a la estructura explicativa que cada persona posee para entender su propia situación de bienestar, los factores explicativos no son igualmente importantes para todos, por lo tanto las fuentes de bienestar no están siempre en las mismas causas (6).

Consideramos el bienestar como una noción inferencial, ya que es lo declarado por la persona en relación a la vivencia subjetiva respecto de sus condiciones de vida material y simbólica particulares. Ningún aspecto de la vida captura o explica por sí solo el bienestar subjetivo, el mismo es una resultante no necesariamente lineal y directa de la situación personal.

Entonces esta noción se juega en cada uno, entre la materialidad de las condiciones de existencia, su vivencia subjetiva y expectativas de vida, en interrelación con las representaciones sociales de su contexto. (7)

En este trayecto de resignificaciones y construcción de territorio proponemos espacios posibles -y posibilitadores- de bienestar, para ello proponemos rastrear las condiciones materiales del malestar de cada persona y la vivencia subjetiva de su sufrimiento.

Se trata también de construir opciones vitales que no estén atadas a modos ideales de vida, sino a la construcción de espacios posibles en relación a la búsqueda de un itinerario propio, para que más allá del éxito o no, sea un tránsito hacia las posibilidades (8).

Conclusiones

Como señala nuestra colega brasilera Denise Dias Barros: el papel fundamental del terapeuta ocupacional se desdobra de la necesidad de interpretación de la realidad observada y de la escucha de las necesidades y deseos de cada persona. (2)

El abordaje abarcativo de la persona se transforma entonces en una posición política para el TO, sobre todo si asumimos que asistimos a momentos históricos en los cuales continuamente se procesan negociaciones y articulaciones entre diferentes culturas, que abren espacios de subjetivación y de experiencias colectivas nuevos.

Planteamos entonces, el reconocimiento de la heterogeneidad de propósitos de vida como acto fundamental (y constitutivo) para la construcción de un posible itinerario terapéutico. Este posicionamiento aumenta la complejidad interpretativa en términos de entendimiento

de ese otro. En ese mismo sentido, los itinerarios terapéuticos intentan ampliar los campos de los posibles a través de la habilitación de espacios sociales; espacios que son siempre de negociación cultural y relacional (relaciones entre los significados), de producción y/o de faci-

litación - habilitación de la participación de cada persona en la vida colectiva y en la elaboración de proyectos.

La noción de producción de sentido se convierte en el eje organizador de la interpretación y de la formulación de proyectos de intervención desde terapia ocupacional, incorporando así otros elementos que nos permite redefinir nuestro espacio de acción, construyendo territorios, itinerarios y sentidos

Bibliografía

- (1) Díaz, Guber, Sorter y Visacovsky.1986. La producción de sentido: un aspecto de la construcción de las relaciones sociales. Revista Nueva Antropología IX (31) Mexico 119 – 120
- (2) Barros, Denise Días. 2004. Terapia ocupacional social: o caminho se faz ao caminhar. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 15, n. 3, p. 90-7, 7-10 1998 p 102
- (3) De Certeau, Michel. 1996. "La invención de lo cotidiano". Universidad Iberoamericana, (México), Vol. I, 1-261
- (4) Visacovsky, Sergio. 2008 Usos del espacio y creencias encarnadas: psiquiatría y psicoanálisis en un servicio psiquiátrico argentino. Revista Antípoda nº 6 Colombia p. 98.
- (5) Paganizzi, Liliana.1997. Actividad Lenguaje Particular Ed .Liliana Paganizzi. Buenos Aires. P 69
- (6) Estrada, León Garduño, Salinas Amescua, Bertha, 2005. "Calidad de vida y bienestar subjetivo" Editores Plaza y Valdez. (México) 99 – 107
- (7) Spampinato, Sandra. "La vulnerabilidad psicosocial en usuarios de los emprendimientos productivos en salud", Revista Vertex, vol. XVIII, primer semestre, 2007, p. 6-14.
- (8) Narváez, Spampinato, Testa.1999."Terapia Ocupacional Trabajo y Comunidad". Coltoa. Grupo Editor. (Argentina) 80- 8

La narrativa en la complejidad de la experiencia

Autores: Arias, Anabel

Correo electrónico: anabelarias85@hotmail.com

Resumen

En éste trabajo se pretende compartir una experiencia de trabajo en intersección con ciertas conceptualizaciones tales como: "Experiencia", "Narrativa", "Tiempo", "Hacer" y "Cotidianidad".

En el campo de la salud mental viene estando presente la dimensión de la historización del sujeto en los modos de pensar y hacer que buscan cierto corrimiento de lo atemporal y lo acontextualizado de las lógicas manicomiales. La narración -entendida como la versión o cuento que construye el sujeto para explicarse la realidad a sí mismo y a otros- y la experiencia -cómo la afectación de sí mismo, que implica interpretar, dotar de sentido y significado la realidad-, son dos procesos diferentes pero que existen en estrecha vinculación. La estructura narrativa presta coordenadas de tiempo, espacio y tema, enmarcando y organizando la experiencia. En éste sentido, al decir de Bruner, sin narración no hay posibilidad de experiencia.

En éste campo clínico generalmente acompañamos a sujetos que presentan un empobrecimiento de los recursos narrativos y que se encuentran en dificultad para hacer uso de sus recuerdos y contar a otros quién son, cuáles son sus problemas, sentimientos o experiencias y proyectar en un tiempo futuro. Esto aparece como consecuencia de ciertos elementos tales como: la fragmentación del sentido de sí mismo, la pobreza simbólica que produce fundamentalmente la cronicidad, la intensidad de ciertas experiencias (por ej: una situación de abuso, la muerte de un ser querido, etc), la pérdida del interés por el otro, entre otras.

Sintetizando, en este trabajo se intentará trabajar la dimensión narrativa como un concepto central que nos permite ingresar hacia la inagotable tarea de comprender la complejidad de la experiencia humana (del hacer humano) para pensar una clínica posible. Se compartirán algunas puntuaciones respecto de una experiencia de trabajo que procuró el sostenimiento de la cotidianidad y la construcción narrativa de un paciente institucionalizado, que a los fines de la presentación llamaremos Matías.

Introducción de un comienzo anacrónico

Esta construcción, que surge de interrogantes que sostuvimos cómo modo de ficcionar la práctica clínica, intenta dar cuenta de algunos elementos que pudieron conmovirse en éste abordaje. El mismo comienza cuando Matías es dado de alta (diciembre de 2011), luego de una internación prolongada de casi 30 años. "Alta" compleja, forzada por uno de sus familiares en un claro descontento con la institución a la cual acusaba de numerosas negligencias y que implicó toda una apuesta en función de trabajar su "externación" una vez producida el alta. Distinguimos una como trámite administrativo y la otra como proceso en búsqueda de devenir experiencia.

En aquel entonces, se interviene con la familia y se acuerda la construcción de un Dispositivo con diversas líneas en las que participó el Equipo de Extensión comunitaria -quienes realizaban periódicas visitas domiciliarias-, el médico de sala y la médica que continuó su abordaje por consultorio externo, el espacio individual de terapia ocupacional y luego se incluye un A.T. con el objetivo de generar encuentros en la comunidad y en el contexto familiar.

Se propone un relato anacrónico, un ir y venir en la historia de Matías, siguiendo un hilo lógico que supere lo cronológico, lo lineal. Por lo tanto se partirá de su llegada al D.A.Ps., de

su proceso a partir del encuentro con un espacio individual, del acompañamiento en su cotidianidad, y desde allí se retomarán otros tiempos de su historia y de las particularidades históricas del campo de la salud mental y de las políticas públicas. Se espera poder re-significar algunas nociones del campo de la salud mental, ofreciendo una polisemia y una di-versidad (diferentes versos) para pensarlas, visualizando otros puntos quizá de ese tejido y trama de lo complejo.

La posibilidad de otra historia en su circulación

Matías llega al Dispositivo de atención Psicosocial con el pedido de un espacio para el despliegue de un hacer. Esto se sostenía en la estrategia de acotar, enmarcar y re-significar sus llegadas diarias a pasar el día en el hospital, una vez dado de alta. La institución hospitalaria –que operó durante casi 30 años al modo de una institución total- seguía siendo una fuerte referencia.

Se le propone sostener dos encuentros semanales, para poder evaluar su situación actual, sus potenciales, y aquellos aspectos a profundizar. Le costaba llegar al espacio a horario, y las primeras intervenciones tuvieron como objetivo empezar a ubicar días, momentos, cierta diferenciación. Simultáneamente el acompañamiento terapéutico tenía la intención de construir otras referencias, en su casa, en el barrio.

En aquel entonces también nos encontrábamos reordenando una sucesión de coyunturas teóricas y prácticas, con una ley nacional que recién se sancionaba, reestructurando espacios hospitalarios en lo organizativo y en lo edilicio, dónde diferentes discursos coexistían – y aún coexisten- en ésta convergencia simbólica y arquitectónica de lo “nuevo” y lo “viejo”.

La construcción de un corto, puntadas de ficción, retazos de otra historia: “La vida según M”

Matías llega a uno de los encuentros con dos propuestas: “quiero ser médico” y “quiero escribir un libro”. Optamos por comenzar a trabajar en la segunda. Por lo complejo de la primera –entre muchas cosas, no posee lectoescritura y nunca ha sido escolarizado- y porque algo de otra escritura acordábamos en que debía comenzar a inscribirse.

Comenzamos trabajando sobre ciertos elementos de la historia que quería contar, cierta estructura que todo cuento tiene y se le propone que pueda contarla a través de una producción audiovisual. En el transcurrir los primeros encuentros narraba algunas escenas inconexas, sin ningún tipo de orden temporal o espacial. Luego las cosas que empezó a recortar para contar fueron las personas que quiere, aquellas con quien tiene conflicto, sus placeres culinarios, la música que le gusta, los lugares por los que anda. Los hilos propios con los que fue tejiendo la trama de su vida.

Bruner plantea que la experiencia de un sujeto se va configurando, en relación a coordenadas espaciales, temporales y temáticas propuestas por la trama narrativa. La trama posible de una vida se presenta como un proceso de aprehensión de la vida en forma de relato. Esas historias que construimos sobre nuestras vidas son instrumentos esenciales para la construcción de la identidad social. Ésta tarea narrativa es una acción muy compleja porque implica que se pongan en juego muchos recursos de parte de quién narra: decidir que acontecimientos de la vida son relevantes e imprescindibles, establecer cómo se deben presentar, seleccionar que detalles incluir o cuales dejar por fuera, llevarlos a una estructura narrativa en una situación social, e interactuar con quién escucha. Algo de esta complejidad nos dispusimos a trabajar en el espacio.

Para acompañar éste proceso, al modo de un andamiaje¹ que lo ayudara a estructurar su relato se promovió la aparición de marcadores espaciales, temporales y de detalles mediante preguntas y fundamentalmente actividades concretas. De algún modo se “prestan” elementos

¹ Término acuñado por Jerome Brunner y sus colaboradores. Estos dispositivos se ajustarán siempre al nivel de competencias del sujeto y son temporales, es decir, se procura que puedan ir retirándose para que la actividad del joven se vuelva autónoma.

a un sujeto para que pueda dar cuenta de su vida en un relato– aún tejido de modo artificial– que de consistencia, que permita comprender lo extraño de ciertas experiencias, y sea compartible en su entorno social.

Así fuimos trabajando seleccionando imágenes que luego pintó, fotografiando momentos, buceando en algunas fotografías de antaño, seleccionando música, y planificando luego que hacer con esa producción. Las imágenes fueron la estrategia y los recursos que permitieron sostener las ideas y las palabras que a veces se le olvidaban. Posibilitaban en cada encuentro poner en movimiento la memoria, lo que ya habíamos andado y elaborar esas experiencias vitales. A través de ellas fue desplegando su conflictiva familiar, contando episodios con sus hermanas y en una ocasión denunciando un abuso acontecido en el hospital cuando ya había sido dado de “alta”. Matías en esas ocasiones reproducía la lógica querellante de sus hermanas, se tornaba repetitivo, sin elaboración, por momentos pura queja, sin poder tomar ninguna intervención que se le proponía.

Cuando comenzamos a trabajar en la computadora, lo novedoso del recurso generó ciertas dispersiones en relación al proyecto del video. Y fue necesario esbozar acuerdos, poner tiempos que de algún modo operaran de corte y que sin desatender sus ganas de ver videos musicales todo el tiempo posibilitaran continuar el trabajo. Lo pensamos como un modo de acompañar el sostenimiento del deseo, todo aquello que es necesario hacer y conmover ante las cosas que queremos. Que pudiera responsabilizarse de su deseo implicaba intervenir sobre algunos recursos un tanto “sumisos” que ponía a andar cuando se dispersaba. Excesos de “permiso”, “por favor”, “puedo”, “¿cómo me porte hoy?”, y que de alguna manera nos hablaban de todo un ideal de obediencia (presente en la familia y en su internación) que de alguna manera lo dejaban en un lugar de irresponsabilidad. Conscientes de su historia de objetivación tensamos ese lugar, ensanchamos los márgenes para que pueda devenir como sujeto, para que su deseo y su palabra tengan lugar.

Un día y por azar arqueológico, nos encontramos en Estadística con la existencia de una HC “judicial” que fue escribiéndose paralelamente a la “clínica”. Aquella lectura de un largo historial de archivos jurídicos, órdenes judiciales, resoluciones legales que comenzaban en los 1ros tratamientos en los que M. era un niño puso luz al tiempo que había transcurrido. El lazo con el hospital comienza 1970 cuando es atendido por consultorio externo, en la época en que el hospital atendía a niños. En ese entonces se le diagnostica Oligofrenia y Debilidad Mental Profunda, se instala un tratamiento farmacológico y se lo deriva a un Centro Infanto Juvenil. En el 76’, tras una crisis y una internación frustrada en el Hospital Liniers, se interna por una orden judicial que abre el largo camino de institucionalización y la constitución de M como “objeto”.

En aquella HC los protagonistas que aparecen son el juzgado, directivos de la institución, los profesionales intervinientes y la familia; apareciendo Matías en el lugar de objeto sobre el cual se decidía donde debía estar, de qué modo, si era peligroso, siempre por fuera de las decisiones tomadas. Dichas historias se entrecruzaron en la larga internación, atravesando el discurso de su familia de cierto formato “judicializante”. Cuando comenzamos el abordaje, vimos que ésta lógica de decidir por él continuaba erosionando en la trama del hogar.

En el año 81 hay una cita textual y horrorosa del jefe de la sala en la que menciona trastornos del comportamiento, agresividad incontrolable, frecuentes fugas que lo torna peligroso. Menciona diversas intervenciones farmacológicas, psicoterapeutas, de terapia ocupacional, electroterapia convulsionaria sin modificaciones en sus conductas quedando solo “someterlo” a psicocirugía para actuar sobre su agresividad creciente y peligrosa. Solicita derivación a un hospital de puertas cerradas a fin de deslindarse de responsabilidades (textual). Finalmente, se frustra el traslado y se queda en éste hospital hasta la actualidad, con una internación de 30 años. En el 91², encontrándose estabilizado se solicita se levante la medida

² En la época en que se sanciona la Ley Provincial Nº 8806 “Ley de protección a las personas con trastorno psíquicos” que enuncia muchos de los postulados de la Ley Nacional. Cabe destacar que ya resultaba una legislación de avanzada que, producto de la coyuntura política, no pudo ser tomada como un lineamiento en la salud mental de la provincia hasta el comienzo de ésta década.

cautelar permitiendo permisos para trabajar su reinserción social, proponiendo otro tratamiento ya que *"no se justifica su internación ya que su R.M no presenta peligro y apartarlo de su grupo familiar agravaría su cuadro."* Es la primera evolución esperanzadora y el primer intento de trabajar bajo otro criterio que no sea el de encierro, dando cuenta de otros modos de pensar la salud mental, con apertura hacia lo comunitario y lo social. Hasta entonces, los diagnósticos y las consideraciones legales sobre M. eran sumamente desbastadoras: incapacidad total y permanente, incontrolable, imbécil (desde la terminología jurisprudencial), enfermedad irreversible, debiendo estar con medicación y "vigilancia" permanente, etc.

La construcción de éste video apostaba a la posibilidad de contar otra historia, la de Matías, dónde el pudiera ser, en palabras de Guidano, el "protagonista" y "narrador". Sin desconocer ni negar esas historias, se proponía una discontinuidad, una proveniente de una ruptura que pudiera enlazarse y predominar sobre las otras. La construcción de una historia de sí mismo supone siempre la posibilidad de establecer discontinuidad o ruptura, un proceso de diferenciación de lo ajeno y de lo propio y a su vez un proceso de interiorización, de reconstrucción interna de una actividad externa. Nos dice Ricoeur que "la vida no es una "corriente", una unidad fluida e inarticulada" (en Casarotti, s.f), por eso la ruptura constituye una de las funciones más importantes de la memoria autobiográfica haciendo posible el sentido de la experiencia.

El cortometraje autobiográfico fue presentado en ocasión a un "ciclo de cine bajo las estrellas" que organizó el Área de Cultura del Hospital. Matías difundió el evento y presentó su corto ante sus amigos, familiares y el público que asistió. Estos andamiajes que construimos no se reducen a lo individual, es decir, no se interviene sólo con el sujeto que presenta una determinada demanda, sino que la apuesta es que sea en las relaciones entre sujetos, a través de la participación en actividades compartidas y sociales dónde el sujeto se apropie de conocimientos, creencias o prácticas.

El abordaje individual concluyo en febrero de 2013 luego de presentado su cortometraje. Desde entonces Matías participa, conservando algo de esos modos erráticos tan bien aprendidos en sus años de institucionalización, del espacio grupal que llamamos "Asamblea", organizando viajes y diversos eventos culturales.

Y colorín colorado...

La elaboración de éste video pensamos que operó como una apuesta táctica para que pudiera involucrarse en una historia que le sea propia, dónde dar cuenta de sus referencia y que hacía posible cierta cronología para él. El video aparece como ocasión para que pudiera decir día que lo compartió ante el público: *"a los 53 años yo M. presento mi video..."*.

Matías *pedía* escribir un libro, hoy podemos pensar que esbozo cierta *demanda* de que se lo ayudara a integrar aspectos de su historia personal que en la dinámica de la institución quedaban desconectados. El soporte que se le ofreció supuso un primer paso para la integración coherente en una narración que fuese compartible, ocasión de lazo. Entendemos que la clínica pensada desde la narrativa aparece como posibilidad de hacer experiencia, dónde narrar implica dar cuenta, hacer comprensible y comunicable la situación de un sujeto en el mundo, su experiencia vital en un determinado marco sociocultural. La construcción de una narrativa de vida que sea compartible se vuelve un instrumento clínico para pensar la restitución del lazo social.

Una clínica pensada desde la narrativa implica una APROPIACION DEL HACER por parte del sujeto (dónde es protagonista, actuando y creando en el mundo), esto es "encontrar un lugar en la narración" (MacIntyre, 1987), que el sujeto pueda subjetivar el curso de su experiencia, flexibilizarla, enriquecerla simbólicamente, volverla más intersubjetiva y encontrar en su narrativa transformaciones y alivio del malestar o problema que afecte la vida de actividad o el hacer humano. "Encontrar un lugar en la narración" significa poder contarse a sí mismo, historizar sobre su vivencia y en ese mismo acto dar continuidad a la experiencia para luego po-

der seguir narrando. Al narrar entramos al mundo de las coordenadas temporales, espaciales, temáticas, de sentido, sino fuese por esto quedaríamos reducidos a la secuencia de simples actos aislados, inconexos, sin sentidos, que en su suma no logran unidad. Así, el tiempo a modo de bastidor y las ocupaciones como hilos, permite que se vaya va tejiendo una narrativa (Solcoff, 2001, Ricoeur en Casarotti s.f).

Para concluir, entendemos que es indispensable pensar en al menos estos tres elementos: tiempo-ocupación-narración, para hablar de desarrollo o proceso subjetivo.

Bibliografía

Brunner, J. "La fábrica de historias: derecho, literatura, vida".

Brunner J. (1991): La autobiografía del Yo. En: *Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva*. (p. 101-114) Madrid: Alianza Editorial, S.A.

Casarotti, E. (s.f): "Paul Ricoeur. La constitución narrativa de la identidad personal" http://www.chasque.net/frontpage/relacion/9905/filosofos_de_hoy.htm

Diker, Gabriela "Los sentidos de las nociones de práctica y experiencia"

Goffman, Internados, Buenos aires, Amorrortu, 1970.

Guidano, V (1996). Las organizaciones de significado personal y su relación con la trama narrativa. En *Vittorio en chile* (2001). Edición Susana Aronsohn. Transcripción: Carrasco, M.A; Galvez, F; Pino, M A; Roberts, P.. (p.284-316) Universidad Académica de Humanismo Cristiano. Sociedad chilena de Terapia Posracionalista.

Solcoff, K. (2001). ¿Fenomenología experimental de la memoria? La memoria autobiográfica entre el contexto y el significado. En: *Estudios de psicología*, 22 (3), 319-344.

Solcoff, K. (2001). Memoria Autobiográfica y Espectro Autista. En: *Autismo: enfoques actuales para padres y profesionales de la salud y la educación*. (p. 151-194). Argentina, Buenos Aires: Copyright fundec.

Recorriendo la inserción social: "Experiencias de un grupo heterogéneo"

Autores: Vieyra, Brenda R.; Torres Ardila, M. Juliana; Spano, Lucas N.; Ciampa, M. Agostina
Correo electrónico: bvieyra@ineco.org.ar

Resumen

Se expone una experiencia de intervención para el entrenamiento en habilidades sociales (HHSS) de personas con discapacidad intelectual (DI) en contexto compartido con diversos niveles de funcionamiento social. Refiere a un espacio extra institucional donde practicar aspectos sociales entrenados de modo individual. Se objetiva la experiencia de modo cualitativo en un total de 46 salidas desde mayo de 2011, hasta junio de 2014, obteniendo resultados elevados en las variables evaluadas. Se concluye que la participación activa en la dinámica permite generar experiencias significativas de aprendizaje social.

Introducción

Las actividades terapéuticas basadas en la exploración de entornos comunitarios, constituyen un espacio que favorece el acceso a oportunidades de aprendizaje y enriquecimiento cultural disponibles en el entorno social. En tal sentido, es posible identificar la existencia de espacios accesibles, tanto en la arquitectura y disposición del espacio, como en la facilitación y adaptación de la experiencia. Asimismo, funciona como generador de oportunidades de participación e interacción dentro de un entorno más amplio, que permite a los participantes poner en práctica y fortalecer sus HHSS. De manera que el contexto de las "Salidas a la Comunidad", permite explorar el impacto de la recreación terapéutica basada en la comunidad, su relación con el reporte subjetivo de calidad de vida de los participantes e integración en un medio social y cultural y poner en evidencia el sentido de pertenencia, a partir del reconocimiento e interés por el otro. Nos referimos a la recreación terapéutica como intervención deliberada y destinada a suscitar cambios emocionales, sociales, físicos y cognitivos. Las intervenciones están diseñadas para fomentar independencia, promover estilos de recreación saludables e independientes y desarrollar habilidades para mejorar la calidad de vida. El impacto está asociado al logro de objetivo, los cuales parten de la incorporación de intereses de los participantes. Basándonos en el Modelo Canadiense de Desempeño Ocupacional, se define el ocio como una "(...) *experiencia de recreación tranquila, recreación activa y socializadora. La mayoría de las definiciones incluyen un subconjunto de características del ocio manifestadas a continuación: ocio como el uso del tiempo discrecional, como las actividades que tienen lugar cuando el contexto es gratis, seguro y cómodo, como un conjunto específico de comportamientos observables asociados con pasatiempos, juegos, deportes, actividades sociales, y como una experiencia que se caracteriza por el efecto positivo.*"

Una de las características principales de las "Salidas a la Comunidad" es que los participantes no se distinguen según edad, diagnóstico, nivel de funcionamiento previo o actual. Sino que se basa en que la heterogeneidad grupal, es el componente que (moldeado terapéuticamente) brinda el "desafío justo" para la actividad. La diversidad de demandas y alcances sociales, permite a cada uno de los participantes entrenar las variables implicadas en el rol social individual, a fin de lograr una transformación grupal. Las personas con DI con frecuencia presentan limitaciones a nivel cognitivo y conductual que no tienen un impacto exclusivamente individual, sino que generan malestar entre los vínculos cercanos y dificultades en la interacción social. Haciendo foco en ellos, en la experiencia en entornos norma-

lizados suelen toparse con diversos niveles de contacto social. Por lo que la posibilidad de entrenar las habilidades in situ y en diversos niveles de demanda, suele ser muy beneficioso y posibilita la generalización de habilidades en distintos contextos. Destacamos al juego como motivador de este proceso. Siendo utilizado como recurso lúdico recreativo durante las salidas, con el fin de favorecer el intercambio entre los sujetos y propiciar el clima del entrenamiento de HHSS. Tal modalidad se complementa con un espacio grupal y semanal denominado "Habilidades Sociales en el Tiempo Libre". Allí se entrenan habilidades como la toma de decisiones y destrezas de ejecución necesarias para el desarrollo de actividades de tiempo libre, en pos de la autonomía y autodeterminación tanto individual, como grupal. Los resultados de este ensayo en entorno natural se reportan a partir de una encuesta cualitativa, en la que se indaga sobre el recuerdo, nivel de disfrute y experiencia subjetiva. Además se realiza un registro fotográfico de las salidas, que posteriormente se utiliza como ayuda memoria para el recuerdo y valoración de la experiencia. Por otro lado, se realiza un registro de la observación cualitativa de terapeutas y acompañantes. A lo largo del proceso, los participantes del grupo indican un alto nivel de satisfacción que ha permitido sostener el espacio desde mayo de 2011 hasta la actualidad. Siendo evidente un reconocimiento progresivo del otro, e interacción y momentos compartidos en las mismas.

Metodología

Las actividades de las Salidas a la Comunidad se realizan dos veces por mes, espaciadas con una semana de por medio y constan de tres instancias: La primera, constituye el momento de planeación. Los grupos de participantes, con la orientación del terapeuta, seleccionan opciones relacionadas con el espacio y actividad para la salida. Las mismas se discuten grupalmente, y se elige una para ser transmitida por correo electrónico y redes sociales con los otros grupos. Durante la semana todos los grupos realizan este proceso de intercambio y una semana antes de la salida, se concreta la opción más votada, pautando la fecha, hora y punto de encuentro. La segunda instancia corresponde al momento de la salida propiamente dicho. Allí se ponen en juego dinámicas que demandan el ejercicio de HHSS de los participantes para interactuar con el contexto que los rodea. Algunos participantes se encargan de llevar un registro con fotografías sobre la actividad y otros lo hacen a través de un diario que contribuye a la evocación del evento. El tercer momento es el de socializar la experiencia y completar una encuesta en la que se indaga sobre el recuerdo de la actividad e incluye una escala tipo Likert de 5 puntos para el nivel de gusto por la actividad y nivel de disfrute obtenido dentro de la misma. La escala que correspondiente a la variable "¿Cuánto le gusto la actividad?" incluye las escala de valores: "Muchísimo", "Mucho", "Bastante", "Poco" y "Nada", que se traducen a valores numéricos que van de 1 a 5, donde 5 corresponde a "muchísimo" y 1 a "nada". Mientras que la variable correspondiente a "¿Cómo la pasó?", cuenta con la escala: "Excelente", "Muy bien", "Bien", "Regular" y "Mal", donde al igual que en la anterior, 5 corresponde a la experiencia más gratificante reportada como "excelente" y 1 como la menos satisfactoria, indicada como "mal".

Para el análisis de los resultados, se incluyeron los datos de los cinco participantes con diagnóstico de DI que participan dentro del programa en un total de 46 salidas. Los datos para los pacientes con otro tipo de diagnósticos han sido excluidos. Para el análisis estadístico, se obtuvo la media, la mediana y la moda para las medidas subjetivas de gusto por la actividad y disfrute. Asimismo se obtuvo el coeficiente de la correlación de la experiencia subjetiva de las dos escalas tipo Likert, como medida de consistencia interna de los datos obtenidos. Por último, se cuantificó el porcentaje de asistencia a las actividades programadas y se calculó la relación entre el nivel de disfrute de las actividades y el porcentaje de asistencia a la actividad. Simultáneamente, los terapeutas que acompañan completaron una encuesta en la que reportaron 4 variables relacionadas con el desempeño y participación del grupo en las diferentes actividades, en una escala de 5 puntos. La primera variable, indaga sobre las dificultades observadas en la que 5 corresponde a "Ninguna dificultad" y 1 a

"Muchísimas dificultades". La segunda, indaga acerca de la socialización observada entre los participantes, donde 5 corresponde a "Ninguna dificultad" y 1 a "Muchísimas dificultades"; la tercera corresponde a la "¿cuánto considera que el grupo disfrutó la salida?" donde 5 corresponde a "Muchísimo" y 1 a "Nada" y la última, corresponde a la adecuación a las normas, donde 5 corresponde a "Excelente" y 1 a "Mal". Se sostiene la hipótesis que reporta que entre mayor es el nivel de satisfacción subjetivo de la actividad, mayor será la adhesión. Asimismo, se espera una alta correlación entre las variables de gusto y disfrute de la actividad reportado por los participantes, así como con el reporte de la experiencia observado y reportado cualitativamente por los terapeutas. Por otro lado, se espera que la observación sobre las habilidades sociales incremente longitudinalmente en el tiempo.

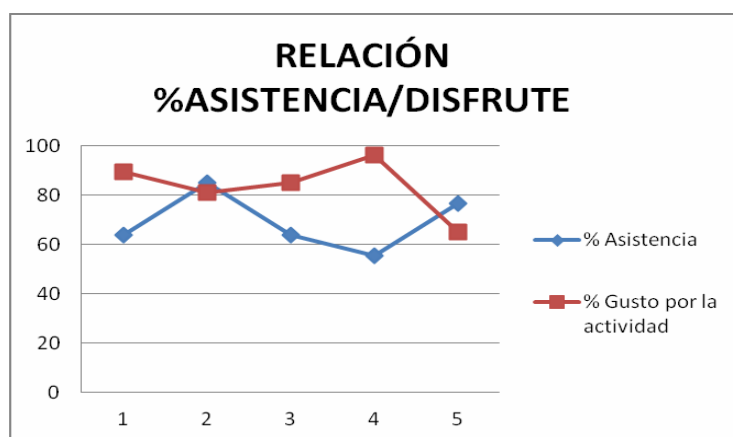
Resultados

Los datos obtenidos indican un alto porcentaje de asistencia por parte de los participantes durante la duración del proyecto, que alcanza una media del 70%, en un rango desde el 65% hasta el 87%. Asimismo, se reporta un alto grado de disfrute dentro de la variable "gusto" por la actividad y "disfrute" dentro de la misma, con lo que se obtiene una correlación entre las variables de 0.9, indicando un alto grado de consistencia interna para la escala. Se encuentra una media, mediana y moda de 4 puntos para la escala de gusto por la actividad, donde se refleja la participación activa de los participantes para la selección en las mismas con una pequeña variación, que no resulta significativa frente a la percepción de disfrute posterior a su realización.

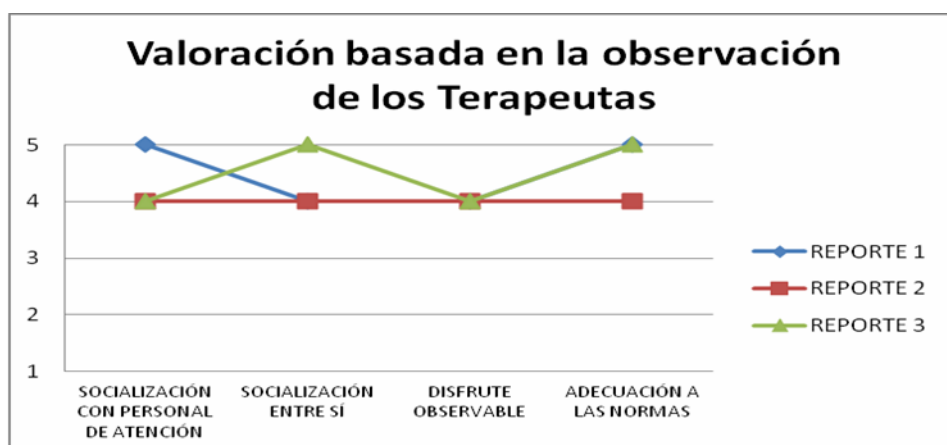
Tabla 1: Relación entre nivel de asistencia, gusto y disfrute en las actividades desarrolladas.

	% Asistencia	Promedio gusto por la actividad	Promedio disfrute
Participante 1	65,2	4,5	4,5
Participante 2	87,0	4,1	3,9
Participante 3	65,2	4,3	3,4
Participante 4	56,5	4,8	4,6
Participante 5	78,3	3,3	3,0
Total Promedio	70,4	4,1	3,8
Mediana		4	4
Moda		4	3

Por otra parte, no se encontró una relación estable entre el nivel de disfrute y el porcentaje de asistencia dentro de las actividades (gráfico 1). Sin embargo, los valores indican un alto porcentaje de prevalencia de ambas variables.



En el gráfico # 2, se exponen los resultados sobre las observaciones de los terapeutas, donde los puntajes más altos exhiben mayor nivel de socialización y ejercicio de las habilidades sociales.



En el gráfico se evidencia de buena a excelente adecuación a las normas; un disfrute observable que va de mucho a muchísimo; de poca a ninguna dificultad en los procesos de socialización tanto entre ellos, como con el personal de apoyo de los diferentes espacios visitados.

Conclusiones

Se evidencia un indicador alto para el "gusto" y "disfrute" por las actividades propuestas en el reporte subjetivo de la experiencia. Asimismo, se evidencia una elevada adhesión al programa y participación activa dentro de la misma, la cual permite la experiencia y práctica de las habilidades sociales en un contexto de situación natural con el apoyo terapéutico correspondiente para generar experiencias gratificantes. Se destaca que no se evidencia una relación determinante entre el porcentaje de asistencia y el nivel de disfrute, por lo que se infiere que los programas de rehabilitación que se proponen en este contexto, se sostienen gracias a múltiples factores, tales como el apoyo de las familias, el acompañamiento y soporte terapéutico que se brinda para ellas, en adición a la gratificación subjetiva que representan. Por otro lado, en el seguimiento longitudinal, se evidencia participación, socialización y adecuación al contexto que se encuentran estables en el tiempo, con variaciones no significativas.

Bibliografía

- American Occupational Therapy Association (2014). Occupational therapy practice framework: Domain and process (3rd ed.). American Journal of Occupational Therapy, 68 (Suppl.1), S1-S48.
- Canadian Occupational Performance Measure: An Outcome Measure for Occupational Therapy. Canadian Journal of Occupational Therapy April 1990 vol. 57 no. 2 82-87.
- Emerson, et al. Perceptions of neighbor quality, social and civic participation and the self rated health across British adults with Intellectual Disability. BMC Public 2014, 14:1252.
- Mary Law, Sue Baptiste, Anne Carswell, Mary Ann McColl, Helene Polatajko, Nancy Pollock (1991; 1994; 1998; 2005)
- McColl A.M, Law M., Doubt L., Pollock N., and Stewart D. (2002). Theoretical Basis of Occupational Therapy. Published by Slack Inc.
- Shira Yalon-Chamovitz (2009) Invisible Access Needs of People With Intellectual Disabilities: A Conceptual Model of Practice. Intellectual and Developmental Disabilities. Volume 47, 395-400
- Thompson; et al. Asociación Americana de Discapacidad Intelectual y del Desarrollo (2004). Manual SIS. Escala de Intensidad de Apoyos. Adaptación al Español Verdugo Alonso. 2004, Ed. TEA.
- Wehmeyer, et al. Support Needs of Adults with Intellectual Disabilities Across Domains: The role of Technology. J Spec. Educ Technol. 2012 April; 27(2): 11 -22

Desarrollo del conocimiento disciplinario: La evolución de los estudios de la ocupación publicados en Revista Chilena de Terapia Ocupacional 2001-2014

Autores: Rueda C, Laura; Gómez L., Silvia; Cifuentes L., Diego; Morrison J., Rodolfo; Tapia C., M^a Jesús; Sepúlveda P., Rodrigo; Henny K., Enrique; Zavala B., Daniel.

Correo electrónico: lrueda@med.uchile.cl
Comité de Estudios en Ciencia de la Ocupación.

Introducción

Desde sus inicios (2001) la Revista Chilena de Terapia Ocupacional (RECHTO) establece la misión acoger la renovación del conocimiento entorno a la disciplina, y al mismo tiempo ser fuente de identidad y prestigio de la profesión. Independientemente de los contenidos con que se inician las publicaciones, esta unidad académica adoptó este modelo de difusión, con el fin de contar con un espacio para sistematizar y comunicar; estudios, actividades académicas y clínicas que se efectúan en torno a Terapia Ocupacional y Ciencia de la Ocupación. En los meses Noviembre – Diciembre de cada año, se ha sistematizado la producción intelectual de los profesionales académicos y clínicos terapeutas ocupacionales en una publicación anual.

Desde el año 2008 RECHTO se encuentra indexada en Lilac, BIREME y Latindex. Tiene versión on-line, en la primera etapa, entre los años 2004- 2008; su dirección fue: www.revistaterapiaocupacional.cl y desde 2009, es incluida en el portal de las revistas electrónicas de la Universidad de Chile. <http://www.revistas.uchile.cl/index.php/RTO>

La publicación periódica representa en su regularidad, un desarrollo literario que ha ido cohesionando, trabajos teóricos que surgen de una experiencia práctica particular, reflexiones críticas de los profesionales, análisis especulativos de los estudiosos de la ocupación, que son comunicadas y socializadas. Consecuentemente, en forma progresiva, nuestra publicación ha posibilitado una red comunicacional entre especialistas y universidades, de uno y otro país latinoamericano. Inicialmente fueron trabajos de terapeutas ocupacionales chilenos, a ellos se han sumado habitualmente profesionales de Argentina, Brasil y Colombia. Podemos confirmar, que en la actualidad los contenidos publicados se constituyen como referentes del quehacer profesional de la región.

Las ciencias y las disciplinas, si siguen progresando, es porque poseen como un a priori natural un cuerpo de conocimientos que viene desarrollándose históricamente. Ahora, si en este progreso se van uniendo los profesionales de países vecinos, se consolidan y dan un real sustento a un quehacer.

En cada edición, la recopilación del material incluido es una tarea que se va realizando a lo largo de muchos meses de trabajo, de colegas y estudiantes tesistas que bajo la tutoría de ellos, se esmeran en la elaboración de artículos. De igual forma, es necesario destacar el compromiso de los miembros del comité editorial, quienes dentro de sus múltiples responsabilidades profesionales reservan un tiempo para la evaluación de los trabajos. Este grupo de colaboradores se ha fortalecido con integrantes de disciplinas afines, especialistas en investigaciones sociales, revisores nacionales y de otros países.

Se ha establecido un equipo de trabajo editorial, en el cual han colaborado personas muy comprometidas, entre ellas, las que iniciaron la circulación de la revista y han movilizado los recursos para que los ejemplares salgan a luz. Ello, gestionado con gran motivación por las direcciones de la Escuela de Terapia Ocupacional.

La evolución de la RECHTO (ISSN 0717-6767) sostenida desde 2001, la ha llevado a transformarse en un canal reconocido de difusión de las investigaciones que desarrolla la disciplina.

Metodología

La presente investigación bibliográfica, generada como objetivo del Comité de Estudios en Ciencia de la Ocupación (COECO), equipo disciplinario dedicado a establecer bases teóricas que fundamenten el trabajo profesional. La RECHTO constituye la evidencia del desarrollo científico del conocimiento ocupacional; por ello, su análisis arrojará el estado del arte de este saber a nivel regional.

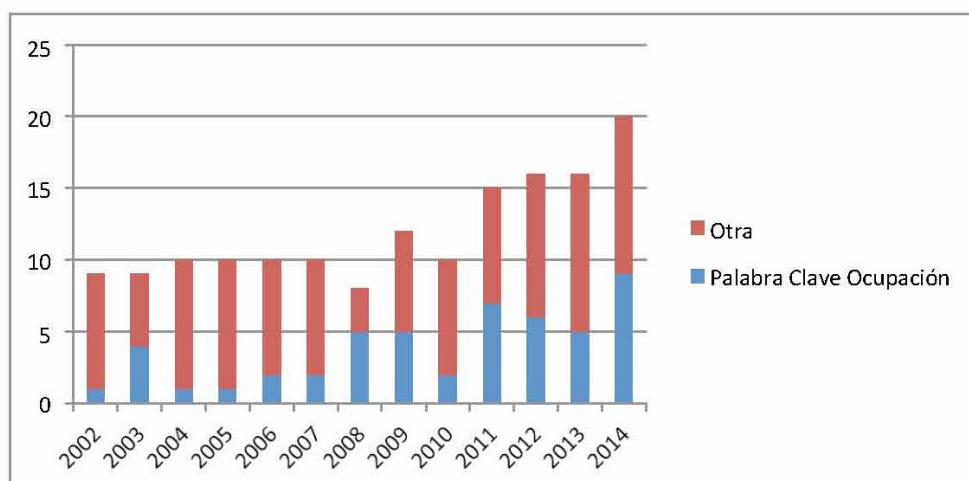
Se tiene como criterio de selección se eligen los artículos con títulos y/o palabras claves que contienen la palabra ocupación. Se revisó 60 artículos y se analizan 15 artículos en profundidad, pues se centran en la reflexión de la ciencia de la ocupación. La revisión consideró todos los trabajos publicados entre 2002 y 2014. De acuerdo al objetivo de la investigación, lo primero que nos convoca es analizar la relevancia de la Ciencia de la Ocupación para la práctica de la TO en la comunidad global (Imperatore & Henny, 2002) y la imperiosa necesidad de desarrollo de un cuerpo de conocimiento que vincule los intereses actuales y futuros de la disciplina (Rueda, 2005).

Resultados

Principales temas tratados en relación a estudios ocupacionales:

La filosofía de la terapia ocupacional, ciencia ocupacional e ideología:
Ocupación: definición y Concepto. Contextualización Local
La Ocupación: ciencia y técnica de la terapia ocupacional.
La ocupación y pre-ocupación desde una dimensión temporal.
La ocupación y su significado como factor influyente de la identidad personal
Jubilación: una transición ocupacional con consecuencias en la temporalidad, equilibrio y significado de la ocupación
Perfil ocupacional del consumidor de drogas.
Ocupación y Trastornos mentales (Fobia social, Estrés Post Traumático, Trastornos de la conducta alimentaria)
Ocupación y formación profesional
Ocupación y Discapacidad

Artículos que incluyen el término "ocupación" en Palabras Claves.



Discusión

Imperatore y Henny afirman que con el desarrollo de la ciencia de la ocupación (CO), tomaremos control de nuestro propio conocimiento y de la identidad profesional en una perspectiva global. Hacen notar que este desarrollo es tarea de los profesionales de todas las regiones y culturas del mundo, con el objeto "de influir en el desarrollo de la CO de la misma manera en que la CO puede influir en la práctica de los Terapeutas Ocupacionales (TTOO) en las regiones". Continúan afirmando que, de esta manera, la Ciencia de la Ocupación les entrega a los TTOO herramientas para llegar a ser autónomos", y hacen una invitación a incorporarse en su desarrollo. La CO es tratada como una disciplina emergente que comparte valores con la Terapia Ocupacional y que comprende al ser humano como ser ocupacional (Da Silva, 2010).

Como la ocupación es el foco central para la CO y ha sido propuesta, como fundamental para la Terapia Ocupacional (Joonson, 2003), es prioridad definir ocupación desde la perspectiva de Terapia Ocupacional; así la definición y el concepto de ocupación, se constituye como primera meta para el grupo de Estudio de Ciencia de la Ocupación de la Escuela de Terapia Ocupacional de la Universidad de Chile, el deseo de contar con una definición contextualizada a la realidad cultural de la región. Este grupo propone que "la ocupación es aquella actividad con sentido en la que una persona participa cotidianamente y que puede ser nombrada por la cultura" (Álvarez et al 2007) Otros autores comparten la idea del significado o la significación de las ocupaciones en la vida de las personas (Da Silva L. et al, 2010), o hacen propia definiciones de autores norteamericanos (Cabello, 2008). Se reconoce que ha sido construida por quienes la han estudiado desde principios del siglo XX (Carrasco y Olivares, 2008).

La ocupación es tratada como un constructo social, con dimensiones culturales, históricas e ideológicas (Álvarez et al, 2009) y parte fundamental en la vida de las personas (Allan, Wachholtz y Valdés, 2005). Da Silva, 2010, hace notar que la ocupación "ya no es concebida solamente como un fenómeno individual..., se concibe como un fenómeno social denominado Paradigma Social de la Ocupación, que considera a la ocupación como un fenómeno sistémico, complejo, económico, político, sanitario, cultural, social y coherente con la justicia y el bienestar de las comunidades e inserto dentro de un nivel de abstracción mayor: El Paradigma de la Complejidad".

Carrasco y Olivares, 2008, también la consideran una construcción, opinan que no es posible separar la construcción del conocimiento de la construcción del objeto de conocimiento. Más adelante, agregan que la Ocupación ha sido construida por quienes la han estudiado Terapia Ocupacional

Los artículos de la RECHTO, relacionados a Ciencia de la Ocupación, contienen además repetidas referencias al concepto de 'desempeño ocupacional' que se define como "la interacción dinámica entre la persona, su ambiente y la ocupación" (Carrasco y Olivares, 2008), concepto que es compartido por Cabello, 2008, que lo aplica al Modelo de 'Desempeño Ocupacional-Forma Ocupacional. Un Modelo conceptual para la ocupación terapéutica' de Nelson y 'Comportamiento ocupacional. Riveros, 2003, describe el desempeño ocupacional, como "un aspecto central de la salud, el bienestar, el desarrollo y el cambio"; afirma que los Ambientes de Comportamiento Ocupacional son los ambientes diarios en que la persona vive y actúa. Esta autora adhiere a lo expresado sobre él en el modelo ocupación humana.

Desde el concepto de ocupación se desprenden algunas interesantes reflexiones como: *recarga ocupacional*, vinculada al aumento de ocupaciones y a su ritmo de desempeño; *disrupción ocupacional*, como la alteración forzada de las ocupaciones debido a cambios físicos importantes; y *orquestración ocupacional*, vinculada a la organización diaria de diferentes ocupaciones.

La CO es una ciencia fundada en las ciencias sociales que se relaciona e interactúa con otras disciplinas, entre ellas, la sociología, la antropología, la filosofía, la psicología (Clark y Lawlor, 2009) y las ciencias básicas biomédicas. A su vez, genera conocimiento acerca de la ocupación humana, que se entiende como "las cosas que las personas hacen en su vida diaria y como estas ocupaciones influyen y son influenciadas por la salud, el bienestar y el ambiente" (WOFT, 2005) apunta a una comprensión ocupacional del ser humano, lo que traspasa las fronteras profesionales, posibilitando ampliar las habituales dimensiones de comprensión como "ser biopsicosocial" a la dimensión ocupacional" (Da Silva, Fierro, Gutiérrez, et al, 2011)

Bibliografía

- Allan N., Wachholtz D y Valdés A.. La influencia de la jubilación en la ocupación de los adultos mayores recientemente jubilados. Revista Chilena de Terapia Ocupacional. 2005; Nº 5: 19-29
- Alvarez et al. Definición y desarrollo del concepto de ocupación: Ensayo sobre la experiencia de construcción teórica desde la identidad local. Revista Chilena de Terapia Ocupacional. 2009; Nº 9: 76-82
- Cabello P et al. Las ocupaciones de los hijos de los padres con discapacidad. Revista Chilena de Terapia Ocupacional. 2008; Nº 8: 79-93
- Carrasco X., Olivares D. Haciendo camino al andar: construcción y comprensión de la ocupación para la investigación y práctica de la Terapia Ocupacional Revista Chilena de Terapia Ocupacional. 2008; Nº 8: 5-16
- Clark, F. & Lawlor, M. (2009). The making and mattering of occupational science. En Crepeau, E., Cohn, E. & Schell, B. (Eds). Willard & Spackman's Occupational Therapy (pp.1-14). Lippincott Williams and Wilkins.
- Da Silva L. et al. Ocupación humana y la práctica de los Terapeutas Ocupacionales de la Amazonía de Pará. Revista Chilena de Terapia Ocupacional. 2010; Nº 10: 101-111
- Da Silva, L.; Fierro, N.; Gutiérrez, P. y Rodríguez, O. (2011). Ciencia de la ocupación y terapia ocupacional: sus relaciones y aplicaciones a la práctica clínica. Revista Chilena de Terapia Ocupacional 11, Volumen 1, pág. 79-87.
- Imperatore E., Henny E. La filosofía de la Terapia Ocupacional, Ciencia Ocupacional e ideología: Una propuesta de intervención. Revista Chilena de Terapia Ocupacional. 2002; Nº 2: 10-16

- Joonson H., Borel L., Sadlo G. Jubilación: uma transición ocupacional com consecuencias en la temporalidad, equilibrio y significado de La ocupación. Revista Chilena de Terapia Ocupacional. 2003; Nº 3: 7-18
- Riveros ME. 2003 Perfil ocupacional de los consumidores de drogas. Revista Chilena de Terapia Ocupacional. 2005; Nº 5: 48-58
- Rueda L. El enfoque comunicacional en la formación de Terapeutas Ocupacionales: Aspectos teóricos y propuesta de aplicación. Revista Chilena de Terapia Ocupacional. 2005; Nº 5: 53-60
- WOFT (2005). Position Statement Occupational Science Revised. World Federation Occupational Therapy.

Rondas

Conversaciones sobre Terapia Ocupacional en clave de género

Disertantes:
Macarena Abregú
Julieta Briglia
Florencia Donayo
Sol Cavia

Coordinan:
Sandra Spampinato
Daniela Testa

El propósito de la ronda - de acuerdo a los lineamientos propuestos desde la organización del Congreso acerca de esta nueva modalidad- fue poner en circulación la palabra y las experiencias individuales con la finalidad de arribar a una síntesis colectiva como insumo de futuros intercambios.

La pregunta inicial que se expresó para orientar el debate fue: ¿Qué tiene que ver la terapia ocupacional con la cuestión de género? Como parte de la metodología se bosquejaron objetivos, posibles productos y secuencias de diferentes momentos de la actividad.

Objetivos: - Compartir experiencias de inclusión de TOs en distintos escenarios/dispositivos donde la perspectiva de género es considerada.

- Promover una reflexión crítica respecto de las implicancias que tiene para la terapia ocupacional asumir un compromiso por la inclusión de la perspectiva de género: marcos teóricos/filosóficos, intervenciones, instrumentos de evaluación, etc.

Productos: Sistematización de los intercambios en función de ejes, preocupaciones, temáticas colectivas que pudieran motorizar transformaciones en la perspectiva de los terapeutas ocupacionales respecto de la consideración de una mirada de género en las propias intervenciones profesionales.

Momentos de la Ronda:

- 1) Presentación de la Ronda.
- 2) Presentación de los invitados.
- 3) Exposición de las experiencias de las invitadas. Cada invitado contó con 15 minutos de exposición. les solicitamos que organizaran la exposición a partir de una pregunta (título de la ponencia en modo pregunta) y que el desarrollo de la misma tuviera siempre la perspectiva de fomentar el dialogo y la reflexión en un momento posterior. Consideramos a este momento como un espacio de apertura de la temática, de dimensionar el tema y de plantear interrogantes que fomentaran el intercambio y la construcción colectiva. Sugerimos a las invitadas compartir material gráfico sobre las experiencias a las que harían referencia a modo de apoyo a la exposición y al debate (por ej. folletos, afiches, imágenes). Los ejes sobre los que giraron las exposiciones de las invitadas fueron los siguientes: educación sexual, políticas de género, intervenciones de terapia ocupacional con perspectiva de género desde un centro de salud y trata de personas.
- 4) Espacio para el intercambio. Para ello llevamos pensadas una serie de preguntas disparadoras del debate, con la idea de utilizarlas solo si era necesario para estimular el intercambio.
- 5) Registro de los puntos emergentes de la Ronda. Se implementó la figura de dos colaboradores cronistas, surgidos a voluntad entre los participantes, para que registren los datos de la discusión. Agradecemos el aporte de las cronistas voluntarias, Silvia Narváez y Marcela Capozzo, que relevaron las siguientes ideas:
 - Las diferentes intervenciones giraron en torno a los derechos de las mujeres y las diferentes problemáticas a abordar, que implican diversas prácticas: las inherentes a la salud y las realizadas con grupos vulnerables. Por ejemplo, personas privadas de libertad, la situación de los travestis y de las madres con sus hijos en las unidades penitenciarias. También, la experiencia del Colectivo "*Mujeres de Pie*", que realiza abordaje comunitario y participan mujeres auto convocadas donde se trabaja sobre dos ejes, la sensibilización de la comunidad en el tema y la prevención de violencia de género.
 - Se plantea la necesidad de la deconstrucción de las prácticas que se basan en la lógica que reproduce el sistema patriarcal como uno de los ejes sobre los cuales se podría pensar la

problemática de género. También se destacó que la participación en áreas donde se trabajan específicamente estos temas, tales como la Dirección de la mujer en la provincia de Santa Fe, posibilita caminos en pos de la deconstrucción.

- Quedó planteado a partir de la exposición de las distintas experiencias, a las que se sumaron las compartidas por los participantes de la ronda, que es posible pensar e involucrarse para trabajar desde la perspectiva de Terapia Ocupacional. Desde distintos ámbitos y lugares de la Argentina diferentes colegas expusieron experiencias desde distintas perspectivas e inclusiones en variadas áreas del ejercicio profesional. Asimismo surgieron expresiones de un cambio a nivel de las acciones cotidianas.

Talleres

Mapeando el territorio: vivencias de Terapeutas Ocupacionales en Salud Mental

Coordinan:
Ana Heredia
Julieta Briglia
Miriam Smoler
Sandra Spampinato
Verónica García Ariceta
Yesica Lasalla

Carácter: Taller Práctico

Propósito: Espacio para pensar las vivencias acerca de la implementación de la LNSM en función de la inserción de lxs TOs en diversos espacio.

Objetivos: 1) Mapear la inserción y vivencias de Terapeutas Ocupacionales en el campo de la SM a nivel federal, 2) Habilitar un espacio de intercambio en pos de la activación de la red de TO en el campo de la SM

Unidades Temáticas: Inserción de TOs en el campo de la SM; Aplicación LNSM; Paradigmas actuales; Niveles de Atención, Dispositivos y Ámbitos; Actorxs y Redes.

Desarrollo:

1. Presentación: Bienvenida y Presentación del Capítulo de Salud Mental de la AATO.

2. Inicio: Presentación del Taller: Contenidos, Objetivos y Dinámica. Subdivisión de asistentes en grupos por regiones/proximidad.

3. Desarrollo: ¿Cómo se Mapea? Ejes del Mapeo y Construcción del Mapeo propiamente dicho.

4. Puesta en Común: Puesta en común de cada grupo de los Mapeos producidos

5. Síntesis: Análisis del Mapeo Integrado. Posibilidad de establecer relaciones entre regiones. Brevísima evaluación del taller. Entrega de autoadhesivos "¡¡¡Yo Mapee!!!"

6. Cierre: Encuesta de Relevamiento y entrega de información de la AATO.

Minuta del desarrollo del taller

El capítulo de Salud Mental de AATO ha coordinado el taller "*Mapeando el Territorio: Vivencias de Terapeutas Ocupacionales en Salud Mental*" el día 11/9/15 en el IX Congreso Argentino de Terapia Ocupacional, en la ciudad de Paraná, Entre Ríos. Dicho espacio se planteó con el propósito de reflexionar sobre la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N°26.657, en función de la inserción de lxs TOs en diversos escenarios.

Los objetivos que se plantearon originalmente pudieron abordarse, ampliándose a lxs participantes, que en su mayoría fueron estudiantes.

Para la organización de la actividad, se armaron 6 grupos de trabajo, que abarcaron las siguientes regiones:

- 1) La Rioja- Córdoba
- 2) Litoral A
- 3) Litoral B
- 4) Buenos Aires
- 5) CABA
- 6) "Patria Grande" (Argentina-Chile-Uruguay-Colombia)

El total de participantes fue de 65 asistentes aproximadamente, entre estudiantes y profesionales.

A modo de conclusión, podemos rescatar algunos emergentes que han surgido en este proceso de mapeo:

Gran conocimiento de los puntos fundamentales que plantea la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657 y visibilización de tensiones que vivencian en los diversos escenarios.

Mirada crítica del campo de la Salud Mental y la TO. Gran énfasis en lo vincular

Cuestionamiento de algunos planes de estudio y de las prácticas clínicas con lógicas hospitalocéntricas.

Se nombran nuevas prácticas vinculadas a espacios culturales, con un enfoque desde la promoción de la salud/salud mental

Necesidad de trabajar juntxs, de participar en asociaciones profesionales u otros espacios que nucleen colegas. Enfoque de redes

Análisis de factores de poder.

Posicionamiento político de TO en defensa de derechos humanos.

Observaciones:

Cabe destacar que inicialmente el espacio fue pensado para un número acotado de asistentes (máximo 30) y principalmente con inclusión de profesionales; inesperadamente hubo una gran convocatoria donde la mayor participación fue de estudiantes, por lo que implicó realizar modificaciones en la organización y desarrollo. De igual modo, también en los resultados ya que las vivencias están basadas en breves experiencias vinculadas generalmente a prácticas clínicas de grado, y la mirada se halla cargada de la riqueza de quienes se encuentran en situación de formación.

Taller del Servicio de Terapia Ocupacional del Hospital Borda. C.A.B.A.

Coordinan:

Araceli Andrade

Marcela Capozzo

Elisabeth Gómez Mengelberg

Mirta Manghi

Susana Momenti

Mónica Sagrera

Los no-circuitos. Estrategias, intervenciones y gestión en salud mental.

Servicio de Terapia Ocupacional - Hospital Dr. José T. Borda C.A.B.A.

Un circuito es un recorrido que comienza en un lugar y termina en el mismo, el no circuito del que hablamos no sigue esa lógica instaurada, es un itinerario que se va realizando y construyendo según la complejidad de la situación personal, social e institucional, incorporándose al mismo en forma ocasional o durante un tiempo, incorporando a distintos actores sociales y sectores institucionales.

Cada uno de los itinerarios de los que hicimos mención en el taller estaban constituidos por tiempos no simétricos ni estipulados de antemano, sino construidos con el sujeto o los sujetos padecientes, a través de un vínculo de confianza transferencial.

Puestos a graficar estos itinerarios delinear un contorno donde se delimita la superficie de la dificultad. Donde aparecen distintas formas de líneas que permiten trazar los límites de la situación, casi una figura que si la trazáramos en un papel nos daría un no- circuito particular para cada una, quizás a la manera de un pantógrafo que hace pivote en un punto y articula de tal manera que se pueden mover respecto de un punto pivote, cambiando e intercambiando el peso de la carga hacia otro punto si se lo considera y continuar.

En cada situación clínica, se muestran intervenciones que se realizaron en distintos tiempos a veces sucesivos y en ocasiones simultáneos, partiendo de una visión integral del sujeto. Es posible que en un primer tiempo sea una intervención y/o el alojamiento en un dispositivo donde su accionar se agote en los fines para los que se le indica.

Y es en un segundo momento frente a los límites y las dificultades planteados mas allá de la situación singular, donde volvemos a interrogarnos y la propuesta es retomar, desviar, cruzar, continuar abriendo el itinerario convocando a otros.

El objetivo del taller fue promover un espacio de reflexión acerca de la complejidad de la intervención en salud. Desplegamos y trabajamos con los asistentes al taller distintas situaciones clínicas y/o institucionales expondremos los itinerarios de los sujetos implicados en ellas y que se llevaron a cabo en el servicio de Terapia Ocupacional en el Hospital José T. Borda.

Desarrollo de la actividad de Taller

Se les pidió a los asistentes que se reunieran conformando cuatro grupos, cada uno de ellos recibió un texto con la situación a ser pensada. Las coordinadoras estuvieron como facilitadores en el intercambio. Cada grupo organizó una síntesis de lo pensado para expresarlo ante el taller en general.

Luego de escuchar lo trabajado por los asistentes, los coordinadores apoyados por el gráfico (power point) de cada situación, revelamos la resolución tomada para cada situación.

Las situaciones presentadas fueron: En el contexto institucional un Taller de alfabetización, en Hospital de Día, una situación clínica donde se trabajó con el paciente, la familia y los recursos sociales, el recorrido de un usuario en un emprendimiento Social de Salud Mental y el abordaje de su padre y otra acerca de las intervenciones en el taller de familiares de personas que padecen de esquizofrenia, con la familia de un paciente que no quiere ser asistido.

Consideraciones finales

El taller se realizó con un numeroso público expectante y activo.

Nos manifestaron que las situaciones presentadas fueron de su interés, pudiendo pensar y reflexionar acerca de las mismas. Sus posibles intervenciones fueron atinadas, adecuadas y en ocasiones fueron coincidentes con las que se realizaron por los profesionales del Servicio de Terapia Ocupacional

Se mostraron agradecidos por el planteamiento de situaciones reales y concretas de TO en salud mental y la posibilidad de pensar en conjunto acerca de los posibles abordajes en cada situación planteada y la modalidad de trabajo. La presentación ofreció una dinámica muy útil para visibilizar la complejidad de la atención en TO en SM.

Bibliografía

- Cook, J.A et al. (2012) Randomized controlled trial of peer-led recovery education using Building Recovery of Individual dreams and Goals through Educación and Support. Schizophrenia Research 136 .36-42 juornal Homenaje: www.elsevier.com/locate/schres.
- Gomez Mengelberg E y Paganizzi L Tratamiento y rehabilitación en esquizofrenia y otras enfermedades relacionadas PROAPSI. Segundo ciclo. Módulo2. Ed Panamericana. Bs.As. 2015
- Gomez Mengelberg (2013) Occupational Therapy intervention with familias of usuers of psychiatric services. Bulletin Wfot may volumen 67
- Manghi, M, Fenoglio, F y Alippi, M. (2007). *Emprender en lo Cotidiano*. "Ciclo papel" .Emprendimiento social de Salud Mental. 7º Congreso Argentino. 7º Congreso Latinoamericano. Asociación Marplatense de Terapistas Ocupacionales. Mar Del Plata. Provincia de Buenos Aires.
- Manghi, M, Fenoglio, F y Alippi, M (2010) Dimensión político social en el abordaje de terapia ocupacional en emprendimientos sociales en salud mental. 15º Congreso Mundial De la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales. WFOT. Chile.
- Organización Panamericana de la Salud (2003). Atención Comunitaria a Personas con Trastornos psicóticos. Editores: JM Caldas de Almeida; Francisco Torres Gonzáles.
- Practicas inclusivas en Salud Mental y Adicciones con Enfoque en Derechos Humanos.1ª ed.- Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo- INADI 2014.
- Políticas Públicas en Salud Mental: enfoques, estrategias y experiencias con base en la comunidad (2015).- 1ª ed.-Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación.
- Zaforteza Lallemand C y otros, Mejorando el cuidado a los familiares del paciente critico, estrategias consensuadas. Enfermería intensiva 2009. www.elsevier.es

Posters

El uso del Instrumento Lawton & Brody por profesionales de Terapia Ocupacional en la Provincia y Ciudad de Buenos Aires

Autores: Suppicich, Fernanda María; Ciampa, María Agustina
Correo electrónico: fsuppicich@ineco.org.ar

Introducción

La evaluación del desempeño funcional de personas con trastornos neurológicos, resulta fundamental al momento de determinar no sólo el nivel de compromiso en la participación, sino a su vez, para idear intervenciones adecuadas, que permitan favorecer la re-adquisición de la autonomía en las actividades diarias.

La Escala de Lawton y Brody, comprende un instrumento de evaluación que permite conocer las habilidades de las personas para llevar a cabo las actividades instrumentales de la vida diaria. Publicada por primera vez en el año 1969, fue desarrollada en el Centro Geriátrico de Filadelfia, para su uso en población adulta mayor, que se encontrara o no institucionalizada.

Su versión original, en idioma inglés, fue creada para valorar el desempeño de mujeres teniendo en cuenta 8 ítems y un score total que varía entre 0 y 8; en cuanto al sexo masculino, algunos ítems no fueron tenidos en cuenta inicialmente, por lo que eran restados del score total.

Con el tiempo, fueron surgiendo versiones modificadas del instrumento, en su idioma (traducciones) y forma de puntuar, existiendo adaptaciones de la escala que si bien se encuentran en uso, de acuerdo a la literatura existente no todas han sido validadas.

Objetivo

Realizar un análisis del instrumento, su uso y aplicación en la actualidad en la Provincia y Ciudad de Buenos Aires.

Métodos

En el transcurso de un mes, se realiza y envía una encuesta autoadministrada para ser completada online por los terapeutas ocupacionales que trabajan con población adulta, en la Provincia y Ciudad de Buenos Aires, a fin de relevar datos demográficos sobre los profesionales, así como también preguntas específicas acerca del uso del Lawton & Brody, limitaciones y beneficios, entre otros.

Se obtuvo una muestra no probabilística de los profesionales de Terapia Ocupacional residentes en la provincia de Buenos Aires, que trabajan con población adulta. Las respuestas recibidas representan a instituciones públicas y privadas, profesionales independientes, ejerciendo en diferentes dispositivos.

Se difunde la encuesta a través de redes y canales de comunicación en internet. En primer lugar, mediante la adquisición de correos personales (40 en total), se envía el link en forma personalizada. A continuación, el mismo es distribuido a través de un servicio estándar de listas de correos (Elistas- 1976 usuarios), alcanzando terapeutas de diversas zonas y regiones del país, filtrando luego las de la Provincia y Ciudad de Buenos Aires. Por último, se publica la búsqueda en redes sociales, tales como Facebook.

Se obtuvieron 25 respuestas, las cuales fueron analizadas en este estudio.

Resultados

Como datos demográficos de la muestra que respondió a la encuesta, la totalidad de los profesionales consistió en mujeres, graduadas en promedio hace 4 años de diversas universidades. La mayoría ejerce en el área de adultos y adultos mayores, en personas con secuelas neurológicas.

El 100% de los profesionales encuestados refirió conocer el instrumento, si bien sólo un 72% sostuvo hacer uso del mismo. Con respecto a estos, el 76% mencionó utilizar la versión del Lawton & Brody, cuyo score total es de 24 puntos, a predominio en la población adulta y adultos mayores, con trastornos neurológicos.

Al indagar acerca de lo provechoso del instrumento, un 44% lo describió como beneficioso. En relación a ello, mencionaron utilizarlo con el propósito de obtener información acerca del desempeño de las personas en las AVDI, en diferentes instancias del tratamiento o de la patología; identificar áreas de interés de los pacientes, y valorar el nivel de independencia.

En cuanto a las limitaciones descritas sobre la utilización del instrumento, la mayoría sostuvo la falta de evaluación de actividades que en la actualidad son relevantes para gran parte de la población, haciendo especial hincapié en el uso de nuevas tecnologías. A su vez, en diversas ocasiones las respuestas coinciden en la falta de sensibilidad del cuestionario para con el desempeño de hombres, así como también dificultades para adaptarla a la propia cultura.

Entre los resultados, fue posible conocer algunas limitaciones del instrumento utilizado, tales como la falta de posibilidad de detallar las razones por las cuales las personas no hacen uso del cuestionario.

Conclusiones

Los resultados sugieren que el total de los encuestados conoce la existencia del instrumento, a pesar de incluirla o no en sus prácticas diarias. En caso de hacerlo, utilizan mayormente la versión de la escala cuyo score total es 24, de la cual al momento no existe una versión validada al español.

El número muestral obtenido resultó notablemente menor al esperado, razón por la cual es difícil conocer la utilización real del instrumento, en la práctica de los TO, que trabajan en la Provincia de Buenos Aires con personas adultas.

Resulta necesario realizar futuros estudios para unificar el criterio de la evaluación y consensuar el uso de una versión validada del Instrumento de Lawton y Brody al español, sensible a la población a abordar.

Bibliografía

- American Occupational Therapy Association (2014). Occupational therapy practice framework: Domain and process (3rd ed.). American Journal of Occupational Therapy, 68
- Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud. (2001) Organización Mundial de la Salud ed. Madrid España.
- Gallo, J.J., & Paveza, G.J. (2006). Activities of daily living and instrumental activities of daily living assessment. In J.J. Gallo, H.R. Bogner, T. Fulmer, & G.J. Paveza (Eds.), Handbook of Geriatric Assessment (4th ed., pp. 193-240).
- Graf C: The Lawton Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Scale. Annals of long term care. In Best Practices in Nursing Care to Older Adults From The Hartford Institute for Geriatric Nursing New York University, College of Nursing Issue Number 23, Revised 2007 Series Editor: Marie Boltz, MSN, APRN, BC, GNP Managing Editor: Sherry A.

- Greenberg, MSN, APRN, BC, GNP New York University College of Nursing; 2007:23.
<http://www.annalsoflongtermcare.com/article/7453> (accesed 19/10/2012).
- Kane RA, Kane RL: Evaluación de las necesidades de los ancianos: guía práctica sobre los instrumentos de medición. Madrid: SG editores SA; 1990.
- Lawton, M.P., & Brody, E.M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9(3), 179-186.
- Vergara et al. (2012) Validation of the Spanish version of the Lawton IADL Scale for its application in elderly people. *Health and Quality of Life Outcomes* 10:130.
- Ward G: A review of instrumental ADL assessments for use with elderly people. *Rev Clin Gerontol* 1998, 8(1):65-71.

La importancia de la escucha terapéutica en una central de acogida de ancianos

Autores: Telles Silva, Soraya da Conceição; Guazzelli Fonseca, Ana Terra; Santos da Silva, Viviane; Gemaque Pinho, Suelen; Araujo de Carvalho, Claudia Reinoso
Correo electrónico: guazzelli17@gmail.com

Introducción

El proyecto de extensión "La terapia Ocupacional en la atención a los ancianos en situación de vulnerabilidad social" es realizado en conjunto con la Secretaría Municipal de Salud de Rio de Janeiro y la Universidad Federal de Rio de Janeiro y desarrollado en la Central de Acogida de Ancianos Pastor Carlos Portela, donde ancianos de ambos sexos que perdieron sus vínculos familiares y sociales, están provisionalmente abrigados. El proyecto se utiliza en la revisión de vida unida a las actividades expresivas como recurso terapéutico.

Objetivo

Analizar la importancia de la escucha terapéutica en el abordaje de ancianos socialmente vulnerables de la central de acogida para ancianos.

Métodos

Relato de experiencias de cuatro becarias del proyecto de extensión, con base en los cuadernos de campo de estas y sus percepciones acerca de las actividades en grupo realizadas con ancianos. El análisis tiene apoyo teórico a partir de artículos de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) sobre el tema Escucha Terapéutica.

Resultados

Durante los grupos realizados, observó que la escucha aumenta la receptividad de la propuesta del proyecto de extensión y la construcción del vínculo entre los ancianos y el equipo y entre ellos mismos. La escucha está relacionada con el interés de importarse con el otro, pero, para ser terapéutica, es necesario que haya un objetivo y que sean realizadas intervenciones. La actividad en este contexto tiene la función de mediadora para que temas inherentes al envejecimiento puedan surgir y ser discutidos. Los factores que interfirieron negativamente en la escucha fueron la ausencia de privacidad en el espacio, limitando los ancianos a expresarse libremente. El número de ancianos en el grupo y diálogos demasiado largos favorecen la dispersión y el abandono del grupo al largo de la actividad.

Consideraciones finales

La escucha terapéutica ayuda en el establecimiento del vínculo, siendo fundamental para el objetivo del proyecto de extensión que es el de promover el proceso de revisión de la vida y la posibilidad de cambiar el significado de las experiencias pasadas a partir de las actuales y con el apoyo de las intervenciones del equipo, que puede favorecer la mejor elaboración de conflictos personales.

Palabras Clave: Ancianos, Escucha Terapéutica, Central de Acogida de Ancianos.

Referencias

- PEREZ, M. P.; ALMEIDA, M. H. M. El proceso del grupo de revisión de la vida como un recurso terapéutico para las personas mayores en Terapia Ocupacional. Rev. Ter. Max. Univ. São Paulo, v. 21, no. 3, p. 223-229, marzo/diciembre 2010.
- LIMA, L. J. C .; PASECHNY, N. Actividades Grupo: una alternativa a la inclusión social en la vejez. Rev. Ter. Max. Univ. São Paulo, v. 9, no.1, p. 37- 42,1998.
- LIMA, L. J. C .; SILVEIRA, N.D.R. Vista sobre el envejecimiento: la distancia y la proximidad de la vejez con la gran ciudad. Rev. Ter. Max. Univ. São Paulo, v. 20, no.3, p. 171-179, marzo/diciembre 2009.

La relación entre los papeles ocupacionales y la cualidad del tiempo de permanencia en una central de recepción de ancianos socialmente vulnerables

Autores: Guazzelli Fonseca, Ana Terra; Telles Silva, Soraya da Conceição; Santos da Silva, Viviane; Gemaque Pinho, Suelen; Araujo de Carvalho, Claudia Reinoso
Correo electrónico: guazzelli17@gmail.com

Introducción

El proyecto de extensión "La Terapia Ocupacional en el atendimento a ancianos en situación de vulnerabilidad social" de la Universidade Federal do Rio de Janeiro en conjunto con la Secretaría Municipal de Desarrollo Social de Rio de Janeiro es realizado con la participación de ancianos, en la Central de Recepción de Ancianos Pastor Carlos Portela, por maestras y estudiantes del Curso de Terapia Ocupacional.

Objetivo

Promover la discusión de las ocupaciones de ancianos de la Central de Recepción, a través del análisis de las actividades desarrolladas, considerando aspectos como la ejecución, cualidad y sentido, con foco en las potencialidades de intervención en sus realidades.

Método y materiales

Utilización de actividades expresivas y dinámicas para mejor conocer la historia de cada sujeto y promover un espacio para compartir las experiencias de vida. Las experiencias del proyecto son registradas en el diario de campo de las estudiantes, con las impresiones y los relatos más significativos hechos por los ancianos.

Resultados

A partir de dinámicas de socialización, aparece de modo sutil el significado de ocupación para cada anciano. Relatos sobre la experiencia profesional pasada, sobre el modo de vida anterior al envejecimiento y a la acogida son los más comunes y fundamentales para que el equipo pueda direccionar sus acciones, haciéndolas significativas, promotoras de sentido y, de fato, terapéuticas. Las ocupaciones y lazos afectivos generados a partir de interacciones hechas dentro de la Central de Recepción promueven mayor interacción entre los ancianos que pasan a importarse más unos con otros.

Conclusión

El involucramiento en las actividades sugeridas, principalmente las que están relacionadas al modo de vivir antes del acogimiento y al propio envejecimiento, permiten mayor interactividad entre los ancianos provisoriamente abrigados, además de reverberar un sentido y una sustentación para el anciano durante su permanencia en la Central de Recepción. La estadía en la Central de Recepción es más fácil para los ancianos que desempeñan un papel ocupacional significativo.

Referencia

- PEREZ, M. P.; ALMEIDA, M. H. M. El proceso del grupo de revisión de la vida como un recurso terapéutico para las personas mayores en Terapia Ocupacional. Rev. Ter. Max. Univ. São Paulo, v. 21, no. 3, p. 223-229, marzo/diciembre 2010.
- LIMA, L. J. C. ; PASECHNY, N. Actividades Grupo: una alternativa a la inclusión social en la vejez. Rev. Ter. Max. Univ. São Paulo, v. 9, no.1, p. 37-42,1998.
- LIMA, L. J. C. ; SILVEIRA, N.D.R. Vista sobre el envejecimiento: la distancia y la proximidad de la vejez con la gran ciudad. Rev. Ter. Max. Univ. São Paulo, v. 20, no.3, p. 171-179, marzo/diciembre 2009.
- BRUNELLO, M. I. B.; CASTRO, E. D.; LIMA, Y Humanos actividades y terapia ocupacional. En: Bartalotti, C. C; CARLO PRADO, Terapia Ocupacional M.M.R. En Brasil: Fundamentos y Perspectivas. São Paulo: Plexus, 2001. p.41-59.
- DEPS, V.L. La ocupación del tiempo libre desde la perspectiva de las personas mayores que viven en instituciones: análisis de una experiencia. En: NERI, A. L. La calidad de vida y la vejez. Campinas: Papirus, 1993.

Tecnología Asistiva en Locked In. Acceso a las Tecnologías de la Información y la Comunicación

Autores: Triay, I.; Carcavallo, L.; Prodan, V.; Meda, N.; Villanueva, D.; Bonamico, L.
Correo electrónico: ivanatriay@hotmail.com

Introducción

El síndrome de Locked In incompleto (SLIi), se caracteriza por presentar un cuadro clínico de tetraplejía y anartria; con conservación de la conciencia, la mirada vertical y movimiento voluntario de cabeza y/o extremidades.

Se describirán las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) empleadas en un paciente con SLIi, con el objetivo de favorecer su reinserción en actividades sociales y de recreación.

Objetivo

Describir los tipos de acceso a las TIC que fueron seleccionados y entrenados por un paciente con SLIi, para ser utilizados en su vida diaria.

Descripción y Método

Paciente de 60 años que sufre accidente cerebro vascular isquémico de arteria basilar.

A los 47 días de evolución inicia el abordaje terapéutico en la Clínica de Tecnología Asistiva (TA) como parte de su rehabilitación integral, con los objetivos de:

Optimizar el posicionamiento en su silla de ruedas a fin de maximizar sus capacidades funcionales.

Evaluar los movimientos voluntarios más efectivos para el control de los dispositivos.

Seleccionar los dispositivos adecuados según sus capacidades y necesidades.

Entrenar al paciente en el uso de las TIC

A lo largo del tratamiento, se utilizaron diferentes programas de evaluación para registrar la efectividad en el control de los movimientos voluntarios seleccionados, velocidad y tiempos de reacción.

Resultados

El entrenamiento continuo del paciente, su familia y asistentes, junto con la adquisición del equipamiento apropiado, favorecieron el uso funcional de los dispositivos de TIC seleccionados.

Actualmente, el paciente logra mantener una comunicación efectiva con su familia y amigos, realizar actividades de interés y entretenimiento; contando con una herramienta valiosa a la hora de reinsertarse en su actividad laboral.

Conclusión

El abordaje temprano con Tecnología Asistiva facilita a los pacientes con Locked-In el acceso a las TIC brindando la posibilidad de optimizar su comunicación y reinserción en su medio social.

Bibliografia

http://www.memoriza.com/documentos/revista/2011/locked%20in_2011_8_1-9.pdf

http://escuela.med.puc.cl/publ/cuadernos/2000/pub_16_2000.html

Bauer G, Gerstenbrand F, Rimpl E. Varieties of the locked-in syndrome.

J Neurol 1979;221:77-91.

Cassanova E, Lazzari RE, Lotta S, Mazzuchi A. Locked-in syndrome: improvement in the prognosis after an early intensive multidisciplinary rehabilitation. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 2003;84:862-867.[[PubMed](#)]

Söderholm S, Meinander M, Alaranta H. Augmentative and alternative communication methods in locked-in syndrome. J Rehabil Med. 2001;33:235-239.

Encuentro nacional de estudiantes y egresados de Terapia Ocupacional (ENEETO)

Autores: Burin, Melisa Mariel; Beltrami, Carla María; Laglaive, José Hernán; Uriarte Alewaerts, Rocío
Correo electrónico: melisaburin73@gmail.com

Resumen

Introducción

El ENEETO es un espacio de discusión crítica de problemáticas actuales en Terapia Ocupacional (TO), conformado por estudiantes y graduados. Surge de un encuentro de estudiantes en el VIII Congreso Argentino de TO en la ciudad de La Plata (2011), teniendo como antecedente la reunión de estudiantes argentinos en el XV Congreso Mundial en Chile – 2010.

Objetivos

Reflexionar sobre el compromiso en la formación y desarrollo de la profesión en Argentina: planes de estudio y perfil del graduado, participación de estudiantes en las asociaciones y colegios, situación laboral del TO, identidad profesional individual y colectiva. Debatir acerca de la situación de la producción, circulación y accesibilidad al conocimiento y, sobre la necesidad de organización y construcción colectiva en los diferentes ámbitos de la disciplina. Crear espacios alternativos y creativos para la construcción e intercambio de conocimiento, sin reproducción de modelos hegemónicos ni instancias meritocráticas.

Metodología

Las dinámicas de participación consisten en pre-encuentros en cada universidad y, en mesas de debate y de intercambio, alternadas con actividades recreativas que propician el intercambio de experiencias y materiales. En las mesas de debate se comparten y confrontan visiones para construir ideas colectivas sobre ejes temáticos transversales al campo de la disciplina. En las mesas de intercambio se presentan intervenciones individuales o grupales de profesionales y/o estudiantes que deben propiciar el debate y la reflexión.

Resultados y conclusiones

El resultado del ENEETO es el proceso mismo y el recorrido construido en estos años: ENEETO UNQ (2012), UNMDP (2013), UNVM (2014) y UNLaR (2015). Este espacio histórico para la disciplina se ha construido de forma federal y colectiva. Cada encuentro se va creando y recreando permanentemente a través de una red nacional de lazos fraternos entre estudiantes y recientes egresados.

Introducción

El propósito del presente trabajo es dar cuenta en el IX Congreso Argentino de Terapia Ocupacional del proceso de institucionalización de un espacio de encuentro de estudiantes y egresados a nivel nacional.

Actualmente, a nivel internacional, existen diversos encuentros que congregan a los estudiantes de terapia ocupacional bajo el formato de congreso. Particularmente en Argentina, el ENEETO pretende diferenciarse de este formato, conformándose como un espacio de refle-

xión, debate, formación e intercambio entre y para estudiantes y egresados de la carrera de Terapia Ocupacional bajo una modalidad democrática y horizontal. El encuentro tiene entre sus objetivos brindar la oportunidad de interrogarse y debatir sobre temáticas de interés para el desarrollo de la formación y la práctica profesional de la disciplina. Los orígenes del ENEETO se inscriben en el 15° Congreso Mundial de Terapia Ocupacional realizado en Chile en 2010, donde la Comisión Abierta de Terapia Ocupacional (CATO) de la Universidad Nacional de Quilmes, convoca a una reunión de estudiantes argentinos participantes de dicho congreso. Con este antecedente, en 8° Congreso Argentino de TO realizado en La Plata en 2011, la CATO consigue incluir una reunión de estudiantes dentro del programa formal del congreso. En esta reunión, asisten estudiantes de distintas universidades nacionales y se debaten los principios rectores de estos encuentros y se toma la decisión unánime, de llevar a cabo el primer ENEETO en el año 2012 en la Universidad Nacional de Quilmes.

Objetivos

Dichos principios delimitan los objetivos del ENEETO, susceptibles de ser ampliados en los siguientes encuentros:

- Reflexionar sobre el compromiso en la formación y desarrollo de la profesión en Argentina: planes de estudio y perfil del graduado, participación de estudiantes en las asociaciones y colegios, situación laboral del TO, identidad profesional individual y colectiva.
- Debatir acerca de la situación de la producción, circulación y accesibilidad al conocimiento y, sobre la necesidad de organización y construcción colectiva en los diferentes ámbitos de la disciplina.
- Crear espacios alternativos y creativos para la construcción e intercambio de conocimiento, sin reproducción de modelos hegemónicos ni instancias meritocráticas.

Metodología

Los ejes de discusión de cada encuentro se deciden, se debaten y desarrollan como una construcción colectiva en instancias de Pre-ENEETOS llevados a cabo en las diferentes universidades.

En el ENEETO, las dinámicas de participación consistirán en mesas de debate donde se comparten y confrontan visiones para construir ideas colectivas sobre ejes temáticos transversales al campo de la disciplina. En las mesas de intercambio se presentan intervenciones individuales o grupales de profesionales y/o estudiantes que deben propiciar el debate y la reflexión. Además se dan espacios informales de intercambios de apuntes, presentación de audiovisuales, posters, pequeños grupos de discusión, espacios recreativos, culturales y artísticos, entre otros.

Al finalizar cada ENEETO se vota la sede del próximo año entre todas las personas presentes. Los espacios y la particularidad de cada encuentro anual presentan una impronta de la región donde se realiza. La organización del encuentro está encabezada por los estudiantes de la Universidad sede junto con el apoyo de los delegados de cada Universidad. De esta manera, se realiza la construcción colectiva del encuentro. Cada Delegado es el nexo de comunicación con sus compañeros promoviendo la participación en la construcción conjunta del mismo, la expresión de opiniones diversas en torno a las fechas apropiadas, lema, contenidos temáticos del encuentro, formatos de presentación, documentos de comunicación, etc.

Resultados y conclusiones

El resultado del ENEETO es el proceso mismo y el recorrido construido en estos años: ENEETO UNQ (2012), UNMDP (2013), UNVM (2014) y UNLaR (2015).

La cantidad de estudiantes participantes se ha incrementado exponencialmente desde el primer ENEETO. Paralelamente se han fortalecido otros espacios de participación estudiantil como centros de estudiantes, comisiones y agrupaciones en cada una de las universidades que han formado parte de este proceso.

A lo largo de los encuentros se ha trabajado sobre los ejes propuestos mediante distintos dispositivos, con invitados profesionales referentes en los temas y participación activa en los debates por parte de los presentes.

Sobre los planes de estudios se ha realizado en cada encuentro mesas de discusión formales e informales de los planes de estudios de las universidades presentes. En éste punto se han realizado aproximaciones de caracterización de los planes de estudios dependiendo de las facultades o departamentos donde se encuentra la carrera y de la región. Éste trabajo aún requiere sistematización ya que conlleva un ejercicio aún más exhaustivo de los distintos perfiles de graduados de cada universidad.

Respecto al objetivo de orden gremial/organización en tanto trabajador profesional de la terapia ocupacional se está trabajando sobre dos aspectos; los campos disciplinares existentes y aquellos en desarrollo y sobre las condiciones de trabajo, participación y representación gremial. El primer aspecto se encuentra saldado por las mesas de tipo intercambio con la presentación de la incursión de estudiantes y profesionales en nuevos ámbitos para la disciplina. El segundo aspecto se trabaja en relación a las mesas de debate y en conjunto con las asociaciones de la región o a nivel nacional con la AATO. Además se ha trabajado en cada encuentro elementos fundamentales para la organización estudiantil a través de diferentes dispositivos, los mismos han tendido a poder incluso identificar al menos las discusiones donde el sector estudiantil debería intervenir como por ejemplo la inclusión de la terapia ocupacional en el artículo 43 de la Ley 24.521 de Educación Superior. Un eje fundamental a saldar es la situación real en tanto trabajador como formas de contratación y condiciones laborales.

Uno de los desafíos que se nos presenta es como debatir la producción, accesibilidad y circulación del conocimiento. Respecto a éste objetivo se viene trabajando el intercambio de material, como por ejemplo fotocopias, en espíritu de poder representar nuestra aspiración de que el copyright no sea un limitante para la accesibilidad al conocimiento. Al mismo tiempo los espacios abiertos en los Encuentros Nacionales constituyen una forma de poder hacer accesible el conocimiento. Algunos ejemplos son la participación gratuita en tanto asistente al ENEETO y los criterios de presentación de trabajos en las mesas de intercambio. Sobre éste último punto, y adentrándonos en uno de los últimos objetivos, se han sistematizado algunos criterios de presentación de trabajos que se encuentran desde el primer ENEETO. Teniendo como criterios establecidos que; a) deben ser experiencias pertenecientes a la disciplina o interdisciplinarias, b) deben encuadrarse en un marco institucional gubernamental, privado o autogestionado avalado y c) puede corresponder a las experiencias de un estudiante, profesional o ambos sin establecer un orden de relevancia para la presentación de acuerdo al lugar que ocupa cada uno en el *quehacer*.

De ésta forma se viene trabajando la creación de un espacio horizontal sin reproducir características meritocráticas sobre quién tiene derecho a exponer. Desarrollando de ésta forma y al mismo tiempo el concepto teórico de la construcción de conocimiento de forma dialéctica entre el que posee un conocimiento dado por la praxis y su bagaje conceptual y el que escucha y participa con su experiencia y elementos conceptuales, generando de esta forma un conocimiento nuevo, transformado.

El ENEETO, como una experiencia desde *perspectivas ocupacionales colectivas humanizantes*, promueve diferentes valores que colaboran con la identidad profesional y singular como la reflexión, el compañerismo, la solidaridad, la escucha, la comprensión, el respeto y la convivencia en la diversidad con un otro que se incluye como sujeto pleno de derechos.

Este espacio histórico para la disciplina se ha construido de forma federal y colectiva. Cada encuentro se va creando y recreando permanentemente a través de una red nacional de lazos fraternos entre estudiantes y recientes egresados.

En cuanto a la participación a nivel cuantitativo, se ha ido incrementando a lo largo de los sucesivos ENEETO. Diferenciando en la misma la participación interna (estudiantes propios de la ciudad sede), y la concurrencia externa (estudiantes de diferentes casas de altos estudios del país).

En el primer ENEETO, Universidad Nacional de Quilmes (Buenos Aires) hubo un total de 200 inscriptos. En el segundo ENEETO, Universidad Nacional de Mar del Plata (Buenos Aires), participaron 350 personas. En el tercer ENEETO, Universidad Nacional de Villa María (Córdoba) hubo 300 inscriptos.

Se espera una alta concurrencia tanto interna como externa en el cuarto ENEETO a desarrollarse en la ciudad de La Rioja, del que formarán parte estudiantes y egresados de la Universidad Nacional de La Rioja; Universidad Nacional de Villa María; Universidad Nacional del Litoral; Universidad Nacional de Mar del Plata; Universidad Nacional de San Martín; Universidad Católica de La Plata; Universidad Nacional de Quilmes; Universidad Abierta Interamericana (Buenos Aires); Universidad de Buenos Aires; Universidad Nacional Juan Agustín Maza (Mendoza), Universidad del Salvador, Universidad Nacional Santo Tomás de Aquino (Tucumán). De esta forma habrá una representación nacional total en el encuentro.

Bibliografía

- Dos santos, V. y DonattiGalassi, A. (org). (2014). *CUESTIONES CONTEMPORÁNEAS DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN AMÉRICA DEL SUR*. Curitiba, Brasil. Editora CRV.
- Kronenberg, F. (mayo, 2010). *Self-Empowerment of OT students through Political Reasoning at Zuyd University in the Netherlands*. Trabajo presentado en el XV Congreso de la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales "Ocupación desde latinoamérica", Santiago, Chile.
- Freire, P. (1973). *Pedagogía del oprimido*. Rio de Janeiro. Siglo XXI
- GUAJARDO, A. (2010) Prólogo en "Ocupación: sentido, realización y libertad. Diálogos ocupacionales en torno al sujeto, la sociedad y el medio ambiente." Editorial Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.
- GUAJARDO, A. (2011) Construcción de identidades, episteme y prácticas de Terapia Ocupacional en América Latina . CONFERENCIA DE CLAUSURA del XII Congreso Brasileiro de Terapia Ocupacional , IX Congreso Latino Americano de Terapia Ocupacional . San Pablo , Brasil

Pasantías de Terapia Ocupacional Comunitaria del Movimiento Participar

Autor: Lic. T.O. Paola Emilce Marcellán
Correo electrónico: paoemilce@hotmail.com

Resumen

Introducción

Con este póster queremos compartir la experiencia del Programa de Pasantías de Terapia Ocupacional (T.O.) Comunitaria del Movimiento Participar que se realiza desde 2013 en la localidad de Embalse de Calamuchita, Córdoba, Argentina. El Movimiento Participar es un Programa Comunitario Inclusivo (P.C.I.) creado en 2012 por Terapistas Ocupacionales e integrado por un equipo interdisciplinario de profesionales de la salud y artistas. El mismo surge con los objetivos de abordar las necesidades de las personas con discapacidad de la localidad y promover la participación comunitaria.

Descripción de los destinatarios

Estudiantes y/o graduados de carreras de Terapia Ocupacional.

Objetivo

Que los pasantes se familiaricen y adquieran conocimientos y experiencias en temáticas afines a T.O. Comunitaria; diseño e implementación de un programa de T.O. Comunitaria y rol del terapeuta ocupacional dentro de un programa de T.O. Comunitaria.

Desarrollo

El presente programa se desarrolla a partir del contacto con estudiantes de la Universidad de Buenos Aires quienes conocieron la temprana experiencia del Movimiento Participar y expresaron su interés por participar en la misma. Esto, sumado a la visión de las coordinadoras sobre la importancia de la actividad docente en espacios de práctica, dio origen al Programa de formación en el cual los pasantes tienen la oportunidad de incorporarse durante 7 días en las actividades que ofrece el P.C.I. del Movimiento Participar. Se propicia que los pasantes desarrollen: sensibilidad comunitaria, flexibilidad frente a las variables culturales propias de cada comunidad o grupo; espíritu crítico y capacidad de revisión de propias creencias y experiencia en la construcción del vínculo terapéutico desde T.O. en un marco comunitario. Se espera que los pasantes: realicen observaciones; brinden apoyo y acompañamiento individual a participantes; preparen materiales; atiendan el orden y cuidado de espacios y materiales; socialicen con participantes; coordinen actividades (optativo y con apoyo) y participen activamente en las puestas en común.

Resultados

En los dos años de desarrollo del Programa se han ocupado 38 vacantes de pasantías. En relación a los objetivos planteados y el desempeño esperado de parte de los pasantes se observa un alto nivel de logro durante la semana de pasantía. Además, en los espacios de cie-

rre, puesta en común y en la recientemente incorporada auto-evaluación los pasantes expresan satisfacción y alcance de las expectativas personales de formación. Paralelamente, se observa que a través de la difusión entre estudiantes se ha ampliado la convocatoria y en el último periodo se ha abierto la pasantía a la experiencia interuniversitaria e interprovincial. Por último, debido a la demanda de antiguos pasantes de repetir la experiencia de formación, se ha abierto el espacio de voluntariado en el cual se profundizan y se amplían los contenidos de la pasantía.

Conclusiones

Nuestro interés es seguir brindado a los estudiantes y profesionales la posibilidad de acercarse y formar parte del P.C.I del Movimiento Participar en donde la transformación es hacia el exterior, construyendo y haciendo construir comunidades inclusivas, y hacia el interior, transformándonos y evolucionando personalmente en el camino del hacer con otros. Las experiencias han sido enriquecedoras tanto para pasantes como para participantes y coordinadoras del Programa.

Bibliografía

- American Occupational Therapy Association (2010). Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional, dominio y proceso. (2º ed.). American Journal of Occupational Therapy, 62, 625-683. USA.
- Barret, Laura; Kielhofner, Gary (2005). Teorías derivadas de las perspectivas del comportamiento ocupacional en Crepeau; Cohn y Schell (2005) Terapia Ocupacional (10º edición). Sección I: generalidades sobre el comportamiento ocupacional, 209-212. Editorial Panamericana. España.
- Pellegrini, Mariel (2004). Terapia Ocupacional en el Trabajo de Salud Comunitaria. Disponible en:
<http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Salud-Comunitaria.shtml>

Aporte de T.O: Construyendo escenarios de riesgo

Autores: Giacosa Jessica, Miñoz Soledad, Peleato Laura.

Consideramos de gran importancia el rol del T.O como actor social en situación de emergencias y desastres, valorando esta temática como emergente dentro del campo profesional.

En el marco del CAI+D¹ "Análisis de mapas de riesgo disponibles en organismos oficiales de la ciudad de Santa Fe y de la percepción del riesgo por parte de pobladores. Un aporte a la construcción de ciudades resilientes" (Resol. C.S. Nº 321), se participó del Curso de Extensión: "Riesgos de desastres y Mapas de riesgos. Una herramienta para la prevención y reducción." Destinado a la capacitación y actualización para estudiantes.

El trabajo final realizado en el curso mencionado, consistió en la construcción de un *Escenario de Riesgo*. Para reducir los riesgos de desastres y promover una cultura de resiliencia debemos conocer las amenazas y factores de vulnerabilidad a los que se enfrentan las sociedades, para luego adoptar las medidas oportunas en función de este conocimiento. Los escenarios de riesgo son instrumentos que contribuyen a tal fin². (EIRD)

El lugar seleccionado fue la Ciudad de Vera ubicada al norte de la Provincia de Santa Fe.

La evaluación del riesgo implicó utilizar en forma sistemática la información disponible para determinar la posibilidad de que ocurran determinados sucesos, así como la magnitud de sus posibles consecuencias³. (OPS, 2006)

Para este proceso fue necesario identificar la naturaleza, ubicación y probabilidad de amenazas; determinar el grado de vulnerabilidad; definir las capacidades y recursos de que dispone la comunidad para enfrentar o manejar las amenazas como así también el grado de riesgo aceptable. (EIRD)

Se utilizó como estrategia la percepción que poseen las personas sobre los riesgos a las que están expuestas. Esto favoreció enriquecer la información disponible para la elaboración de dicho trabajo.

El interés que despertó este trabajo en las instituciones y actores sociales del lugar se tradujo por un lado, en la activa y entusiasta participación con el aporte de información, documentación y experiencias. Y por otro lado, generó la demanda de devolución del producto final, instancia no prevista en el trabajo planificado, pero sumamente valiosa porque constituye el paso necesario para que la comunidad se apropie de una herramienta que puede contribuir a estar mejor preparados para afrontar situaciones de desastres. (Scaffa, 2006)

Bibliografía

- OPS (2006) "Guías para la elaboración de mapas de riesgos comunitarios" Quito, Ecuador
Secretaría Interinstitucional de la Estrategia Internacional para la Reducción de Desastres, N.U. (EIRD /ONU). "Vivir con el Riesgo. Informe Mundial sobre iniciativas para la reducción de desastres versión 2004". Cap. 2 Evaluación del riesgo.
- Scaffa, M et al. "The Role of Occupational Therapy in Disaster Preparedness, Response, and Recovery". En: The American Journal of Occupational Therapy, November/December 2006, Vol. 60, Number 6.

¹ CAI+D (Curso de Acción para la Investigación y Desarrollo).

² Secretaría Interinstitucional de la Estrategia Internacional para la Reducción de Desastres, N.U. (EIRD /ONU). "Vivir con el Riesgo. Informe Mundial sobre iniciativas para la reducción de desastres versión 2004". Cap. 2 Evaluación del riesgo.

³ OPS (2006) "Guías para la elaboración de mapas de riesgos comunitarios" Quito, Ecuador.

Blaikie. "Vulnerabilidad. Entorno Social, político y económico de los desastres".

"Estrategia Internacional para la Reducción de Desastres".

"Marco de Acción de Hyogo para 2005-2015".

Natenzon. "Vulnerables frente al riesgo".

Masgrau. "Los mapas de riesgo de inundaciones: representación de la vulnerabilidad y aportación de las innovaciones tecnológicas".

Rosenfeld. "Un modelo de acción por medio de la actividad".

Código de ética en terapia ocupacional

Autor: Salzamendi, Ma. Jazmin – supervisa: Presa, Juliana
Correo Electronico: jazzsalzamendi@gmail.com

Resumen:

Introducción

El trabajo aborda la temática de los códigos de ética de terapia ocupacional en Argentina.

Objetivos

- Relevar la actualidad de los códigos de ética de Terapia Ocupacional en Argentina.
- Conocer el modo de regulación de aquellos.
- Considerar la necesidad de la creación de un código nacional.
- Indagar sobre el conocimiento profesional y estudiantil respecto ésta temática.

Material y métodos

Material bibliográfico.

Recopilación, lectura y análisis de códigos de ética en Argentina.

Entrevistas:

1 Profesional de TO del área de Salud Mental.

2 Profesionales de TO del área de Rehabilitación Física

Directora de Carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional - Universidad de San Martín (UNSAM): Lic. Gladys Rearte

Presidenta de AATO e integrante del Capítulo de Ejercicio Profesional AATO: Lic. Sara Daneri

Resultados

Cada código de ética se encuentra vinculado a una Asociación o Colegio, salvando las particularidades y necesidades regionales. Existen actualmente en la Argentina cuatro Códigos de Ética:

- AATO (Asociación Argentina de Terapistas Ocupacionales) adhiere al código de ética de la WFOT (Federación Mundial de Terapistas Ocupacionales).

- Entre Ríos, Santa Fe y Tucumán poseen colegios con códigos propios.

Al involucrarse en una asociación o colegiarse en una provincia, el profesional adhiere al código, y comienza a regirse por normas y principios de éste. El resto de los terapeutas del país no son punibles ante estos códigos.

Se releva un desconocimiento respecto la situación actual de los códigos de ética profesional, así como el modo de regulación de los mismos.

Conclusión

Sería conveniente considerar la posibilidad de elaborar un código de ética a nivel nacional que, respetando las autonomías provinciales propias del sistema republicano y federal de Argentina, refleje los comportamientos profesionales esperados de los terapeutas ocupacionales.
Ma. Jazmín Salzamendi

Los desafíos son:

- Alcanzar consenso a nivel nacional entre el conjunto de los colegios y asociaciones profesionales existentes y colegas del país para su elaboración.
- Adhesión por parte de todas las organizaciones de TO del país, ello requiere un debate interior del grupo profesional comprometido con el tema y de una amplia participación a fin de establecer las bases éticas de la profesión.
- Estimular el interés de profesionales y estudiantes sobre la temática abordada, pues se observa desconocimiento y falta de información al respecto.

Beneficios de un código propio y unificado:

- Posicionamiento de Terapia Ocupacional como profesión socio sanitaria: comprometida en la defensa del Derecho Humano y Social a la salud y la vida de las personas, familias y comunidades.
- Unificación de principios éticos. Guía de prácticas profesionales y protección ante un conflicto.
- Código de Ética ajustado a las características económicas, culturales, sanitarias, de idiosincrasia, etc. de la región

Esta propuesta se sustenta en la experiencia Latinoamericana de Enfermería, que a partir de su inclusión como profesión de salud dentro del Mercosur elaboró su Código de Ética alcanzando los acuerdos necesarios a nivel regional. (Consejo Regional de Enfermería - CREM- y su Declaración de Principios del año 2013).

La Terapia Ocupacional está en camino a su inclusión en el Mercosur, nos espera un gran compromiso por delante...

Compartiendo experiencias de terapia ocupacional en la residencia interdisciplinaria en salud mental (RISaM)

Autor: Della Savia, Celeste; Pedroni, Carla; Rey Mariana;
Reynoso Rocio; Rodriguez Anabella, Tomatis Lia.
Correo electrónico: liatomatis@yahoo.com.ar

Resumen

Introducción:

La Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental es una instancia de postgrado que ofrece formación teórico-práctica con especialización en Salud Mental. Se accede a esta instancia mediante concurso público, con dependencia del Ministerio de Salud de la Provincia de Entre Ríos, el cual otorga una beca por cuatro años. Cabe aclarar que es una de las pocas residencias del país que cuenta con cargo para Terapia Ocupacional.

Objetivo:

Esta presentación intenta dar cuenta de las experiencias disciplinares realizadas en el marco de las rotaciones de la RISaM por diferentes efectores y dispositivos.

Método y Material:

El material expuesto en el poster fue obtenido a través de la puesta en común de las diferentes experiencias durante los espacios de supervisión de la RISaM. La diversidad de experiencias resultó en la necesidad de la presentación de este trabajo bajo la modalidad de Poster.

Conclusión:

Las experiencias compartidas dan cuenta de que las problemáticas que se atienden en salud mental son complejas, ya que implican siempre una transversalidad de saberes, en tanto se acompaña sujetos en su cotidianeidad. Esto exige comprender y actuar en el complejo entramado donde transita la vida de las personas.

Integratón Bruno Margaría

Autor: López, Magalí

Correo electrónico: magalic_lopez@hotmail.com

Resumen

Introducción:

En el 2011 surgió desde Crecer, Centro de Integración del Discapacitado, y el IPEM 346 "República Argentina" (colegio secundario ubicado en barrio periférico de la ciudad) un proyecto anual en el que se planificaron encuentros de diferentes características; actividades artísticas, de reciclaje y de expresión corporal, con el fin de promover valores ligados a la solidaridad, el respeto por el otro y la inclusión. Hacia el final del proyecto, surgió el interrogante de cómo construir un cierre que impacte positivamente en los participantes: ¿cómo motivar a estos jóvenes a continuar realizando experiencias compartidas? y ¿cómo poder visibilizar e incluir este tipo de actividades en otros escenarios sociales?.

Marco Teórico:

El Modelo de Ocupación Humana (Kielhofner, 2011), posee 3 componentes íntimamente interrelacionados: volición, habituación y capacidad de desempeño. La ocupación es un proceso dinámico a través del cual mantenemos la organización de nuestras mentes y cuerpos. Creamos nuestras capacidades, nuestros pensamientos y sentimientos acerca de nosotros mismos, nuestras identidades sociales y nuestros hábitos a través de lo que hacemos. (Kielhofner, 2011)¹. Entonces podría pensarse a la ocupación humana como un proceso en movimiento, para *encontrar y modelar el sentido a todos nuestros actos y dominar el ambiente*.

Proyecto:

"La Integratón Bruno Margaría" es una maratón adaptada en la que participan en forma mixta personas con y sin discapacidad.

A la actualidad cuenta con cuatro ediciones anuales realizadas. Sus objetivos:

Promover la inclusión de los distintos sectores sociales de la comunidad.

Fomentar el respeto y la solidaridad hacia el otro.

Estimular la participación social en actividades recreativas, deportivas y de esparcimiento.

Conclusiones y reflexiones:

Se percibió gran crecimiento en la participación y colaboración de los distintos sectores de la comunidad.

Reconocimiento de la actividad desde la Municipalidad.

¿Cómo poder utilizar e incluir instrumentos de mediciones subjetivos? Y mediciones objetivas?

Referencias:

Kielhofner. G. (2011). Dinámica de la Ocupación Humana. En G. Kielhofner. *Modelo de Ocupación Humana .Teoría y aplicación*. (4ª edición, p 45). Editorial Médica Panamericana.

Participación del bebé en relaciones diádicas con el adulto, en niños a los 2-4-6 meses de edad que posteriormente fueron diagnosticados con trastornos del espectro autista. estudio retrospectivo - microgenético de casos desde las coordenadas de las artes temporales.

Autores: Tinta, María Ernestina; Zenklusen, Selene; Benassi, Julia; Ospina Tascón, Vivian.
Correo electrónico: juliabenassi.jb@gmail.com

Resumen

El presente estudio dirige su mirada en los primeros intercambios que se establecen entre el bebé y el adulto, aquellos que ocurren antes del desarrollo de la comunicación referencial y que conducirán a estados de comunión. Se parte desde dos vías de estudio; por un lado la perspectiva evolutiva con foco en la génesis de las Artes Temporales y por otra parte, perspectivas actuales sobre detección temprana en autismo, con el propósito de entrecruzar ambas y cuestionarnos acerca de cómo se suscitan estas primeras interacciones en aquellos bebés posteriormente diagnosticados con TEA. Se pretende indagar de qué manera se produjo en el niño, posteriormente diagnosticado con TEA, la participación corporal y el despliegue de su condición sensible en las primeras experiencias intersubjetivas (2-4-6 meses) en relación con las actuaciones ofrecidas por los adultos en situaciones de encuentros diádicos. Se propone desarrollar un Estudio de Caso de tipo Exploratorio realizando un análisis retrospectivo-longitudinal de filmaciones caseras de dos niños que posteriormente fueron diagnosticados con autismo. Se considera que el método más adecuado para la investigación es el microanalítico ya que supone un análisis detallado de la participación del bebé ante la actuación del adulto. La investigación pretende generar aportes a la evaluación temprana del autismo desde coordenadas aún no investigadas: la musicalidad y el movimiento.

Participación social del anciano: estudio bibliométrico de la producción científica reciente (2010-2013)

Autor: Carolina Rebellato, Maria Cristina Piumbato Innocentini, Hayashi Thelma Simões Matsukura; Ana Terra Guazzelli Façanha Fonseca
Correo electrónico: carorebellato@ig.com.br

Resumen

La literatura científica mundial, en consonancia con las políticas públicas específicas para la población anciana, hace hincapié en que la participación social es uno de los pilares para el envejecimiento activo. Sabiendo que la terapia ocupacional se preocupa a la relación entre la promoción de la salud, y la participación de las personas, organizaciones, y las poblaciones hacia un compromiso con la ocupación, es importante investigar sobre este campo de asunto. En esa investigación, la producción científica sobre la participación social del anciano es investigada, a través de estudio bibliométrico que ha analizado 44 artículos disponibles en la Biblioteca Virtual en Salud (BVS/Bireme). Los resultados han revelado que esos estudios son recientes y la mayoría se ha desarrollado y se ha publicado en países europeos y norteamericanos. Han predominado estudios transversales, con enfoque de los datos cuantitativo. Los ancianos no institucionalizados han sido el principal público destinatario de las investigaciones, que han utilizado, sobre todo, instrumentos no estandarizados para investigar la participación social. Los autores han enfocado diferentes dominios y niveles de implicación social y han reconocido la participación social como un indicador de envejecimiento activo y saludable. Ha sido posible verificar la influencia de determinantes contextuales en la participación social de ancianos, reforzando su complejidad y multidimensionalidad.

T.O en el desarrollo de prácticas comunitarias en situación de riesgo

Autores: Giacosa Jesica, Miñoz Soledad, Peleato Laura

Durante la etapa de emergencia de los desastres, todos los profesionales de la salud o no están llamados a prestar voluntariamente sus servicios para el bien de los demás. Se hace evidente un punto de encuentro entre terapia ocupacional y las comunidades afectadas por desastres o vulnerables.

Es de destacar esta temática como emergente dentro del campo profesional de la T.O, y la identificación de vacíos críticos en el conocimiento actual como en las limitadas investigaciones sobre el tema.

Estudiantes de Lic. en T.O de la UNL se encuentran desarrollando una investigación para su Trabajo Final de grado. La misma es de orientación cualitativa, de tipo exploratoria con el propósito de describir y analizar las *intervenciones de los T.O durante la emergencia hídrica del año 2013 en centros de evacuados en la Ciudad de la Plata* y narrar la realidad tal como la experimentaron los sujetos en cuestión.

Teniendo en cuenta la rapidez con que actualmente acontecen estos hechos, la realidad se transforma y nos toma de sorpresa a todos, dicho estudio tiene como propósito realizar un aporte a la construcción del conocimiento en un área de intervención emergente con poco desarrollo: desastres, de modo de aportar a la comprensión de nuestro rol y razonamiento profesional en un escenario complejo.

Para la recolección de datos se utilizarán fuentes documentales y entrevistas en profundidad, lo cual permite capturar la perspectiva del informante en tópicos relevantes.

Se espera con este estudio orientar en la preparación de los T.O para trabajar en la recuperación psicosocial de los damnificados. Crear conciencia en referencia a la vulnerabilidad, los riesgos y las situaciones de emergencia, favoreciendo el desarrollo de una cultura preventiva que dé respuesta y minimice el impacto posibilitando a las personas que no pierdan sino que retomen, lo antes posible, la capacidad de gestionar lo cotidiano evitando la re victimización, alentando la máxima expresión de sus capacidades y la participación en su entorno personal, social, cultural y económico. (Paganizzi)

Es importante reflexionar sobre la producción de conocimiento e investigar para abordar la problemática actual.

Bibliografía

AJOT, 2006, "El rol de terapia ocupacional y la preparación para desastres", en The American Journal of Occupational Therapy, Vol. 60. N. 6. USA.

Andrade, Maria Isabel and Scarpati, Olga Eugenia. "Recent changes in flood risk in the Gran La Plata, Buenos Aires province, Argentina: causes and management strategy". *Geo-Journal*, 70 (2007): pp. 245-250.

Buenos Aires Provincia. *Consejo Provincial de Emergencias: Ministerio de Desarrollo Social*. <http://www.cpe.gba.gov.ar>.

Cruz Roja Argentina, "Desastres", Documento de Políticas Internacionales: Plan Estratégico de Cruz Roja Argentina. 16 de diciembre de 2005.

- Decima, Juan. "Porque se inundó La Plata". Clarín. 7 de abril de 2013. <http://www.clarin.com.ar>.
- Dutton, Kateryn. "La vulnerabilidad de la tercera edad en desastres naturales: un estudio de la inundación en La Plata", Argentina 2 de abril de 2013." SIT Argentina: Salud Pública en Ambientes Urbanos.
- Fundación de Edificios y Donaciones Educativas. Programa nacional de conservación, mitigación, mantenimiento y seguridad del edificio escolar. Caracas; 1998.
- Pico, G. y Portillo, F. "El desbordamiento del Rio Salado e inundación en la Ciudad de Santa Fe y alrededores, abril de 2003. La articulación de la ayuda humanitaria". Proyecto Mille-nium. Buenos Aires. 2004.
- Huber, H. y Guerin, M. A. *El imaginario urbano de Norah Borges*. En: IX Jornadas sobre Imaginarios Urbanos. Facultad de Arquitectura, Diseño y Urbanismo. CEHCAU, Universidad de Buenos Aires. 2000.
- Ing. Amarilla, R y col. "Estudio sobre la Inundación ocurrida los días 2 y 3 de abril de 2013 en las ciudades de La Plata, Berisso y Ensenada" Facultad De Ingeniería Hídrica, Universidad Nacional de La Plata". Mayo 2013.
- INTOCA: "La modificación de hábitos y rutinas diarias de personas afectadas por la catástrofe hídrica de la Ciudad de Santa Fe en el año 2003".
- Hardoy, J. y Pandiella, G. "Adaptación de las ciudades Argentinas a los efectos del cambio y la vulnerabilidad climática". Medio ambiente y urbanismo. 8 de febrero de 2007:pp. 45-48
- Lindón, A. "Los Imaginarios Urbanos y el constructivismo geográfico: los hologramas espaciales". *Revista Eure*. Vol. XXXIII, N° 99. Pp. 31-46. Santiago de Chile. (2007)
- Lozano, A. 1995, "La Construcción social del medio ambiente a partir de los acontecimientos catastróficos que lo destruyen". Publicado en: Revista de la Facultad de Ciencias de la Información. UCM. Número extraordinario, pp. 47-67. Madrid. España.
- Marco de trabajo para la práctica de Terapeutas Ocupacionales: Dominio y Proceso. 2º edición.
- Marosi, Pablo. "La Plata no uso el dinero destinado a prevenir las inundaciones". La Nación. 25 de Mayo de 2013. <http://www.lanacion.com.ar>
- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. *Emergencia Hídrica en la Ciudad de La Plata: reporte de situación*. Abril de 2013. Sub secretaria de Coordinación y Atención de la Salud: Dirección Provincial de Medicina Preventiva y Atención Primaria de la Salud.
- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, *Emergencia Hídrica en la Ciudad de La Plata: Reporte de Situación. Abril 2013; OPS, Indicadores Básicos*.
- Natenzon, C. 2006. "vulnerables frente al riesgo" Publicado en: Conciencia, año 12, N° 16, Julio 2006. Ediciones de la Secretaria de Ciencias y Técnica de la Universidad Nacional del Litoral. Santa Fe, Argentina.
- Red Internacional para la Educación en situación de Emergencia. Normas mínimas para la educación en situación de emergencia, crónicas, y reconstrucción temprana. París: INEE, 2004.
- Rosenfeld, M.S. 1989." Occupational disruption and adaptation: A study of house fire victims en American" *Journal of Occupational Therapy* 4, 89-96.
- Scaffa, M et al. "The Role of Occupational Therapy in Disaster Preparedness, Response, and Recovery". En *The American Journal of Occupational Therapy*, November/December 2006, Vol. 60, Number 6
- Sistema nacional para la prevención, mitigación, y atención de desastres. Administración de albergues temporales. Managua: SINAPRED; 2006.
- Subirats, E. 2005, "Las catástrofes naturales no existen", en *Diario Página 12*, Mes Septiembre, Contratapa, pp. 32, Buenos Aires, Argentina

UNESCO. Marco de acción de Dakar. Paris; 2000. Pp 19. www.unesco.org/efa
UNICEF. "La escuela como albergue, una realidad que perjudica a la niñez". www.unicef.org
UNICEF. Manual para situaciones de emergencia sobre el terreno. Nueva York; 2005.
www.desaprender.org. Portal para la promoción del aprendizaje basado en la experiencia, a favor de la reducción del riesgo.
www.revistatog.com

Ayudas técnicas en baja tecnología apoyando la Autonomía a través de la accesibilidad.

Autores: Garriga, Jimena; Romano, Gabriela.

El poster introduce al abordaje de las ayudas técnicas en baja tecnología considerando estas como una herramienta fundamental en el ejercicio de la terapia ocupacional, permitiendo que los usuarios se involucren en una ocupación de forma autónoma y así logrando una completa participación activa.

El profesional interviene en la evaluación, el asesoramiento, diseño y confección de las ayudas técnicas, teniendo la posibilidad de utilizar materiales de bajo costo, brindando accesibilidad, llegando a usuarios de diferentes realidades socio-económicas.

Está dirigido a los profesionales de la TO y especialmente a estudiantes para que desde su formación tengan en cuenta esta valiosa herramienta que enriquecerá sus prácticas profesionales, especialmente si estas se dan en los sectores más vulnerables de nuestra sociedad.

Interdisciplina en la reinserción laboral de un paciente con TEC en ámbito hospitalario.

Autor: Weihmuller, Irene
Correo electrónico: irew@hotmail.com

Resumen

Introducción: La reinserción laboral es una etapa fundamental dentro del proceso de rehabilitación del paciente. La valoración de los componentes de desempeño y el análisis de la actividad en el puesto de trabajo son procedimientos esenciales dentro de este proceso. **Objetivo:** Desarrollar un programa de reinserción laboral dentro del ámbito hospitalario para poder valorar el desempeño del paciente de forma activa.

Material y Métodos: Paciente masculino de 65 años, odontólogo, diestro.

TEC cerrado en la vía pública. Fractura de peñasco izquierdo, hematoma ténporo parietal izquierdo.

Hipoacusia severa O.I., mareos e inestabilidad, trastornos cognitivos y funcionales.

Etapas de intervención:

1ª: Evaluación neurocognitiva y funcional, a la semana del alta.

2ª: Rehabilitación durante 3 meses con una frecuencia de 3 sesiones semanales.

3ª: Reevaluación.

4ª: Programa interdisciplinario de reinserción laboral dentro del ámbito hospitalario con el apoyo del servicio de odontología. Reuniones periódicas entre los profesionales, entre profesionales, paciente y familiar para planificar la incorporación progresiva del paciente a la actividad.

Resultados

Neuropsicología:

Déficit atencional moderado, leve en memoria episódica visual y en funciones ejecutivas. Lenguaje conservado. Tratamiento y reevaluación.

Terapia Ocupacional:

Evaluación en áreas, componentes y contextos de desempeño. Entrenamiento basado en las demandas profesionales del paciente. Reevaluación.

Conclusión

El trabajo de inserción laboral, interdisciplinario, planificado, gradual y progresivo, favoreció la reinserción laboral del paciente.

El paciente logro generalizar las actividades realizadas en el hospital en el ámbito privado.

La tecnología al servicio de la Rehabilitación. El uso de las redes sociales en personas con Traumatismo Encéfalo Craneano

Autores: Pattacini; Torres Ardila, María Julia; Ciampa, María Agostina; Suppicich, Fernanda.

Introducción

Las tecnologías de la información y la comunicación (TICs) desempeñan un papel importante en el diagnóstico y tratamiento de pacientes como también, en las áreas de estimulación y rehabilitación.

Objetivos

El presente trabajo consiste en explorar el impacto de las redes sociales en el proceso de rehabilitación en pacientes con Traumatismo Encéfalo Craneano.

Material y métodos

Dicho proyecto fue desarrollado en sesiones grupales, durante tres meses, con frecuencia semanal de una hora de duración. Se creó un grupo de Facebook, a partir del cual se entrenaron estrategias de búsqueda de información y medios para su publicación. Para su evaluación, se diseñaron herramientas específicas, permitiendo recabar datos cualitativos acerca de la percepción de los pacientes sobre el uso de las herramientas tecnológicas, en relación con su importancia y significación en la vida cotidiana. Asimismo, se relevaron datos cuantitativos acerca de cómo los participantes utilizan la computadora y la capacidad de desempeño, que favorecen o limitan la ejecución.

Resultados

Durante las actividades relacionadas con el uso de TICs se observó compromiso y motivación por parte de los participantes. La generalización de estas herramientas en otros espacios fue limitada, requiriendo de apoyo constante por parte del profesional, denotando la escasa incorporación de su uso en la vida cotidiana de manera independiente, como resultado de la dificultad para seguir los pasos en la tarea. Se evidenció que en instancias que cuentan con el apoyo necesario, accedían, participaban y discutían basándose en las fuentes de información.

Conclusiones

Se notó un alto nivel de motivación e interacción, que aumentó progresivamente a partir del uso de TICs. Por ello, para la continuidad del proyecto, y a fin de favorecer un impacto del entrenamiento, es necesario el apoyo y acompañamiento en otros espacios de su vida cotidiana.

Realidad Virtual y Videojuegos en Rehabilitación: Experiencia CAU-UNSAM

Autor: Aranda; Juan José.

Introducción

Las innovaciones tecnológicas han permitido avances en el desarrollo de sistemas que utilizan sensores de captación de movimiento y la realidad virtual como un interfaz entre el paciente y la computadora. La realidad virtual tiene múltiples usos dentro del campo de la medicina y la rehabilitación. Permite el entrenamiento, basado en ejercicios de simulación, de capacidades como el equilibrio, entrenamiento de los traslados de peso, transferencias, transiciones de sedestación a bipedestación. Asimismo trabaja el miembro superior en alcances en el plano de la mesa y con la extremidad superior en suspensión y la reeducación de patrones funcionales para el alcance de las diferentes partes del cuerpo.

Objetivo

Abrir un espacio dentro del CAU-UNSAM para el desarrollo e investigación de tecnologías basadas en la realidad virtual y en la captación de movimiento que brinde herramientas para el entrenamiento y la rehabilitación de determinadas funciones que se han visto afectadas o bien se han perdido a causa diversas patologías.

Material y Métodos

Se comenzó la experiencia con la utilización de la Consola Wii de Nintendo incorporando la plataforma Balance Board. Posteriormente se sumó la Consola Xbox 360 con tecnología Kinect. Finalmente se comenzaron las pruebas con el Google CardBoard y el dispositivo Leap Motion. En una primera etapa solo se fijaron criterios de exclusión (comprensión/visión)

Resultados, Conclusiones y Discusiones

La tecnología de captura de movimiento convierte al usuario en el actor principal de la rehabilitación, sin necesidad de llevar ningún tipo de cable ni de sensor. Se destaca el manejo sencillo e intuitivo. El componente lúdico y de superación. Es válido para distintos grados de discapacidad. Surge la motivación como factor destacado. Se necesita seguir con el estudio de casos para evidenciar cambios en relación a las terapias tradicionales.

Terapia ocupacional y dolor crónico por cervicalgia

Autor: Amuchastegui, Carolina
Correo electrónico: licamuchastegui@gmail.com

Introducción

Dentro de un programa integral e interdisciplinario de rehabilitación del dolor crónico, promover la independencia del paciente, su regreso al trabajo, y motivarlo para responsabilizarse de gran parte de su recuperación, es fundamental.

En Terapia Ocupacional se analizan sus ocupaciones para ajustar la mecánica corporal y evitar el aumento de la lesión y/o dolor. El éxito del tratamiento se mide por el aumento de ocupaciones del paciente y mejora de la capacidad para enfrentar las demandas del trabajo y el hogar.

Objetivo

Analizar la correlación entre el nivel de dificultad en el desempeño de las AVD y el dolor cervical, antes y después del tratamiento en Terapia Ocupacional de dicha patología.

Material y Método

Investigación exploratoria correlacional. Población: 126 pacientes con cervicalgia crónica, de 20 a 82 años. Sesiones individuales y/o grupales: entrenamiento en mecánica corporal para actividades básicas e instrumentales; asesoramiento en *adaptaciones, ayudas técnicas, simplificación de tareas, conservación de energía; rutina diaria*.

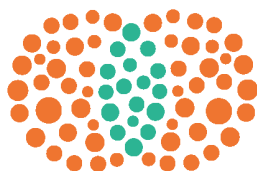
Evaluaciones al inicio y fin del tratamiento: *Health Assessment Quality (HAQ-20)* y *Cuestionario de Dolor Cervical (Northwick Park Neck Pain Questionnaire)*.

Resultados

Pacientes con leves y moderadas dificultades en el desempeño al inicio del tratamiento, obtuvieron mayores beneficios en la menor duración e intensidad de los síntomas; sin embargo, quienes registraron severas dificultades, mejoraron significativamente en el área laboral y las tareas del hogar, abordaje éste, específico de terapia ocupacional.

Conclusiones

El adiestramiento en movimientos biomecánicos adecuados para efectuar diversas ocupaciones colabora en el desempeño en las AVD y AVDI previniendo y controlando la aparición de cervicalgias, esto se refleja en los avances de su funcionalidad. Lo dicho se enmarca en un trabajo interdisciplinario, sin el cual estos resultados no serían posibles.



IX CONGRESO ARGENTINO
de TERAPIA OCUPACIONAL

El encuentro con el otro transforma escenarios

