



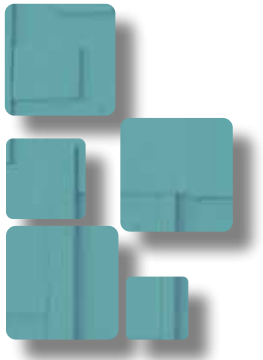
# REVISTA ARGENTINA DE TERAPIA OCUPACIONAL

Año 3 - N° 2  
Diciembre 2017  
ISSN 2469-1143



## AATO

Asociación Argentina  
Terapeutas Ocupacionales



# Editorial

Andrea Albino | Silvia Narvárez | Cecilia Caillet-Bois | Celina Mariscal | Daniela Testa | Agustina García Sartirana

## Andrea Fabiana Albino

Licenciada en Terapia Ocupacional (UBA). Especialista en Metodología de la Investigación Científica (UNLa). Docente de UBA y UNSAM.

## Silvia Elena Narvárez

Terapeuta Ocupacional (ENTO). Licenciada en Terapia Ocupacional (UNSAM). Posgrado en Patrimonio Cultural y Turismo Sostenible Cátedra UNESCO (UNTREF). Fue Docente en la carrera de Terapia Ocupacional en ENTO, UBA y UNSAM.

## Cecilia Caillet-Bois

Licenciada en Terapia Ocupacional (UBA). Docente de la EUTM. Residencia y Jefatura de Residencia de Terapia Ocupacional (2009 - 2013) CABA. Residencia Posbásica Interdisciplinaria de Gerontología (2013 - 2015) CABA.

## Celina Mariscal

Licenciada en Terapia Ocupacional (UBA). Fue docente en Universidad Abierta Interamericana. Formación avanzada en Neurodesarrollo. Nivel 4 en Certificación Argentina en Integración Sensorial.

## Daniela Eldevis Testa

Licenciada en Terapia Ocupacional (UNSAM). Magister en Diseño y Gestión de Programas Sociales (FLACSO). Doctora en Ciencias Sociales (UBA).

## Agustina García Sartirana

Licenciada en Terapia Ocupacional (UNSAM). Residencia y Jefatura de Residencia de Terapia Ocupacional (2011-2015) CABA.

revistatoargentina@gmail.com

Estamos finalizando el año y mientras terminamos de editar este número, en nuestro país se desarrollan diferentes acontecimientos sociales que como terapeutas ocupacionales nos interpelan, nos llaman a la reflexión y al mismo tiempo nos incluyen y afectan. El avasallamiento de derechos que se está dando en el último tiempo desde las políticas de Estado nos obliga a ser conscientes y tomar posición frente a ello. No podemos ser sólo testigos frente a las injusticias sociales que están afectando/nos a todos los ciudadanos.

Es en medio de diferentes encuentros con colegas para dirimir líneas de acción en defensa de los derechos de las personas con discapacidad, así como también nuestros derechos como trabajadores y sobre la Ley Nacional de Salud Mental, que finalizamos la edición de la Revista.

Los artículos seleccionados para este número incluyen una revisión sistemática realizada por Gustavo Reinoso y Sarah E. Cernat sobre la *Eficacia de la Terapia del Movimiento Inducido por Restricción (TMIR) con intensidad reducida en la mejoría de la función de las extremidades superiores en niños con Parálisis Cerebral Hemipléjica* consiste en una investigación de literatura y estudios realizados a fin de determinar la eficacia de una TMIR de intensidad reducida en la mejoría de la función de la extremidad superior en niños con Parálisis Cerebral Espástica (CP).

Encontramos además un relato de experiencia de Andrea Gomez sobre Un caso de *Parálisis Braquial de origen perinatal y su abordaje a través de hidroterapia* en el que además de realizado un tratamiento de rehabilitación convencional de un niño en consultorio, se agregó el abordaje desde hidroterapia. Se destaca la importancia de incorporar hidroterapia al tratamiento de rehabilitación en Terapia Ocupacional y la autora hace referencia a una evolución favorable del cuadro.

Continuando con estudios vinculados al trabajo de colegas con niños se incorpora a este número *El cuidado de la salud infantil desde la mirada de los actores de la comunidad. Una experiencia de investigación comunitaria* cuyos autores son Macarena Abregú, Liliana Arce, Milagros Demiryi, Graciela Fernández, Carolina Ledesma, Soledad Piatis y Stella Maris Yantani. Esta experiencia se está desarrollando en dos barrios del conurbano bonaerense con el objetivo de realizar la detección precoz de problemas de salud infantil. Aquí el lector encontrará una investigación aplicada con enfoque comunitario y técnicas mixtas.

Se incluye en este número otros relatos de experiencias, uno cuyo título es: *Persnas mayores socialmente vulnerables y Terapia Ocupacional: reflexiones sobre una práctica*, de Claudia Reinoso Araujo de Carvalho, Monica Villaça Gonçalves, Patricia Takeno Cologna Lucif, Janaína Santos Nascimento, Carolina Rebellato, Mariana Vianna Zaquieu da Fonseca, Paloma Vianna Ribeiro Vieira y Suelen Gemaque Pinho,

basada en un proyecto de extensión de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Federal de Rio de Janeiro, en colaboración con el Departamento de Desarrollo Social de la ciudad de Río de Janeiro. El proyecto está basado en la atención de ancianos en situación de vulnerabilidad social, que perdieron sus lazos familiares y sociales y el objetivo principal es rescatar las historias de vida de las personas mayores para que puedan mejorar el desempeño de las funciones psicológicas y sociales.

Así mismo se encuentra el trabajo denominado *Espiritualidad, ritual y significado en un espacio de Terapia Ocupacional. Té para diez. Teorizando el té de sobre mesa*, de María Guadalupe Díaz Usandivaras, fundado en una intervención sobre las ocu-

paciones en una institución de Salud Mental como promotor de la Identidad Ocupacional de los residentes del lugar . Se abordan conceptos como espiritualidad, ritual e identidad en las ocupaciones.

La reseña bibliográfica *Terapias ocupacionales desde el Sur. Derechos humanos, ciudadanía y participación* realizada por Andrea Albino presenta el libro producto de un trabajo colectivo de terapeutas ocupacionales que desarrollan prácticas en Latinoamérica y realizan una reflexión dialéctico crítica sobre los fundamentos epistémicos de las mismas.

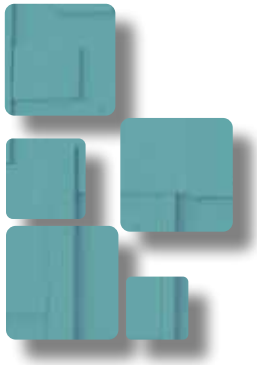
Es nuestro deseo que disfruten de la lectura de este número y que hallen en los diferentes trabajos abordajes de interés. ■

**Comité Editorial**

---

**Cómo citar este artículo:**

Albino, A., Narváez, S., Caillet-Bois, C., Mariscal, C., Testa, D., García Sartirana, A. (2017). Editorial. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 3(2), 1-2.



# Eficacia de la Terapia del Movimiento Inducido por Restricción (TMIR) con intensidad reducida en la mejoría de la función de las extremidades superiores en niños con Parálisis Cerebral Hemipléjica: Una Revisión Sistemática

## Efficacy of reduced constraint-induced movement therapy: A Systematic Review

### Gustavo Reinoso

PhD, OTR/L. Profesor y Director de Tecnología. Departamento de Terapia Ocupacional. Nova Southeastern University (NSU) – Tampa

greinoso@nova.edu

### Sarah E. Cernat

OTD-S Programa de Doctorado en Terapia Ocupacional. Departamento de Terapia Ocupacional Nova Southeastern University (NSU) – Tampa

sd1497@mynsu@nova.edu

Gustavo Reinoso, Sarah E. Cernat

### Resumen

No existe un protocolo estandarizado definido para la Terapia de Restricción-Inducción de Movimiento (TMIR). Los terapeutas enfrentan limitaciones concernientes a la cobertura de los seguros médicos, personal capacitado, y compromiso del paciente lo que limita la viabilidad en la implementación de un protocolo completo de TMIR. Reducir la intensidad de la TMIR, definida como la restricción de la extremidad superior no afectada en el paciente, combinada con menos de 60 horas de terapia directa, puede evitar las dificultades mencionadas anteriormente. La presente revisión sistemática apunta a determinar la eficacia de una TMIR de intensidad reducida en la mejoría de la función de la extremidad superior en niños con Parálisis Cerebral Espástica (PC). Se realizó una investigación de la literatura y estudios realizados entre los años 2001 y 2016 en PubMed, CINAHL complete, PsychINFO, y Cochrane Central Register of Controlled Trials, encontrando 14 estudios relevantes. Resultados inconsistentes favorecen la TMIR de intensidad reducida como un medio efectivo para incrementar la funcionalidad unimanual y bimanual, fuerza y rango de movimiento en niños con Parálisis Cerebral Hemipléjica. Evidencia robusta y consistente apoya la mejoría en el desempeño ocupacional por medio de la TMIR de intensidad reducida. Se necesitan más estudios que comparen las diferentes intensidades de la TMIR bajo protocolos definidos para obtener evidencia concluyente con respecto a la CIMT de intensidad reducida y establecer un umbral de intensidad.

**Palabras clave:** Parálisis Cerebral, extremidad superior, revisión sistemática, Terapia del Movimiento Inducido por Restricción (TMIR).

### Abstract

*A standard constraint-induced movement therapy (CIMT) protocol has yet to be established. Therapists are faced with limitations surrounding insurance coverage, staffing, and patient compliance which limits the practicality of full-dose CIMT. Reduced intensity CIMT, defined as restraint of a patient's non-affected upper extremity combined with less than 60 hours of direct therapy, may circumvent such difficulties. The present systematic review aims to determine the efficacy of reduced intensity CIMT in improving upper extremity function in children with hemiplegic cerebral palsy (CP). A literature search was conducted for studies between 2001 and 2016 in PubMed, CINAHL Complete, PsychINFO, and Cochrane Central Register of Controlled Trials, yielding 14 relevant studies. Inconsistent results favored reduced intensity CIMT as an effective means to increase unimanual functioning, bimanual functioning, strength, and range of motion in children with hemiplegic CP. Evidence supporting improvements in occupational performance following reduced intensity CIMT was the strongest and most consistent. More studies directly comparing CIMT intensities under defined protocols are needed to obtain conclusive evidence regarding reduced intensity CIMT and to establish an intensity threshold.*

**Key words:** Cerebral Palsy (CP), Upper extremity function, Systematic review, Constraint-induced movement therapy (CIMT).

## Parálisis Cerebral Hemipléjica

La Parálisis Cerebral (PC) es considerada la discapacidad motora más común en los niños (Accardo, Accardo & Caput, 2008). Aproximadamente el 77% de todas las parálisis cerebrales diagnosticadas son clasificadas como espásticas (Christensen et al., 2014). Los síntomas de la Parálisis Cerebral Espástica (PCE) incluyen hipertonicidad, retención de reflejos primitivos, contracturas y movimiento restringido (Steichen Yamamoto, 2012). La Parálisis Cerebral Espástica es caracterizada anatómicamente como hemipléjica, dipléjica, cuadripléjica, tripléjica o monopléjica (Steichen Yamamoto, 2012). La presente revisión se enfocará en la Parálisis Cerebral Hemipléjica, que afecta a un lado del cuerpo (Steichen Yamamoto, 2012).

Niños con Parálisis Cerebral Hemipléjica usualmente tienen un uso limitado de la mano o brazo afectado (Steichen Yamamoto, 2012). Dichos niños parecen no ser conscientes de su capacidad para realizar actividades con su mano o brazo afectado (DeLuca, 2002). DeLuca (2002) fue el primero que describió el fenómeno anteriormente mencionado utilizando el término *Negligencia del Desarrollo* diferenciando así, del fenómeno del *no uso aprendido*, que se observa en individuos que sufrieron un Accidente Cerebro Vascular (ACV) (DeLuca, 2002). La negligencia del desarrollo lleva a la disminución de los intentos de involucrar el miembro superior afectado en el movimiento, resultando en el pobre desarrollo de los patrones de prensión y las destrezas motoras finas en el miembro afectado (DeLuca, 2002). De ésta manera, las tareas que implican destreza y fuerza son realizadas de manera más eficiente y efectiva cuando el miembro superior no afectado es utilizado, incluso en niños con una discapacidad leve (Kutzt-Buschbeck, Sundholm, Eliasson, & Forssberg, 2000). Las terapias que buscan romper el ciclo de negligencia e ineficiencia deben generar oportunidades para que el niño aprenda cómo realizar movimientos con su miembro superior afectado (DeLuca, 2002). El método para alcanzar dicho objetivo se llama Terapia del Movimiento Inducido por Restricción o TMIR (DeLuca, 2002).

## Terapia del Movimiento Inducido por Restricción (TMIR)

La TMIR fue desarrollada por Edward Taub e inicialmente diseñada para adultos con hemiparesia luego de haber sufrido un ACV (Taub et al., 1993). La idea original de Taub involucraba restringir el movimiento de la extremidad superior no afectada del paciente en un 90% de las horas que pasaba despierto por un mínimo de dos semanas, combinado con un entrenamiento intensivo del miembro afectado de por lo menos tres horas diarias para modelar el comportamiento motriz (Taub et al., 1993; Taub, Uswatte, & Pidikiti, 1999). La técnica de TMIR también involucra proporcionar al paciente con retraining verbal y recompensas por los avances alcanzados, así como proporcionar actividades terapéuticas relacionadas a su vida cotidiana, asistir al paciente en las partes de la secuencia motriz cuando

sea necesario e ir aumentando el grado de dificultad de sus tareas (Morris & Taub, 2001). Por su naturaleza y alcance la TMIR es ampliamente utilizada en Terapia Ocupacional. Luego de una extensa investigación, la TMIR actualmente es considerada por muchos como la técnica de rehabilitación más efectiva utilizada para mejorar el uso de los miembros superiores en pacientes con discapacidad neuromotriz (Boyd, Morris, & Graham, 2001; Charles & Gordon, 2005; Chen, Pope, Tyler, & Warren, 2014; Taub, Uswatte, & Pidikiti, 1999).

A pesar de la cantidad de estudios que apoyan la utilización de la TMIR en niños con Parálisis Cerebral Hemipléjica, continúa siendo difícil alcanzar conclusiones sobre su efectividad debido a la cantidad de protocolos heterogéneos existentes. Los protocolos TMIR contienen numerosas variables a tener en cuenta como: ambiente, horas de restricción del miembro superior no afectado, tipo de restricción, horas de terapia ocupacional, ejercicios en el hogar, uso de estimulación eléctrica, uso de la toxina del botulismo, presencia de un protocolo de transferencia y la utilización de un cronograma especificando el número de sesiones y tiempo de las mismas.

Dentro de los diferentes tipos de TMIR se puede encontrar: la Terapia del Movimiento Inducido por Restricción Modificada (TMIR-M) y la Utilización Forzada (UF). Taub define a la TMIR-M como la terapia en donde el miembro superior no afectado es restringido y se realiza al menos tres horas de terapia diaria en el miembro afectado (Hoare, Imms, Carey, & Wasiak, 2007). La Utilización Forzada (UF) fue definida por Taub como la restricción del miembro superior no afectado sin terapia adicional (Hoare, Imms, Carey, & Wasiak, 2007). Mientras que diferentes revisiones sistemáticas han estudiado la TMIR, TMIR-M y UF, ninguna revisión sistemática hasta la fecha se ha concentrado en estudiar la eficacia de la TMIR de Intensidad Reducida.

## Propósito y Fundamentos

Tradicionalmente, una dosis completa de TMIR puede ser beneficiosa en condiciones ideales. Lamentablemente, muchos terapeutas no cuentan con dichas condiciones. Muchos establecimientos para la salud no cuentan con el personal suficiente para proporcionar las sesiones individuales (un terapeuta - un paciente) con trabajo intensivo requeridas en la TMIR tradicional (Page, Levine, Sisto, Bond, & Johnston, 2002). En algunos lugares las obras sociales o seguros de salud pueden no reintegrar por un tratamiento completo de TMIR (Wu, Hung, Tseng, & Huang, 2013), en otros contextos no es posible atender a un paciente con la frecuencia necesaria. A todo esto, hay que sumar la posibilidad que los niños pueden experimentar frustración e irritabilidad cuando deben enfrentar una dosis alta de TMIR (de Brito Brandão, Mancini, Vaz, Pereira de Melo & Fonseca, 2010). Dichas limitaciones y preocupaciones se ven reflejadas en encuestas realizadas a terapeutas ocupacionales, en donde la mayoría

manifestó sentirse más cómodos con protocolos TMIR menos intensivos que implican menos horas de terapia y menos horas de restricción (Christman, McAllister, Claar, Kaufman, & Page, 2015). Por esto, la presente revisión sistemática apunta a determinar la eficacia de la TMIR de intensidad reducida en la funcionalidad de las extremidades superiores en niños con Parálisis Cerebral Hemipléjica.

## Metodología

### Búsquedas en Bases de Datos

Se realizó una búsqueda de referencias para encontrar trabajos de investigación en las siguientes bases de datos: PubMed, CINAHL complete, PsychINFO, y Cochrane Central Register of Controlled Trials. Búsqueda booleanas fueron realizadas utilizando las palabras claves: Terapia del Movimiento Inducido por Restricción, niños, hemiplejía y parálisis cerebral. Se siguieron las recomendaciones del grupo PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) para las revisiones sistemáticas incluyendo sus 27 ítems y diagrama de 4 fases (Moher et al., 2009; Liberati et al., 2009). El diagrama PRISMA es presentado en el Anexo A.

### Criterios de Selección

El criterio principal para que un trabajo sea incluido en esta revisión fue que el artículo de investigación debía haber sido publicado en una revista arbitrada por pares y que tuviera como objetivo demostrar cambios en el funcionamiento de los miembros superiores en niños con Parálisis Cerebral Hemipléjica tratados con TMIR de intensidad reducida. Los estudios fueron incluidos si los participantes habían sido diagnosticados con Parálisis Cerebral Hemipléjica, entre 1 y 18 años de edad y si los pacientes hubieran recibido una TMIR de intensidad reducida en una extremidad superior. La TMIR de intensidad reducida es definida en esta revisión como una terapia en donde el miembro superior no afectado es restringido por mucho tiempo combinado con menos de 60 horas de terapia directa. La terapia directa no incluye ejercicios en el hogar sin la presencia de un terapeuta calificado.

El límite máximo de TMIR de intensidad reducida fue definido en 60 horas debido a la cantidad de estudios que utilizan protocolos TMIR con terapia directa de entre 60 y 120 horas (Chen, Pope et al., 2014). De los 27 estudios incluidos en la revisión sistemática de Chen, Pope et al. (2014), sólo 7 estudios utilizan protocolos TMIR de menos de 60 horas de terapia directa.

El número de diferentes protocolos hicieron imposible excluir los estudios basados en la importancia del ejercicio en el hogar. Por ejemplo, algunos estudios requerían a sus participantes utilizar una restricción en su miembro superior durante todas las horas que estuvieran despiertos. De esa manera,

aunque los participantes no recibían una prescripción para realizar ejercicios, practicaban varias actividades relacionadas a su vida cotidiana con su miembro superior no afectado. Otros estudios incluían prácticas similares en un programa de ejercicios en el hogar. Aun así, los ejercicios en el hogar no estaban incluidos en el total de las horas de la TMIR. Del mismo modo, todo estudio con participantes que hubieran recibido inyecciones de toxina botulínica en el miembro superior dentro de los 6 meses del estudio, fueron excluidos. Los reportes de casos específicos fueron excluidos debido a su bajo nivel de evidencia. Los estudios publicados antes de 2001 tampoco fueron incluidos en esta revisión sistemática.

### Evaluación de la Metodología

Los títulos y resúmenes de cada estudio relevante fueron revisados luego de la búsqueda bibliográfica. Los niveles de evidencia fueron determinados en cada artículo utilizando las guías de Sackett, Rosenberg, Muir Gray, Haynes, y Richardson (1996). La metodología de investigación fue revisada adicionalmente basándose en aleatoriedad, la presencia de un grupo de control, tamaño de la muestra, deserción y la equivalencia de los grupos en su línea de base.

## Resultados

### Búsqueda Bibliográfica

Un total de 251 artículos fueron identificados en las cuatro bases de datos: PubMed, CINAHL Complete, PsychINFO, y Cochrane Complete Central Register of Controlled Trials. Luego de revisar los artículos duplicados y analizar individualmente cada título y resumen, los resultados culminaron en 14 estudios relevantes que cumplían con los criterios de inclusión.

### Características de los Estudios

Las características para cada estudio específico incluidos en esta revisión pueden ser encontrados en el anexo B. Todos los estudios en esta revisión obtuvieron datos de base y al menos una evaluación post estudio para medir a los participantes. Cada estudio utilizó una mezcla única de criterios para evaluar sus resultados. Cada estudio contiene metodologías diferentes para su control. La mayoría de los estudios, como los de Brito Brandão et al. (2010), Choudhary et al. (2013), y Aarts, Jongerius, Geerdink, van Limbeek y Geurts (2010), utilizaron el diseño de dos grupos pre/post-test para comparar los resultados entre el grupo que recibía la TMIR con otro grupo que recibía rehabilitación convencional. Por otra parte, Smania et al. (2009) utilizó un diseño cruzado con un grupo recibiendo TMIR y el otro recibiendo rehabilitación convencional. Otro estudio que utilizó el diseño de dos grupos pre/post-test fue el de Chen, Chen et al. (2014) en donde un grupo de niños que recibió TMIR en el hogar fue comparado con otro grupo de niños que recibió rehabilitación convencional. Klingels et al. (2013)

también utilizó el diseño de dos grupos pre post-test en el que un grupo de participantes recibieron una intervención de utilización focalizada sin terapia y fue comparado a otro grupo de participantes que recibieron TMIR con terapia.

Otros estudios utilizaron un diseño multigrupal pre-test post-test. Por ejemplo, Sakzewski, Provan, Ziviani y Boyd (2015) compararon tres grupos de niños que recibieron una dosis completa de TMIR, dosis media de TMIR o rehabilitación convencional. Rostami et al. (2012) utilizó también un diseño multigrupal pre-test post-test que comparaba niños que recibieron terapia de realidad virtual, rehabilitación convencional, TMIR o una combinación de TMIR con terapia de realidad virtual.

Xu, Wang, Mai y He (2012) también utilizaron un diseño multigrupal pre-test post-test en donde se comparaban los grupos que recibían terapias diferentes, ya sea TMIR, rehabilitación convencional o una combinación de TMIR con estimulación eléctrica. Los estudios de McConnell, Johnston y Kerr (2014) y Naylor y Bower (2005) utilizaron a sus participantes como su propio grupo de control. Los estudios de Stearns, Burtner, Keenan, Qualls y Phillips (2009), Wu et al. (2013), y Cope et al. (2010) no incluyeron grupo de control de ningún tipo.

Los protocolos TMIR variaron de gran manera en cada estudio. Los instrumentos de restricción incluyeron cabestrillos, yesos, guantes, y restricción manual de forma suave por parte de un adulto. Los protocolos exigían que la restricción fuera utilizada entre 26 a 280 horas. El total de horas para la terapia directa varió entre 6 a 54 horas. Algunos protocolos utilizaron tratamiento de neurodesarrollo, realidad virtual, o estimulación eléctrica además de TMIR (Cope et al., 2010; Rostami et al., 2012; Xu et al., 2012). Otros estudios incorporaron instrucciones para la transferencia que involucraba entrenamiento funcional bimanual (BIM) al concluir el protocolo TMIR (Aarts et al., 2010; de Brito Brandão et al., 2010). Mientras algunos estudios utilizaron protocolos individuales de TMIR, el estudio de Wu y sus colaboradores (2013) revisó la TMIR realizada de manera grupal. El estudio de Chen, Chen et al.'s (2014) utilizó la TMIR en el hogar en lugar de una clínica o establecimiento de la salud. Varios estudios también incentivaban a sus participantes a realizar ejercicios en su hogar (Choudhary et al., 2013; Klingels et al., 2013; McConnell et al., 2014; Naylor & Bower, 2005).

### Rigor Científico

De los 14 estudios, 8 fueron ensayos controlados de manera aleatoria por lo que pueden ser clasificados como estudios de nivel 1 en la jerarquía de la evidencia (Aarts et al., 2010; Chen, Chen et al., 2014; Choudhary et al., 2013; de Brito Brandão et al., 2010; Sakzewski et al., 2015; Smania et al., 2009; Rostami et al., 2012; Xu et al., 2012). Cuatro estudios adicionales fueron clasificados en el nivel 3 ya que fueron estudios de casos con diseños ABA o por carecer de un grupo de control (Cope et

al., 2010; Klingels et al., 2013; McConnell et al., 2014; Naylor y Bower, 2005). Los últimos dos estudios fueron clasificados en el nivel 4 con un diseño de mediciones repetidas. No se encontraron diferencias significativas en las mediciones de las líneas de base en los ensayos controlados de manera aleatoria. Estos ensayos fueron estudios ciegos, a excepción de los de Aarts et al. (2010) y Smania et al. (2009). La validez interna fue un desafío en los estudios de Cope et al. (2010), Stearns et al. (2009), y Wu et al. (2013), debido a la falta de un grupo de control. Deserción fue reportada en ocho estudios. El estudio de McConnell et al. (2014) fue el que informó la tasa de deserción más alta con un 14.29%, debido a que el tamaño de la muestra era pequeña. Los tamaños de las muestras variaron entre 6 y 81 participantes. Seis estudios tuvieron 10 participantes o menos, lo que limita la generalización de sus hallazgos (Cope et al., 2010; McConnell et al., 2014; Naylor y Bower, 2005; Smania et al., 2009; Stearns et al., 2009; Wu et al., 2013).

### Conclusiones

Las conclusiones de cada estudio han sido resumidas en la Tabla 1. En los estudios revisados los resultados de la función unimanual fueron establecidos de acuerdo a 7 mediciones. Stearns y sus colaboradores (2009) reportaron mejoras significativas en el Box and Blocks Test luego de la TMIR de intensidad reducida. En el Jebsen-Taylor Hand Function Test para la funcionalidad manual Klingels et al. (2013) reportaron mejorías pero Brito Brandão et al. (2010) no encontraron diferencias significativas entre los pacientes tratados con una TMIR de intensidad reducida y los tratados con rehabilitación convencional. Aarts et al. (2010) encontraron una mejora de un 8% en la Melbourne Assessment of Unilateral Upper Limb Function (MUUL) luego de la TMIR de intensidad reducida, lo que no es una diferencia significativa con los resultados obtenidos en el grupo que realizó rehabilitación convencional. Sakzewski et al. (2015) no encontraron mejorías significativas en el MUUL luego de 30 horas de TMIR. En cambio, McConnell et al. (2014) y Cope et al. (2013) reportaron que un 42% y un 40% de aquellos que recibieron una TMIR de intensidad reducida mostraron mejorías significativas medidas en la MUUL respectivamente. Klingels et al. (2013) reportaron que un 17.39% del grupo que recibió una terapia de utilización forzada y un 23.07% de aquellos que recibieron una TMIR de intensidad reducida mostraron mejorías significativas en la MUUL. Choudhary et al. (2013), Stearns et al. (2009), y Xu et al. (2012) reportaron mejorías significativas en las puntuaciones unimanuales del Nine-Hole Peg Test luego de una TMIR de intensidad reducida. Mejoras significativas también fueron reportadas en la Peabody Developmental Motor Scale (Chen, Chen et al. 2014; Wu et al., 2013; Xu et al., 2012). Choudhary et al. (2013) y Naylor & Bower (2005) también reportaron mejorías significativas en las puntuaciones de función unimanual

del Quality of Upper Extremity Skills Test. Por último, Smania et al. (2009) desarrolló un test funcional que mostró mejorías significativas unimanuales y bimanuales luego de una TMIR de intensidad reducida ( $p = 0.068$ ). De manera similar, la función bimanual mostró mejoras significativas luego de una TMIR de intensidad reducida medida en la Assisting Hand Assessment en un 13% y 11% de los participantes de los estudios de Aarts et al. (2010) y Sakzweski et al (2015), respectivamente.

Mejorías en la función bimanual medidas en el Bruininsk-Ose- retsky Test of Motor Proficiency encontraron en los estudios de Chen et al., 2014 y Rostami et al., 2012. Los tres estudios que investigaron los cambios en la frecuencia de utilización del miembro superior afectado mostraron mejorías significativas luego la TMIR de intensidad reducida medida a través de los reportes de los cuidadores de los pacientes, y un registro pediátrico de actividad motriz o un test de utilización (Cope et al., 2013; Rostami et al., 2012; Smania et al, 2009).

Las mejorías en el cuidado personal del paciente se midieron utilizando tres indicadores de resultados diferentes. Aarts et al. (2010) encontró un 36% de mejora en el ABILHAND-Kids test para niños luego de una TMIR de intensidad reducida. Mejorías significativas se encontraron al utilizar el Functional Independence Measure for Children (Chen, Chen et al., 2014). Ambos Brito Brandão et al. (2010) y Wu et al, (2013) reportaron mejorías en las puntuaciones en la Pediatric Evaluation Disability Inventory luego de la TMIR de intensidad reducida, aunque los resultados no mantuvieron significancia estadística en la evaluación realizada un mes después en el estudio de de Brito Brandão et al. (2010)

Los resultados significativos reportados en el estudio de Aarts et al. (2010) luego de la TMIR de intensidad reducida no se mantuvieron en las evaluaciones posteriores en el Indicador Canadian Occupational Performance Measure (COPM). Sakzewski et al. (2015) encontraron que el 56% de los que recibieron una TMIR de intensidad reducida mostraron mejorías significativas en el COPM. Aarts et al. (2010) también reportaron que un 82% de los pacientes que recibieron una TMIR de intensidad reducida mostraron mejorías importantes en la Goal Attainment Scaling.

El arco de movimiento se incrementó en aquellos que recibieron una TMIR de intensidad reducida (McConnell et al., 2014; Xu et al., 2012). La fuerza muscular evaluada por pruebas musculares manuales mostraron incrementos significativos luego de la TMIR de intensidad reducida en los estudios de Klingels et al. (2013) y Stearns et al. (2009). Los participantes del estudio de McConnell et al. (2014) no mostraron cambios significativos en la fuerza muscular.

## Discusión

Los resultados de esta revisión sistemática favorecen pero no pueden validar de manera consistente la efectividad de la TMIR

de intensidad reducida para incrementar el funcionamiento unimanual y bimanual, fuerza, y arco de movimiento en niños con Parálisis Cerebral Hemipléjica. Evidencia tentativa ha sido proporcionada para indicar que la TMIR de intensidad reducida es efectiva para incrementar la frecuencia con la cual el niño con parálisis cerebral hemipléjica utiliza su extremidad superior afectada. Evidencia limitada también sugiere que la TMIR de intensidad reducida puede ser igual de efectiva que la rehabilitación convencional a la hora de incrementar la integración visual motriz. Varios estudios han mostraron evidencia robusta y consistente apoyando la eficacia de la TMIR de intensidad reducida en la mejoría del desempeño ocupacional en áreas que incluyen el cuidado personal (Aarts et al., 2010; Chen, Chen et al., 2014; Cope et al., 2010; de Brito Brandão et al., 2010; Sakzewski et al., 2015; Wu et al., 2013). El desempeño ocupacional fue el único resultado que se mantuvo en las evaluaciones de seguimiento. Los resultados en las evaluaciones del funcionamiento unimanual y bimanual, fuerza, arco de movimiento y la frecuencia de utilización de la extremidad superior afectada no se mantuvieron de manera consistente en las evaluaciones de seguimiento de los pacientes.

Los resultados inconsistentes descriptos están probablemente relacionados a los diferentes protocolos TMIR utilizados en cada estudio. Variables como lugar, formato, programación pueden haber influido en los resultados de los estudios revisados. Por ejemplo, varios estudios utilizaron BIM luego de la TMIR (Aarts et al., 2010; de Brito Brandão et al., 2010). Un paquete de transferencia BIM puede haber resultado en puntuaciones más altas y que se mantienen por períodos más largos de tiempo. Asimismo, el grado de discapacidad puede influir en la eficacia de la TMIR, evidenciada en las mejorías significativas en las evaluaciones en niños con discapacidad moderada en comparación a los resultados obtenidos en los niños con discapacidades severas (Cope et al., 2010).

Los estudios revisados proporcionan evidencia preliminar que apoya la eficacia de la TMIR de intensidad reducida para mejorar la funcionalidad de las extremidades superiores en niños con Parálisis Cerebral Hemipléjica.

Establecer un umbral para la intensidad de la TMIR no sólo estimula la práctica basada en la evidencia sino que también proporciona flexibilidad para diseñar intervenciones que potencialmente incrementen la adherencia a diferentes protocolos. Se necesitan estudios adicionales que comparen directamente y corroboren empíricamente diferentes intensidades de la TMIR bajo protocolos definidos para obtener evidencia concluyente sobre la TMIR de intensidad reducida y establecer un umbral de intensidad. ●

[Recibido: 22/11/2017 - Aprobado: 20/12/2017]



## Referencias bibliográficas

- Aarts, P. B., Jongerius, P. H., Geerdink, Y. A., van Limbeek, J., & Geurts, A. C. (2010). Effectiveness of modified constraint-induced movement therapy in children with unilateral spastic cerebral palsy: A randomized controlled trial. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 24(6), 509-518. doi:10.1177/1545968309359767
- Accardo, P., Accardo, J., & Caput, A. J. (2008). Neurodevelopmental perception on the continuum of developmental disabilities. In P. Accardo (Ed.), *Capute & Accardo's neurodevelopmental disabilities in infancy and childhood: Neurodevelopmental diagnosis and treatment* (vol. 1, 3rd ed., pp. 3-26). Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing.
- Boyd, R. N., Morris, M. E., & Graham, H. K. (2001). Management of upper limb dysfunction in children with cerebral palsy: A systematic review. *European Journal of Neurology*, 8 Suppl. 5, 150-166. doi:10.1046/j.1468-1331.2001.00048.x
- Charles, J., & Gordon, A. M. (2005). A critical review of constraint-induced movement therapy and forced use in children with hemiplegia. *Neural Plasticity*, 12(2-3), 245-261. doi:10.1155/NP.2005.245
- Chen, H. C., Chen, C. L., Kang, L. J., Wu, C. Y., Chen, F. C., & Hong, W. H. (2014). Improvement of upper extremity motor control and function after home-based constraint induced therapy in children with unilateral cerebral palsy: Immediate and long-term effects. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 95(8), 1423-1432. doi:10.1016/j.apmr.2014.03.025
- Chen, Y. P., Pope, S., Tyler, D., & Warren, G. L. (2014). Effectiveness of constraint-induced movement therapy on upper-extremity function in children with cerebral palsy: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Rehabilitation*, 28(10), 939-953. doi:10.1177/0269215514544982
- Choudhary, A., Gulati, S., Kabra, M., Singh, U. P., Sankhyan, N., Pandey, R. M., & Kalra, V. (2013). Efficacy of modified constraint induced movement therapy in improving upper limb function in children with hemiplegic cerebral palsy: A randomized controlled trial. *Brain & Development*, 35(9), 870-876. doi:10.1016/j.braindev.2012.11.001
- Christensen, D., Van Naarden Braun, K., Doernberg, N. S., Maenner, M. J., Arneson, C. L., Durkin, M. S., . . . Yeargin-Allsopp, M. (2014). Prevalence of cerebral palsy, co-occurring autism spectrum disorders, and motor functioning - autism and developmental disabilities monitoring network, USA, 2008. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 56(1), 59-65. doi:10.1111/dmcn.12268
- Christman, E., McAllister, K., Claar, K., Kaufman, S., & Page, S. J. (2015). Occupational therapists' opinions of two pediatric constraint-induced movement therapy protocols. *American Journal of Occupational Therapy*, 69(6), 1-7. doi:10.5014/ajot.2015.019042
- Cope, S. M., Liu, X. C., Verber, M. D., Cayo, C., Rao, S., & Tassone, J. C. (2010). Upper limb function and brain reorganization after constraint-induced movement therapy in children with hemiplegia. *Developmental Neurorehabilitation*, 13(1), 19-30. doi:10.3109/17518420903236247
- de Brito Brandão, M., Mancini, M. C., Vaz, D. V., Pereira de Melo, A. P., & Fonseca, S. T. (2010). Adapted version of constraint-induced movement therapy promotes functioning in children with cerebral palsy: A randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 24(7), 639-647. doi:10.1177/0269215510367974
- DeLuca, S. C. (2002). *Intensive movement therapy with casting for children with hemiparetic cerebral palsy a randomized controlled crossover trial* (Doctoral dissertation). Retrieved from ProQuest Dissertations and Theses. (UMI No. 3053234)
- Hoare, B., Imms, C., Carey, L., & Wasiak, J. (2007). Constraint-induced movement therapy in the treatment of the upper limb in children with hemiplegic cerebral palsy: A Cochrane systematic review. *Clinical Rehabilitation*, 21(8), 675-685. doi:10.1177/0269215507080783
- Klingels, K., Feys, H., Molenaers, G., Verbeke, G., Van Daele, S., Hoskens, J., . . . De Cock, P. (2013). Randomized trial of modified constraint-induced movement therapy with and without an intensive therapy program in children with unilateral cerebral palsy. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 27(9), 799-807. doi:10.1177/1545968313496322
- Kuhtz-Buschbeck, J. P., Sundholm, L. K., Eliasson, A. C., & Forssberg, H. (2000). Quantitative assessment of mirror movements in children and adolescents with hemiplegic cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 42(11), 728-736. doi:10.1017/S0012162200001353
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gotzsche, P. C., Ioannidis, J. P. A., . . . Moher, D. (2009). The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies that Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration. *PLOS Medicine*, 6(7). doi:e1000100. doi: 10.1371/journal.pmed.1000100
- McConnell, K., Johnston, L., & Kerr, C. (2014). Efficacy and acceptability of reduced intensity constraint-induced movement therapy for children aged 9-11 years with hemiplegic cerebral palsy: A pilot study. *Physical & Occupational Therapy In Pediatrics*, 34(3), 245-259. doi:10.3109/01942638.2013.866611
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & Group., T. P. (2009). Preferred Reporting Item for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLOS Medicine*, 6(7), e100009. doi:10.1371/journal.pmed.1000097
- Morris, D. M., & Taub, E. (2001). Constraint-induced therapy approach to restoring function after neurological injury. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 8(3), 16-30. doi:10.1310/BLJX-M89N-PTPY-JDKW
- Page, S. J., Levine, P., Sisto, S., Bond, Q., & Johnston, M. V. (2002). Stroke patients' and therapists' opinions of constraint-induced movement therapy. *Clinical Rehabilitation*, 16(1), 55-60. doi:10.1191/0269215502cr473oa
- Pakula, A. T., Van Naarden Braun, K., & Yeargin-Allsopp, M. (2009). Cerebral palsy: Classification and epidemiology. *Physical Medicine & Rehabilitation Clinics of North America*, 20(3), 425-452. doi:10.1016/j.pmr.2009.06.001
- Rostami, H. R., Arastoo, A. A., Nejad, S. J., Mahany, M. K., Malamiri, R. A., & Goharpey, S. (2012). Effects of modified constraint-induced

ced movement therapy in virtual environment on upper-limb function in children with spastic hemiparetic cerebral palsy: A randomised controlled trial. *NeuroRehabilitation*, 31(4), 357-365. doi:10.3233/NRE-2012-00804

Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., Gray, J. A., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71-72. doi:10.1136/bmj.312.7023.71

Sakzewski, L., Provan, K., Ziviani, J., & Boyd, R. N. (2015). Comparison of dosage of intensive upper limb therapy for children with unilateral cerebral palsy: How big should the therapy pill be? *Research in Developmental Disability*, 37, 9-16. doi:10.1016/j.ridd.2014.10.050

Smania, N., Aglioti, S. M., Cosentino, A., Camin, M., Gandolfi, M., Tinazzi, M., . . . Faccioli, S. (2009). A modified constraint-induced movement therapy (CIT) program improves paretic arm use and function in children with cerebral palsy. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 45(4), 493-500. doi:10.1177/1545968312446003

Steichen Yamamoto, M. (2012). Cerebral palsy. In B. J. Atchison & D. K. Durette (Eds.), *Conditions in occupational therapy: Effect on occupational performance* (4th ed., pp. 9-22). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

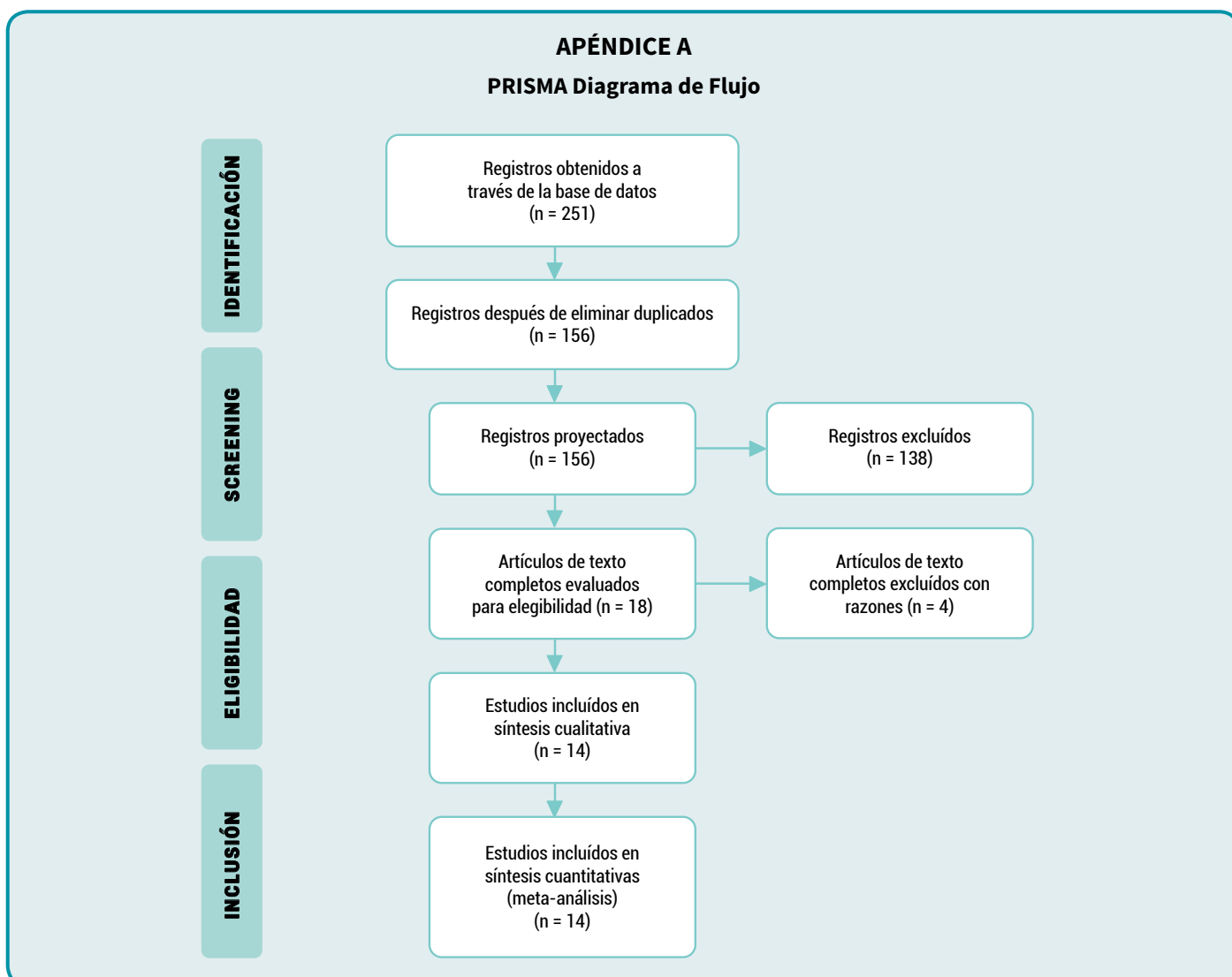
Stearns, G. E., Burtner, P., Keenan, K. M., Qualls, C., & Phillips, J. (2009). Effects of constraint-induced movement therapy on hand skills and muscle recruitment of children with spastic hemiplegic cerebral palsy. *NeuroRehabilitation*, 24(2), 95-108. doi:10.3233/NRE-2009-0459

Taub, E., Miller, N. E., Novack, T. A., Cook, E. W., 3rd, Fleming, W. C., Nepomuceno, C. S., . . . Crago, J. E. (1993). Technique to improve chronic motor deficit after stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 74(4), 347-354. Retrieved from <http://www.pmrjournal.org>

Taub, E., Uswatte, G., & Pidikiti, R. (1999). Constraint-induced movement therapy: A new family of techniques with broad application to physical rehabilitation- a clinical review. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 36(3), 237-251. Retrieved from <http://www.rehab.research.va.gov/jrrd/index.html>

Wu, W. C., Hung, J. W., Tseng, C. Y., & Huang, Y. C. (2013). Group constraint-induced movement therapy for children with hemiplegic cerebral palsy: A pilot study. *American Journal of Occupational Therapy*, 67(2), 201-208. doi:10.5014/ajot.2013.004374

Xu, K., Wang, L., Mai, J., & He, L. (2012). Efficacy of constraint-induced movement therapy and electrical stimulation on hand function of children with hemiplegic cerebral palsy: A controlled clinical trial. *Disability & Rehabilitation*, 34(4), 337-346. doi:10.3109/09638288.2011.607213



APÉNDICE B

Tabla 1: Resumen de Estudios de Diseño y Protocolos

Estudio	Tipo de Estudio	Tamaño de la muestra	Edad	Tipo de Restricción	Horas de Uso Restringido	Horas de Terapia	Resultados
Aarts et al. (2010)	Ensayo controlado aleatorio	28 mTMIR + 22 grupo de comparación (total=50)	2.5-8 years	Cabestrillo	Solo durante la terapia (total= 54 hrs)	3 hrs/ día x 3 días/ se x 6 semanas (total= 54 hrs) BIM: 18 hrs	<p><b>MUUL</b> Resultados no significativos a diferencia del grupo CR</p> <p><b>AHA</b> TMIR con BIM: 13% mejoraron, dos veces y medio más que el grupo CR(Cohen's d=0.43)</p> <p><b>ABILHAND-Kids</b> TMIR con BIM: 36 mejoraron, siete veces mayor que el grupo CR (Cohen's d=1.01)</p> <p><b>COPM-P and COPM-S</b> TMIR con BIM: mayor mejoría en el COPM-P y en el seguimiento de 9 semanas en comparación con el grupo CR (Cohen's d=1.32 and 1.31). COPM-S los puntajes no se mantuvieron estables a las siguientes 17 semanas</p> <p><b>GAS</b> Puntajes aumentaron un 82% de aquellos en el grupo CIMT-BIM ; puntajes solo aumentaron un 23% de aquellos del grupo CR</p>
Chen, Chen et al - 2014	Ensayo Controlado Aleatorio	23 CIMT + 22comparación (total=45)	6-12 años	Banda Elastica y guante	Solo durante la terapia (total = 28-32 hrs)	3.5 hrs/ día x 2 días/sem x 4 semanas (total= 28-32 hrs)	<p><b>PDMS (subescala de presión)</b> TMIR basado en el Hogar mostró mejoras significativamente mayores sobre el grupo CR en el post-tratamiento y los seguimientos en 3 y 6 semanas (p0.001, p0.001, p0.001)</p> <p><b>BOT (subtest 8)</b> TMIR basado en el Hogar mostró mejoras significativas sobre el grupo CR solo en 3 y 6 meses siguientes (p=0.003, p=0.006)</p> <p><b>WeeFIM</b> TMIR basado en el Hogar mostró mejoras significativamente mayores sobre el grupo CR en el post tratamiento en los 3 y 6 meses siguientes (p=0.003, p=0.002, p0.001)</p>
Choudhary et al. (2013)	Ensayo Controlado Aleatorio	16 CIMT +15 Grupo control (total=31)	3-8 años	Cabestrillo	Solo durante la terapia y ejercicios en el hogar (total= 48-70 hrs)	2 hrs/ días x 10 días x 4 semanas (total= 20hrs) Ejercicios en el hogar : 1-2 hrs/ día x 4 semanas	<p><b>QUEST</b> Mejoras significativamente mayores por encima del grupo CR (10.7 ± 5.2 comparrado con 1.4 ± 1.7, p&lt;0.001)</p> <p><b>Nine-Hole Peg Test</b> Mejoras significativamente mayores por encima del grupo CR (60 [0-130] comparado con 5 [-13 to 30], p&lt;0.001)</p>
Cope et al. (2010)	Un grupo antes y después del diseño	10	7-14 años	Brazo Corto desmontable	90% de horas de vigilia por dos semanas	4 hs/ día x 5días/sema x 2 semana (total= 40 horas)	<p><b>MUUL</b> 4 de 10 los niños mejoran significativamente despues de TMIR (p=0.02, effect size=0.26); los puntajes disminuyeron a los 3 meses y mejoraron a los 6 meses; Mayores ganancias para aquellos con impedimentos moderados</p> <p><b>Reporte de los cuidadores</b> 9 de 10 los padres reportaron cambio funcional significativo y positivo; Padres reportaron mayor uso del miembro afectado</p>
de Brito Brandão et al. (2010)	Ensayo Controlado Aleatorio	8 CIMT + 8 comparación (total=16)	4-8 años	Férula con Cabestrillo	10 hs / día x 14 días (total= 140 hrs)	TMIR: 3 hs/ día x 10 días (total= 30 horas); 45 min/ día x 3 día	<p><b>JTHFS</b> No hubo diferencia significativa entre TMIR y grupo CR</p> <p><b>PEDI (dominio auto cuidado)</b> El grupo de TMIR mostro un aumento significativo en habilidad funcional post tratamiento y en a 1 mes de seguimiento (p=0.0134), mientras que el grupo CR no; el grupo de TMIR mostró aumento significativo en puntajes de independencia post tratamiento (p=0.0001) pero no a 1 mes de seguimiento.</p>

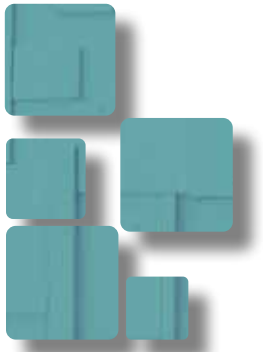
Klingels et al. (2013)	Dos grupos, aleatorio	26 mTMIR s/ terapia + 25 m TMIR s/o terapia (total=51)	4-12 años	Cabestrillo	1 hr x 5 día/ sem x 10 sem (total= 50 hrs)	45 min /día x 3 días/ sem x 10 sems (total= 22.5 hrs) Ambos grupos tenían ejercicios para el hogar	<p><b>MUUL</b> 17.39% del grupo de uso forzado y 23.07% del grupo con terapia mostraron mejoras significativas; lo significativo se mantuvo en las 10 semanas siguientes.</p> <p><b>JTHFS</b> Mayor mejoría en los grupos de TMIR junto con terapia (p=0.07)</p> <p><b>AHA</b> TMIR con grupo de terapia con TMIR mostró mejoras significativamente mayores que el grupo de uso forzado de TMIR (p=0.04)</p> <p><b>MMT y dinamómetro</b> Tanto el grupo TMIR de uso forzado como el grupo TMIR con terapia mostraron mejoras significativas en la fuerza muscular y agarre</p>
McConnell et al. (2014)	Diseño de caso único	7	9-11 años	Guante	Todas las horas que está despierto por 2 semanas	2 hrs/ día x 10 días (total= 20 horas) Ejercicios en el Hogar: 30 mins/ día x 4 días	<p><b>MUUL</b> Aproximadamente el 42% mostró significativas mejoras</p> <p><b>ROM</b> Solo dos de siete mostraron mejoras significativas en ROM</p> <p><b>MMT</b> No se observaron cambios significativos en la fuerza</p>
Naylor and Bowler (2005)	Diseño de caso único	9	21-61 meses	Restricción suave por parte del adultos	Durante la terapia y ejercicios en el hogar (total= 26-30 hrs)	1 hr/ día x 6-8 días (total =6-8hrs) Ejercicios en el Hogar 1hs x 20-22 días	<p><b>QUEST</b> Mejoras significativas en QUEST desde el inicio hasta el post tratamiento hasta 4 semanas de seguimiento</p>
Rostami et al. (2012)	Ensayo Controlado Aleatorio	8 CIMT +8 CIMT w/ VR + 8 VR + 8 control (total=32)	6-12 meses	Cabestrillo	Al menos 5 horas despierto por 4 semanas (total= 140)	1.5 hrs/ día x3días/semn x 4 semns (total= 18 horas)	<p><b>BOT</b> Realidad virtual con TMIR resultó cambio mayor al promedio de de 1.74(SD=0.18) que se mantuvo a los 3 meses de seguimiento</p> <p><b>PMAL</b> Realidad virtual con TMIR resulta en el mayor cambio (2.72 [SD=0.48]) y la calidad de movimiento (2.79 [SD=0.43]) ambos preservados a los 3 meses de seguimiento</p>
Sakzewski, et al (2015).	Ensayo Controlado Aleatorio	9 dosis bajas de TMIR +9 dosis bajas de BIM + 32 dosis altas de TMIR + 31 Alta dosis de BIM (total= 81)	5-16 años	Medias en la mano	Solo durante la terapia (total= 30 hrs)	6 hrs/ día x 5días (total= 30 hrs)	<p><b>MUUL</b> 30 hrs de TMIR: sin cambios significativos desde el inicio hasta los seguimientos de 3- o 26- semanas; 60 hrs de TMIR ganancia significativamente mayores que el grupo de TMIR de 30 hs (EMD 5.2, 95% CI, p = 0.01)</p> <p><b>AHA</b> 30 hrs de TMIR: 11% de los niños mostró mejoras significativas; 60 hrs: 50% de los niños mostraron mejoras significativas</p> <p><b>COMP</b> 30 hrs de TMIR; 56% de los niños mostró mejoras significativas; 60 hrs de TMIR: 66% de los niños mostró mejoras significativas</p>
Smania et al (2009)	ENSAYO CONTROLADO ALEATORIO (Cruzado)	5 mCIMT +5 comparison (total=10)	1-9 años	Guante de algodón	8 hrs/ día x 5 semns (total= 280 hrs)	1 hr x 2días/ semns x 5 semanas (total= 10 hrs)	<p><b>Function test</b> TMIR mostró mejora significativa en la mano parética y en la función bimanual que el grupo CR (Z=-2.064, p=0.039; Z=1.826, p=0.068). Lo significativo no se mantuvo en el seguimiento de cuatro semanas.</p> <p><b>Use test</b> El grupo TMIR mostró significativo aumento del uso de la mano parética en el post tratamiento y en el seguimiento de 4 semanas (Z=2.652, p=0.008 y Z=2.703, p=0.007); El grupo CR no mostró cambios significativos en el uso</p>
Stearns et al (2009)	Un grupo, diseño de medidas repetidas	6	5-9 años	Molde Bivalvo	8-12 hrs/ día x 14 días (total= 112-168 hrs)	4 hrs x 5 days/ wk x 2wks (total= 40 hours)	<p><b>Nine-Hole Peg Test</b> Mejora Significativa (p&lt;0.001)</p> <p><b>Box and Blocks Test</b> Mejora significativa desde el inicio al post tratamiento y seguimiento a los 3 meses (p&lt;0.001) <b>MMT</b> Mejora significativa en la fuerza (p&lt;0.05)</p>

Wu et al.(2013)	Un grupo, diseño de medidas repetidas	7	2-14 años	Férula corta determoplástico	Durante la terapia <b>(total= 50 hrs)</b> *instó al niño a usar la férula en el hogar*	2.5 hrs/ día x 5 días/ smn x 4 smns <b>(total= 50 horas)</b>	<b>PDMS</b> Mejora significativa en la toma, integración visual motora, y en la escala de asistencia del cuidador (p=0.018) sin una disminución significativa de 1 y 3 meses de seguimiento <b>PEDI (dominio de auto cuidado)</b> Mejora significativamente post tratamiento sin cambios significativos en los seguimientos de 1 y 3 meses
Xu et al. (2012)	ENSAYO CONTROLADO ALEATORIO, aleatorio	23 CIMT + 23 CIMT con electroestimulación +23comparación <b>(total=68)</b>	2- 14 years	Férula por debajo del codo	3 hrs/día x 5 días/ semn x 2 semn <b>(total= 30 horas)</b>	3 hrs/día x 5 días/ semn x 2semns <b>(total= 30 horas)</b>	<b>Nine-Hole Peg Test</b> Mejoras significativamente mayores que el CR (p<0.05) <b>PDMS</b> TMIR y CRCIMT and CR los grupos vieron una mejora significativa en la toma/agarre (p<0.05) <b>ROM</b> Todos los grupos mostraron aumentos significativos en el rango de movimiento activo (p<0.05) con una duración de 6 meses

Note. Assisting Hand Assessment (AHA), bimanual therapy (BIM), Bruininsk-Oseretsky Test of Motor Proficiency (BOT), Canadian Occupational Performance Measure (COPM), constraint-induced movement therapy (CIMT), conventional rehabilitation (CR), Functional Independence Measure for Children (WeeFIM), Goal Attainment Scaling (GAS), hour (hr), hours (hrs), Jebsen-Taylor Hand Function Test (JTHFT), Melbourne Assessment of Unilateral Upper Limb Function (MUUL), minutes (mins), modified constraint-induced movement therapy (mCIMT), Peabody Developmental Motor Scale (PDMS), Pediatric Evaluation Disability Inventory (PEDI), Pediatric Motor Activity Log (PMAL), Quality of Upper Extremity Skills Test (QUEST), Randomized controlled trial (ensayo aleatorio controlado), range of motion (ROM), virtual reality (VR), week (wk), weeks (wks)

**Cómo citar este artículo:**

Reinoso, G. y Cernat, S. E. (2017) Eficacia de la Terapia del Movimiento Inducido por Restricción (TMIR) con intensidad reducida en la mejoría de la función de las extremidades superiores en niños con Parálisis Cerebral Hemipléjica: Una Revisión Sistemática. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 3(2), 3-12.



# El cuidado de la salud infantil desde la mirada de los actores de la comunidad. Una experiencia de investigación comunitaria

Child health care. A community research experience

Macarena Abregú | Liliana Arce | Milagros Demiryi | Graciela Fernández | Carolina Ledesma | Soledad Piatis | Stella Maris Yantani

**Macarena Abregú:** licenciada en Terapia Ocupacional, Profesora de nivel medio y superior. Docente Universitaria en la cátedra de Terapia Ocupacional Comunitaria de Universidad Abierta Interamericana. Docente de la Escuela Preuniversitaria de la Universidad General Sarmiento. Autora de publicaciones.  
Maca.abr@gmail.com

**Liliana Arce:** licenciada en Terapia Ocupacional, Docente Extensionista e Investigadora en la Universidad Nacional de Quilmes, modalidad virtual y presencial. Directora del Proyecto de Extensión Universitaria "Rayuela: una propuesta de acción colectiva". Autora de publicaciones.  
larce@unq.edu.ar

**Milagros Demiryi:** Terapeuta Ocupacional. Especialista en Docencia Universitaria y Especialista en Docencia en Entornos Virtuales. Docente-Investigadora Universidad Nacional de Quilmes y Universidad Nacional de Luján.

**Graciela Fernández:** Profesora en Matemática, Física y Cosmografía; Magíster en Ciencias Sociales y posgrado en Estadística aplicada en la investigación.

**Carolina Ledesma:** estudiante de la licenciatura en Terapia Ocupacional en la Universidad Nacional de Quilmes. Participa del Proyecto de Extensión "Cuidando el Desarrollo Infantil en Comunidad" vinculado con el Proyecto de Investigación orientado a la Práctica Profesional de la Universidad Nacional de Quilmes.

**Soledad Piatis:** licenciada en Terapia Ocupacional. Posgrado de Actualización en Salud Social y Comunitaria, Alumna de la Carrera de Especialización en Neuropsicología Clínica de la UBA. Docente de la Universidad Nacional de Quilmes  
maria.piatis@unq.edu.ar / to.soledad@gmail.com

**Stella Maris Yantani:** licenciada en Terapia Ocupacional. Becaria de Docencia y extensión universitaria del proyecto "Cuidando el Desarrollo Infantil en Comunidad" vinculado con el Proyecto de Investigación orientado a la Práctica Profesional de la Universidad Nacional de Quilmes.

## Resumen

La experiencia que se presenta se está desarrollando en dos barrios del conurbano bonaerense con el objetivo de realizar la detección precoz de problemas de salud infantil. Metodología: Se realiza una investigación aplicada con enfoque comunitario y técnicas mixtas. Las mujeres de los barrios son capacitadas para realizar la pesquisa del desarrollo infantil mediante la aplicación del ASQ-3. Entre las técnicas cualitativas se utilizan talleres y entrevistas en profundidad. Resultados: En la primera etapa se realizaron 4 talleres de capacitación y entrenamiento del ASQ-3, con una participación de 75 mujeres. La Escala fue aplicada a 60 niños/as. Actualmente se realiza el análisis estadístico de los datos obtenidos de la aplicación del ASQ-3, y análisis cualitativo de los temas emergentes surgidos en las instancias de capacitación. Estos fueron codificados en los siguientes nudos temáticos: -ideas, actitudes, experiencias, sobre la salud de los hijos (percepciones de las madres); - aspectos culturales, incidencia en la toma de datos (población con composición de mujeres inmigrantes. Reflexiones preliminares: La capacitación y la gestión de la salud comunitaria producen capacidad instalada en las mujeres y actores comunitarios. Las comunidades y los profesionales que trabajan en ellas se han mostrado entusiastas ante esta propuesta que integra y promueve la acción participativa con la investigación. Las evidencias empíricas que se produzcan sobre la eficacia de la pesquisa utilizada y el diseño del protocolo aportarán a la generación de tecnología apropiada para el tratamiento del problema en cuestión.

**Palabras clave:** cuidado infantil, salud del niño, participación de la comunidad.

## Abstract

*The presented experience takes place in two neighborhoods of the around the city of Buenos Aires with the purpose of making an early detection in child health issues. Methodology: research is made with and mixed techniques. Neighborhoods' women are trained to make an inquiry into child-development through application of ASQ-3. Workshops and in-depth interviews are applied as qualitative techniques. Results: on the first stage, four training and ASQ-3 workshops were done, with 75 women participating. The Scale was applied to 60 children. At the moment the data obtained by the application of ASQ-3 is being statistically analyzed, as so a qualitative analysis about topics that came up during training instances. These were coded in the following thematic-clusters: -ideas, attitudes, experiences, about child health (mothers' perceptions); - cultural aspects, incidence in data collection (population composed by women immigrants. Preliminary thoughts: training and community health management produces an ability settled up among women and community actors. Communities and professionals who work in them, have shown themselves enthusiastic about the proposal which integrates and promotes participative action with the research. Empirical evidences produced over the effectiveness of the used inquiry and protocol design, will contribute with technological creation suitable to the treatment of the matter in question.*

**Key words:** child care; child health; community participation.

## Introducción

Este trabajo presenta los avances de la primera etapa de una experiencia que viene desarrollando el equipo de Investigación del Proyecto Orientado a la Práctica Profesional, titulado "Detección precoz de necesidades y problemas de salud infantil. Experiencia piloto de participación comunitaria de mujeres en dos barrios del conurbano bonaerense". El mismo está radicado en el Departamento de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Quilmes, Licenciatura en Terapia Ocupacional. Se trata de una investigación aplicada, basada en la comunidad y con enfoque mixto como estrategia para la producción de información.

El cuidado y la salud infantil son temas de suma importancia ya que sabemos, como profesionales de la salud y de la educación, que lo que se pone en juego es el desarrollo presente y futuro de los/as niños/as. Los problemas del desarrollo infantil pueden constituir causal de muerte y/o discapacidad y aumentan las desigualdades sociales, sobre todo en los países en desarrollo. Según la UNESCO (2007), la reducción de los riesgos que amenazan a los pobres constituye un problema central en el desarrollo de los/as niños/as. Estos riesgos no se distribuyen equitativamente en todos los grupos sociales y zonas de un país.

Para el desarrollo del proyecto se han tomado las necesidades de atención temprana a partir de las demandas de las madres. Dicho proyecto se realiza en dos barrios del conurbano bonaerense, de los Partidos de Quilmes y Esteban Echeverría (San Sebastián y El Tala). Cabe mencionar que no existen registros sobre los problemas de desarrollo de niños de 0 a 5 años, en los barrios mencionados, anclaje de la experiencia que se presenta. Los participantes son: mujeres de ambos barrios que se capacitan para detectar problemas del desarrollo infantil; niños/as de 0 a 5 años de los mismos barrios y referentes e informantes claves como, por ejemplo, educadoras de los jardines comunitarios. Para la recolección de datos, se realizan talleres y entrevistas en profundidad. El papel protagónico de las mujeres y del espacio comunitario como ámbito del cuidado infantil, fundamentan la selección de los participantes.

El modelo ecológico, la justicia ocupacional y la atención primaria de la salud aportan a sustentar este proyecto. Motiva la presente investigación la búsqueda de respuestas a los siguientes interrogantes ¿cuáles son los problemas de desarrollo infantil? y ¿qué percepción de salud poseen los pobladores de los barrios San Sebastián (Partido Esteban Echeverría) y El Tala (Partido de Quilmes)?

## Fundamentación

La propuesta de la Declaración de "Alma-Ata"<sup>1</sup> (1978), vincula oficialmente a la participación social (PS) y la atención primaria de la salud (APS), planteando además la intervención comunitaria con criterio de horizontalidad, no sólo desde el punto de vista individual sino como proceso colectivo de vida orientado a satisfacer las necesidades de la comunidad. Entendemos a la participación social como el proceso que permite el desarrollo de la población incorporando su capacidad creadora, expresando sus necesidades y demandas, defendiendo sus intereses, luchando por objetivos definidos, involucrando a la comunidad en su propio desarrollo y participando en el control compartido de las decisiones (Muller, 1979).

Eduardo Menéndez (2006), sostiene que sólo hay PS cuando se toman en cuenta el punto de vista de los actores, dado que si los mismos no reconocen que determinados problemas ameritan que ellos se organicen y participen, los esfuerzos generados desde "afuera" no sólo pueden ser inútiles o ineficaces, sino incluso contraproducentes. En muchas oportunidades, los sujetos son consultados exclusivamente respecto del nivel local por la mayoría de las organizaciones no gubernamentales o de los programas estatales contra la pobreza, pero no respecto de las estructuras sociales y políticas ajenas a la comunidad, ni de las decisiones que toman los actores fuera de la comunidad. Por ello, llevar adelante una investigación con enfoque comunitario proporciona una posibilidad de trabajo orientado a la creación de oportunidades ocupacionales equitativas, es decir, justicia ocupacional, a la vez que reconoce las diferencias de poder asociadas y las distintas opiniones dentro del proceso de investigación (Trentham & Cockburn, 2006).

La salud infantil constituye un tema de relevancia mundial y nacional. Así lo expresan los posicionamientos de los organismos internacionales referentes en el tema (UNICEF, OMS, OPS, 2014)<sup>2</sup>, y las políticas, planes, programas y proyectos implementados por la mayoría de los países. Existen argumentos científicos, de derechos humanos, de equidad social, éticos, políticos, económicos, demográficos y mora-

1 En Alma Ata se construye una definición de APS como el cuidado esencial de la salud basada en tecnología apropiada y costo-efectiva, siendo el primer componente de un proceso continuo de atención a la salud, con acceso garantizado a todos los individuos y familias en la comunidad a través de su comprometida participación. Emerge asociada a la consigna "Salud para todos en el año 2000", que requiere para su cumplimiento la readecuación y reorganización de los recursos físicos, materiales y humanos, de tal forma que funcionen por niveles ascendentes de complejidad creciente. Así, la estrategia debía responder a los principios de integralidad, flexibilidad, universalidad, racionalidad tecnológica, regionalización, descentralización, intersectorialidad, interjurisdiccionalidad, participación social, interdisciplinariedad y capacitación permanente. En este sentido, los criterios a los que pretende responder la APS son integralidad, equidad, eficacia y costo.

2 Organismos de Naciones Unidas. UNICEF: Fondo de Naciones Unidas para la Infancia; OMS: Organización Mundial de la Salud; OPS: Organización Panamericana de la Salud

les, que justifican la importancia de su atención (UNICEF, 2012; Alegre, 2013).

Por otra parte, conceptual y metodológicamente, la atención temprana entendida como el conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil con el objetivo de dar respuesta rápida a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los/as niños/as en su desarrollo, ha evolucionado de enfoques centrados primordialmente en el/la niño/a, a enfoques cada vez más amplios, que consideran el/la niño/a, la familia y la comunidad como matriz central (Peterander, Speck, Pithon & Terrisse, 1999, 2008; Blackman, 2003). Fundamento ligado a la constatación de la importancia que tienen los primeros años de vida en el desarrollo del niño y el papel de los factores ambientales en este desarrollo (Baker-Henningham, & López Bóo, 2013).

Los avances en el tema (Figueiras; Neves de Souza; Ríos & Benguigui, 2006) confirman el valor de la detección precoz de problemas del desarrollo infantil, en tanto éstos pueden constituir causal de muerte y/o discapacidad e impactan en el desarrollo futuro de los niños y de la sociedad en su conjunto. Así también como el riesgo temprano, el riesgo múltiple y el riesgo acumulado aumentan las desigualdades (Engle, P.; Fernald, L.; Alderman, H.; Behrman, J.; O’Gara, C.; Yousafzai, A.; Cabral de Melo, M.; Hidrobo, M.; Ulkuer, N.; Ertem, I.; Iltus, S.; 2011). Las evidencias científicas demuestran que la detección precoz es una medida preventiva (Hix-Small, Marks, Squires & Nickel, 2006) y que los programas de intervención temprana producen beneficios para niños y familias en el largo plazo, además de resultar rentables económicamente (Case-Smith, 2013; Clark & Kingsley, 2013).

Según describe Sandra Carli (2010), hasta principios del siglo XXI, como resultado de decisiones políticas y de la implementación del modelo económico neoliberal, asistimos a un aumento notorio de la desigualdad dentro de la misma generación infantil y a un aumento inédito de la vulnerabilidad de la infancia. Como consecuencia de este proceso de expulsión social se creó una distancia abismal entre las formas de vida infantil, generando la infancia de la “villa” y la del “country”, equivalente a lo que se podría denominar como una situación de “apartheid infantil”. Dada la responsabilidad estatal en la creación de esta heterogenización de la infancia argentina, la autora mencionada plantea la necesidad urgente de recuperar la capacidad pública estatal de crear condiciones sociales y educativas de igualdad de oportunidades para la niñez.

En el último Censo 2010 realizado por la Secretaría de Desarrollo Social del Municipio de Quilmes, junto con las Universidades Nacionales de La Plata, de Luján y de La Matanza, en los barrios más vulnerables, entre los que se encuentra El Tala, se registró que el 18,4% de la población, es decir 101.028 personas, viven en villas, asentamientos o viviendas preca-

rias. Se trata de 28.470 familias que habitan 24.087 hogares en situación de vulnerabilidad social. En el caso del Partido de Echeverría, el 17% de la población posee necesidades básicas insatisfechas (INDEC, 2010), en el cual se encuentra la población del Barrio San Sebastián.

Las definiciones conceptuales sobre la pobreza y la identificación de quienes son considerados pobres han variado a lo largo de la historia. Si bien actualmente se relaciona principalmente con las carencias materiales, la conceptualización depende de las formas de producción y protección social de las comunidades; de la construcción de conocimiento sobre esa realidad; de las relaciones de poder; y de los valores y representaciones vigentes sobre la dignidad de la persona humana en cada cultura (Spicker, Leguizamón & Gordon, 2009).

De acuerdo con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2009), la infancia en la región se ve fuertemente afectada por un conjunto de desigualdades convergentes determinadas por la pertenencia a determinados grupos de edad, la situación de ingresos de los hogares, acceso a servicios básicos, ubicación territorial, pertenencia étnica, el sistema sexo-género, entre otros factores que se pueden combinar impidiendo el ejercicio de sus derechos económicos, sociales y culturales y la construcción y consolidación de ciudadanía. Por ejemplo, en el caso del Partido de Quilmes, de las 101.028 personas en situación de vulnerabilidad social, el 45% (45.536) son niños, niñas y adolescentes (Censo Quilmes Social, 2010). Esto se vio reflejado en la necesidad de la intervención de la Secretaría Subsecretaría de Promoción y Protección de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes, en consonancia con la ley provincial 13.298, que registró en el año 2015 una cobertura de un promedio de 1400 niños/as por año.

La pobreza infantil abarca tres dominios interrelacionados (Minujin, 2010), 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 para controlar amenazas existentes en los entornos que atentan contra los niños. Es decir, que dicha problemática se da en un sistema de *apartheid* ocupacional, entendido como aquel que segrega a un grupo de personas, mediante la restricción o negación de su acceso a una participación digna y significativa en las ocupaciones de la vida diaria, basada en la raza, color, discapacidad, procedencia nacional, edad, sexo, orientación sexual, religión, creencias políticas, estatus en la sociedad u otras características. Ocasionado por fuerzas políticas sus consecuencias sociales, culturales y económicas, sistemáticas y dominantes, ponen en peligro la salud y el bienestar de individuos, comunidades y sociedades (Kronenberg & Pollard, 2007).



Experimentar pobreza o indigencia durante la infancia y/o la adolescencia tiene consecuencias que se extienden en el tiempo y se inscriben en el cuerpo, pues comprende un conjunto de adversidades que tienen impacto nocivo en el presente, generando consecuencias negativas para el resto de la vida y que serán transmisibles a las generaciones siguientes. En el panorama actual, la equidad para la Infancia supone que la fragmentación socio-territorial de las ciudades condiciona el acceso a oportunidades críticas para la sobrevivencia y el desarrollo personal.

La división social de los distintos municipios del conurbano bonaerense refleja la compleja estructura espacial de distribución de grupos sociales, en términos de clase y etnia, de bienes y servicios y de oportunidades de representación política y ejercicio de la ciudadanía.

Históricamente, el cuidado de los niños ha sido asumido por las mujeres-madres. El bagaje investigativo sobre este tema se ha incrementado considerablemente en los últimos años. Constituye un corpus bibliográfico robusto, con aportes teóricos, metodológicos y empíricos de distintas disciplinas sociales, que expresan los cambios sociales, demográficos, económicos, políticos y culturales, entre otros (Zelizer, 2009; Rodríguez Enriquez, 2005; 2007; Batthyani, 2004; Tronto, 2006; Gherardi y Zibecchi, 2011).

En esta oportunidad, interesa el papel protagónico de las mujeres y la reconfiguración del espacio comunitario como ámbito del cuidado infantil. Este espacio es caracterizado por la autora Carla Zibechi (2013; 2010), como punto de encuentro entre:

Factores estructurales -demanda urgente de cuidado en contextos de carencia- y subjetivos -las mujeres son portadoras de atributos y disposiciones que son favorablemente valorados-, el cuidado hacia los otros marca sus trayectorias previas y permite que sean portadoras de un "saber" que es ampliamente valorado en el ámbito comunitario y garantiza su acceso y permanencia.

En el caso de las comunidades con las que trabajamos esto es un sesgo fuerte de la población femenina, además de comparar las siguientes características:

- No existe una estructura comunitaria organizada vinculada a salud. No hay agentes sanitarios o promotores de salud vinculados directamente al sistema de salud.
- La detección de niños que presentan signos de alarma, retraso en las pautas de desarrollo, y problemas de salud que en su mayoría deriva en trastornos del neurodesarrollo, se realiza de forma tardía.
- Existe una demanda de atención de salud infantil por parte de la comunidad. Han realizado diversas gestiones reclamando entre otras necesidades, salita de salud y jardín maternal, sin resultados positivos.

- Son escasos los profesionales especializados en desarrollo infantil que trabajen en Atención Primaria de Salud.
- Los docentes y miembros de la comunidad poseen limitados conocimientos y habilidades para la detección de signos de alarma y desvíos de pautas del desarrollo.

Por un lado, el enfoque de los Derechos Humanos y en particular, el derecho a la vida, a la supervivencia, al desarrollo y a la participación infantil, consagrados en la Convención de los Derechos del Niño (ONU, 1989), permiten identificar la situación de salud y socioeconómica del territorio-lugar como compleja y de riesgo. Por el otro, la ley de protección integral de los derechos de niños/as y adolescentes (26061/06) de Argentina, menciona en sus artículos 8 y 14 el derecho a la vida y la salud. Asimismo, en el artículo 6, refiere a la participación comunitaria como parte activa en la vigencia plena y efectiva de los derechos y garantías de las niñas, niños y adolescentes. Es por ello que se considera indispensable la elaboración, la implementación y el desarrollo de acciones innovadoras en la prevención y en la detección de alteraciones en el desarrollo infantil. De igual modo que en la construcción y fortalecimiento de espacios de comunicación y participación de los padres/madres de los/as niños/as y demás actores comunitarios, alentando una práctica política que, habida cuenta de las condiciones estructurales y contextuales, propicie las transformaciones necesarias. Por lo antes dicho, en esta experiencia la perspectiva de derechos constituye una matriz de alcance teórica y metodológica.

Grodos y De Béthune (1988) consideran fundamental el diálogo con la población como una vía de entrada no burocrática a la comprensión de sus necesidades y de su demanda de atención (y como medio de conocimiento de los profesionales de la concepción de salud de la comunidad); el cambio de beneficiarios a individuos actores; y el hecho de que sólo la retroalimentación que viene de la población permite una adaptación permanente del sistema de salud y su mejora hacia una mayor eficacia, eficiencia, acceso y humanidad. El énfasis está puesto en integrar investigación con intervención, comprender significados y experiencias de vida de los participantes. Atender las voces silenciadas y desafiar las injusticias. De lo expuesto, y mediando el desarrollo de actividades en el territorio, buscamos respuesta a los interrogantes: ¿Cuáles son los problemas del desarrollo infantil? y ¿Cuáles son las percepciones de salud y de cuidado de los pobladores de los barrios San Sebastián y El Tala?

### Objetivos

La producción de conocimientos sobre el tema persigue los siguientes objetivos:

- Realizar aportes al bienestar infantil y a la salud comunitaria.

- Detectar signos de alarma y problemas en el desarrollo de niños de 0 a 5 años que residen en los barrios San Sebastián y El Tala.
- Empoderar a las mujeres de ambos barrios en el conocimiento de sus propias problemáticas sanitarias.
- Capacitar a mujeres de ambos barrios para la detección precoz de signos de alarma y problemas en el desarrollo de niños de 0 a 5 años.
- Obtener información relevante sobre las percepciones y necesidades de salud en ambos barrios.
- Diseñar un protocolo de intervención comunitaria para la detección y atención de problemas de la salud de niños/as de 0 a 5 años.

### Desarrollo de la experiencia

Los participantes de esta experiencia son:

- Mujeres de los barrios San Sebastián y El Tala. La selección ha sido no probabilística, que cumplen los siguientes criterios: –conocimiento y residencia en el barrio (mínimo 2 años), – interés y tiempo para capacitarse, relevar los datos y participar de la investigación.
- Niños/as de 0 a 5 años que reciben atención primaria de la salud en la Unidad Sanitaria N° 18, del barrio San Sebastián y niños/as de 0 a 5 años del Barrio El Tala. Se ha tomado como base para su selección (no probabilística), los datos que poseen la Unidad Sanitaria N° 18, los miembros y colaboradores de las instituciones de la comunidad.
- Informantes claves y referentes de ambos barrios. Selección no probabilística.

Todos los participantes expresaron su decisión en un consentimiento informado, incluidos los padres de los niños que son pesquisados.

La composición del equipo académico de la investigación es multidisciplinaria (terapia ocupacional, medicina, psicología y sociología), y multisectorial (educación: UNQ, salud: Unidad Sanitaria N° 18 y comunidad: Organizaciones nucleadas por “Colectivo de a Pie”)

Metodología: Nuestra labor se inscribe en una perspectiva crítica, tanto en lo epistemológico como en lo metodológico. El conocimiento especializado cede el paso al uso de la pluralidad de conocimientos sobre asuntos sociales. La investigación se relaciona, de este modo, con la transformación social expresada en la propuesta de praxis crítica.

Tomamos aportes de la investigación constructivista en tanto el conocimiento es concebido como una construcción a partir de las relaciones colaborativas entre los diferentes actores

intervenientes en un proceso social y situado en un contexto cultural e histórico específico.

Técnicas e Instrumentos para la recolección de datos: Se seleccionó como herramienta de *screening* para la detección precoz, a la escala del desarrollo ASQ-3,<sup>3</sup> utilizada actualmente por la RED RENACER y PROTECTEA del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La selección de la ASQ-3 está basada en el estudio de validación de la escala realizado por la Nora Grañana<sup>4</sup>, en el que se compara con la escala de la Prueba Nacional de Pesquisa (PRUNAPE, 2005) (Lejarraga, Kelmansky, Pascucci, Salamanca, 2005), en relación a la efectividad y a la practicidad de su aplicación en forma masiva. El estudio llega a la conclusión de que ante la misma efectividad para la detección precoz, la escala ASQ-3, reduce los costos materiales y humanos. Se utiliza una hoja de papel por niño evaluado, y puede ser aplicada por cualquier persona que haya recibido un entrenamiento básico.

Teniendo en cuenta que este proyecto está dirigido a la aplicación de un estudio de primer nivel de atención, y mediante la participación comunitaria en la detección precoz, se considera que el ASQ-3 es la herramienta más propicia para el alcance de los objetivos pautados.

### Resultados de la Primera Etapa

A partir de las gestiones realizadas se ha logrado en esta primera etapa, la participación en el proyecto de las siguientes organizaciones: –Secretaría de Salud del Municipio de Esteban Echeverría; –Unidad Sanitaria N° 18 de Esteban Echeverría; –Jardín 924 Esteban Echeverría; –Posta Sanitaria Barrio Esperanza Lomas de Zamora; –Asociación Civil Colectivo de a Pie; –Guardería comunitaria “Creciendo con Amor”; –Red de Centros Comunitarios.

El relevamiento de datos oficiales respecto a la población infantil en ambos barrios ha arrojado como resultado la inexistencia de datos actualizados en todos los niveles (nacional, provincial y municipal). La única información disponible es la del último Censo Nacional (2010), cuyos datos resultan desactualizados para el presente estudio. La ausencia de datos estadísticos de la población infantil es una evidencia que revela la precariedad con la que se encara esta problemática y la debilidad para elaborar e implementar políticas públicas eficientes y sostenidas en el tiempo. A su vez, realza la nece-

3 ASQ 3: Ages and Stages Questionnaires. Desarrollada en la Universidad de Oregon, 1980.

4 Nora Grañana, es neuróloga Infantil del Hospital Durand (Buenos Aires). Directora de la Investigación que elabora el Baremo del ASQ-3 para Argentina. Grañana N.2014. “Validación y adaptación del AGES AND STAGES QUESTIONNAIRE THIRD EDITION en niños 0-3 años en Argentina”. Tesis Doctorado en Psicología con orientación en neurociencia cognitiva aplicada.

sidad de avanzar en la producción de datos de la población mencionada. Ante esta realidad, se adoptó el criterio de utilizar los registros que poseen las organizaciones e instituciones de ambos barrios para localizar los niños de 0 a 5 años de edad. Los integrantes de las organizaciones promovieron y participaron activamente en la tarea de organización de los registros. En base a estos datos se realizaron en ambos barrios invitaciones a las madres y a la comunidad para los talleres de capacitación y participación en la investigación. Se realizaron 4 talleres de capacitación y entrenamiento del ASQ-3. Dos de ellos se realizaron en el Centro de Integración Comunitaria de San Sebastián. Participaron mamás del barrio, equipo de trabajo de la guardería Rayito de Sol, profesionales de Salud de la Unidad Sanitaria N°18, miembros de asociaciones de padres, docentes y alumnos de Universidad Nacional de Quilmes. Se trabajó sobre las necesidades de salud percibidas por los miembros de la comunidad y se capacitó para utilizar el ASQ-3 como instrumento de medición del desarrollo infantil de 0 a 5 años. Los otros dos talleres se llevaron a cabo en el Jardín Comunitario “Creciendo con amor” y en el Centro Comunitario de la organización Colectivo de a Pie del barrio El Tala, San Francisco Solano. Participaron miembros de la comunidad, madres de los niños asistentes al jardín comunitario, docentes, auxiliares, personal administrativo, cuidadoras, equipo de trabajo y voluntarios de los Proyectos de Extensión Universitaria y de Investigación Orientada por la Práctica Profesional de la UNQ. En total en los 4 talleres participaron 75 personas, mayoritariamente mujeres-madres. Se realizaron también 2 Jornadas de capacitación denominadas: “Detección precoz de signos de alarma y problemas en el desarrollo de niños de 0 a 5 años”, en la UNQ, abiertos a la comunidad. Participaron más de 100 personas en cada uno. La respuesta superó la expectativa. Se pudo detectar que el tema es convocante tanto para miembros de organizaciones comunitarias que atienden a niños como para alumnos y graduados. Fue altamente valorada la posibilidad de capacitarse en el manejo de instrumentos accesibles para la detección temprana de problemas de salud infantil.

Luego de realizar las capacitaciones, se aplicó la escala ASQ-3, a un total de 60 niños que asisten a la Unidad Sanitaria N°18 de San Sebastián, la guardería Rayito de Sol de San Sebastián, partido de Esteban Echeverría y el Jardín Maternal “Creciendo con amor” (Colectivo a Pie), ubicado en el barrio El Tala, Solano, Partido de Quilmes. Las mujeres de la comunidad que se habían capacitado fueron las que participaron en la recolección de datos. En esta primera instancia se las acompañó con monitoreo de miembros del equipo y voluntarios, en calidad de asistentes. Actualmente se realiza el análisis estadístico de los datos obtenidos de la aplicación del ASQ-3 y el análisis cualitativo de los temas emergentes surgidos en las instancias de capacitación. Estos últimos se han codificado en los siguientes nudos temáticos: -ideas, actitudes y experiencias

sobre la salud de los hijos (percepciones de las madres); - aspectos culturales, incidencia en la toma de datos (población con composición de mujeres inmigrantes).

Se elaboró una guía para Entrevista en Profundidad que se aplicará en la próxima etapa.

El estado del arte respecto a la elaboración de protocolos se encuentra en proceso, habiendo culminado con la revisión de antecedentes de investigación sobre el tema. Paralelamente, se ha iniciado el registro de los aportes realizados por las mujeres en las instancias de capacitación, identificándolos como insumos para la elaboración del protocolo de intervención comunitaria para la detección precoz y atención de problemas de salud de niños de 0 a 5 años. De este modo, funciona como instancia de producción y de validación de conocimientos.

### Reflexiones preliminares

Las evidencias sobre el estado del desarrollo de los niños de los barrios San Sebastián (E. Echeverría) y El Tala (Quilmes), permiten contar con información que al momento no está disponible. Estos datos, junto con el protocolo elaborado por los integrantes de las comunidades de cada barrio (madres, vecinos, profesionales de salud y educación), incrementarán las posibilidades de atención temprana.

La capacitación y la gestión de la salud comunitaria producen capacidad instalada en las mujeres y actores comunitarios. Las comunidades y los profesionales que trabajan en ellas se han mostrado entusiastas ante esta propuesta que integra y promueve la acción participativa con la investigación.

Las evidencias empíricas que se produzcan sobre la eficacia de la pesquisa utilizada y el diseño del protocolo aportarán a la generación de tecnología apropiada para el tratamiento del problema en cuestión.

- La Asociación Colectivo de a Pie, luego de la experiencia en el Barrio El Tala, expresó el interés en que este proyecto de desarrollo en otros barrios donde asisten a poblaciones infantiles.

- Se ha colaborado con el equipo de investigación de Nora Grañana, Neuróloga Infantil del Hospital Durand, quienes se encuentran construyendo el baremo local del ASQ-3, realizando la aplicación de la escala ASQ-3 y la pesquisa PRUNAPE a niños del barrio San Sebastián, Esteban Echeverría.

Los nuevos modelos comunitarios requieren innovar la intervención y aporte a las políticas públicas y el encuentro con la multiplicidad de los actores que intervienen en el territorio para establecer un “nosotros” en el sujeto social, en el sujeto comunidad. El diálogo permanente generó acciones y actitudes socialmente comprometidas en los actores sociales, creándose un núcleo de convergencia desde la construcción

colectiva de prácticas, significados, lazos e imaginarios sociales. A continuación, compartimos el siguiente texto de la escucha de las voces de una de las madres participantes:

“No podemos hablar de salud en los chicos solo porque los padres los llevamos a controles periódicos. Tener salud es otra cosa. Y no lo digo solo por los niños, si mis hijos enferman y los llevo al médico, lo médica, todo suma. . . los cuidados que les brindo, los mimos, las caricias, el olor a la sopa que les preparo. Estar en casa y poder cuidarlos, también es saludable para mí, para mi esposo porque está tranquilo en su trabajo. Pero no siempre pasa eso, a veces estoy trabajando en el servicio doméstico y cuando enferman los dejo al cuidado de una vecina. Y lógico, tardan más en curarse”. (M., 25 años, madre de 4 niños).

Este tipo de investigación e intervención desde Terapia Ocupacional aporta centralmente a las acciones colectivas y transformadoras al asumir la responsabilidad profesional de identificar y actuar ante situaciones de injusticias. El compromiso con los procesos de cambio junto con las comunidades que sufren abre camino para superar la exclusión. La participación de la comunidad, elemento central en las estrategias de promoción de la salud, presupone que las personas tomen conciencia de los problemas que los /as aquejan y quieran cambiar sus condiciones de vida.

Las comunidades que aprenden facultan a las personas para la participación a través de la ocupación. Los conocimientos producidos y validados podrán ser tomados como base para su instalación en la agenda pública y para la toma de decisiones políticas. De igual modo que pueden aportar soluciones a los temas de salud y calidad de vida de los niños y de sus comunidades de pertenencia. ■

[Recibido: 28/06/17- Aprobado: 5/12/17]

## Referencias Bibliográficas

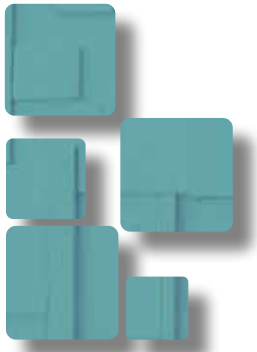
- Alegre, S. (2013). El desarrollo infantil temprano. Entre lo político, lo biológico y lo económico. Cuaderno 04. Recuperado en: [http://www.sipi.siteal.org/sites/default/files/sipi\\_publicacion/sipi\\_cuaderno\\_desarrollo\\_temprano\\_20130927\\_0.pdf](http://www.sipi.siteal.org/sites/default/files/sipi_publicacion/sipi_cuaderno_desarrollo_temprano_20130927_0.pdf)
- Baker-Henningham, H., López Bóo, F. (2013). Intervenciones de estimulación infantil temprana en los países en vías de desarrollo: Lo que funciona, por qué y para quién. Recuperado en: <http://www.risalc.org/portal/publicaciones/ficha?id=2841>
- Batthyany, K. (2004). Cuidado infantil y trabajo ¿un desafío exclusivamente femenino?, Montevideo, CONTERFOR, OIT. Recuperado en: [http://cienciassociales.edu.uy/departamentodesociologia/wp-content/uploads/sites/3/2013/archivos/trazos\\_20.pdf](http://cienciassociales.edu.uy/departamentodesociologia/wp-content/uploads/sites/3/2013/archivos/trazos_20.pdf)
- Carli, S. (2010). Notas para pensar la infancia en la Argentina (1983-2001): figuras de la historia reciente. *EDUCAÇÃO EM REVISTA*; pp. 351 – 380
- Case-Smith, J. (Ed.). (2013). Systematic reviews of the effectiveness of interventions used in occupational therapy early childhood services [Special issue]. *American Journal of Occupational Therapy*, pp. 67- 74
- CEPAL, (2009). “Políticas Públicas y crisis de cuidado en América Latina: alternativas e iniciativas” en *Panorama Social en América Latina*, Santiago de Chile. Recuperado en: <http://www.cepal.org/es/publicaciones/1232-panorama-social-america-latina-2009>
- Clark, G., Kingsley, K. (2013). Occupational therapy practice guidelines for early childhood: Birth through 5 years. Bethesda, MD: AOTA Press.
- Engle, P.; Fernald, L.; Alderman, H.; Behrman, J.; O’Gara, C.; Yousafzai, A.; Cabral de Melo, M.; Hidrobo, M; Ulkuer, N.; Ertem, I.; Iltus, S. (2011); The Global Child Development Steering Group. Strategies for reducing inequalities developmental outcomes for young children in low income and middle-income countries. *The Lancet*, vol 378 (9799); 1339-1353.
- Figueiras A., Neves de Souza I., Ríos V. y Benguigui Y. (2006). Manual para la vigilancia del desarrollo infantil en el contexto de AIEPI. Washington: Organización Panamericana de la Salud (OPS); 2-55.
- Gherardi, N. y Zibecchi, C. (2011). El derecho al cuidado: ¿una nueva cuestión social ante los tribunales de justicia de Argentina?. *Revista de Ciencia Política de la Universidad de Chile, Dossier Derecho, justicia y política, Revista Política, vol 49, Nro.1, 107-138.*
- Grodos, D. y De Bethune, X. (1988). Las intervenciones sanitarias selectivas: una trampa para la política de salud del Tercer Mundo. *Cuadernos Médicos Sociales nº 46 diciembre 1988. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales. Asociación Médica de Rosario. Santa Fe, Argentina.*
- Hix-Small, H., Marks, K., Squires, J. y Nickel, R. (2006). Impact of implementing Developmental Screening at 12 and 24 months in a Pediatric Practice. *Ped.*, 381-388.
- Kronenberg, F., Pollard, N. (2007). Superar el apartheid ocupacional: exploración preliminar de la naturaleza política de la terapia ocupacional. En: *Terapia Ocupacional sin Fronteras. Aprendiendo del espíritu de supervivientes. Buenos Aires, Argentina. Edit. Médica Panamericana.*
- Lejarraga, H., Kelmansky, D., Pascucci, M., Salamanco, G. (2005). Prueba Nacional de Pesquisa, PRUNAPE, Manual técnico. Buenos Aires: Fundación Hospital Garrahan 2005; 19-136.
- Menéndez E. (2006). Las múltiples trayectorias de la participación social. En: Menéndez E, Spinelli H. *Participación social. ¿Para qué?* Buenos Aires: Lugar Editorial; p. 51-80

- Minujin, A. (2010). ¿Por qué se diferencia la pobreza infantil de la pobreza que afecta a los adultos?. En: Desafíos, Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del Milenio, N° 10, mayo 2010, CEPAL-UNICEF. p.10. Recuperado en: [https://www.unicef.org/lac/Boletin-Desafios10-CEPAL-UNICEF\(1\).pdf](https://www.unicef.org/lac/Boletin-Desafios10-CEPAL-UNICEF(1).pdf)
- Organización de Naciones Unidas (1989). Convención sobre los Derechos del Niño. Recuperado en: <https://www.unicef.org/argentina/spanish/7.-Convencionsobreloderechos.pdf>
- Petermann, F., & Macha, T. (2008). Developmental Assessment: a General Framework. *Journal of Psychology*, 127-134.
- Peterander, F., Speck, O., Pithon, G., & Terrisse, B. (1999). Les tendances actuelles de l'intervention précoce en Europe. Sprimont: Mardaga Publishing House.
- Rodríguez Enríquez, C. (2005). Macroeconomía y Economía del cuidado: un abordaje conceptual preliminar, Mimeo, Centro de Estudios de la Mujer, Santiago de Chile.
- CEPAL. (2007). "La organización del cuidado de niños y niñas en Argentina y Uruguay", Serie Mujer y Desarrollo Nro. 90, Santiago de Chile: CEPAL. Recuperado en: [http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5813/1/S0701056\\_es.pdf](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/5813/1/S0701056_es.pdf)
- Secretaría de Desarrollo Social del Municipio de Quilmes (2010). Censo Quilmes Social 2010. Recuperado en: <http://quilmessocial.org/actividad.php?id=168#.WT8T9oyGMdU>
- Spicker, P., Leguizamón, S. y Gordon, D. (2009). Pobreza un glosario internacional. Buenos Aires: CLACSO. Recuperado en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/clacso/crop/glosario/glosario.pdf>
- Trentham, B. y L- Cockburn, L. (2006). Investigación acción participativa: creando conocimientos y oportunidades para la involucración ocupacional. En Kronenberg F., Simó Algado y Pollard, - Terapia Ocupacional sin Fronteras: aprendiendo del espíritu de supervivientes. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- UNICEF, (2012). The Structural Determinants of Child Well-being. An Expert Consultation Hosted by the UNICEF Office of Research, 2012. Recuperado en: <http://www.unicef-irc.org/publications/678>
- UNICEF, (2014, 2013, 2012). Informe anual. Recuperado en: [http://www.unicef.org/argentina/spanish/resources\\_10834.htm](http://www.unicef.org/argentina/spanish/resources_10834.htm)
- UNICEF, OEI, SITEAL, SIPI. (2015). Resumen Estadístico comentado. El derecho a la salud en la primera infancia, p.3. Sistema de Información sobre la Primera Infancia en América Latina. Recuperado en: [www.sipi.siteal.org](http://www.sipi.siteal.org)
- UNICEF, (2010). Pobreza Infantil en América Latina y El Caribe. Ed. Naciones Unidas. Recuperado en: <https://www.unicef.org/lac/Libro-pobreza-infantil-America-Latina-2010%281%29.pdf>
- Zelizer, V. (2009). Las relaciones de cuidado. En La negociación de la intimidad, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires.
- Zibecchi, C. (2013). Organizaciones comunitarias y cuidado en la primera infancia: un análisis en torno a las trayectorias, prácticas y saberes de las cuidadoras. En Trabajo y Sociedad, Sociología del trabajo, Estudios culturales, Narrativas sociológicas y literarias .NB - Núcleo Básico de Revistas Científicas Argentinas (Caicyt-Conicet), N° 20, Santiago del Estero, Argentina.

---

**Cómo citar este artículo:**

Abregú, M.; Arce, L.; Demiryi, M.; Fernández, G.; Ledesma, C.; Piatis, S; Yantani, S. (2017). El cuidado de la salud infantil desde la mirada de los actores de la comunidad. Una experiencia de investigación comunitaria. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 3(2), 13-20.



# Personas mayores socialmente vulnerables y terapia ocupacional: reflexiones sobre una práctica

Elderly socially vulnerable and occupational therapy: reflections on a practice

Claudia Reinoso Araujo de Carvalho | Monica Villaça | Patrícia Takeno Cologna Lucif | Janaína Santos Nascimento | Carolina Rebellato | Mariana Vianna Zaquieu da Fonseca | Suelen Gemaque Pinho | Paloma Vianna Ribeiro Vieira

## **Claudia Reinoso Araujo de Carvalho:**

Terapeuta Ocupacional, Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública, ENSP/Fiocruz, Brasil. Professora do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro. claudiareinoso73@gmail.com

**Monica Villaça:** Terapeuta Ocupacional, Mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública, ENSP/Fiocruz, Brasil. Professora do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro. movillaca@hotmail.com

**Patrícia Takeno Cologna Lucif:** Terapeuta Ocupacional, Mestre pelo programa de pós-graduação em Clínica Médica pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, FMRP-USP. ptcologna@gmail.com

**Janaína Santos Nascimento:** Terapeuta Ocupacional, Mestre em Atenção à Saúde pela Universidade Federal do Triângulo, UFTM, Brasil. Professora do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro. jananascimento.to@gmail.com

**Carolina Rebellato:** Terapeuta Ocupacional, Doutora em Educação Especial pela Universidade Federal de São Carlos, UFSCar, Brasil. Professora do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro. crebellato.to@gmail.com

**Mariana Vianna Zaquieu da Fonseca:** Terapeuta Ocupacional. Terapeuta Ocupacional, Especialista em Geriatria e Gerontologia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ, Brasil. Terapeuta Ocupacional da Associação Fluminense de Reabilitação. marianazaquieu@hotmail.com

**Paloma Vianna Ribeiro Vieira:** Terapeuta Ocupacional. paloma\_viann@yahoo.com.br

**Suelen Gemaque Pinho:** Terapeuta Ocupacional. suelengemaque@ufrj.br

## **Resumen**

El propósito de este trabajo es reportar la experiencia de un proyecto de extensión de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Federal de Rio de Janeiro, en colaboración con el Departamento de Desarrollo Social de la ciudad de Río de Janeiro. El proyecto atiende a ancianos en situación de vulnerabilidad social, que perdieron sus lazos familiares y sociales; tiene como principal objetivo rescatar las historias de vida de las personas mayores para que puedan mejorar el desempeño de las funciones psicológicas y sociales. Para esto se realizan grupos terapéuticos utilizando diferentes actividades con la finalidad de generar reflexiones sobre el proceso de envejecimiento. En esta investigación se presenta el proyecto, el análisis de las actividades propuestas, la discusión de los beneficios de las mismas y la contribución del proyecto en la formación de los estudiantes. Llegamos a la conclusión de que las actividades facilitan la comunicación entre los ancianos participantes y contribuyen en el rescate y la construcción de nuevas relaciones interpersonales. Por otra parte, para los estudiantes y profesores el mismo genera aprendizaje que, sumados a la reflexión teórica, permite la generación de nuevos conocimientos; además representa una oportunidad para fortalecer los lazos entre la universidad y la sociedad.

**Palabras clave:** Terapia Ocupacional, vulnerabilidad social, anciano, educación superior.

## **Abstract**

*The purpose of this paper is report the experience of an extension project for the Degree in Occupational Therapy from Federal University of Rio de Janeiro-UFRJ, in collaboration with the Department of Social Development of the city of Rio de Janeiro. The project serves elders socially vulnerable, who lost their family and social ties; it's main objective is to rescue older people's life stories so that they can improve the performance of their psychological and social functions. For this purpose, therapeutic groups with different activities are performed in order to generate insights about the process of aging. This research describes the project, analysis of the proposed activities and the discussion about the profit of these ones, and the contribution of the project in the education of students. We conclude that the activities facilitate communication between elders participants and contributes to in the rescue and build up new relationships. Moreover, it generates learning in students and teachers which, together with theoretical reflection, allows the generation of new knowledge. In addition, it represents an opportunity to strengthen ties between University and society.*

**Key words:** Occupational Therapy, social vulnerability, aged, higher education.

## Introducción

Los proyectos de extensión universitaria son un proceso interdisciplinario, educativo, cultural, científico y político, que promueve una interacción transformadora entre la universidad y otros sectores de la sociedad, siendo éstos fundamentales en la formación de los estudiantes pues permiten la experiencia práctica profesional desde el inicio del proceso de formación, desarrollando las competencias necesarias para su actuación de acuerdo a las demandas sociales (Conselho de Ensino de Graduação. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2013; Carvalho, Pinho, Fonseca & Vieira, 2014). En ese sentido, desde la carrera de Terapia Ocupacional de la Universidad Federal de Rio de Janeiro (UFRJ) se ha tratado de compartir conceptos, métodos y técnicas de evaluaciones e intervenciones que aseguren el desempeño de los futuros profesionales en las distintas modalidades de atención a las personas mayores (Carvalho *et al.*, 2014). Desde ese marco, el objetivo de este trabajo es reflexionar sobre la práctica de la terapia ocupacional con los ancianos en situación de vulnerabilidad social a partir del análisis de una práctica desarrollada en un proyecto de extensión universitaria realizado por el Departamento de Terapia Ocupacional de la Universidad Federal de Río de Janeiro.

Diversos aspectos de la vida cotidiana de los ancianos pueden llevarlos a un estado de vulnerabilidad en ocasiones relacionados a cuestiones culturales, sociales, económicas y de salud física y mental, propias del proceso de envejecimiento (Paz Santos & Eidt, 2006). No podemos generalizar que todos los ancianos son vulnerables pues algunos pueden envejecer manteniendo una buena calidad de vida, preservando su autonomía e independencia. Sin embargo, muchos otros experimentan la inactividad, la disminución de su potencial cognitivo y creativo y algunas limitaciones en la esfera social (Carvalho *et al.*, 2014). No obstante, según demuestran las investigaciones de distintos autores podemos afirmar que los ancianos institucionalizados además de empeorar su calidad de vida, son más vulnerables (Mincato & Freitas, 2007; Nunes, Menezes & Alchieri, 2010; Mincato & Freitas, 2007; Brown, Kiely, Bharel & Mitchell, 2013; Del Duca, Silva, Thumé, Santos & Hallal, 2012; Freitas & Scheicher, 2010).

Robert Castel (1998) destaca que la desafiación es característica de aquellos cuyas redes sociales, familiares y de trabajo se encuentran fragilizadas o rotas. El trabajo produce una identidad para el individuo adulto, mientras que las redes sociales y familiares son importantes para la formación de enlaces. Por lo tanto, los ancianos institucionalizados pueden configurarse en esta condición de desafiados sociales. Entendemos al anciano en estado de vulnerabilidad social como aquel que sufre la ruptura de sus vínculos familiares y sociales y muchas veces se encuentra en situación de calle o bien acogido en servicios de asistencia social. (Carvalho, Mesquita & Farias, 2017).

En Brasil, desde la década de los setenta, los terapeutas ocupacionales han estado discutiendo sus prácticas con la población socialmente vulnerable. Sobre este debate nació un campo de actuación práctica denominado Terapia Ocupacional Social, que se consolidó en la década de los noventa (Lopes, 2016). Las discusiones al respecto de este campo generaron la construcción de fundamentos teórico-metodológicos para las prácticas con la población socialmente vulnerable. Desde entonces la ciudadanía pasa a ser un eje articulador de las acciones del terapeuta ocupacional (Barros, 2004). Según Lopes, Malfitano, Silva y Borba, (2014) “la Terapia Ocupacional Social utiliza las actividades como un recurso mediador del trabajo de acercamiento, acompañamiento, acogida de las demandas y el fortalecimiento de los sujetos individuales y colectivos, para los cuales direcciona su acción” (p.594-595, Traducción de las autoras).

Desde esta perspectiva, el terapeuta ocupacional, al trabajar con los ancianos en situación de vulnerabilidad social, se presenta como un profesional con competencias para desarrollar una práctica técnica ética y política direccionada a la inclusión social y a la participación efectiva en la producción de la vida y de bienes y valores sociales (Correia, Costa, Faria, Takeiti, Gonçalves, Carvalho & Machado, 2016).

Con referencia específica a la atención de las personas mayores, la participación en grupos responde a algunas necesidades comunes identificadas en esta población, tales como: el alivio de la soledad, el reconocimiento como un individuo único, el sentimiento de realización y la oportunidad para la auto-expresión (Almeida, Batista & Lucoves, 2010). Para reducir el riesgo de aislamiento social y sus consecuencias perjudiciales, el terapeuta ocupacional asiste a pacientes de edad avanzada para el mantenimiento de las actividades sociales y fomenta nuevos intereses. También proporciona estrategias para promover el aprendizaje y el mantenimiento de una mente activa; dichas estrategias inciden en la mejora de auto-estima (Corregidor Sánchez, 2010).

Entre los beneficios que se encuentran en los grupos conformados por ancianos se incluyen la formación de nuevas relaciones sociales, el intercambio de experiencias, y la participación social, la mejora de la auto-imagen, la promoción del crecimiento personal y propiciar una mayor conciencia del proceso de envejecimiento (Lima & Pasetchny, 1988). También, de acuerdo con los autores citados, estos grupos contribuyen a la recuperación y ejercicio de nuevos papeles o roles permitiendo a las personas mayores mantenerse activos y reorganizarse internamente.

En el proceso de la Terapia Ocupacional las actividades son valoradas ya que permiten el restablecimiento del equilibrio emocional, la construcción de experiencias y la activación de un nuevo potencial de vida, además de permitir cambios

en las actitudes, pensamientos y sentimientos (Castro, Lima & Brunello, 2001). Sobre las actividades de Terapia Ocupacional, Deps (1993) relata que estas posibilitan al anciano vivenciar factores importantes para su bienestar como: sentido existencial, autodeterminación, desarrollo positivo y calidad de vida. La actividad, según Liberman (1998), actúa como facilitadora de la expresión y la comunicación, dándole a la persona la oportunidad de crear algo desde su cultura, sus conocimientos y su historia, lo que le permite la percepción de la individualidad, la existencia de diferentes formas de expresión y otras formas de actuar y sentir.

El arte y las actividades artísticas, según Guedes, Guedes y Almeida (2011), permiten la socialización y expresión, siendo por lo tanto un recurso que favorece la comunicación; Lima y Silveira (2009), destacan también la importancia de estas actividades para establecer nuevas relaciones de las personas mayores con su entorno social. Los autores concluyen que las actividades artísticas se muestran como un canal eficaz en la disminución de los problemas de salud porque favorecen las posibilidades de establecer un potencial estado de creación y autoconocimiento.

Perez y Almeida (2010) publicaron los resultados de un estudio sobre el uso del proceso de revisión de la vida como un recurso poderoso e importante para ser utilizado por los terapeutas ocupacionales con la población anciana. Entendemos la revisión de la vida como “una intervención formal y estructurada a través de la cual los recuerdos a través de la vida se recuerdan con el objetivo explícito de examinarlos, evaluarlos y valorarlos” (Gibson, 2004 citado en Lindinger-Sternart & Laux, 2013, p.81). Trabajar con la revisión de vida permite que la trayectoria del individuo sea revivida, por lo tanto, actualizada y modelada por lo que es y por lo que tiene sentido para la persona en el presente. De acuerdo con el autor, este proceso permite la elaboración de las cuestiones del envejecimiento y la reflexión sobre los proyectos futuros a partir de lo que la persona entienda como significativo en este momento y su perspectiva en relación a su propia experiencia de vida (Brandão, 1999). En complementariedad, Sathler y Py (1994) señalaron que el desafío para los que trabajan con las personas mayores es esta resignificación, ya que les ayuda a redescubrir su potencial y restaurar su capacidad de acción.

Consideramos el abordaje grupal como estrategia principal para llevar a cabo el proceso de “revisión de vida” con las personas mayores porque ésta puede actuar como caja de resonancia, donde cada singularidad adquiere sentido en relación a la otra, componiendo una red de enlace que amplía las posibilidades de intervención (Maximino, 1995). Por tanto, es posible utilizar disparadores, entre ellos, las actividades expresivas que actúan como un recurso para acceder a la historia del sujeto y para compartir experiencias en el grupo. Desde dicha perspectiva, se desarrolla el proyecto de extensión titulado

“La terapia ocupacional en la atención a las personas mayores en situación de vulnerabilidad social. El uso de actividades auto-expresiva y enfoque para la revisión de vida como un recurso terapéutico”.

## Desarrollo

### El proyecto de extensión “La Terapia Ocupacional en la atención a las personas mayores en situación de vulnerabilidad social.”

Las acciones del proyecto se iniciaron en el año 2012 con el apoyo del Programa Institucional de Becas de Extensión PIBEX-UFRJ. Fruto de una colaboración entre la carrera de Terapia Ocupacional de la UFRJ y la Secretaría Municipal de Desarrollo Social de Río de Janeiro (SMDS-RJ), la acción fue implementada con el término de cooperación técnica número 08/003.806/2011 (Carvalho et al., 2017). No siempre las personas mayores aceptan el hecho de estar alojados en la Central de Recepción<sup>1</sup>. La salida de la Central es otorgada, más a menudo, para el refugio de la SMDS, pero el intento de reintegración familiar es la primera opción del equipo.

El lugar donde se desarrolla el proyecto acoge a ancianos en situación de calle, o sea, aquellos que utilizan espacios públicos y áreas segregadas como espacio habitacional y de sustento, de forma temporal o permanente, así como las unidades de acogimiento para estadía temporal o como vivienda provisional.

La propuesta consiste en rescatar la historia de vida de las personas mayores e implementar un trabajo terapéutico ocupacional junto a los ancianos, a través de acciones que promuevan inclusión social; la estimulación de las funciones cognitivas (incluyendo la atención, concentración y memoria), la creatividad, la iniciativa y la orientación espacio-temporal. Asimismo, se propicia la creación de un ambiente acogedor para los ancianos mediante la construcción de vínculos con los profesores y los alumnos de la carrera de Terapia Ocupacional. Por otra parte, se busca incentivar el interés de los alumnos por la investigación y prepararlos para la actuación en el ámbito del Sistema Único de Asistencia Social (SUAS)<sup>2</sup>, siendo la Terapia Ocupacional una de las 14 profesiones relacionadas a la Salud por el Consejo Nacional de Salud (CNS) cuya actuación en otras áreas es una tendencia reciente de la profesión (Carvalho et al., 2014; Carvalho, Mesquita & Farias, 2017).

1 Centro de Recepción de Ancianos Pastor Carlos Portela, donde se desarrolla el proyecto.

2 Sistema público no contributivo, que organiza los servicios de asistencia social en Brasil. Articula los esfuerzos y los recursos de los tres niveles de gobierno para la ejecución y el financiamiento de la Política Nacional de Asistencia Social (PNAS). (Fuente: <http://mds.gov.br/assuntos/assistencia-social/o-que-e>)



Con las personas mayores se llevan a cabo grupos (o talleres/dispositivos) de Terapia Ocupacional, haciendo uso de las actividades expresivas como un recurso terapéutico, en conjunto con los abordajes de revisión de vida. Las actividades sirven como desencadenante de los temas tratados en cada reunión y se relacionan con los ciclos de la vida, como por ejemplo, “niños”, “juventud”, “edad adulta” y “envejecimiento”. Actualmente, el enfoque del proyecto es entender cómo era la historia de vida de estas personas mayores, centrándose en sus narraciones (Carvalho *et al.*, 2014).

El Ambiente (prestando atención al espacio físico que incluye la accesibilidad) es el foco de atención de la Terapia Ocupacional, siendo un aspecto también trabajado en el proyecto. Las intervenciones en el medio ambiente incluyen la reorganización de los muebles con el fin de prevenir las caídas y facilitar la movilidad de las personas mayores, la decoración de los espacios (antes impersonales) y también la ambientación festiva como por ejemplo, Junina<sup>3</sup> y Navidad (Carvalho *et al.*, 2014).

### Los beneficios de las actividades propuestas para las personas mayores

Las experiencias afectivas expresadas a través de la preocupación por el otro, parece ser, en gran medida, producto de las intervenciones en grupo realizadas por el proyecto. Se observó que al inicio de la intervención los ancianos hablaban poco entre sí. Con el tiempo observamos que, en el grupo, los ancianos hablaban con mayor claridad y se ofrecían ayuda mutua.

Considerando las actividades, se observó que las más aceptadas son las que involucran la construcción de productos para uso personal, como la fabricación de carteras, bufandas de lana y la decoración de camisas. Las menos aceptadas son las actividades más complejas que requieren de una atención constante y de estímulos frecuentes como, por ejemplo, el cultivo de plantas con el fin de generar calidez en el ambiente del lugar y ofrecer un espacio más acogedor, entre otros objetivos psico-sociales formulados. No se obtuvo el éxito deseado porque se requiere de una atención diaria que las personas mayores no siempre pudieron mantener (Carvalho *et al.*, 2014).

De acuerdo con Carvalho *et al.* (2014) algunas actividades fueron particularmente eficaces para facilitar la formación de las relaciones interpersonales, al mismo tiempo que proporcionaron un entorno más humano y acogedor. A modo de ejemplo, la fabricación de cuadros de madera y piezas de yeso en forma de frutos y hojas; macetas de arcilla pintadas para colocar plantas seleccionadas de acuerdo a la preferencia de cada anciano, así como la construcción de una canasta de Pascua, donada por los ancianos a los trabajadores sociales.

3 Festivales populares en homenaje a 3 santos: Santo Antonio, São Pedro y São Paulo, que ocurren en el mes de junio en Brasil.

Las diversas actividades se componen de una secuencia ordenada de pasos. En el primer caso: lijar, pintar la madera, poner el yeso en los moldes, quitar las partes de los moldes, pintar las piezas de yeso, adherirlas a la madera, y elegir la ubicación para el producto final. En el caso de la segunda actividad: producir la pieza de arcilla, pintar de blanco, decorar las piezas, preparar la tierra, elegir la planta y después plantar la misma y regarla. En el tercer caso: elegir y cortar las figuras, pegarlas en la canasta, decorarla, llenarla de dulces y golosinas y armar una tarjeta. Se presentó la necesidad de mucho contacto verbal entre los participantes y el desarrollo de acciones conjuntas y participación, tornando el trabajo más llevadero y enriquecedor, promoviendo la solidaridad en el grupo, la autoestima y la tolerancia al prójimo.

La construcción de un mural con fotos fue una actividad muy apreciada. Ver en una primera instancia las fotos del grupo y luego presentarlas en el espacio de vida a través de un mural construido en conjunto, ha demostrado ser una potente función de integrar y mejorar la autoestima de todos.

Las actividades complejas posibilitan mayor participación porque permiten a los que presentan más dificultades involucrarse en las etapas más sencillas del proceso. Al mismo tiempo, estas actividades requieren una mayor comunicación entre los participantes, tomar decisiones colectivas y trabajar la escucha y la tolerancia frente a posibles dificultades presentadas por el otro. En el caso de las actividades aquí analizadas, el aspecto del ambiente también fue valorado, lo que dio más sentido y significado a la actividad propuesta.

El abandono y el deseo de volver a la calle son los temas más recurrentes del grupo. Otros temas comunes están relacionados a las actividades realizadas en el pasado, donde se escuchan con frecuencia relatos sobre la fragilidad de los contratos de trabajo formal e inconstancia de los empleos. La religión es también un tema frecuente.

### Los beneficios del proyecto de extensión para los estudiantes

Desde el inicio del proyecto los estudiantes participan en grupos de estudios relacionados con el tema del envejecimiento, Terapia Ocupacional Social, dinámicas de grupo, técnica de revisión de vida, de humanización en salud, investigación de intervenciones y actividades de autoexpresión en Terapia Ocupacional. Antes de entrar en el campo del desarrollo de las actividades en sí, son realizados laboratorios experimentales de las actividades auto-expresivas para la preparación de los estudiantes del proyecto de modo de que puedan aplicar estos recursos con los usuarios. Después de las actividades del grupo se lleva a cabo una supervisión semanal con los estudiantes para la discusión y reflexión de las actividades que se han desarrollado a través de la orientación y el estudio sobre la base de los textos relativos a los temas de Gerontología,

Ciencias Sociales y Terapia Ocupacional. Las reuniones de supervisión se conciben como un momento para el intercambio de ideas, preguntas y preocupaciones. Esta experiencia constituye un beneficio doble: por un lado los alumnos adquieren nuevos conocimientos y habilidades con la inmersión directa en los espacios sociales y, por otro, garantiza una mejor formación para futuras prácticas más eficaces. Los estudiantes añaden estas discusiones a los conocimientos obtenidos a través del estudio semanal, además de desarrollar las habilidades y la propia percepción de la interacción con los sujetos.

La intersectorialidad es vista como un punto positivo, ya que genera que la práctica en otras áreas abra un camino para la mejora y la construcción de nuevos conocimientos en relación con la red de apoyo social. La actitud hacia los otros profesionales, el desarrollo de una práctica coherente con las demandas sociales y cómo las intervenciones están diseñadas teniendo en cuenta las singularidades del espacio, son logros importantes que enriquecen la educación de los estudiantes. Los mismos deben preparar una clase sobre la intervención de la Terapia Ocupacional con personas mayores en el contexto del Sistema Único de Asistencia Social - SUAS en la materia de Gerontología. La clase es también una manera de promover el proyecto y despertar el interés de otros estudiantes sobre el tema. La difusión de los resultados parciales y finales se da durante y después del período del proyecto y resulta en una producción científica presentada en congresos, conferencias, artículos y otros medios de difusión de los productos académicos.

### Consideraciones Finales

Las actividades desarrolladas en el proyecto han contribuido al rescate y la construcción de nuevas relaciones interpersonales, facilitando la relación y la comunicación entre los participantes. Además, se alienta a las personas mayores a romper las barreras relacionadas con la autoestima, la motivación y la libre expresión y también anima a desarrollar la capacidad de sus funciones cognitivas. El proyecto de extensión aquí presentado es una oportunidad única para fortalecer la relación entre la universidad y la sociedad, en la que se presenta como una vía de doble sentido donde la comunidad académica tiene la oportunidad de aplicar sus conocimientos en beneficio de la sociedad. Al regresar a la universidad, los estudiantes y profesores traen aprendizajes, que sujetos a una reflexión teórica permiten, a su vez, la generación de nuevos conocimientos. Además, son herramientas importantes en la formación de los alumnos. Se estableció la participación de estudiantes de diferentes asignaturas de la carrera de Terapia Ocupacional en el proyecto, vislumbrando la mayor integración de las acciones con el proceso de formación de los estudiantes. Las asignaturas de extensión del primer semestre del curso, Terapia Ocupacional Social y Terapia Ocupacional en Gerontología (ambas del sexto semestre) realizan visitas al proyecto para conocer sus prácticas. A futuro

se piensa en la posibilidad de gestionar estas visitas junto a estudiantes de otras carreras para promover el aprendizaje y la actuación interdisciplinaria.

Sobre la base de las ideas de Doll (2002) y Cabrera (2002) puede decirse que las actividades prácticas, como los proyectos de extensión, impiden que la formación sea “vacía y sin sentido” porque la formación teórica estricta puede incurrir en la enseñanza de teorías como “verdades absolutas”, sin que el estudiante pueda relativizar y entender sus limitaciones. Estas limitaciones se enfrentan de manera privilegiada en la actividad práctica.

Actualmente el proyecto ha iniciado nuevas acciones que están vinculadas al espacio público, a la exploración de los espacios sociales de la ciudad, en el sentido de promover el derecho a la circulación por la ciudad y acceso a los espacios públicos, con el ingreso a ambientes poco frecuentados por los ancianos, como museos, teatros y parques. Se proyecta la realización de actividades en conjunto a otro proyecto de extensión que desarrolla acciones junto a jóvenes en situación de vulnerabilidad, promoviendo la interacción entre las generaciones de los participantes del proyecto. ■

[Recibido: 29/09/17- Aprobado: 4/12/17]

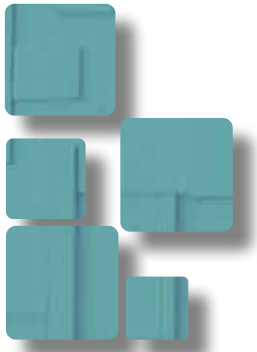
### Referencias Bibliográficas

- Almeida, M. H. M. de, Batista, M. P. P., y Lucoves, K. C. R. G. (2010). Reflexões sobre a formação do terapeuta ocupacional para a atuação com pessoas idosas em distintas modalidades de atenção: contribuições de egressos da USP-SP. *Revista de Terapia Ocupacional Da Universidade de São Paulo*, 21(2), 130–138. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v21i2p130-138>
- Barros, D. D. (2004). Terapia ocupacional social: o caminho se faz ao caminhar. *Revista de Terapia Ocupacional Da Universidade de São Paulo*, 15(3), 90–97. Retrieved from <https://www.revistas.usp.br/rto/article/viewFile/13945/15763>
- Brandão, V. (1999). Os fios da memória na trama da cultura. *Revista Kairós*, 2(2), 45–53.
- Brown, R. T., Kiely, D. K., Bharel, M., y Mitchell, S. L. (2013). Factors Associated with Geriatric Syndromes in Older Homeless Adults. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 24(2), 456–468. <https://doi.org/10.1353/hpu.2013.0077>
- Cabrera, M. (2002). Integração educação-assistência. In E. V. de Freitas y L. Py (Eds.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 1135–1138). Rio de Janeiro: Guanabara koogan.
- Carvalho, C. R. A. de, Mesquita, M. D. M. de, y Farias, P. H. (2017). A influência da prática extensionista na identidade profissional. *Interagir: Pensando a Extensão*, (23), 58–72. <https://doi.org/10.12957/interagir.2017.25110>

- Carvalho, C. R. A. de, Pinho, S. G., Fonseca, M. V. Z. da, y Vieira, P. V. R. (2014). Experiências e práticas de um projeto de extensão com idosos socialmente vulneráveis. *Revista UFG*, 15(15), 106–113. Retrieved from <https://www.revistas.ufg.br/revistaufg/article/view/48527/23832>
- Castel, R. (1998). *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. Petrópolis: Vozes.
- Castro, E. D. de, Lima, E. M. F. de A., y Brunello, M. I. B. (2001). Atividades humanas e Terapia Ocupacional. In M. M. R. P. De Carlo & C. C. Bartalotti (Eds.), *Terapia ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas* (3a., pp. 41–59). São Paulo: Plexus.
- Conselho de Ensino de Graduação. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Resolução CEG no. 02/2013 (2013). Retrieved from [http://www.poli.ufrj.br/arquivos/dade/CEG2013\\_02.pdf](http://www.poli.ufrj.br/arquivos/dade/CEG2013_02.pdf)
- Corregidor Sánchez, A. I. (2010). Terapia ocupacional en los servicios sociales comunitarios: servicio de ayuda a domicilio, centros de día y residencias. In A. I. Corregidor Sánchez (Ed.), *Terapia Ocupacional en Geriatria y Gerontología: Bases conceptuales y aplicaciones prácticas* (pp. 105–118). Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG).
- Correia, R. L., Costa, S. L. |, Faria, R. da S., Takeiti, B. A., Gonçalves, M. V., Carvalho, C. R. A. de, y Machado, K. (2016). Las experiencias de formación en Terapia Ocupacional Social en la Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 2(2), 11–18. Retrieved from [http://www.revista.terapia-ocupacional.org.ar/rato2\(2\)/RevistaTO-3art2 final.pdf](http://www.revista.terapia-ocupacional.org.ar/rato2(2)/RevistaTO-3art2 final.pdf)
- Del Duca, G. F., Silva, S. G. da, Thumé, E., Santos, I. S., y Hallal, P. C. (2012). Indicadores da institucionalização de idosos: estudo de casos e controles. *Revista de Saúde Pública*, 46(1), 147–153. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012000100018>
- Deps, V. L. (1993). A ocupação do tempo livre sob a ótica de idosos residentes em instituições: Análise de uma experiência. In A. L. Neri (Ed.), *Qualidade de vida e idade madura* (pp. 57–82). Campinas: Papirus.
- Doll, J. (2002). Planejamento e avaliação de programas educacionais, visando à formação de recursos humanos em geriatria e em gerontologia. In E. V. de Freitas & L. Py (Eds.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 1125–1134). Rio de Janeiro: Guanabara koogan.
- Freitas, M. A. V. de, y Scheicher, M. E. (2010). Qualidade de vida de idosos institucionalizados Quality of life of institutionalized elderly. *Revista Brasileira de Geriatria E Gerontologia*, 13(3), 395–401. Retrieved from <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/114406/S1809-98232010000300006.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Guedes, M. H. M., Guedes, H. M., y Almeida, M. E. F. de. (2011). Efeito da prática de trabalhos manuais sobre a autoimagem de idosos Effects of practice on manual works for the self-image of the elderly. *Revista Brasileira de Geriatria E Gerontologia*, 14(4), 731–742. Retrieved from <http://www.redalyc.org/pdf/4038/403834044012.pdf>
- Liberman, F. (1998). *Danças em Terapia Ocupacional*. São Carlos: Summus.
- Lima, L. J. C., y Pasetchny, N. (1988). Atividades em grupo: uma alternativa para inclusão social na terceira idade. *Revista de Terapia Ocupacional Da USP*, 9(1), 37–42.
- Lindinger-Sternart, S., y Laux, J. (2013). The Life Reflection and Consequences of Older Adults' Relationships: An Empirical Study. *Adultspan Journal*, 12(2), 80–90. <https://doi.org/10.1002/j.2161-0029.2013.00017.x>
- Lopes, R. E. (2016). Cidadania, direitos e terapia ocupacional social. In R. E. Lopes y A. P. S. Malfitano (Eds.), *Terapia ocupacional Social - Desenhos teóricos e contornos práticos* (pp. 29–48). São Paulo: EDUFSCar.
- Lopes, R. E., Malfitano, A. P. S., Silva, C. R., y Borba, P. L. de O. (2014). Recursos e tecnologias em Terapia Ocupacional Social: ações com jovens pobres na cidade. *Cadernos de Terapia Ocupacional Da UFSCar*, 22(3), 591–602. <https://doi.org/10.4322/cto.2014.081>
- Maximino, V. S. (1995). A constituição de grupos de atividades com pacientes graves. *Revista CETO*, 1(1), 27–32. Retrieved from [http://www.ceto.pro.br/revistas/01/07-ceto01\\_maximino\\_a\\_1995.pdf](http://www.ceto.pro.br/revistas/01/07-ceto01_maximino_a_1995.pdf)
- Mincato, P. C., y Freitas, C. de L. R. (2007). Qualidade de vida dos idosos residentes em instituições asilares da cidade de Caxias do Sul - RS. *Revista Brasileira de Ciências Do Envelhecimento Humano*, 4(1), 127–138. Retrieved from <http://www.seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/122/98>
- Nunes, V. M. de A., Menezes, R. M. P. de, y Alchieri, J. C. (2010). Avaliação da Qualidade de Vida em idosos institucionalizados no município de Natal, Estado do Rio Grande do Norte. *Acta Scientiarum. Health Science*, 32(2). <https://doi.org/10.4025/actascihealthsci.v32i2.8479>
- Paz, A. A., Santos, B. R. L. dos, y Eidt, O. R. (2006). Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde. *Acta Paul Enferm*, 19(3), 338–342. Retrieved from <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n3/a14v19n3>
- Perez, M. P., y Almeida, M. H. M. de. (2010). O processo de revisão de vida em grupo como recurso terapêutico para idosos em Terapia Ocupacional. *Revista de Terapia Ocupacional Da Universidade de São Paulo*, 21(3), 223–229. <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v21i3p223-229>
- Sathler, J., y Py, L. (1994). Pensando perdas e aquisições no processo de envelhecer: o trabalho psíquico. In Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (Ed.), *Caminhos do envelhecer* (pp. 15–17). Rio de Janeiro: Revintes.

#### Cómo citar este artículo:

Carvalho, C. R. A., Gonçalves, M. V., Lucif, P. T. C., Nascimento, J. S., Rebellato, C., Fonseca, M. V. Z., Vieira, P. V. R., Pinho, S. G., (2017). Personas mayores socialmente vulnerables y terapia ocupacional: reflexiones sobre una práctica. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 3(2), 21-26.



# Espiritualidad, ritual y significado en un espacio de Terapia Ocupacional. Té para diez. Teorizando el té de sobre mesa

Spirituality, ritual and meaning in an Occupational Therapy space.  
Tea for ten. Theorizing about tea after lunch.

---

María Guadalupe Díaz Usandivaras

## María Guadalupe Díaz Usandivaras

Licenciada en Terapia Ocupacional Universidad de Buenos Aires (UBA). Coordinadora del departamento de Terapia Ocupacional de la Institución Psicoanalítica Tempora. Coordinadora del servicio de Prestaciones de Apoyo de ADEEI (Asociación para el Desarrollo de la Educación Especial e Integración). Coordinadora general de la Asociación Civil para la Integración del Daño Cerebral Adquirido ULTREYA.

mgdu.to@hotmail.com

## Resumen

El siguiente relato pretende compartir la experiencia de una intervención vinculada a la dimensión invisible de las ocupaciones en una institución de Salud Mental. A partir de un ritual cotidiano como es tomar un té de sobremesa, se comparte entre residentes y terapeutas un espacio de intercambio en el que lo cotidiano cobra significado y permite, indirectamente, generar motivación e iniciativa para emprender diversas acciones. El espacio funciona como promotor del desarrollo de la Identidad Ocupacional de los residentes, favoreciendo un hacer con significado y fortaleciendo el concepto de sí mismos poniendo en práctica la posibilidad de elegir. Se abordan conceptos como espiritualidad, ritual e identidad en las ocupaciones y se pone en manifiesto la importancia del hacer compartido como intervención terapéutica en Terapia Ocupacional.

**Palabras clave:** salud mental, Identidad propia, ritual.

## Abstract

*The following essay aims to share the experience of an intervention related to the invisible dimension of occupations in a mental health institution. Using a daily ritual -such as having tea after a meal- residents and therapists share the opportunity of exchange, where the everyday takes on a relevant meaning and, indirectly, promotes motivation and initiative to undertake a variety of tasks. This environment leads as a promoter of the Occupational Identity development of the residents, favoring a meaningful act and building the concept of "Self", and strengthening the possibility of choosing. Concepts such as spirituality, ritual and identity in occupations are approached, and the importance of doing as a therapeutic intervention in Occupational Therapy is highlighted.*

**Key words:** mental health, ego, ritual.

...Té para tres  
 Un sorbo de distracción  
 buscando descifrarnos  
 no hay nada mejor  
 no hay nada mejor  
 que casa  
 Té para tres...

Gustavo Cerati

La siguiente experiencia se lleva a cabo en una institución psicoterapéutica, específicamente en el dispositivo de Residencia Terapéutica Intermedia donde conviven adultos de ambos sexos y diferentes diagnósticos. La Residencia Terapéutica Intermedia, como su nombre lo indica, es un dispositivo diseñado para alojar a personas con algún trastorno en su Salud Mental en forma intermedia entre la internación y la vuelta al hogar o, en algunos casos, como hogar permanente. Es una casa pensada terapéuticamente, donde se brinda la estructura necesaria para la organización de la vida cotidiana. Los residentes que allí conviven incorporan los hábitos necesarios para la vida independiente y se sirven del apoyo de un equipo interdisciplinario que acompaña las 24hs el funcionamiento de la casa. Como estructura principal existen normas de convivencia acordadas por quienes allí habitan; funcionan como límite y permiten establecer lo que se puede hacer y lo que no, teniendo en cuenta que hablamos de un espacio compartido. Se realizan reuniones donde se plantean temáticas relacionadas con la convivencia y se establecen acuerdos para la resolución de conflictos. Además, funcionan grupos de Terapia Ocupacional en los que se trabaja sobre la adquisición de roles dentro de la casa, responsabilidades, manejo de un fondo común para realizar compras, seguimiento del mantenimiento del hogar y donde se pueden sugerir actividades en común y propuestas para mejorar los espacios.

En dicha institución existen también otros dispositivos que dan respuesta a diferentes problemáticas del campo de la Salud Mental: internación, hospital de día, microemprendimientos y consultorios de diferentes disciplinas. Desde sus orígenes, el entorno fue considerado de gran importancia, tal como hace referencia Winnicott (1970) en su última conferencia en relación con un albergue de menores "... en aquel albergue ya se practicaba terapia. La practicaban sus muros y techos... el cocinero, la regularidad con la que llegaba la comida a la mesa, los cobertores suficientemente abrigados y quizá de colores cálidos..." (p. 256). Según Mannoni (1981) "Las actividades cotidianas cobran suma importancia para el equipo profesional ya que son entendidas como organizadoras y, a la vez, es la organización institucional lo que funciona como instrumento terapéutico" (p. 223).

No se trata de hacer cumplir una rutina que esté llena de actividades sino de trabajar para encontrar significado que

refuerce la identidad ocupacional. Ésta, es parte y está conformada por nuestras relaciones, está vinculada a lo que hacemos y da significado a nuestra historia de vida. El desarrollo de esta identidad incluye autoconcepto, identificar qué cosas uno encuentra interesantes y satisfactorias para hacer, quién es uno definido por los roles y las relaciones, qué es lo que uno considera importante, cuál es el sentido de las rutinas de vida, entre otras.

El ambiente, los recursos, la comida, los horarios, los permisos, marcan una habilitación a estar o una barrera en la estadia. Hacer que el espacio resulte contenedor, organizador, disminuya la angustia generada por estar en un lugar no familiar y predisponga a la colaboración y el compromiso con el proceso de tratamiento es un desafío cotidiano del equipo interdisciplinario.

La mayoría de los residentes no participan activamente en roles ocupacionales, lo que genera falta de oportunidades para desarrollar su identidad ocupacional. Y es la identidad ocupacional, no ajena al inconsciente, la que nos permite elegir, tomar decisiones, armar lazos sociales, tener control sobre elecciones simples o complejas, tener metas ocupacionales, reconocer un estilo de vida deseado, aceptar responsabilidades, reconocer limitaciones, tener compromisos, tener intereses. La identidad ocupacional se construye con la experiencia: favorecer la participación brinda esta oportunidad y los rituales cotidianos contribuyen a conformarla, siendo tal como refiere Kielhofner (1983), una experiencia ordenadora de la vida humana. Otro concepto que atraviesa nuestra práctica como terapeutas ocupacionales en esta institución es el de espiritualidad. Peloquin (1995) hace referencia a la naturaleza espiritual de los individuos, que puede expresarse a través de la religión, pero que no es exclusiva de esta expresión. Describe al espíritu humano como "una mezcla de vivacidad, presencia moral, energía psíquica, coraje emocional, conexión social y acción creativa" (p.122). Asimismo agrega:

La imagen de alguien en el acto de hacer es una en que el ser humano (su carácter, su corazón o su espíritu) fluye en el hacer humano. Considerar la ocupación en el hacer de las vidas y los mundos es una perspectiva espiritual (Peloquin, 2005, p.124).

Además de los talleres propuestos por la institución, hay espacios de Terapia Ocupacional para intervenir en la cotidianidad de la casa y la participación de los residentes tanto en actividades internas como en la comunidad. Ante la necesidad constante de generar espacios grupales para promover la socialización, la convivencia y el intercambio, se generó espontáneamente un espacio semanal de té de sobremesa. Los residentes que están alojados tardan pocos minutos en volver a sus camas luego de finalizar el almuerzo, la interacción es poca y fallida en numerosos casos, así que la idea de acompañar la sobremesa era un desafío poco prometedor.

## El profesional y el té como instrumentos de comunicación

La comunicación es uno de los 4 elementos del arte de la práctica de Terapia Ocupacional según Mosey (citado en Peloquin 2007): “la capacidad para establecer comunicación, la representación de la empatía, el modo de conseguir que los demás conozcan y den uso a su potencial, el modo de ayudar a los demás para convertirse en partícipes de la comunidad del otro” (p.103). Y amplía al respecto:

Mosey analizó el arte de la práctica, indicando que no se trata de un deseo de ayudar a los demás, ni de una aplicación especializada de un conocimiento científico, ni de ser un oyente comprensivo o sistemático. Lo describió como “la capacidad para establecer comunicación, sentir empatía y guiar a los demás para que lleguen a conocer y dar uso a su potencial como miembros participativos de la comunidad” (Peloquin, 2007, p.101).

A partir del hábito de la terapeuta ocupacional que toma un té después de almorzar junto con los pacientes, comenzó a generarse un espacio con aquellos que la acompañaban y de a poco se fue instalando y extendiendo. *¿Cuál te gusta a vos? ¿Hay un poco más? Prefiero azúcar, no edulcorante.* Los dos minutos para llegar a la siesta se transformaron en sesenta. Así fue como el espacio se constituyó en ritual: martes 13hs, después del almuerzo, té de sobremesa. Al poco tiempo la convocatoria fue espontánea y numerosa.

Según Pellegrini (2007):

La espiritualidad es parte de la dimensión invisible de las ocupaciones, aquello que no puede tocarse o definir con palabras o términos puntuales, pero puede describirse como aquello que acompaña al ser humano cuando realiza ocupaciones significativas. Muchas veces se confunde el término espiritualidad con la religión, esta última puede formar parte de la espiritualidad, la religión incluye aspectos de la espiritualidad (dogmas, creencias...) por lo tanto alguien puede ser espiritual sin ser religioso (p.402-413).

Por esto es que nos interesa saber más allá de lo que hacen las personas, es decir, cómo hacen lo que hacen, qué significa lo que hacen, por qué les pasa lo que les pasa cuando hacen. Esta sobremesa generaba el clima ideal para intercambiar con mayor naturalidad. Westbrook (1998), trabajador social, dijo que “es fascinante advertir el sobretono místico que se da a los conceptos asociados con la espiritualidad, como si la espiritualidad no existiera y no pudiera existir en las actividades concretas de la vida diaria” (p.124).

El espacio requirió elementos y autorizaciones, pedidos a la cocina y a la dirección, no sin generar ciertas tensiones dada la modificación de la dinámica habitual. Guzmán Lozano (2016) describe la “gestión de las tensiones” como importante a tener en cuenta al momento de generar transformaciones, especialmente en instituciones jerárquicas. Propone la impor-

tancia de generar alianzas con otros profesionales, además de conocer en profundidad la dinámica de la institución. En este caso, la resistencia surgió únicamente en un plano logístico, que pudo sortearse debido al apoyo de la dirección a este tipo de experiencias.

De esta manera, el té de sobremesa pasó a ser tema en las reuniones profesionales de Terapia Ocupacional. ¿Es un grupo?, ¿es un taller? No, es un espacio que, según cómo y quién lo lleve adelante, puede resultar terapéutico o no. En relación con el uso de actividades, María Heloisa da Rocha Medeiros (2008) dice que “es la configuración de su uso lo que le confiere la posibilidad terapéutica” (p.78). Así es que se empezó a considerar como un espacio más a supervisar y a razonar clínicamente y por la naturaleza de su surgimiento, fue dando lugar a una forma de encuentro y comunicación más flexible donde la empatía tomó protagonismo a partir del intercambio espontáneo. “Abrirse a los valores del otro es consecuencia de tener empatía, y la empatía toca el espíritu” (Peloquin, 1995, p.125). El modelo Kawa también hace referencia a este concepto: es un marco de referencia que afirma y desarrolla la importancia del mundo de los significados de las persona. “La Terapia Ocupacional avanza cuando los clientes permiten a los terapeutas ocupacionales el privilegio de interesarse en sus circunstancias diarias y en sus mundos de significado” (Iwama, 2007, p.226). Tal vez por esto la convocatoria fue aumentando y se sostuvo en el tiempo.

La conjunción de diferentes conceptos y elementos de la práctica fueron dando contexto al espacio y tal como refiere Kielhofner (1983) es importante aprender a reconocer y cultivar los rituales naturales de pacientes y sus subgrupos o familias, ya que ellos traen consigo una historia personal de estilos celebrativos y rituales que podrán tener importantes funciones en la organización de su conducta y experiencia. Es entonces sustancial que los pacientes puedan crear su propia celebración y ritual que les permita encontrar significado.

Elegir implica tomar decisiones y tomar decisiones es un paso fundamental para resolver problemas. Elegir entre un té de frutos rojos o uno de menta, pone en juego sensaciones, recuerdos, imágenes que inducen a practicar la preferencia, acción poco priorizada en las instituciones en general.

Al estar conectada con las ocupaciones significativas, la espiritualidad se manifiesta en la expresión de las personas cuando disfrutan mirar un atardecer, escuchar una música, leer un libro, elegir un aroma, por ejemplo. Es aquello que conecta al ser humano con una dimensión profunda e íntima que surge mágicamente o que acompaña la vida cotidiana (Pellegrini, 2007, p.402-413).

Es así como el simple hecho de prolongar el almuerzo, dio espacio y tiempo al encuentro con aspectos significativos de cada participante, el desarrollo de la identidad ocupacional y

el intercambio. El significado de una ocupación se construye en el hacer cotidiano. Este espacio compartido, sin encuadre inicial, nos acerca a estos significados y abre puertas a nuevas propuestas. Además de poner en juego las preferencias, como los sabores y aromas, o la diferencia entre tomar en vasos descartables o tazas, surgen planteos, preocupaciones y reflexiones sobre temáticas específicas sobre las cuales se comprometen a buscar material para desarrollar en cada encuentro. “Por ello, el terapeuta ocupacional debe orquestar actividades y proveer el contexto que facilite el desarrollo de la espiritualidad. Negar o no considerar la dimensión espiritual en la intervención terapéutica fragmenta la comprensión del holismo” (Pellegrini, 2007, p.402-413). Darle lugar a lo pequeño generó expectativa, iniciativa, tolerancia y algo de registro del otro. Las cualidades terapéuticas como la empatía, la sensibilidad, el respeto, la calidez y la autenticidad (Pellegrini, 2013, p.138) toman protagonismo y generan un clima de intercambio y comunicación que facilita los vínculos y la convivencia. En este espacio, se acompaña a cada paciente para encontrar una forma singular de un hacer cotidiano que le permita hacer lazo, convivir diariamente en un espacio colectivo, una residencia particular. En el capítulo Procesos del hacer, aspectos temporales de la actividad humana del libro Terapias Ocupacionales desde el Sur, las autoras expresan que “en el hacer confluyen, se integran, se entrelazan lo subjetivo, el mundo de los objetos, lo social, lo histórico, lo cultural. La actividad es algo que ocurre entre los sujetos y los objetos en un mundo, con otros” (Benassi, J., Fraile, E., Nabergoi, M., Yujnosvky, N., 2016, p.113).

El concepto de tiempo también es relevante en esta experiencia. Este *dar lugar y tiempo*, un tiempo sin prisa y sin objetivos preestablecidos permitió dar curso al pensamiento, la duda, la curiosidad. Y con ello, el espacio para el desarrollo de ideas grupales y metas individuales.

Se requiere incorporar al concepto de tiempo los sentimientos del pasado, del presente y del futuro que ningún objeto físico podría expresar. Es por ello que la utilización del tiempo se vincula con las actitudes de las personas hacia la vida de lo que resulta y proyecta su particular calidad de vida (Moreno, 2005, p.58).

Confiamos en que un tiempo desestructurado, posible de habitar y acompañar, da lugar a historizar, encontrar y re significar algunos aspectos en cada participante.

Probablemente, la sobreestimación del *tiempo para algo*, del tiempo actual en pos del mañana, al que la posmodernidad ha dotado de carácter urgente, se nos suele solapar el valor del *tiempo porque sí*, del tiempo de la oportunidad del encuentro, del acontecimiento y de lo que con él acontece. (Benassi, Fraile, Nabergoi & Yujnosvky, 2016. p.121).

Una cuchara dentro de la miel es un tema de discusión que se abre: respeto mutuo, convivencia, registro del otro, comunicación, *me molesta y no lo digo*. La queja y la ausencia de resolución y la Terapia Ocupacional como instrumento para desarmar la queja e identificar la posible solución. ¿Cómo transformar la demanda infinita en soluciones cotidianas? Toma de decisiones en grupo. Roles, gustos, intereses, sujetos. Sujetos que eligen, o que empiezan a elegir. O que empiezan a tener algo entre qué elegir.

Gustavo Cerati, músico argentino, nos regala en su canción Té para tres: “...un sorbo de distracción buscando descifrarlos, no hay nada mejor, no hay nada mejor que casa”. Este sorbo de distracción funciona como instrumento para intervenir el tiempo. Ese tiempo patológico que juega en contra y que la institución donde se desarrolla esta experiencia, desde su nombre y filosofía, se propone revertir para que juegue a favor. Y también ayuda sin duda a descifrarlos, a encontrar aquellas cosas que son significativas para cada uno y nos permiten a los terapeutas ponerlas a circular para favorecer el proceso de construcción o reconstrucción de la identidad.

Compartir, elegir, preferir, esperar... son acciones que demoran la siesta de los martes.

Esta experiencia generada espontáneamente pone en relieve la necesidad de una mirada terapéutica integral y cómo el hacer cotidiano puede ser terapéutico si se acompaña desde una mirada profesional que valore la individualidad aun en un espacio o dispositivo grupal. Se evidencia la importancia de participación del terapeuta durante la actividad como un integrante más del espacio. Sigue siendo un desafío comprometer al equipo interdisciplinario en el “hacer con” ya que es evidente el aumento de participación de los residentes cuando esto sucede. En esta experiencia, parte del equipo de guardia participa en cada encuentro, donde se genera un clima diferente al del resto de la jornada. Este espacio resulta enriquecedor también para el equipo profesional ya que da lugar a los *transaberes* a los que hacen referencia D. Albuquerque, P. Chaná y A. Guajardo (2016) en su práctica diaria, reconociendo al saber como colectivo y cambiante e igualitario en su posibilidad de verdad. Compartir el espacio unifica miradas y construye oportunidad para todos.

#### Agradecimientos:

Lic. TO Cecilia Lorenzo

Equipo profesional de la Institución Psicoterapéutica Témpora. ■

[Recibido: 07/07/17- Aprobado: 21/11/17]

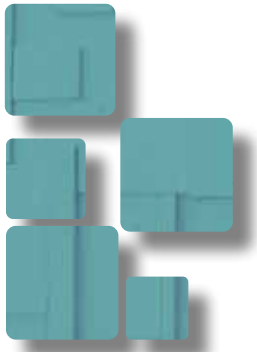
**Referencias bibliográficas:**

- Alburquerque, D., Chaná, P., Guajardo, A. (2016). Chile. Los transaberes y la construcción conjunta de la salud. Experiencia Centro de Trastornos del Movimiento (CETRAM). En Simó Algado, S., Guajardo A., Correa Oliver, F, Galheigo, S., García- Ruiz, S. (Ed.), *Terapias ocupacionales desde el Sur*. (p. 135). Santiago de Chile, Chile: Editorial USACH.
- Benassi, J., Fraile, E., Nabergoi, M., Yujnosvky, N. (2016). Procesos del hacer. Aspectos temporales de la actividad humana. En Simó Algado, S., Guajardo A., Correa Oliver, F, Galheigo, S., García- Ruiz, S. (Ed.), *Terapias ocupacionales desde el Sur*. (p. 121). Santiago de Chile, Chile: Editorial USACH.
- Da Rocha Medeiros, M. H. (2008) .Una contribución para el debate: el terapeuta ocupacional necesario y su rol social. En Da Rocha Medeiros, M. H. *Terapia Ocupacional, un enfoque epistemológico y social* (p.78). Santa Fe, Argentina: Editorial Universidad Nacional del Litoral.
- Guzman Lozano, S. (2016). España. El terapeuta ocupacional como promotor de otro modelo de institución. En Simó Algado, S., Guajardo A., Correa Oliver, F, Galheigo, S., García- Ruiz, S. (Ed.), *Terapias ocupacionales desde el Sur*. (p. 505). Santiago de Chile, Chile: Editorial USACH.
- Iwama, M. (2007). El modelo Kawa (Rio). Naturaleza, flujo vital y poder de la Terapia Ocupacional con relevancia cultural. En Kronenberg, F., Simo Algado, S., Pollard, N. (Ed.), *Terapia ocupacional sin fronteras, aprendiendo del espíritu de los supervivientes* (p.214): Editorial medica Panamericana.
- Kielhofner, G (1983). The Art of Occupational Therapy. En *Health Through Occupation*. Capítulo 15. Philadelphia. Editorial Davis Company.
- Kielhofner, G. (2002). Dimensiones del quehacer. En Kielhofner, G. (Ed.), *Modelo de Ocupación Humana, teoría y aplicación* (p. 106). 4ta edición: Editorial Panamericana.
- Mannoni, M. (1981). *El psiquiatra, su loco y el Psicoanálisis*. Apéndice (p. 223). México: Editorial Siglo Veintiuno.
- Moreno, I. (2005).Que comprendemos por tiempo libre. En Moreno, I. *Todos tenemos tiempo. Nueva práctica del tiempo libre en el siglo XXI* (p.58).Buenos Aires, Argentina: Editorial Lumen HVMANITAS.
- Mosey (1981). En Peloquin, S. (2007). El arte de la Terapia Ocupacional- el espíritu llevado a la práctica. En Kronenberg, F., Simo Algado, S., Pollard, N. (Ed.).*Terapia ocupacional sin fronteras, aprendiendo del espíritu de los supervivientes*. (p.103): Editorial médica Panamericana.
- Pellegrini, M. (2007). Fundamentos del Paradigma de Ciencia de la Ocupación. En: *Terapeutas Ocupacionales, Servicio Andaluz de Salud*. Vol I y II. (p.402-413). Sevilla, España: Editorial MAD.
- Pellegrini, M. (2013). Proceso de Terapia Ocupacional. En Sánchez, Polonio, Pellegrini, *Terapia Ocupacional en Salud Mental, teoría y técnicas para la autonomía personal* (p. 138). España: Editorial Médica Panamericana.
- Peloquin, S. (1995). Espiritualidad: significados en relación con la Terapia Ocupacional. En Williard & Spackman (Comp.). *Terapia Ocupacional*, 10° edición (p.121-125): Editorial Panamericana.
- Peloquin, S. (2007). El arte de la Terapia Ocupacional- el espíritu llevado a la práctica. En Kronenberg, F., Simo Algado, S., Pollard, N. (Ed.).*Terapia ocupacional sin fronteras, aprendiendo del espíritu de los supervivientes*. (p.101): Editorial médica Panamericana.
- Westbrooks (1998). Espiritualidad: significados en relación con la Terapia Ocupacional. En Williard & Spackman (Comp.). *Terapia Ocupacional*, 10° edición: Editorial Panamericana.
- Winnicott, D.W. (1990).La asistencia en internados como terapia. En *Depravación y delincuencia*. (p.256).Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.

**Cómo citar este artículo:**

Díaz Usandivaras, M.B., (2017).Espiritualidad, ritual y significado en un espacio de Terapia Ocupacional. Té para diez. Teorizando el té de sobre mesa. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 3(2), 27-31.





# Un caso de Parálisis Braquial de origen perinatal y su abordaje a través de hidroterapia

A case of Brachial Paralysis of perinatal origin and it's approach through hydrotherapy.

---

Andrea Maribel Gomez

## Andrea Maribel Gomez

Licenciada en Terapia Ocupacional (Universidad Nacional de Mar del Plata) actualmente trabaja en el Centro Olavariense de Rehabilitación Psicofísica Integral (CORPI) y en La Segunda ART. Olavarría, Buenos Aires, Argentina.

andreamgomez@yahoo.com.ar

## Resumen

Se presenta el caso de un paciente varón de 5 años de edad con Parálisis Braquial de origen perinatal, con compromiso C5-C6 que concurre a tratamiento de Terapia Ocupacional desde los 60 días de edad cronológica hasta la actualidad, habiendo realizado tratamiento de rehabilitación convencional en consultorio y en el periodo 2016 - actualidad, se agregó el abordaje desde hidroterapia. Se destaca la importancia de incorporar hidroterapia al tratamiento de rehabilitación por la evolución favorable del cuadro.

**Palabras clave:** Terapia Ocupacional, parálisis braquial, hidroterapia.

## Abstract

*The case presented is the following: a 5 years old male patient with brachial paralysis of perinatal origin, with c5-c6 compromise, who attends to occupational therapy from his chronological age 60 days up to the present, having done conventional rehabilitation treatment in office and, in the period from 2016 to the present, the approach of hydrotherapy was added. The importance of incorporating hydrotherapy to rehabilitation treatment is highlighted because of the favourable evolution of the condition.*

**Key words:** Occupational Therapy, brachial paralysis, hydrotherapy.

## Introducción

Este caso, se trata de la topografía más frecuente de Parálisis Braquial, llamada Superior o Duchenne Erb; que es la que afecta a las raíces del plexo superior (C5-C6), provocando pérdida de la movilidad y/o sensibilidad. Clínicamente la extremidad mantiene una actitud en rotación interna, aducción de hombro, extensión de codo y pronación de antebrazo, con afectación de los músculos deltoides, supraespinoso, infraespinoso, redondo menor, coracobraquial, bíceps braquial, supinador corto y supinador largo (Dogliotti, 2011).

Se incorporó el abordaje en hidroterapia, entendiendo a ésta como la aplicación de movimientos en el seno del agua con fines terapéuticos, valiéndose de efectos mecánicos, térmicos, propioceptivos y psicológicos.

Se considera que la temperatura, la ingravidez, la presión y la resistencia que ofrece el agua, son elementos que colaboran significativamente en la recuperación del paciente (Lattus & Pesse, 2009).

## Marco teórico

La hidroterapia, es definida etimológicamente, como la rama de la terapéutica que se ocupa de la utilización del agua con fines terapéuticos independientemente de los medios utilizados para tal fin. Mientras que su definición médica, se refiere al uso del agua potable u ordinaria sobre la piel y mucosas, con fines terapéuticos (Reyes Pérez Fernández, 2005).

Esta, se caracteriza por brindar efectos terapéuticos:

- Efectos generales: Acciones psicotrópicas. Este efecto predispone a la persona a realizar la terapia y se traduce en una mejora emocional que repercute directamente sobre el objetivo del tratamiento.
- Efectos derivados de los principios mecánicos: derivados del principio de Arquímedes o de flotación. La disminución del peso aparente (consecuencia de la flotación) contribuye a mejorar la movilidad articular, disminuir la sobrecarga en articulaciones, mejorar la fuerza muscular, favorecer la relajación muscular y reeducar el eje corporal (estático y dinámico) en patologías en las que está alterado el sistema propioceptivo o de percepción de los diferentes miembros que integran el cuerpo (Vergara- Amador, 2014; Yanes Sierra, Sandobal de la Fé, Camero Álvarez, & Ojeda Delgado, 2014).

## Caso clínico

Niño de 5 años de edad con diagnóstico Parálisis Braquial derecha de origen perinatal, nacido en la semana número 42 por parto natural, cuyo peso al nacer fue 4135 Kg derivado a neonatología durante 72 hs.

- **Generalidades del tratamiento previo (en consultorio de Terapia Ocupacional):**

El niño ingresa a la institución a los 60 días de edad cronológica. Ante la evaluación se observa: parálisis flácida, hombro aducido y en rotación interna, antebrazo pronado, apertura de mano espontánea completa.

## Objetivos:

(3 sesiones semanales de 30 minutos de duración cada una).

- ✓ Favorecer la elevación, depresión, protracción y retracción de escápula.
- ✓ Incrementar la flexión, rotación externa y abducción de hombro.
- ✓ Incrementar la flexo extensión de codo.
- ✓ Favorecer la flexo extensión de muñeca.
- ✓ Favorecer la flexo extensión de dedos.
- ✓ Estimular reacciones de equilibrio y enderezamiento.
- ✓ Estimular sensibilidad.
- ✓ Favorecer la realización de actividades bimanuales.
- ✓ Integrar miembro superior derecho a esquema corporal.
- ✓ Fortalecer músculos de miembro superior derecho.
- ✓ Evitar deformidades posturales.
- ✓ Entrenar Actividades de la Vida Diaria.

## Estrategias:

- ✓ Movilizaciones pasivas.
- ✓ Estimulación sensorial.
- ✓ Utilización de férulas desrotadoras.
- ✓ Aplicación de Taping.
- ✓ Juegos que exijan alcanzar plano superior, línea media y actividades bimanuales.
- ✓ Indicaciones para el hogar a padres.

- **Tratamiento en hidroterapia:**

(2 sesiones semanales de 40 minutos de duración cada una, durante el período 2016 - actualidad, guiado por Terapeuta Ocupacional).

Se tuvieron en cuenta las siguientes cuestiones:

- ✓ Evaluación integral del paciente (director médico fisiatra y terapeuta ocupacional). Se realiza un análisis del perfil ocupacional y un análisis del desempeño antes de decidir si el medio acuático será el entorno adecuado para su abordaje.
- ✓ Evaluaciones utilizadas:
  - Escala de Mallet
  - Goniometría. Amplitud articular
  - Test de Daniels

- ✓ Indicaciones y contraindicaciones según la patología.
- ✓ Limitaciones para el ingreso (heridas, enfermedades en curso, etc).

### Desarrollo del protocolo

#### • Características de la zona de hidroterapia:

- Luminoso.
- Ventilado.
- Suelo antideslizante.
- Temperatura ambiente 31°.
- Temperatura del agua 36° (caliente). Termoterapia superficial: hiperémica, analgésica, antiinflamatoria, relajante muscular, disminuye la rigidez articular y antiespasmódica.
- Temperatura de la sala/ zona de relajación 25°.
- Dimensiones de la piscina: 2,45 mts de ancho, por 4,85 mts de largo, por 1,30 de profundidad.
- Sujeciones: barandas en el interior y exterior.
- Grúa de piscina (eléctrica).
- Agua natural o potable (se utilizan productos químicos para controlar PH).
- Camilla de ozonoterapia (con 24 burbujeadores).
- Material auxiliar: flotadores, tablas, muñequeras, materiales de resistencia, mancuernas, pelotas, juguetes.

#### • Objetivos:

- Brindar confianza y seguridad.
- Aumentar la flexibilidad y la amplitud articular: mejorar postura, favorecer la simetría corporal, evitar deformidades y vicios posturales.
- Incrementar la fuerza muscular.
- Recuperar el ritmo escapulo- humeral.
- Estimular la sensibilidad.
- Favorecer la coordinación de movimientos.
- Favorecer la incorporación del miembro superior derecho al esquema corporal.
- Favorecer la relajación.
- Estimular distintos aspectos del sensorio

#### • Estrategias (mediante el juego):

- Estiramientos de grupos musculares acortados, partiendo desde la posición en que los puntos de origen e inser-

ción se encuentren cerca y desde allí elongar durante un minuto.

- Mediante la movilización en oposición a las fuerzas de flotación y a la resistencia a los desplazamientos en el agua; se realizan ejercicios isométricos, isotónicos (concéntricos y excéntricos) y sinergistas.
- Desplazamientos activos (en colchoneta).
- Manipular, lanzar, hundir objetos (pelotas, flotadores, juguetes), con miembro superior derecho.
- Ejercicios asistidos y resistidos sin carga para las articulaciones y músculos por efecto de la disminución aparente del peso corporal.
- Brindar estímulos sensitivos mediante la continua estimulación del agua sobre los receptores sensoriales del niño y la utilización de cepillos y diferentes texturas, contribuyen a mejorar el déficit sensitivo.
- Recoger agua con sus manos como si fuese un cuenco y que se la eche sobre su cabeza, sobre la nuestra o intentando llenar un recipiente, para favorecer la rotación externa de hombro y la supinación de antebrazo y favorecer la estabilidad proximal.
- Chapotear con las manos para favorecer la coordinación de flexo extensión de codos y apertura de dedos.
- Lanzamientos y recepciones de pelotas con miembro superior derecho y con ambos miembros superiores.
- Subir y bajar escaleras sujetándose al barandal para favorecer la flexión de hombro y extensión de codo.
- Desplazamientos a través de brazadas que se asemejan a los estilos propios de natación (estilo crawl, pecho y espalda) para favorecer la flexión, rotación externa y abducción de hombro.
- Sentado en una tabla, avanzar de espaldas (hacia atrás) realizando extensión de hombros y codos alternos.
- Sujetar tabla con miembro superior izquierdo y propulsarse hacia adelante mediante estilo crawl y pecho con miembro superior derecho.

### Resultados

Luego del abordaje en hidroterapia, se observaron los siguientes resultados:

- Notable incremento de la amplitud articular de miembro superior derecho.

	Amplitud Articular Previo abordaje en Hidroterapia	Amplitud Articular luego abordaje en Hidroterapia
Flexión de hombro	80°	120°
Extensión de hombro	0°	15°
Rotación externa de hombro	40°	70°
Abducción de hombro	75°	120°
Abducción horizontal de hombro	60°	80°
Flexión de codo	110°	125°
Extensión de codo	-25°	-10°
Supinación de antebrazo	55°	80°

- Incremento de la fuerza muscular en MSD alcanzar un valor 4+ (Escala de Daniels), mientras que la valoración previa al abordaje en hidroterapia fue de 3+.
- Mayor rango de supinación de antebrazo derecho (-5°).
- Residuo flexo de codo (10°).
- Mayor incorporación del MSD a esquema corporal.
- Se evitó el uso de fármacos.
- Mayor adhesión al tratamiento.

### Conclusión:

La inclusión de la Terapia Ocupacional en el medio acuático está aumentando, pero es pronto para concretar protocolos de intervención y sus beneficios. Se considera que la Terapia Ocupacional en este medio puede aportar una visión más holística, considerando las características de la persona, sus capacidades y limitaciones en el desempeño ocupacional, en el entorno y el contexto que estas ocurren.

A su vez, también aporta un entorno que ofrece un amplio abanico de posibilidades donde experimentar la libertad y capacidad de movimientos que el medio seco restringe (Arteaga Manjón-Cabeza, Baza Vilariño, Conde Ruiz & Herranz Fernández, 2002).

El objetivo principal de esta herramienta, será lograr la mayor calidad de vida, incrementando su independencia en la participación en tareas y ocupaciones.

Al comenzar el tratamiento en agua, se pudo comprobar que el cuerpo realiza movimientos con mayor libertad y menor esfuerzo y dolor que en tierra, pero, a su vez, se considera de gran importancia realizar un tratamiento combi-

nado tierra- agua, ya que el mismo es ideal para conseguir objetivos deseados, pues ofrecen el medio idóneo para cada tipo de tratamiento o entrenamiento (permitiéndonos, por ejemplo, trabajar fortalecimiento y amplitud articular en agua, y volcar estos logros al entrenamiento de AVD en tierra).

Se considera sumamente beneficioso realizar tratamiento de Terapia Ocupacional en el medio acuático, ya que no solo se actúa a nivel motor, sino que este tipo de intervención también incrementa el rendimiento psicosocial, la autoestima, la creatividad y las interacciones sociales. ■

[Recibido: 26/05/17- Aprobado: 21/11/17]

### Referencias bibliográficas:

- Arteaga Manjón-Cabeza, R., Baza Vilariño, C., Conde Ruiz, M. y Herranz Fernández, J. (2002) Parálisis braquial obstétrica. Importancia de la utilización de un protocolo diagnóstico y terapéutico. *Bol Pediatría* 42: 106-113.
- Dogliotti, Andrés A. (2011) Conceptos actuales en la parálisis braquial perinatal. Parte 1: etapa temprana. *Revista Argentina de Pediatría* 109(4):347-353.
- Dogliotti, Andrés A. (2011) Conceptos actuales en la parálisis braquial perinatal. Parte 2: etapa tardía. Deformidades en hombro. *Revista Argentina de Pediatría* 109(5):429-436.
- Reyes Pérez Fernández, M. (2005) Principios de hidroterapia y balneoterapia. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. (7):99-125, (8): 79-98, (18): 273-291.

### Páginas web consultadas:

- Lattus, J. O. y Pesse, D. B. (2009). Trauma obstétrico. Parálisis braquial obstétrica. En *Revista Obstet. Ginecol.- Hosp. Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse* 4(1): 66-77. Recuperado de <http://www.revistaobgin.cl/articulos/ver/518>
- Vergara- Amador Enrique M. (2014). Parálisis obstétrica del plexo braquial. Revisión del estado actual de la enfermedad. En *Revista de la Facultad de Medicina Print version* ISSN 0120-0011. Recuperado de: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-00112014000200012&lang=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112014000200012&lang=pt)
- Yanes Sierra V. L., Sandobal de la Fé E. C., Camero Álvarez D. y Ojeda Delgado L. (2014). Parálisis braquial obstétrica en el contexto de la rehabilitación física temprana. En *Medisur* 12(4) Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medisur/msu-2014/msu144h.pdf>

**Agradecimientos:**

Esta experiencia es el resultado del esfuerzo conjunto de todos los que formamos el grupo de trabajo, por esto agradezco a mis compañeros, por los aportes de cada uno, al Dr. Martin Borra, Director de la Institución, por el apoyo recibido y el respaldo para la realización de este trabajo. Al Profesor Gustavo Monforte, por su confianza y motivación, por guiar mis ideas y

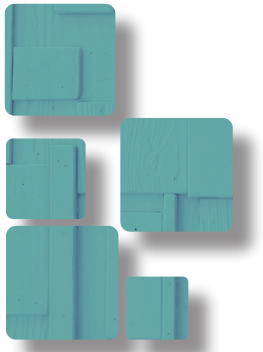
facilitarme los medios suficientes para llevar a cabo esta experiencia, y sobre todo, por ser quien despertó mi interés en este tipo de abordaje y me motivó a formarme en él.

Es inevitable también, expresar mi agradecimiento a la Institución donde trabajo, Centro Olavariense de Rehabilitación Psicofísica Integral, lugar que me dio la oportunidad de desarrollar la presente experiencia.

---

**Cómo citar este artículo:**

Gómez, A. M. (2017). Un caso de Parálisis Braquial de origen perinatal y su abordaje a través de hidroterapia. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 3(2), 32-36.



# Reseña: Terapias Ocupacionales desde el Sur. Derechos humanos, ciudadanía y participación

Salvador Simó Algado; Alejandro Guajardo Córdoba; Fátima Correa Oliver; Sandra María Galheigo y Solángel García-Ruiz (Editores). Santiago de Chile, Editorial USACH, 2016, 528 páginas.

## Andrea Fabiana Albino

Licenciada en Terapia Ocupacional (Universidad de Buenos Aires) Especialista y Maestranda en Metodología de la Investigación Científica Universidad Nacional de Lanús (UNLa). Posee formación en Integración Sensorial. Se desempeña como docente de Metodología de la Investigación y Estadística, Seminario de Tesis en la Lic. en Terapia Ocupacional y en la Especialización en Terapia Ocupacional: Patologías y Terapéuticas de la Niñez Universidad de Buenos Aires (UBA), Metodología de la Investigación, Estadística y Diseño de tesis en la Lic. de Terapia Ocupacional y Seminario de Tesina de la Lic. en Psicopedagogía Universidad Nacional de San Martín (UNSaM). Becaria SACyT 2013. Integrante de equipo de investigación (UNLa) Coordinadora de equipo interdisciplinario especializado en niños y adolescentes. Presidente de la Asociación Argentina de Terapeutas Ocupacionales.

afalbino@hotmail.com

Andrea Fabiana Albino

La Terapia Ocupacional en Latinoamérica ha sufrido en las últimas décadas una importante transformación que se va haciendo cada vez más visible al resto del mundo. Se han desarrollado prácticas sociales críticas a través del uso de recursos culturales y propios de cada país y región que permitan desarrollos sostenibles.

La red que se ha construido a través de la Confederación Latino-Americana de Terapeutas Ocupacionales (CLATO), la red de estudiantes, la rehabilitación basada en la comunidad, y los vínculos que se generaron entre la región, con España y Portugal, son fuertes pilares que han gestado una práctica crítica hacia modelos teóricos y prácticas anglosajonas. Este libro pretende ser una muestra de las prácticas sociales que se están desarrollando fuertemente en Iberoamérica y al mismo tiempo propiciar un espíritu reflexivo sobre éstas.

El eje central del libro es el desarrollo de la Terapia Ocupacional desde una visión social y ambiental, donde cobra gran importancia la participación de las comunidades en sus diferentes formas y modos, según los valores culturales propios de cada una. Se destaca la valoración de los sujetos y sus experiencias en el trabajo junto a los terapeutas, las prácticas desde una ética de los Derechos Humanos, el compromiso político con el otro, la consideración de los problemas sociales propiciando acciones colectivas.



El título del libro *Terapias Ocupacionales desde el Sur* da cuenta de las diferentes terapias que se desarrollan según las particularidades de las realidades en las que están inmersas.

Este libro es el producto de un trabajo colectivo de terapeutas ocupacionales de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, España y Venezuela. El proyecto comienza a gestarse a partir de la participación de varios terapeutas ocupacionales en el XII Congreso Brasileiro de Terapia Ocupacional, IX Congreso Latinoamericano de Terapia Ocupacional y VI Encuentro Latinoamericano de Escuelas y Docentes de Terapia Ocupacional. De las conversaciones y

debates que se dieron en ese encuentro surge la necesidad de dar a conocer las experiencias, los recorridos y los trabajos que se están desarrollando en Latinoamérica y España en una publicación conjunta.

Los editores han logrado reunir el trabajo de cincuenta y cinco autores de los distintos países. Cada capítulo mantiene el idioma original en el que fue escrito.

Nick Pollard, Dikaios Sakellariou y Michael Iwama realizan los prólogos del libro. Los primeros, dan cuenta del contexto y desarrollo de la Terapia Ocupacional en Iberoamérica. Iwama, contextualiza el momento en el que se publica y la discusión en torno a las epistemologías del Norte versus las epistemologías del Sur.

La Introducción está a cargo de Salvador Simó Algado, participante activo desde los comienzos del proyecto, editor y autor del libro, cuenta cómo se gestó y debatió la importancia de publicar las experiencias de las Terapias Ocupacionales que se están desarrollando en la región.

El libro se divide en tres secciones: *Sección 1: Terapias Ocupacionales desde el Sur* hace referencia a los fundamentos teóricos y epistemológicos que subyacen a las prácticas de terapia ocupacional y las posiciones de cada país respecto de ello. En el primer capítulo de esta sección, Alejandro Guajardo Córdoba reflexiona y cuestiona sobre la producción de Terapia Ocupacional en tres ámbitos: construcción de identidades, epistemología y prácticas en América Latina. Sobre estos tres ejes se organiza el presente trabajo. Los siguientes seis capítulos, introducen cada uno de ellos a las producciones de los países de origen de los autores del libro. Hacen una breve reseña de la historia de la Terapia Ocupacional en su país y dan cuenta en su conjunto del fundamento de hablar de Terapias Ocupacionales en lugar de considerar una Terapia Ocupacional única que englobe a todas las experiencias, las prácticas y los fundamentos que las sostienen y de las identidades que se han construido.

*La sección 2: Fundamentos Teóricos críticos*, presenta diez capítulos que describen en conjunto conceptual, teórica y

epistemológicamente no sólo el objeto de estudio de la Terapia Ocupacional sino también aquellos otros conceptos que la conforman y son parte de la práctica profesional. Se trata de una epistemología dialéctica crítica que pone en tensión las teorías y modelos anglosajones, la construcción que dio origen a estos modelos y la posibilidad de ser implementados en la región, desnaturalizando lo que es dado como base y origen de la disciplina, poniendo luz en aquellas prácticas que son propias de las culturas latinoamericanas y de su cotidianeidad, encontrando otros fundamentos, fundamentos propios, que surgen de la construcción colectiva que se va gestando a partir de la interacción con un otro, con su saber.

*La sección 3: Praxis transformadoras*, logra en sus catorce capítulos mostrar las distintas prácticas que se van produciendo en los distintos países de Iberoamérica, prácticas clínicas como así también prácticas de formación que se producen en espacios formales e informales de educación de los terapeutas ocupacionales. En el mismo sentido que las secciones anteriores, se trata de una práctica crítica, contextualizada temporo-espacialmente donde los sujetos de intervención (individuos o comunidades) son sujetos activos, sujetos de derechos.

La publicación cierra con un *Prólogo a posteriori*, escrito por los editores del libro (Simó Algado, Guajardo Córdoba, Correa Oliver, Galheigo y García-Ruiz) proponiendo un debate que se abre a partir de la lectura del libro. Invitan a los lectores a enviar sus reflexiones y entrar en diálogo con el texto.

Este libro no pretende ser una descripción de las Terapias Ocupacionales que se observan en los diferentes rincones de Iberoamérica, pretende ser la base y comienzo de un debate que queda abierto, que permita identificar las Terapias Ocupacionales que se producen en los países latinoamericanos y en España y que cuestionan o se diferencian de las prácticas y saberes hegemónicos que fueron y son gestados en los países anglosajones. ■

[Recibido: 30/11/17 - Aprobado: 15/12/17]

#### Cómo citar esta reseña:

Albino, A. F. (2017). Reseña: Terapias Ocupacionales desde el Sur. Derechos humanos, ciudadanía y participación. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 3 (2), 37-38.