

# MATERIA PRIMA

Primera revista independiente de Terapia Ocupacional en Argentina



Año 3 Número 11 Marzo / Mayo 1999 Precio del ejemplar \$ 7 -ISSN 0657784

Dossier: Bioética - Santos: Proyectos de inserción en el trabajo - Sistema de Salud - Enfermedad cardiovascular - Agenda



## Sumario

### 2 Estilos

#### **La Reforma del Sistema de Salud**

Entrevista a la Licenciada Alicia Stolkiner, quien reflexiona sobre la situación que vivimos como actores del sector salud.

### 9 De Producción Nacional

#### **Enfermedad Cardiovascular y Estilo de Vida**

Trabajo basado en la tesis de la Licenciatura de T.O., Universidad de Mar del Plata (1998). Relevan los factores de riesgo cardiovascular inherentes al estilo de vida, información sobre conductas preventivas y aportan lineamientos de abordaje.

### 15 Dossier

#### **Ideologías y realidades**

Presenta el desafío de participar en los dilemas que nos interrogan en este tiempo, desde la óptica de la Bioética.

### 23 Del Exterior

#### **Proyectos de inserción en el trabajo: producción de autonomía, itinerarios de ciudadanía.**

Experiencia realizada en Santos (Brasil) desde 1989 a 1996, a partir de la desconstrucción del manicomio, proyectando la Salud Mental como territorio de la ciudadanía, autonomía y reproducción social.

### 33 Noticias

### 35 Correo

Cartas que los lectores envían a nuestra redacción.

### 38 Agenda

Cursos, Jornadas, Congresos, Seminarios, nacionales e internacionales.



## Staff

**Editora - Directora**  
T.O. Andrea Monzón

**Subdirectora**  
T.O. Carolina López

**Consejo Editorial**  
Coordinación  
T.O. Mónica von Wernich

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

### Colaboradores

Manuel Massolo  
Natalia Colman  
Laura Moreno  
Silvia Lanzinetti  
Gabriela Capel  
Lic. Marisa Matlnez Antón

### Colaboran en este número

Terapistas Ocupacionales  
Lic. María Angélica Rossi  
Lic. Alejandra Campisi  
Nora Beecher  
Lic. Alejandra Arnés  
Lic. Andrea Laurito  
T.O. Fernanda Nicácio (Brasil)  
Lic. Lia Fletcher

**Fotos de Tapa e Interior**  
por Raquel Gociol

**Rediseño de Imagen**  
Hexa Bureau de Diseño

**Compaginación y armado**  
Gustavo Grosso  
011 4373 4695

**Impresión**  
Solis 530, Capital

**Registro de propiedad intelectual**  
N°894162  
ISSN 0328-7890  
Propietaria: Andrea Monzón

**Redacción:**  
Gral. Mansilla 2665  
(1425) Capital Federal  
Tel. (54 11) 4962 1101 / 4701 4369  
Telefax. (54 11) 4786 6833  
E-mail: wernich @ arnet.com.ar

*Los artículos publicados en Materia Prima pueden ser reproducidos total o parcialmente en cualquier soporte, citando la fuente y el autor. La editora no se responsabiliza por las opiniones expresadas en los artículos o por las personas entrevistadas como así tampoco por el contenido de los espacios publicitarios*

## Editorial

*"En las postrimerías de esta centuria ha sido posible, por primera vez, vislumbrar cómo puede ser un mundo en el que el pasado ha perdido su función, incluido el pasado en el presente, en el que los viejos mapas que guiaban a los seres humanos, individual y colectivamente, por el trayecto de la vida ya no reproducen el paisaje en el que nos desplazamos y el océano por el que navegamos. Un mundo en el que no sólo no sabemos adónde nos dirigimos, sino tampoco adónde deberíamos dirigirnos" (E. Hobsbawm, 1994).*

Casi todos han sentido el vértigo de ingresar en el '99. Con mayor o menor expectativa, acercarse al 2000 va produciendo fenómenos curiosos. Como tantos, después de los fuegos artificiales y los buenos augurios navideños, miro un poco hacia atrás, buscando comprender cómo llegamos hasta aquí, fantaseando cuál será el rumbo que tomarán los acontecimientos.

Muchos escribirán la historia de este siglo y recalcarán los profundos cambios irreversibles que se han vivido.

Somos alrededor de seis mil millones de seres humanos, tres veces más que en 1914, a pesar de las terribles matanzas (187 millones de personas, el 10% de la población total del mundo en 1900). No sólo se han atravesado dos recordadas guerras mundiales; también la Depresión, el genocidio, las revoluciones, grandes hambrunas, crisis económicas, sociales, políticas, religiosas.

Otros contarán que éste ha sido un mundo rico, capaz de producir bienes y servicios ilimitadamente variados, con enorme progreso material desarrollado por la ciencia y la tecnología. Un mundo que, con las comunicaciones y el transporte, jugaba a eliminar el tiempo y las distancias.

¿Por qué se entremezcla un clima de triunfo con cierto desasosiego y desconfianza? Tal vez porque este tiempo haya generado «individuos egocéntricos desconectados entre sí», con lazos sociales que se desintegran rápidamente, sobre todo en las grandes ciudades. O quizás, porque tanto desarrollo no haya bastado para ser repartido entre todos los seres humanos con equidad.

Usted y yo formamos parte del siglo XX y nos encaminamos a iniciar uno nuevo, al que éste le habrá dado forma. Tendremos el privilegio de ser testigos de esta poción de tiempo y elegiremos la manera de sumarnos al alboroto.

El desafío está aquí, ya no queda tan lejos. Los dilemas éticos de este momento crítico se presentan en cada lugar de trabajo, en cada lugar de formación, y exigen respuestas que no debemos evadir.

¿Qué ocurrirá en el próximo milenio?

Somos hombres y mujeres de este tiempo, de este lugar determinado de América del Sur. Observamos nuestra época, opinamos, vivimos en ella. Pero la forma en que nos posicionemos, la clase de actores sociales que apostemos ser, marcarán con seguridad la diferencia.

Andrea Monzón





# La Reforma del Sistema de Salud

Nuestro país gasta alrededor de 20.000 millones de dólares por año en Salud. El gasto del subsector público, del Estado, es de aproximadamente 4.600 millones (20%). Las Obras sociales gastan alrededor de 6.858 millones (33%). Sin contar al PAMI, entre las Obras sociales y el sector público gastan menos de la mitad del total y atienden al 75% de la población.

Materia Prima se reunió con la Lic. Alicia Stolkiner\* para reflexionar sobre el impacto que las transformaciones en el sector salud vienen produciendo en los trabajadores y en los usuarios.

## De la OMS al Banco Mundial

### *¿Qué encierran los conceptos salud y enfermedad?*

Primero hay que diferenciar qué se entiende epistemológicamente por salud y enfermedad. Esto no es una tarea secundaria porque la misma discusión acerca de los conceptos conlleva distintas ideas acerca de lo que son las prácticas con relación a la salud y a la enfermedad.

Alrededor de esos conceptos se mueven conceptualizaciones mucho más amplias acerca del hombre, de la sociedad y de la relación entre ambos. Cuando en la década del cuarenta la OMS enuncia el concepto de salud como estado de completo bienestar físico, psíquico y social, no sólo ausencia de enfermedad, hace un enunciado político, no sólo teórico. Era la posición que tomaban los países que conformaban la OMS, con respecto a cuál era el nivel de responsabilidad de la sociedad en su conjunto con relación a la salud de los habitantes de cada sociedad (ligado profundamente a lo que después se desarrollaría como el Estado de Bienestar).

En última instancia, el concepto de salud es histórico social. No es lo mismo pensar que salud es simplemente la ausencia de síntoma o de enfermedad, que pensar que salud es el máximo de bienestar posible, no es lo mismo pensar que salud es la ausencia de síntomas que pensarla, como aparecía entre los griegos, como una connotación positiva en el sentido matemático del término (estar sano era desplegar el

máximo de potencialidades corporales, mentales, etc.). No es lo mismo pensar que la salud es un destino, por ejemplo que una enfermedad es algo que pasa biológicamente, a pensar que una enfermedad es algo que le sucede integralmente a una persona. Tomemos como ejemplo a las partidas de defunción. La forma en que se agrupan las causas de muerte implica un concepto de causalidad y una posición ideológica. En general se agrupan por claudicación de órganos. Si un niño desnutrido, tiene sarampión y muere de una complicación meningea, la causa de muerte fue la meningitis. Si se mira para atrás la causa de muerte sería el sarampión, porque la complicación meningea devino de este. Pero si el sarampión es una enfermedad evitable por vacunación, la causa de la muerte sería la ausencia de vacunación adecuada. Además, el sarampión es mucho más letal en un niño desnutrido que en uno que no lo está, entonces uno podría decir que la causa de muerte de ese niño fue la pobreza.

### *¿Cuáles son las ideas principales de la Reforma del Sistema de Salud?*

Salvo en Argentina, en todos los países se habla de Reforma Sanitaria. Una de las primeras manifestaciones es la revisión de la idea de cobertura universal garantizada para todo el mundo. La idea central es dividir las prestaciones de salud en dos tipos: los servicios básicos o esenciales, garantizados para todos, y los servicios discrecionales, aquellos que



los usuarios deben proveerse de acuerdo a sus propios recursos.

Esto implica una ruptura de postulados muy fuertes que la gente tiene bastante incorporados.

Si bien es cierto que el acceso a la salud nunca fue igualitario para todo el mundo, y que la posibilidad de acceder a una asistencia de alta complejidad siempre estuvo influenciada por el nivel adquisitivo, se suponía que no debía ser así.

Dicho de otra manera, se supone que para las grandes problemáticas del Primer Nivel de Atención se debe dar

cobertura al conjunto de la población. De ahí en adelante, una serie de servicios, aquellos de mayor costo y mayor rentabilidad económica, deben regirse por las leyes del mercado.

Si uno lee el documento "Invertir en Salud", del Banco Mundial (Informe sobre el Desarrollo Mundial - 1993), encontrará indicaciones dirigidas a aquellos países de bajos ingresos (nosotros somos un país de ingresos medios). Es tan dramático que se recomienda, sacar de las prestaciones garantizadas por el Estado (gratuitas) las terapias intensivas neonatales, los tratamientos oncológicos, la quimioterapia para SIDA y las cirugías cardiovasculares. (El título del documento es interesante porque no se sabe si se debe invertir en salud o si salud es un área de inversión).

*¿Por qué el Banco Mundial tiene injerencia en asuntos de Salud?*

Desde la posguerra y hasta principios de los '80 el organismo internacional que tuvo un principio rector en cuanto a orientación técnica y en las acciones sanitarias que realizaban los distintos países (particularmente países llamados en vía de desarrollo, como el nuestro) era la OMS. A partir de los '80 el Banco Mundial, organismo que se ocupaba de cuestiones financieras de los países, empieza a tomar

en sus manos la "dirección técnica" por acuerdo.

Comienza a ocupar ese lugar, con orientaciones económicas y sobre políticas sociales: da lineamientos

y orientaciones en salud, en educación, etc., como parte del proyecto global de transformación económica en estos países. (Buena parte de esas transformaciones son parte de acuerdos para préstamos, por ejemplo, la transformación de las obras sociales). El diseño de la idea básica de la reforma es la misma para todos los países, su implementación varía porque tienen actores distintos.

Distribución del Gasto en salud y porcentaje de la población cubierta. Argentina 1995

Prestadores	% de población cubierta	% del gasto total anual	% acumulado
Hospitales público	33.86%	20.96%	20.96%
Obras Sociales	45.34%	27.51%	48.47%
INSSPJ	12.5%	26.20%	74.67%
Empresas de Med. Prepaga	6.02%	18.34%	93.01%
Obras S. de Personal de Dirección	2.32%	6.99%	100%
Totales	100	100	

*¿Qué otras cuestiones interesantes presenta el Documento?*

Hay un capítulo destinado a los nuevos actores sociales, organismos no gubernamentales y las mujeres. Han descubierto que las mujeres son cuidadoras de salud natas; si tienen ingresos propios destinan la mayoría de estos a cuidar a los hijos y al hogar, en un porcentaje mayor que los hombres. Han descubierto que educar a las mujeres redundo en salud y disminuye la mortalidad infantil de manera notable, por lo tanto, recomiendan que el Estado promueva la escolaridad básica, fundamentalmente para las niñas. Ven un escenario futuro donde la mujer trabaja, mantiene el hogar, cuida a los chicos, es promotora voluntaria de salud. Trabajan dentro del hogar, trabajan fuera del hogar, no sé que van a hacer con los hombres... (risas)

*Retomemos las ideas principales de la Reforma...*

#### **Supervisión a T.O.**

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

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



Primero, la división entre servicios esenciales y discrecionales; segundo, focalización (los recursos del estado son destinados a atender a las poblaciones con alto nivel de necesidad). Otra característica es una fuerte tendencia a la descentralización de los servicios. Además, se hace hincapié en la responsabilidad

Subsector	Gasto millones de U\$U	en % del PBI	% sobre el gasto
subsector público	4.654 <sup>1</sup>	1,66%	22,80%
Obras sociales	6.858	2,44%	33,60%
Directo familias (1)	8.888	3,16%	43,50%
Totales	20.399	7,26%	100

(1) incluye el gasto en servicio privados y prepagas.  
Fuente INDEC, 1997

individual y en cómo los sujetos o unidades familiares deben procurarse estos servicios (no utilizan el término "que se le provean" sino "que se le permita acceder a").

Cuando se encara una reforma sanitaria no sólo se trata de variar las formas organizativas de un sistema sanitario. Se trata de una profunda transformación de las conductas, de las actitudes, de las representaciones que la gente tiene con respecto a la salud, a la vida y a la muerte. Es la forma en que la sociedad acepta la posibilidad de vivir o no de una persona, de recibir atención médica o comprarla. A lo que nos lleva esta transformación es a terminar aceptando como natural que quien no puede pagar determinado tratamiento no lo reciba. Todas estas reformas producen un nuevo actor en el sector salud.

#### ¿A qué actor se refiere?

Conocemos los intereses que tradicionalmente se mueven en este sector: la industria química-farmacéutica, la gran industria de producción aparatológica médica (dos industrias muy fuerte cuyo beneficio deviene de la enfermedad), las corporaciones profesionales y las empresas prestadoras de salud. El nuevo actor está formado por las *Aseguradoras* y los *Fondos de Capitalización*.

En el fondo de estas reformas hay un objetivo que no es inherente a salud, que no tienen relación directa con sus prestaciones. El objetivo es captar para los circuitos financieros grandes masas de capitales que son de recolección obligatoria. Al empezar a regirse el sistema de salud por la lógica del aseguramiento,

aparecen dos cuestiones: la estratificación, cada uno tendrá el nivel de prestación que pueda proveerse en el mercado, habrá distintos tipos de prestaciones para diferentes tipos de poblaciones; y los vicios del aseguramiento: si la ganancia de las grandes empresas de la industria farmacéutica y de la aparatología está en su consumo, es decir en la enfermedad; la ganancia de las aseguradoras está en que la gente no sea atendida, con un impacto llamado selección adversa. Van a tender a descartar aquella población que puede significar mayor gasto "si usted quiere tener ganancia, asegure gente joven, sana, rica y, si es posible, linda".

En EE.UU. ha habido una batalla legal con las aseguradoras de salud porque pedían autorización para hacer mapeo genético de una persona antes de asegurarla. Es ciencia-ficción ¿se dan cuenta?. No es que no te cubran una enfermedad preexistente, sino que no te cubran las enfermedades que genéticamente tenías probabilidades de adquirir. Por suerte la justicia falló en contra de las aseguradoras, sosteniendo que ese tipo de información es confidencial. En Chile los seguros son de renovación periódica, si una persona adquiere una enfermedad catastrófica, al terminar la vigencia ese seguro no es renovado. Así, pasa a atenderse en el Estado, que se transforma una vez más en un financiador de la acumulación de ganancias del sector privado.

#### ¿Qué sucede en otros países?

Esto está muy ligado a la transformación neoliberal, muchas de esas tendencias las tienen los países europeos, salvando miles de diferencias. Cuando ellos terminan de dismantelar el Estado de Bienestar tienen más de lo que nosotros tenemos cuando todavía lo tenemos en marcha, y tienen una población más acostumbrado a prestaciones y servicios. Muchas veces, al hacer análisis se nos cargan a nosotros problemas que son de ellos, por ejemplo el envejecimiento de la población, razón por la cual se



reforman todos los sistemas previsionales supretecto de que ahora tenemos demasiados viejos, cuando ese es un problema de los países europeos. En una investigación en Misiones obtuvimos una pirámide demográfica que parece la de un país centroamericano, el 40% de la población tiene menos de 14 años y la cantidad de gente con más de 65 es ínfima, una tasa de natalidad altísima y una esperanza de vida baja. El sector salud gasta el 8% del producto bruto mundial, el 91% lo gastan países desarrollados, algo así como la tercera parte de la población mundial, el resto se distribuye entre los países no desarrollados. El 45% del gasto mundial en salud corresponde a un solo país, Estados Unidos, con un Sistema de Salud ineficiente. Ineficiente quiere decir relación costo beneficio. No estoy hablando de los buenos servicios complejidad o del buen nivel de investigación sino de la calidad del Sistema de Salud, de lo que éste garantiza. Gástan 3.500 millones de dólares por habitante por año y tienen 20 millones de personas sin cobertura médica. No es un comentario "antiimperialista", lo que sucede es que se intenta implantar en nuestros países este modelo de seguros individuales que fracasó allí.

### La Reforma en Argentina

*¿Cuál es la situación del Sistema de Salud en nuestro país?*

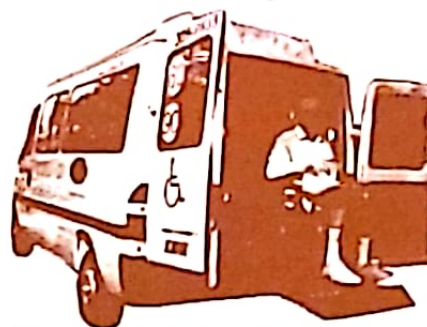
La tendencia actual de la reforma de nuestro Sistema de Salud tiende a la mercantilización; hacer entrar a la salud en la lógica del mercado, como un ámbito en donde conviene la inversión productora de ganancia. El sistema de salud argentino viene sufriendo transformaciones desde siempre pero en el '91 empieza, junto a la gran reforma del estado, un gran empuje de transformación que, en el plano de los servicios estatales, tiene dos ejes centrales:

*Descentralización y Hospital de Autogestión.* En el plano de las Obras Sociales el eje pasa por la *desregulación del sistema, la competencia entre sí, la concentración,* y en algún momento la *competencia* con las prepagas. (Se produce una variación en la idea básica de las Obras Sociales, que nacen a fines del siglo pasado como sistema de solidaridad entre pares, con la idea de que todo el mundo pone algo por si alguien necesita algo). En el tema del hospital de Autogestión hay una apropiación de términos: nadie se opondría al

Hospital de Autogestión. ¿Quién podría plantear que no es correcto que un hospital esté dirigido por representantes de los profesionales, de los técnicos, del personal no profesional, de la comunidad? ¿Quién puede plantear que no es correcto que el hospital le cobre a las Obras Sociales cuando estas le cobran a los trabajadores y por lo tanto esto tendría una traslación solidaria? ¿Quién podría plantear que no es correcto que el hospital tenga decisión sobre sus propios recursos, cuando todos hemos conocido esas instituciones públicas en las que para cambiar un tornillo hay que iniciar un expediente? En los principios generales, uno podría estar de acuerdo. Pero hay que sentarse a analizar muy claramente cómo son las formas de participación que se proponen, cuál es el nivel de participación real que se va a garantizar. Hay una fantasmática que el Hospital de Autogestión produce que es la idea de que vamos a ser tan ricos como el Sector Privado. Olvídenlo. Poner a competir a las Obras Sociales con el sector Privado, y a todas estas con el Hospital Público es una jugada genial. Todos van a tener que bajar costos. Y los van a bajar a costa de dos cosas: de la cantidad de cobertura brindada y de la distribución de las ganancias que recibe el personal. Y por supuesto, esto tiene un objetivo: producir un excedente en el sector salud.



**Transportes Especiales**  
División Transportes para discapacitados motrices  
**RECREACION, PASEOS Y TRASLADOS**



San José 921 7<sup>o</sup> "B" - (1076) Cap. Fed.  
Tel/Fax: 4306-6635 - Móvil (15) 4022-3000



¿Cómo se traduce en números la producción de este nuevo excedente?

Mario Borini plantea que la reforma en Argentina se dirige a la producción de un nuevo excedente, al poner en competencia a las obras sociales entre sí y con los prepagos, y éstos con el hospital público (ver cuadro I).

Esto disminuye la apropiación del sector profesional, la ganancia de clínicas y sanatorios, las ganancias de actores que eran previsionales y aumenta la ganancia de un nuevo excedente: las aseguradoras inversoras en salud.

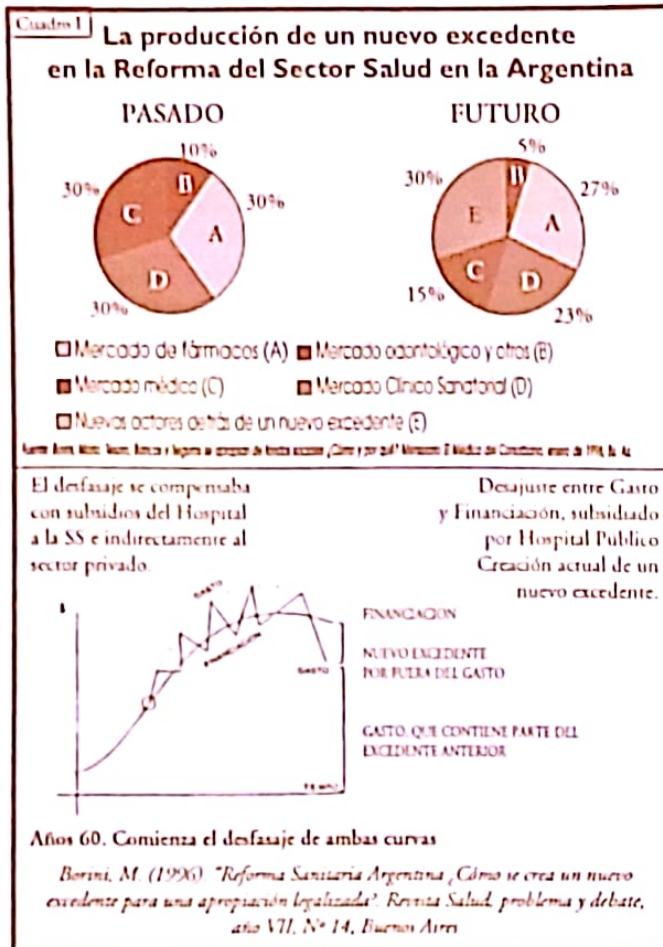
En el gráfico se observa un 30% de excedente con nuevos actores, los grandes capitales, los grandes inversores, las aseguradoras y el estado (por vía impositiva).

Revisemos el presupuesto anual en Argentina '98-'99 (ver cuadro II) y encontraremos como se redistribuyen los recursos. Un profesor de la escuela de Salud Pública decía: "Prioridad es asignación de recursos: si ustedes quieren saber cuáles son las prioridades reales, estudien a dónde se asignan los recursos".

El presupuesto Global para 1999 aumenta en un 2,1% con respecto al de 1998 y se observa una redistribución a favor del pago de intereses de la deuda y de los servicios de seguridad y defensa.

¿Qué lugar ocupan los profesionales como actores del sector salud?

Somos alrededor de 250.000 trabajadores del sector salud, y si nos consideráramos actores, otra sería la historia. El problema es que los trabajadores del sector salud están tan fragmentados como lo está el sector salud. Los maestros todavía conservan esa identidad de trabajadores de un sector, nosotros tenemos una



identidad mucho más fragmentaria. Algunos son empleados del sector público, otros del privado, hay una cantidad de gente trabajando en un alto nivel de precariedad (los que trabajan para obras sociales, de la precarización han pasado al contrato basura), y obviamente lo que escribió Borini hace unos años se demuestra en que uno de los sectores en los que más se recorta es en los honorarios profesionales.

Además, es muy curiosa la forma de agremiación ¿cómo se agremian los médicos? como los médicos, allí dentro están el dueño de la clínica y el empleado.

Hay una baja notable en los ingresos, sobre todo porque nuestro país tiene la ¿desgracia? de tener gran cantidad de Recursos

Humanos en Salud. Esto, que sería óptimo desde la lógica de un sistema sanitario, desde la lógica del mercado significa abaratamiento por exceso de oferta. Yo no estoy de acuerdo en que la salud funcione como un mercado, pero esto dista mucho de serlo, la tendencia a los monopolios es gravísima y no hay ley que regule esta concentración monopólica en salud. Si vamos a hacer un mercado, hagámoslo enserio.

¿Es una falencia que en la mayoría de las carreras relacionadas con el sector salud no se enseñe Salud Pública?

Los sistemas se naturalizan, la materia que dicto (Salud Pública-Salud Mental-UBA) forma parte de una reforma del plan de estudios en la que participe. El objetivo es proveer elementos, herramientas teórico técnicas para que el psicólogo egresado pueda desempeñarse como actor en el sector salud. Tiene que saber su propia práctica y tiene que saber el contexto en el que esa práctica está siendo producida. Los



psicólogos tienen una especie de representación hegemónica de ser profesionales liberales, independientes. Me parece bien que tengan buena formación psicopatológica, pero esa práctica clínica va a suceder en el sistema de salud, lo quiera o no lo quiera, aunque sea en un consultorio privado. El consultorio privado es una especie en vías de extensión, el consultorio del psicólogo, el abogado que tiene su propio estudio o el arquitecto que trabaja sólo, porque la tendencia de la concentración monopólica llegó a las profesiones liberales. Esta realidad muchos la viven como que le pasa particularmente a ellos, o como algo que no pasa, o como algo que no va a suceder.

La situación es complicada, estamos en el umbral de una catástrofe previsional. El 45% de los autónomos no aporta, con lo cual dentro de 20 años va a ver una cantidad de viejos que no van a tener quienes los mantengan.

#### *¿De qué nos enfermamos los argentinos?*

La Argentina tiene un perfil epidemiológico que los epidemiólogos clásicos llaman de transición y que los epidemiólogos críticos de acumulación. Tenemos una forma de enfermar y de morir del desarrollo y una forma de enfermar y de morir de pobreza y subdesarrollo.

Entre las principales causas de muertes globales del país están los accidentes cerebrovasculares, cáncer, suicidio, accidentes. Esto da un perfil, con las infectocontagiosas bajas, de un país desarrollado. Pero si se diferencia por grupo, ahí la cosa ya se mira de otra manera. Es lo mismo que si separás la mortalidad infantil por áreas, por zonas y por grupos sociales... Pinochet mostraba como un triunfo haber descendido la mortalidad infantil (primer año de vida). Pero los chicos son frágiles durante un tiempo bastante más largo y el problema lo tuvieron cuando investigaron qué pasaba con los niños de 2 a 5 años.

Hay más producción estadística que antes, pero tenemos el mismo problema de siempre: la mayoría son de mortalidad, tenemos muy pocas de morbilidad. Es un tema muy complejo. Hay una sobremedicación. Nosotros también tenemos que repensar la propia relación con los servicios médicos, fundamentalmente los sectores medios. Y en realidad la principal causa de muerte en el mundo hoy en día es el hambre. Como dice José

Carlos Escudero, la principal causa de muerte en el mundo se soluciona con un medicamento que no requiere de ninguna tecnología demasiado compleja para producirlo, ni de ninguna investigación de laboratorio, y que además se produce en exceso. Hablar de las causas de las enfermedades es hablar de un tema bastante complejo en cuanto uno se sale de una perspectiva absolutamente individual y en cuanto uno sale de la perspectiva absolutamente biológica. La estatura promedio de la población latinoamericana disminuye al interior de los países. Es muy interesante, en cada país hay un sector social que es cada vez más alto y otro cada vez más bajo.

Si uno piensa que la función de la asistencia en salud es tristemente curar las enfermedades, este es un problema que sucede al margen del sistema de salud, ahora, si uno tiene un criterio mucho más amplio de lo que es la asistencia en salud, esto no sucede al margen de él.

#### **La inseguridad de la modernidad**

#### *¿Los seguros de mala praxis se extenderán desde la medicina al resto de las profesiones?*

La modernidad construyó una representación de cierta seguridad (que puede ser falsa porque al final, en este siglo tuvimos dos guerras mundiales).

## *Estudio*

*Lic. Silvia Perucchi*

**Terapistas Ocupacionales**

*Radicados en el interior del país, provincia de Buenos Aires y en localidades aledañas a las capitales de provincia.*

*Preferentemente con experiencia en el área laboral, no excluyente.*

Enviar C.V. por correo a Estudio Perucchi & Asociados S.R.L.  
Fray Justo Santa María de Oro 2257 - PB - Cap. Fed. (1425)  
e-mail: perucchi@sinectis.com.ar



El sujeto del medioevo se subía a un caballo para atravesar distintos lugares y podía pescarse una peste y morir, ese era su destino.

Nosotros construimos otra subjetividad, donde la medicina curaba casi todo (menos el cáncer), y efectivamente había logrado erradicar pestes como la viruela. Las ciudades se suponían seguras, la policía estaba para cuidarte... Ahora no hay negocio más grande que la inseguridad. Yo pago: seguro de vida, seguro del auto, seguro de mi casa y no me falta mucho para un seguro de salud o una prepaga. El 90% de las coberturas que te dan determinados seguros son básicas, entonces podría sacar un seguro para catástrofes, esos que tienen una prima de 5000 dólares (por debajo no te atienden y por arriba, hasta un millón). También podría tener un seguro de retiro. Esos son capitales que se acumulan y circulan y se invierten, de los cuales se cobran gastos de administración, de gerenciamiento, son la industria de la inseguridad.

**¿Cómo vislumbra el futuro?**

El sector salud no tiene actores livianos, estamos hablando de la tercera industria del mundo, el 8 % del producto bruto mundial.

Cuando Hilary Clinton intentó dirigir la reforma de salud de EE.UU. y fracasó, dijo que subestimó la capacidad de lobby de las aseguradoras.

Los laboratorios tiene un fuerte impacto en la producción, por ejemplo del DSM IV, donde las patologías se adecuan a la medicación existente.

Habrá que ver cómo se distribuyen los actores. Para modificar estas cosas se necesita un fuerte contrapeso a nivel social, una fuerte conciencia social con respecto al problema. Una de las cosas más terribles que produce esto es que

**Cuadro II Evolución del presupuesto. Argentina 1998-1999**  
**EL PRESUPUESTO ANUAL**  
*Comparación 1998/1999. En millones de pesos*

Finalidad	Presupuesto	1998	1999	Variación
Administración gubernamental		4.408,2	4.353,0	-55,2 -1,3%
Servicios de Defensa y Seguridad		3.313,6	3.468,2	154,6 4,7%
Servicios Sociales		30.824,3	30.527,6	-296,8 -1,0%
Servicios Económicos		3.003,2	3.181,4	178,2 +5,9%
Deuda Pública Intereses		6.729,5	7.769,3	1.039,8 +15,5%
Total		48.278,8	49.299,4	1.020,6 +2,1%
Salud pierde 2,4%				
Ciencia y Técnica pierde 3%				
Educación y Cultura pierde 1%				
Vivienda pierde 7,4%				

enfrenta actores que tendrían que ser solidarios entre sí, por ejemplo los profesionales con la población. Nosotros tenemos mucho que ver con esto, porque el personal de salud está acostumbrado a hacer pactos muy espurios, por ejemplo, aceptar que en el Hospital tiene bajo sueldo pero que le hacen la vista gorda cuando trabajan pocas horas. Se ha tenido en muchos casos muy poco cuidado en como se establece el vínculo con el usuario que, en última instancia, es el que sostiene ese servicio, y muchas veces con cosas que se hubiesen solucionado simplemente sabiendo organizar un servicio.

Cuando se logra una red más solidaria entre los usuarios y el personal, se mejoran las cosas. De cualquier manera yo no creo que esto pueda seguir así hasta el infinito. Es como un proceso que debiera llegar a un determinado punto que simultáneamente tira por la borda algunas cosas que lo favoreciera. Antes de precipitarnos en la desesperanza recordemos que no hay situaciones de final predeterminado. Que este escenario se concrete de esta manera dependerá de cómo sus distintos actores pongan en juego sus fuerzas y sus propuestas. Si los que trabajamos en el sector somos capaces de configurarnos como actores y aunar nuestros intereses con los de la población, probablemente sea posible dibujar otro tipo de escenario.

*\* Psicóloga, diplomada en Salud Pública, titular de la Cátedra Salud Mental-Salud Pública II, Facultad de Psicología UBA. Docente de la Maestría en Salud Mental de la Universidad de Lanús. Docente de la Maestría en Salud Mental de la Universidad de Entre Ríos.*





# Enfermedad cardiovascular y estilo de vida

por Andrea Laurito\* y Alejandra Arnes\*\*

Este trabajo está basado en la tesis de la Licenciatura de Terapia Ocupacional presentada en la Universidad Nacional de Mar del Plata (agosto de 1998). La elección del tema surge a partir de la participación en un curso taller sobre prevención de accidentes cardiovasculares, en el cual se planteaba la importancia de la incidencia de estas enfermedades en el país, y la necesidad de un abordaje interdisciplinario en todos los niveles de prevención.

Las limitadas fuentes de información bibliográfica, la escasa participación desde T.O. tanto en lo preventivo asistencial como en el área de investigación, son los factores que determinaron nuestro interés, y la intención de brindar un pequeño aporte a este campo de trabajo.

## Introducción

El objetivo general es conocer la presencia de factores de riesgo cardiovascular inherentes al estilo de vida y relevar el nivel de información sobre las conductas preventivas asociadas al mismo que posee el grupo poblacional estudiado, para diseñar lineamientos de abordaje de la enfermedad cardiovascular desde Terapia Ocupacional.

Los objetivos específicos son conocer las características propias del estilo de vida que presenta este grupo (relevar la frecuencia de tabaquismo, alcoholismo, obesidad; indagar sobre el

tiempo y características de la actividad laboral y recreativa, indagar sobre la ocurrencia de sucesos de vida percibidos como estresantes y el grado de apoyo social) y a relevar el grado de reconocimiento de los factores de riesgo propios y de conocimiento de las medidas modificatorias de dichos factores.

## Factores de riesgo cardiovascular

Los factores de riesgo cardiovascular pueden agruparse en distintas dimensiones dependientes de (5):

- la biología humana*: son todos los factores relacionados con la herencia genética (antecedentes familiares, sexo), con la maduración y envejecimiento (edad), y con sistemas de regulación interna (hipertensión arterial, diabetes y dislipemias).
- del medio ambiente*: se describen los relacionados con el aire (contaminación), el agua y el clima, socio-económicos, entre otros.
- del sistema de organización de la salud*: la accesibilidad al sistema de atención y a la medicación.
- dependientes del estilo de vida*: son los vinculados con patrones de consumo, ocupacionales y de actividades recreativas. Son características o circunstancias, propias del modo de expresar, producir y desempeñarse en las ocupaciones diarias, detectables en una persona o grupo de ellas, cuya presencia se asocia

con mayor riesgo de padecer enfermedad cardiovascular. Pueden ser modificadas por alguna forma de intervención, logrando así disminuir la posibilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a dicha enfermedad. Implica la presencia de una o varias características: hábitos de consumo (tabaquismo, alcoholismo, obesidad), estrés (suceso de vida estresante, escaso apoyo social), sedentarismo (escasa actividad física, recreativa y ocupacional).

## Conceptos

En este trabajo consideramos presente el hábito de *fumador* cuando el sujeto consume regularmente por lo menos un cigarrillo diario y lo ha hecho durante el último año; hábito *alcohólico* cuando consume regularmente 3 vasos diarios para el hombre y 2 vasos diarios para la mujer; *obeso* al que supera 25 según el índice de masa corporal de Quetelet (resultado que surge de dividir el peso por la altura al cuadrado-kg/m<sup>2</sup>) (10). Definimos el *sedentarismo* como inactividad física en relación a la actividad laboral y de tiempo libre, relevando presencia de hábito sedentario en el paciente cuando la actividad laboral es predominantemente pasiva (cuya demanda metabólica es inferior a 4-5 mets) y no realiza durante el tiempo libre alguna actividad física con una duración de 40 minutos y una



frecuencia de tres veces por semana. El *estrés* lo conceptualizamos en relación a la presencia de escaso apoyo social y/o la referencia del paciente de algún evento de vida percibido como estresante (suceso percibido como muy preocupante referido a un gran cambio de vida: divorcio, enfermedad o muerte de un ser querido; o a situaciones que emergen del desempeño cotidiano de diversos roles) (1).

Si el paciente es soltero, viudo o divorciado consideramos indicador de escaso apoyo social cuando no realiza semanalmente dos tipos de actividad social; y si es casado o concubino, si no realiza alguna actividad social en el curso de la semana.

El *nivel de información* acerca de los factores de riesgo cardiovascular inherentes al estilo de vida y su modificación, es el conjunto de conceptos básicos, referentes a dichos factores, que tiene el paciente según sus características individuales y que contribuyen a realizar cambios en el comportamiento. Implica la identificación de los factores de riesgo presentes en el individuo y la referencia de alguna técnica, método y/o acción a implementar para modificarlos. Para *dejar de fumar* nombra medidas que ayudan a eliminar las ocasiones predisponentes (eliminar cigarrillos, ceniceros, encendedores, sobremesas), sustituir el estímulo oral y actividades manuales (masticar pastillas o tiras de verduras, manipular banditas elásticas u otros objetos cuando se tenga deseos de fumar); *para dejar de beber*, concurrir a grupos de autoayuda y/o de alcoholismo; *para modificar la dieta*, los principios generales: comer pequeñas porciones disminuyendo el consumo de alimentos ricos en grasas,

azúcares y sal, aumentando el de verduras y frutas; *para modificar el sedentarismo*, realizar actividades físicas bajo prescripción terapéutica; *para reducir el estrés*, realizar actividades que favorezcan la relajación y/o participación en actividades sociales (caminar, hacer yoga, ejercicios de relajación, reunirse con amigos, concurrir a grupos, tener un hobby, evitar situaciones que sean percibidas como estresantes). Un nivel satisfactorio implica el reconocimiento de los propios factores de riesgo y el conocimiento de las medidas modificatorias de éstos, un nivel poco satisfactorio cuando sólo registra los propios factores y un nivel no satisfactorio cuando no logra reconocerlos.

#### **Estilo de vida -Tiempo libre - Estrés**

El *estilo de vida* es el modo de ser. Comprende las creencias de cada individuo que, en el contexto de su cultura y bajo su influencia conforman sus objetivos, valores, intereses, roles, hábitos y desempeño en sus actividades diarias. Desde Terapia Ocupacional se consideran los patrones individuales y el medio, ya que es la cultura la que organiza el uso del espacio y tiempo de las actividades (trabajo, diversión, familiares, espirituales). Modificar el estilo de vida implica cambiar hábitos y creencias (4). Las actitudes frente a los hábitos de consumo, al trabajo y utilización del tiempo libre determinan la calidad de vida. Una adecuada calidad de vida supone la existencia de un equilibrio entre las horas dedicadas al descanso, al trabajo y al tiempo libre; equilibrio en la cantidad y calidad de la dieta, y la capacidad para desempeñarse adecuadamente y con autosatisfacción en los distintos roles

familiares, sociales y laborales.

En el adulto, la utilización del tiempo se encuentra generalmente vinculada al trabajo y a obligaciones familiares, y en los patrones de tiempo influyen factores como: edad, estado civil y rol laboral. A medida que pasan los años aumenta el tiempo disponible; salud, movilidad e ingresos, impactan en la cantidad y calidad de la administración del mismo. El uso organizado del tiempo permite un desempeño capaz en una variedad de ambientes y roles, y provee un equilibrio de actividades que posibilitan tiempo para descansar, dormir y participar en actividades recreativas.

Según Kielhofner, "las actividades de tiempo libre son aquellas que el individuo elige libremente, más allá de las necesidades y obligaciones del trabajo, la familia y la sociedad para relajarse, para divertirse y para su desarrollo personal" (8).

Dentro del tiempo libre encontramos actividades predominantemente: *pasivas* y *de ocio* (la persona participa desde el rol de espectador, es decir, requiere un bajo compromiso personal y de destrezas físicas y sociales - mirar televisión, escuchar radio, leer, no hacer nada-), *físicas* (tienen un rol más protagónico, requiriendo mayor compromiso mental, emocional y físico. Incluye practicar deportes, gimnasia, caminatas, andar en bicicleta, realizar tareas de jardinería) y *sociales* (incentivan el desarrollo de relaciones interpersonales - encontrarse con amigos, reunirse con familiares, participar en organizaciones como la iglesia, el club, sociedades de fomento y barriales - con la participación de un rol más protagónico) (6).



Cuando se experimentan situaciones percibidas como un desafío o amenaza, se produce un conjunto de cambios físicos y psicológicos que, con el transcurso del tiempo, pueden provocar un desgaste en el organismo. Este afecta a la salud y conduce a la enfermedad o discapacidad; o puede exacerbarlas reduciendo las capacidades funcionales. A lo largo de la vida se desempeñan distintas actividades, roles, experiencias que pueden vivenciarse como estresantes. Existen diferencias individuales en relación a cómo éstas son valoradas; la respuesta es individual, propia, depende de la capacidad de reacción. Será adecuada si cuenta con estrategias afectivas, sociales que le permitan "hacer frente" a este hecho. Este apoyo social, matriz de personas con las cuales se relaciona el individuo, surge del equilibrio en el desempeño de los distintos roles ocupacionales: participación en actividades familiares, sociales y comunitarias. Un desequilibrio en las ocupaciones muestra una disfunción en la relación entre la persona y el ambiente, los factores que contribuyen a este desequilibrio provienen de ambos. Por lo tanto, identificar un desequilibrio requiere conocer tanto los factores ambientales como las características y hábitos personales. El shock de la enfermedad cardiovascular implica para el paciente complicaciones en su salud física y psicológica, la internación genera privación social y sensorial, menor movilidad y dependencia. Como respuesta, aparecen síntomas de depresión, miedo, menor capacidad de atención, confusión, aburrimiento. (Un aspecto importante es el miedo a la muerte y ansiedad en relación al

cuidado personal y otras actividades, luego del episodio agudo o al sentir dolor) (14).

### Rehabilitación - Información

Una vez lograda la estabilidad clínica, la rehabilitación apunta a recuperar movilidad y productividad, teniendo en cuenta la patología, el pronóstico y los límites de cada paciente. La rehabilitación en enfermedades cardiovasculares abarca muchos aspectos. El paciente con ACV puede presentar déficits motores, sensitivos, de la función perceptiva y cognitiva, del planeamiento motor entre otras; se utilizan distintas modalidades y enfoques terapéuticos con el fin de aumentar la independencia en autoatención, tareas productivas y recreativas. La rehabilitación cardíaca intenta incrementar la capacidad funcional por medio de un programa graduado de ejercicios. En ambos casos se evalúan las características premórbidas de trabajo, descanso, recreación y ocio para desarrollar, conjuntamente con el paciente, un plan que le permita cambiar los comportamientos que constituyen factores de riesgo, aspecto fundamental del proceso de rehabilitación (13-14). El estilo de vida previo es una fuente de información sobre cómo el paciente llegó al estado actual y qué características de éste podrá recuperar y cuáles necesitará modificar. Según la OMS es tarea de todo profesional de la salud brindar información adecuada tanto en contenido como en la forma de presentación, y asegurarse la comprensión de ésta por parte del paciente, para lograr que conozca su enfermedad, reconozca la necesidad de tratamiento y comprenda la

importancia de modificar aspectos de su estilo de vida en relación a su salud (12).

La educación del paciente tiende a facilitar su capacidad para iniciar y llevar a cabo cambios en el estilo de vida. La *información* es un recurso estratégico en el proceso de educación, que permite mejorar la salud cardiovascular y la calidad de vida. Esto implica informar sobre la forma de lograr una alimentación sana, sobre técnicas que faciliten la eliminación del hábito de fumar, la eliminación o moderación del consumo de bebidas alcohólicas, la necesidad de realizar actividad física con determinadas características y de controlar el estrés;

### EL ABORDAJE DESDE TO

apunta a

lograr un equilibrio en el estilo de vida del paciente

mediante la identificación y la modificación de los hábitos que representan factores de riesgo cardiovascular

brindando información básica sobre los factores de riesgo que posee y proporcionando técnicas que favorezcan el control de los hábitos de consumo, la participación en actividades físicas, el control del estrés y la interacción en actividades sociales

promoviendo el bienestar a través de la educación y el apoyo a los estilos de vida saludables



brindar conocimientos sobre las actividades laborales y físico-recreativas seguras para el paciente, el control de la respuesta al ejercicio, asesorar sobre la adopción de un programa de marcha, enseñar técnicas de relajación y manejo del estrés (práctica de ejercicio aeróbico, el entrenamiento autogénico, las destrezas de comunicación, la respiración profunda, la meditación, la relajación progresiva, el manejo del tiempo, la verbalización y la estimulación vestibular), incentivar la participación en actividades culturales y sociales. Para posibilitar estos cambios, es fundamental que el paciente reciba información sobre los factores de riesgo que posee y "cómo" modificarlos, según sus necesidades individuales.

(Ver *El Abordaje...*)

Hábitos asociados	N	%
Sin hábitos	10	11,9
Sólo bebedor	3	3,6
Sólo fumador	3	3,6
Sólo obeso	30	35,7
Fumador y Bebedor	5	5,9
Fumador y obeso	13	15,5
Obeso y bebedor	12	14,3
Fumador/bebedor/obeso	8	9,5
TOTAL	84	100

**Diseño metodológico**

El estudio es de tipo exploratorio - descriptivo, la población está compuesta por pacientes internados en Clínica Médica del HIGA Dr. Alende, Mar del Plata, con diagnóstico de ingreso por infarto agudo de miocardio, angina de pecho, emergencia hipertensiva y accidente cerebrovascular. En la muestra se

incluyen los pacientes internados en mayo y junio de 1998, según criterio de selección no probabilístico accidental. El total de pacientes internados es de 126, luego de seleccionarlos según criterios de inclusión y exclusión, la muestra queda conformada por 84 pacientes.

Las técnicas implementadas son recopilación documental de historias clínicas y encuesta.

**Resultados**

La edad de los pacientes encuestados oscila entre 36 y 78 años, siendo el promedio de edad 58,5 años. Según diagnóstico el 48,8% presenta angina de pecho, el 29,8% ACV, el 10,7% crisis hipertensivas, e igual porcentaje infarto agudo de miocardio. El 77,4% corresponde al sexo masculino. El 46,4% presenta internaciones anteriores por patología cardiovascular. Los tipos de ocupación desempeñados por las unidades de análisis muestra un alto porcentaje de desocupados 33,3% y subocupados

Tipo de ocupación	N	%
Desocupados	28	33,3
jubilados	1	1,2
tareas de limpieza	8	9,5
amas de casa	5	5,9
carpintería	3	3,6
mecánica	2	2,4
trabajo rural	2	2,4
empleado comercio/chofer	15	17,9
construcción	5	5,9
changas	12	14,3
otros	3	3,6
TOTAL	84	100

14,3%. (ver cuadro 1)

Del análisis de los datos obtenidos durante el trabajo de campo se desprende que un 75% de los pacientes presenta obesidad, un 34,5% hábito tabáquico, un 33,3% hábito alcohólico, un 52,4% hábito sedentario. (Ver cuadro 2)

Con relación a la presencia de hábito sedentario de tiempo libre, el 63,1% es de tendencia sedentaria, sólo el 36,9% practica actividad física con una frecuencia de tres veces semanales durante 40 minutos. (Ver cuadro 3) Las actividades físicas elegidas predominantemente son caminar y andar en bicicleta, y las actividades pasivas y de ocio, con mayor frecuencia de realización semanal, son escuchar radio y mirar televisión. Al analizar la frecuencia semanal de participación en actividades sociales según el tipo de actividad, se evidencia

Activ. física	N	%
no practica	31	36,9
practica escasa/	22	26,2
practica	31	36,9
TOTAL	84	100



Cuadro 4

## Frecuencia semanal de práctica de actividades sociales según tipo de actividad

Frecuencia semanal Tipo de actividad	Menos de 1 vez		1 o 2 veces		3 o más veces		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
contactos c/amigos	64	76,2	15	17,9	5	5,9	84	100
contactos c/filia	57	67,9	17	20,2	10	11,9	84	100
ir a Iglesia	74	88,1	10	11,9	0	0	84	100
ir al club/otros	82	97,6	2	2,4	0	0	84	100

que los encuestados no mantienen habitualmente contactos con amigos (76,2%), ni con familiares (67,9%). (Ver cuadro 4)

El 46,4% refiere que no mantiene ningún contacto social con frecuencia semanal y sólo el 25% mantiene contactos sociales variados.

(Ver cuadro 5)

El 61,9% de los pacientes presenta escaso apoyo social. Refieren haber vivenciado un suceso estresante el 67,9%, de éstos un 59,7% lo acredita a problemas de índole laboral. El 89,3% presenta estrés, por la referencia de haber vivido un suceso estresante y/o por escaso apoyo social.

Al relevar el nivel de reconocimiento de los factores de riesgo propios, un 38,1% de los encuestados no reconoce ninguno de sus factores, un 36,9% los reconoce parcialmente (sólo algunos de los que posee) y sólo un 25% logra reconocerlos en su totalidad. En cuanto al conocimiento de las medidas modificatorias de dichos factores, del total sólo el 7,1% logra identificar dichas medidas, el 92,9% restante no. Por lo tanto, el 75% de los pacientes presenta un nivel de información no satisfactorio acerca de los factores de riesgo cardiovascular inherentes al estilo de vida y su modificación, el 17,9% un nivel poco satisfactorio y sólo el 7,1% un nivel satisfactorio. (Ver cuadro 6)

## Comentarios

Es interesante señalar que un alto porcentaje de los pacientes son reincidentes en la patología,

significativas en el nivel de información según grado de instrucción.

Las características socioeconómicas

relación al tabaquismo y alcoholismo, muestran ciertas limitaciones dado que muchos pacientes tienden a negar la presencia de dichos hábitos o a referir un consumo menor al real. No observamos diferencias

Cuadro 5

## Variedad de contactos en actividades sociales

Variedad de contactos en actividades sociales	N	%
contactos variados	21	25
un sólo contacto	24	28,6
no refiere contactos	39	46,4
TOTAL	84	100

sin embargo reflejan un nivel de información no satisfactorio sobre la necesidad de revertir aspectos del estilo de vida. En referencia a las modificaciones efectuadas tras la internación anterior, obtenemos como respuesta habitual «comer sin sal» y un porcentaje menor refiere algún otro cambio como dejar de fumar y caminar. Al indagar sobre el tiempo, manifiestan que mantuvieron estas modificaciones aproximadamente los dos o tres meses siguientes a la internación.

Los resultados obtenidos en

de esta muestra delineadas, por la desocupación y subocupación, el bajo nivel de escolaridad, y con ello la falta de recursos para obtener la medicación, atención médica y rehabilitación; la dificultad para acceder a actividades recreativas; el shock que implica la enfermedad, la internación, el miedo a morir y la ansiedad en relación a las posibilidades del retorno actividades después del episodio agudo; sumado al escaso apoyo social, marcan la presencia de un porcentaje muy alto de estrés.

Cuadro 6

## Nivel de información acerca de la modificación del estilo de vida

Nivel de información	N	%
no satisfactorio	63	75
poco satisfactorio	15	17,9
satisfactorio	6	7,1
TOTAL	84	100



**Conclusiones**

Este estudio nos permitió conocer características del estilo de vida de este grupo poblacional, su nivel de información sobre el reconocimiento de los factores de riesgo inherentes al mismo y su modificación.

Son datos importantes de este trabajo:

- Un alto predominio de factores de riesgo, particularmente en lo que hace a las actividades de tiempo libre y productivas, donde se evidencia la escasa participación y variedad de actividades que practican. Las actividades mayoritariamente elegidas son pasivas (bajo compromiso personal), y revelan un escaso desarrollo social con alto grado de sedentarismo y estrés. Esto muestra un desequilibrio en la variedad del desempeño de roles y participación en actividades, reflejado en el uso del tiempo libre y productivo.
- En relación al nivel de información, el mayor porcentaje de encuestados, no logra reconocer sus propios factores de riesgo. Situación que no se modifica en aquellos pacientes que poseen antecedentes de episodios anteriores, como tampoco se obtienen diferencias significativas según el nivel de instrucción.

**Situación propuesta**

Sobre la base de los datos obtenidos, consideramos que los principios generales de abordaje desde Terapia Ocupacional deben apuntar a :

**ESTUDIO CONTABLE  
HERRERO MORANELLI Y ASOC.**

Consulte al (011) 4636-2447

*Asesoramiento a  
Terapistas Ocupacionales*

- Proporcionar al paciente información sobre los factores de riesgo inherentes a su patología.
- Incluir en el plan de tratamiento técnicas tendientes a la modificación de los hábitos de consumo, del hábito sedentario y del estrés.
- Favorecer el logro de un equilibrio en las actividades de la vida diaria, apuntando a desarrollar la habilidad de organizar y planear el tiempo acorde a las necesidades, y las destrezas necesarias para comunicarse e interactuar en actividades sociales.

Dado que los resultados de este trabajo son obtenidos basándose en un abordaje casi exclusivamente médico, consideramos imprescindible un

abordaje que incluya al terapeuta ocupacional, en su diseño, implementación y evaluación, con el objetivo de promover el bienestar a través de la educación y el apoyo a los estilos de vida saludables, que ofrecen la posibilidad de participación en diferentes actividades. Recordemos que el objetivo de la rehabilitación es ayudar al paciente a recuperarse funcionalmente y a reconstruir su estilo de vida para lograr satisfacción personal en el desempeño de sus ocupaciones diarias.

*\*Licenciadas en Terapia Ocupacional*



**Bibliografía**

- 1-BALAGUER VINTRO, I.: *Cardiología Preventiva*, Ediciones Doyma, ed. 1992
- 2-BROTONS CUIXART, C., *Factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular*, Ediciones Doyma, ed. 1991
- 3-CANALES, PINEDA, ALVARADO: *Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo del personal de salud*, serie Paltex, ed. OPS, OMS, segunda edición 1994
- 4-CHRISTIANSEN, CH.: «Gerenciamiento: Oportunidades y cambios para la T.O. en los sistemas emergentes del siglo XXI», AJOT, junio 1996
- 5-DEVER, A.: *Epidemiología y administración de los servicios de salud*, OPS, OMS, 1991
- 6-FITTS, H.: «Use of leisure time by cardiac patients», AJOT, vol. 41, número 9, septiembre 1987
- 7-KRUSEN: *Medicina Física y Rehabilitación*, ed. Panamericana, cuarta ed. 1993, Madrid.
- 8-MIRANDA, C.: *La ocupación en la vejez*, ed. 1996, MDP.
- 9-Programa Operativo TODO CORAZÓN, Mar del Plata Comunidad Integrada en la prevención del Infarto, MDP, 1996
- 10-Revista Argentina de Cardiología, «Estudio FRICAS. Factores de riesgo para el infarto agudo de miocardio en la Argentina», vol.64, suplemento II, 1996
- 11-Revista Española de Cardiología, «Análisis de la calidad de vida en los pacientes rehabilitados», y «Terapia Ocupacional en rehabilitación cardíaca», vol. 48, suplemento Y, 1995
- 12-Serie de Informes Técnicos de la OMS, «Enfoques educacionales actuales y futuros en la rehabilitación de pacientes con enfermedad cardiovascular».
- 13-TROMBLY, C.: *Terapia Ocupacional para enfermos incapacitados físicamente*, Editorial Científica La Prensa Médica Mejjicana, 1990
- 14-WILLARD, SPACKMAN, HOPKINS, SMITH y ot.: *Terapia Ocupacional*, editorial Médica Panamericana, octava edición, 1998, España.



# Ideologías y Realidades

por Nora Beecher\*, María Alejandra Campisi\*\*, María Angélica Rossi\*\*\*

## Presentación

El desarrollo de la Carrera de Postgrado de Especialización en Bioética, dictada en la Universidad Nacional de Mar del Plata, presentó un ámbito propicio para la discusión, reflexión y profundización de temas ante los cuales, como profesionales de la salud no podemos mantenernos acérficos.

Estos espacios, se vieron permanentemente enriquecidos por los enfoques particulares y diferentes, propios de las distintas disciplinas académicas representadas por los profesionales que emprendimos este desafío, y por la variedad de autores, metodologías de trabajo, situaciones dilemáticas abordadas, que conformaron el andamiaje que permite posicionarnos ante la realidad con una actitud crítica.

La acriticidad, tal como la pensara Emiliano Galende, no debiera caracterizar ninguna práctica en Salud, en realidad, ninguna práctica profesional.

Creemos que es importante compartir algunas de estas reflexiones, dado que esto posibilita el enriquecimiento mutuo. Es necesario que los terapeutas ocupacionales podamos discutir y responder al desafío de ser partícipes de los dilemas que van teniendo lugar en este fin de siglo, muchos de los cuales, sino todos, nos interrogan desde el punto de vista ético. Desde la óptica de la Bioética, resulta posible una perspectiva multidimensional hacia el ejercicio profesional, tirando líneas para poder, "zanjar la distancia de toda profesión entre ideales y realidades, o como se dice, entre teoría y práctica"<sup>1</sup>, constituyendo esta característica, la tensión entre lo que se espera poder hacer y se hace, e incluso entre lo que se debe hacer y aquello que se logra realizar.

El primer artículo que se desarrolla, se expuso en las VIII Jornadas de Terapia Ocupacional, llevadas a cabo en el Hospital Psicoasistencial J.T.Borda, Bs.As., 1998. En él se presenta la Bioética como estudio sistemático del comportamiento humano, y algunos de sus principios indicadores de un contexto ético normativo.

El segundo escrito, intenta ser una reflexión sobre la Salud como eje clave de discusión en el marco de la Bioética y que necesariamente lleva implícito una noción de sujeto.

Ambos tratan de ser un llamado a la atención sobre estos temas, pero principalmente, se constituyen en una invitación a pensar sobre la Bioética, como referencia, como marco válido, con valores éticos pasibles de guiar nuestra práctica profesional.

## Una perspectiva Bioética

por María A. Rossi - Alejandra Campisi - Nora E. Beecher

### Introducción

¿Puede la Bioética ser el eje a partir del cual reflexionar críticamente sobre la teoría y práctica de la Terapia Ocupacional?

En su libro "Pensar la técnica", Hector Mandrioni nos dice: "Una civilización que se caracteriza por la cancelación de todo principio y por el alejamiento de todo centro ordenador, es incapaz de pronunciar aquella palabra fundamental, que indique un sentido, una orientación y que por tanto sea capaz de describir un horizonte en el cual inscribir la herencia que nos deja. Nos toca a nosotros interpretar esa herencia y usarla". Creemos que estas palabras son un llamado a la reflexión. Los acontecimientos, cambios, crisis que se inscriben en el devenir del tiempo y que tienden a disgregar y a destruir, hoy más que nunca nos piden para luchar contra la parálisis que conllevan, que tomemos posturas, que demos respuestas, que podamos recrear un diálogo consensuado.

La Salud y pensando en forma particular en la Salud mental, se presenta como una realidad determinada por múltiples factores que se redefinen constantemente de acuerdo a diversos marcos ideológicos, sean estos de los sistemas políticos vigentes, de los gobernantes de turno, de las propias instituciones o de las profesiones y los profesionales.

El concepto de salud por lo tanto se nos presenta complejo, incluyendo tanto criterios objetivos como subjetivos<sup>2</sup>, dinámico

1 Lolus Stepke, F. *Ensayos sobre Ciencia y Sociedad*. Edit. Estudio Sigma. 1995. p. 48

2 Milton Terris refiere objetivos a la capacidad para la función, criterios subjetivos, al sentirse bien o estar bien, y por criterios sociales, a la adaptación y trabajo productivo.



pues ya no se puede hablar de un "estado o equilibrio", sino de un proceso histórico y propio de cada realidad social y de cada realidad familiar.

En la inauguración del VIII Congreso Mundial de Medicina Social<sup>3</sup>, se hizo mención a los diferentes sectores, -político, económico y tecnológico-, donde se han gestado cambios vertiginosos, que son posibilitadores de diferentes situaciones tales como: la crisis de valores, hecho que ha su vez ha producido crisis en los paradigmas vigentes; un proceso acelerado de naturalización y generalización de la impunidad; violencia social; la inequidad como una desigualdad innecesaria, injusta y evitable; la inseguridad social y el creciente deterioro ambiental.

Frente a esta situación histórica, observamos que de la mano de la filosofía, sale al encuentro la reflexión Bioética con un sistema de principios cuya función reguladora apunta a la justificación del derecho a la salud, la valoración de la vida humana y la introducción del sujeto moral.

Según palabras del Dr. Mainetti (Bs. As., 1994) "... nos acercamos a fin del siglo XX bajo el imperativo de la reflexión moral. La ética se ha instalado en el discurso popular, político y académico de la sociedad planetaria, denunciando una crisis inédita en la vida de la humanidad y la Bioética, es nuestra mayor esperanza de construir un mundo moral común y habitable, porque se afianza como una ética de la condición humana universal".<sup>4</sup>

### Bioética para los terapeutas ocupacionales

#### ¿Qué es la Bioética?

Según la Enciclopedia de la Bioética, es el "estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y la atención de la salud, en tanto que dicha conducta es examinada a la luz de principios y valores morales".

Un acercamiento analítico a esta definición, permitirá una mejor comprensión para poder pensar sobre sus fundamentos y alcances. La Bioética como "estudio sistemático", se desprende en dependencia formal y sistemática de la Filosofía, como Ética normativa aplicada, consagrando el enlace entre la ciencia y la ética en la era tecnológica, a través de la aplicación de un sistema de normas y principios a dilemas específicos.

Por otra parte, respecto de sus contenidos, la Bioética se desprende de la biomedicina en concurrencia con distintas disciplinas, que hacen que se relacione con la "conducta humana en el área de las ciencias de la vida y la atención de la salud", dándole el carácter de interdisciplinariedad, como metodología de valoración integradora de perspectivas intelectuales y morales.

Hacer referencia a "principios y valores morales" indica su contexto normativo: ético filosófico, religioso, jurídico, político, abarcando todo el ámbito de la filosofía práctica e involucrando aspectos fácticos conceptuales y normativos en forma de discernimiento moral como también hechos y teorías (contenidos de normas, juicios de valor e instituciones morales). Como terapeutas ocupacionales no escapamos (o no deberíamos escapar) a las transformaciones sociales, ideológicas o científicas, que muchas veces aparecen matizadas con una real sensación de deshumanización del hombre y de injusticia social. Estas transformaciones se vivencian en nuestro accionar dentro de las instituciones, a nivel comunitario y en la práctica privada y nos mueven a la búsqueda de respuestas y propuestas alternativas. El desafío desde la perspectiva bioética, es una visión integradora del hombre, donde nuestras acciones profesionales relacionadas con el cuidado de la salud no la pierdan de vista. Plantearse intervenciones en la vida humana, individual y social, no puede estar desarticulado de una reflexión ético moral profunda sobre las consecuencias, sean hechos o ideas. Ante esta situación el movimiento bioético, desde una visión interdisciplinaria, abre caminos acercándonos a una ética de la "responsabilidad solidaria", que implica "pensar y hacer", considerando responsablemente las consecuencias.

#### Normas y principios bioéticos

En este punto de nuestro discurso, pensamos que resultaría apropiado detallar algunos de los aspectos del pensar bioético que pueden iluminar los fundamentos filosóficos de nuestra profesión, proponiendo entre otras cosas, una noción de sujeto -paciente como interlocutor válido, tanto en su relación con el terapeuta como con las instituciones.

Considerar a las personas, destinatarios de nuestras acciones profesionales, como interlocutores válidos implica valorar su condición de ser humano digno (dignidad humana) y por lo tanto, digno de ser escuchado, digno de ser atendido en la toma de decisiones (autorealización personal), de ser respetados en sus ideales, siempre y cuando no afecten la vida de otros hombres. Por otra parte, la Bioética propone tres principios fundamentales: *Justicia*, *Beneficencia* y *Autonomía*, de los cuales se desprenden algunas normas o reglas tales como la *confidencialidad*, la *veracidad* y el *consentimiento informado*. Cabe preguntarse ahora, si nuestra praxis puede apoyarse en ellos.

El principio de Justicia es un principio de orden social, en el que se debe considerar la asignación de recursos en términos de políticas de salud, equidad e igualdad social. En el debate contemporáneo se plantea el acceso de todas las personas a los

<sup>3</sup> La salud al final del Milenio. Discurso de Orden. Conferencia Magistral -Juan César García-. México 1994.

<sup>4</sup> Mainetti, José A. -Bioética ilustrada-. Editorial Quirón. La Plata. 1994



bienes primarios, con énfasis en los derechos a la libertad social, a la salud. El terapeuta ocupacional actualmente forma parte de muchos de los espacios relacionados con la distribución de recursos y planificación de programas de salud, por lo tanto desde su rol específico y como sujeto moral, está en condiciones de aportar estrategias que apunten a la confirmación de este principio.

Hacer el bien y no hacer el mal, constituye la fórmula de la moralidad individual y social, que hacen al principio de beneficencia. Esto no se restringe al deber pasivo de no hacer daño, sino que debiera perfilarse como una obligación moral de asistir con acciones concretas en aquellas circunstancias que signifiquen riesgos y para acciones sociales o de bien común.

El principio de la autonomía, que guarda relación con la noción de sujeto que se posea, deriva en un concepto moral aplicable a la decisión de una persona, que derive de sus propios valores y creencias y que se base en un conocimiento y entendimiento adecuados.

La autonomía de los sujetos es un valor y un derecho sustentado bioéticamente y es contrario a la manipulación indirecta, a la coerción externa o interna que dirige la toma de decisiones; y también se opone al tradicional paternalismo beneficentista del modelo médico tradicional, del que todavía no nos hemos desprendido totalmente, que considera que es el terapeuta el que tiene la última palabra o la decisión final sobre el tratamiento más adecuado.

Algunas de las normas de acción que se pueden derivar de estos principios, son:

1. La **confidencialidad**, que es privacidad y fidelidad. La primera es un derecho universal por el cual la identidad e intimidad de cada paciente deben ser protegidas; la segunda, implica confianza, condimento indispensable de toda relación interpersonal, punto de partida para establecer un buen vínculo. Quizás el pensar en una simple pregunta nos lleve a descubrir la importancia de esta regla, ¿cuáles serían los resultados del trato con los pacientes si estos no nos tuvieran confianza?. Esta regla se deriva tanto del principio de autonomía (respeto por la persona), como del principio de beneficencia (seguridad de la persona). Supuestamente esta regla nunca debería ser violada, salvo que se antepongan deberes más fuertes. Toda aquella información personal presentada en conferencias, congresos etc., aún con el consentimiento informado, deben encontrarse disfrazadas, para asegurar la privacidad de los protagonistas, igualmente cuando se trabaja con niños o personas incapaces de ofrecer su consentimiento, se deben proteger sus intereses.

2. **Veracidad**: es decir la verdad; otro aspecto fundamental de toda relación interpersonal y especialmente terapéutica. Tiene sus bases en los principios de autonomía y beneficencia y se apoya en la confianza. Implica entre muchas otras cosas, decir la verdad acerca del tratamiento o acción a seguir con el paciente, no crear falsas expectativas sobre los resultados del mismo, no extender los tratamientos más allá del tiempo necesario, etc. Muchas veces esta norma puede desencadenar un dilema ético cuando se es parte de un equipo de salud y son variadas las intervenciones en la vida del paciente.

3. **Consentimiento informado**: implica la aceptación libre de cada paciente del tratamiento; ésta no es solamente una regla moral, sino también una forma legal, que se implementa no sólo frente a la aplicación de tratamientos sino también en relación a la participación voluntaria en investigaciones. Se basa fundamentalmente en los principios de autonomía y beneficencia. Sus componentes básicos son: Información y Consentimiento (que supone libertad); a su vez de éstos se desprenden cuatro dimensiones que son: revelación de la información, informar a las personas acerca de los resultados de las evaluaciones, de su estado de salud, de los posibles tratamientos a seguir, sus ventajas y desventajas etc. Comprensión de la información, implica el dar la información de manera clara, precisa, de modo tal que el paciente entienda lo que estamos diciendo.

Consentimiento voluntario y competencia para consentir; aquel paciente que posea capacidad para hacerlo, debe decidir acerca del tratamiento a seguir, o bien decidir acerca de realizar o no tratamiento.

A este nivel de razonamiento podemos someter nuestro hacer terapéutico. Deberíamos siempre, plantearnos las opciones de las acciones que se pueden realizar, conocer y analizar aquello que sería bueno hacer y argumentar cada una de las opciones, la elegida y las no elegidas.

#### Trabajo interdisciplinario - consenso

De la mano de los principios que sustenta la bioética, se encuentra el desafío a la discusión interdisciplinaria, el diálogo en busca del consenso interdisciplinario. Para ello resulta necesario considerar:

- la idea de autonomía, que apunta a que cada parte dentro del consenso representa intereses distintos y cada uno no puede representar sus intereses particulares, sino expresarlos;
- quienes están en situación de diálogo para lograr un consenso no deben hacer pesar sus asimetrías, es decir, situaciones de poder diferentes;
- en el consenso deben estar presentes las convicciones de cada



uno, y desde ellas tratar de dialogar;  
... la universalidad de lo consensuado, es decir lo que se decide,  
¿podría ser aceptado sin coacción alguna, por todos aquellos que  
se verán afectados?

Para reflexionar...

¿Qué niveles de compromiso nos plantea la Bioética como  
profesionales?

Si lo dicho hasta el momento, lo enmarcamos en tres niveles de  
reflexión, nos vemos comprometidos a pensar en la problemática  
que desde la macrobioética se plantea en relación, por ejemplo, a  
los límites éticos de las investigaciones científicas, a las  
estrategias que tienen que ver con la salud poblacional y  
ambiental, sustento de la promoción de la salud y calidad de  
vida. Dado que nuestras investigaciones científicas involucren  
directamente al hombre, no podemos deslindar la  
responsabilidad personal que el investigador tiene con respecto a  
la accesibilidad ética del estudio.

En otro nivel de reflexión, un nivel intermedio, la mesobioética  
nos plantea la urgencia de participar como sujetos reflexivos en  
torno al problema de las intervenciones sobre la vida humana  
desde el nacimiento hasta la muerte. La realidad, en continuo  
cambio, hace imprescindible que los terapeutas ocupacionales  
como profesionales del campo de la salud que intervienen en el  
modo y en las condiciones de vida de las personas, incluyan en  
su marco referencial, paradigmas axiológicos y principios éticos  
que le permitan la autorregulación de sus acciones.

Desde un nivel más próximo al hacer cotidiano, desde lo que se  
denomina microbioética, pensamos en el encuentro de T.O. -  
paciente, que plantea dilemas relacionados con la  
responsabilidad profesional de acuerdo con los principios y  
valores éticos que se sustentan, tanto a nivel sujeto - paciente,  
como terapeuta - institución.

Existen situaciones que nos trazan diversos problemas ético -  
profesionales que van más allá del pensamiento reflexivo,  
ubicándonos en el plano de lo concreto y que nos reclaman  
actitudes y respuestas "aquí y ahora", esto nos pone en la  
demanda de sustento a partir de códigos valorativos que  
permitan despojarnos de la desprotección, inseguridad y  
escepticismo.

Juan Pablo II abre camino a la reflexión, cuando dice que junto  
con la aparición y desarrollo de las patologías sociales, se viene  
perfilando una especie de "inmunodeficiencia en el plano de los  
valores existenciales" (inmunodeficiencia axiológica), que no puede  
dejar de reconocerse como la "gran patología del fin de siglo"

*5 Escrito realizado a partir de los trabajos presentados en el curso de la carrera de especialización en Bioética. Universidad Nacional de Mar del Plata. 1997-98*

## Bibliografía

- BRUSSINO, Silvia: Conferencia sobre «*Ética filosófica*». Carrera de Especialización en Bioética. Universidad Nacional de Mar del Plata. 1996
- ENGELHARDT, H.T.: *Los fundamentos de la Bioética*. Ed. Paidós. Argentina, 1995
- FRANCO SAUL: *La Salud al final de milenio*. Conferencia Magistral. Inauguración 8vo. Congreso Mundial de Medicina Social, 6to. Congreso Latinoamericano de Medicina Social. Mexico, 1994
- LOLAS STEPKE, y Otros: *Ciencias sociales y medicina. Perspectivas latinoamericanas*. Ed. Universitaria. Chile, 1992
- LOLAS STEPKE, y Otros: *Ensayos sobre Ciencia y Sociedad*. Ed. Esutidos Sigma. Chile, 1995
- MAINETTI, J. A.: *Bioética Sistemática* Ed. Quirón. La Plata, Argentina, 1991
- MAINETTI, J. A.: *Bioética ilustrada*. Ed. Quirón. La Plata, Argentina, 1994
- MANDRIONI, H.J.: *Pensar la técnica*. (Filosofía del hombre contemporáneo). Ed. Guadalupe. Bs.As, 1990
- REICH, W.T. (cd): *Encyclopedia of Bioethics*. Macmillan, New York., 1982
- VIDAL, M.: *Bioética. Estudios de la Bioética racional*. Ed. Tecnos, Madrid, 1989

## Salud - Práctica Terapéutica<sup>5</sup>

por T.O. Nora E. Beecher, Lic. M. A. Rossi

### Introducción

Hay un sin número de conceptos que utilizamos con marcada frecuencia, sin detenernos a pensar en su significado social -para los grupos y clases en los que nos movemos-, ni en el significado particular que estos adquieren en nuestra práctica individual. No son términos aislados, sino que conforman una red conceptual, compleja y vasta que de modo consciente o solapado gufan nuestras acciones. Salud, Enfermedad, sujeto, intervenciones, interdisciplinariedad ..., son sólo algunos ejemplos. Estos conceptos subyacen a la esencia de nuestra profesión, por lo que nos parece válido exponer este trabajo a fin de alentar la construcción de alternativas de reflexión.

### Evolución de los conceptos

#### Salud - Enfermedad y Salud Mental

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en sus definiciones de salud, sintetiza su postura respecto de la salud y



la enfermedad, reflejando a su vez los conceptos que se tienen del hombre como resultado de las ideologías dominantes. Considerar al sujeto como un ser en relación, que se constituye en una relación dialéctica con el entorno, a lo largo de toda su vida, coloca a las definiciones tradicionales sobre la "salud", como recortes que parcializan una realidad amplia, compleja, dinámica e histórica.

La Salud, definida conceptualmente como "ausencia de enfermedad", hace referencia a un hombre que tiene un padecimiento determinado. Se trata de una definición realizada a partir de su contrario y se caracteriza por resaltar el polo negativo de un proceso, en lugar de enfatizar lo que tiene este proceso de positivo. La salud, presentada de esta forma, se asemeja a un estado alcanzado en determinado momento, una situación de constante equilibrio que se tiene o se pierde. Es un estado individual.

Este concepto así planteado no da lugar a pensar en la salud como el resultado de una relación dialéctica del sujeto con/ y sus circunstancias.

La definición propuesta más tarde: "la salud es un estado de bienestar físico - psíquico y social", cambia con relación a la anterior en algunos aspectos. Incluye el entorno del sujeto, pero sin embargo, no hace referencia a la dinámica de las interrelaciones en las que está inmerso. Aquí la visión de la salud se distingue de la enfermedad como un bien o un estado positivo.

Esta definición fue el reflejo de necesidades conceptuales de una época y de una ideología fundamentalmente positivista. Época de una medicina y de una práctica de la terapia ocupacional también, con tendencia a la fragmentación del sujeto.

Estas definiciones, muy discutidas actualmente, resultan insuficientes frente a las condiciones actuales de vida y las ideologías existentes, incluyendo los nuevos conocimientos sobre ecología, y salud ambiental.

Visiones más recientes, revelan la necesidad de plantear definiciones considerando la existencia de procesos que se modifican en relación dialéctica. Algunos autores hablan también de la salud en términos de estado fluctuante o fluctuaciones, que tienden al bienestar de las personas. Estos procesos, observables desde diferentes prácticas basadas en el conocimiento científico (terapia ocupacional, medicina, psiquiatría...), debieran ser necesariamente considerados en relación a ciertos parámetros, dentro de los cuales figuran los ideales de vida, los valores, las necesidades, la estructura social, el medio ambiente natural..., con los cuales hay una relación de intercambio permanente.

Se trata de delinear definiciones de salud menos absolutistas, aceptando una noción de salud relativa, variable y en relación

con las posibilidades que cada sociedad tiene de conocer objetivamente indicadores de lo saludable para la población en general y sus individuos en particular. Una postura alternativa, basada en una explicación multicausal de la enfermedad propone considerar la salud - enfermedad como "un proceso resultante de la integración de 4 vectores: la población con sus elementos biológicos, el medio ambiente en todos sus aspectos (intra y extrauterinos) físicos, químicos, socioeconómicos, etc; el comportamiento humano individual y social; los servicios de salud". Desde esta perspectiva la salud no puede aislarse de la educación, el medio ambiente, las condiciones socioeconómicas y laborales, los hábitos de vida y la cultura.

La Salud, como la entiende Lía Ricón, y en un sentido amplio y abarcativo, es el momento en que una población genera los medios para la satisfacción de sus propias necesidades. Esto supone un cierto grado de control por parte de la comunidad de recursos de todo tipo, y una actitud de preocupación legítima por parte de autoridades e instancias de planificación de la Salud Pública de promover diferentes emprendimientos. Hablar en estos términos, implica hacer referencia a la salud de una comunidad que sostiene y determina el desarrollo de cada sujeto y por lo tanto, de factores de promoción de la salud de cada miembro.

En definitiva, salud y enfermedad son procesos que pueden ser estudiados a partir de signos visibles (aunque no siempre) en sujetos individuales, pero en esencia, son el resultado de las múltiples interacciones que lo conforman. De este modo, la enfermedad sería el aspecto negativo, no deseado (L. Ricón), compromete la integridad de un individuo o grupo y por lo tanto es necesario superar.

En la actualidad, se habla de indicadores sociales de salud, determinados históricamente para cada comunidad o grupos sociales que comparten cultura, factores socio-políticos y económicos, etc. ..., que permiten establecer su nivel de salud y de enfermedad.

Particularmente consideramos la salud como una situación multideterminada en la que el hombre está en condiciones de obtener los medios para asegurar su subsistencia, un desarrollo global armónico y en creciente complejidad, tanto individual como de su medio ambiente físico y socio-cultural, a través de relaciones de intercambio y mutua transformación.

El término enfermedad podría entonces, referirse a las limitaciones subjetivas y/u objetivas que posee una persona o grupo para asegurar su subsistencia y desarrollo, según su propia valoración y la del grupo social al que pertenece.

Según el Dr. Mainetti (6) la salud está simplificada en el término "calidad de vida"; expresión ésta que puede ser vista desde un sentido descriptivo, evaluativo o normativo. Lo

6 Bertomeu, M. J. Y Vidiella G.. *Asistir o Capacitar. Perspectivas Bioéticas en las Américas nº1. Bs. As. 1996*



descriptivo se refiere a las propiedades que permiten apreciar algo como igual, mejor o peor que los estándares de la especie. Una perspectiva evaluativa es sinónimo de bienestar, que se determina a través de índices económicos sociales, los que a su vez están en estrecha relación con la aplicación de métodos estadísticos (Necesidades Básicas Insatisfechas - Línea de pobreza). Como término normativo implica un juicio moral sobre el "valor de la calidad de vida". Su significado Bioético permite preguntarnos sobre la "cantidad de vida vs. la calidad de vida".

El concepto de Salud Mental, no queda fuera de las modificaciones históricas que han sufrido los conceptos de salud y enfermedad. Refleja un recorte de los anteriores que además ha ido evolucionando según las posiciones teóricas que intentan explicar el comportamiento y el sufrimiento humano. Por ejemplo, una postura biologista prioriza (cuando no es lo único que tiene en cuenta), los síntomas y procesos orgánicos sin considerar los aspectos históricos de quién sufre. Unido este concepto al de bienestar físico, psíquico y social, ya aparece «el otro» guardando algún tipo de relación con la enfermedad mental de un sujeto.

Según L. Ricón (7) esta "relación con el otro" y el sentido de las experiencias vividas según los valores, nos permite incorporar el "concepto de alteridad" para poder arribar a una comprensión completa de lo que se entiende por salud mental. Es decir que el «ideal de vida» correspondiente a distintas épocas, sociedades y culturas permitiría pensar en diferentes conceptos de "salud mental".

Fiasché (1), propone no tomar el tema sin un análisis crítico, dirigiéndose únicamente a lo manifiesto, sino también a lo implícito, a las ideologías que subyacen a cualquier propuesta o programa de Salud mental. Reducir el análisis del tema al estudio de la evolución científica de las teorías y prácticas en salud mental sería considerar que éstas se mueven en un plano de no compromiso con la realidad y creer en la supuesta imparcialidad de la ciencia. La Salud, como prioridad planetaria (Mainetti, 1984) plantea desde la bioética verdaderos desafíos básicos, tales como la equidad, la calidad y la eficiencia de los servicios.

#### El modelo médico y la Salud

El modelo médico puede ser objeto de muchas y variadas críticas. En principio debe dejar de ser hegemónico en cualquier práctica referida al campo de la salud. Históricamente esto ha significado la limitación del ejercicio libre y creativo de diferentes disciplinas, entre ellas la Terapia Ocupacional; y en equipos donde éste modelo instala un modo predominante de pensar y hacer, la tarea inter / transdisciplinaria resulta difícil y hasta a veces imposible.

El análisis de la problemática de la salud debe ser un análisis

interdisciplinario y en tanto ésta modalidad de tratar el tema no cambie, y tal como lo propone Fiasché, utilice un modelo basado en los principios bioéticos, esto se torna difícil.

Resulta indispensable para este cambio, una acción positiva (no solamente no dejar de hacer, sino hacer y ocupar lugares) por parte de diversas disciplinas de tal modo de hacer visible sus posibilidades y potencialidades como propuestas en el campo de lo terapéutico, preventivo o de la promoción de la salud.

Por otro lado, en la actualidad la hegemonía en las prácticas de la salud no solamente es propia del modelo médico. Con esto nos referimos a la práctica de la psicología y la psiquiatría en terrenos como educación y salud mental.

Dar lugar a diferentes disciplinas parece ser un problema rodeado del temor a consecuencias tales como la pérdida de poder, tanto en los niveles de planificación de las políticas nacionales, provinciales... como a la pérdida de poder y de primacía a nivel institucional.

Desde el modelo bioético, es el consenso interdisciplinario incluyendo al sujeto mismo el que debe guiar las decisiones respecto a la salud de los sujetos con los que actuamos.

#### Sanar - Curar

Son las justificaciones científicas que pretenden dar cuenta de hechos, situaciones o procesos por los que atraviesa el ser humano y por más amplias que sean sus pretensiones de explicación, la realidad siempre las supera. Los marcos de referencia para la práctica profesional pueden ser amplios, tomando en consideración la vida y las condiciones de vida de las personas, o limitarse a un conjunto de "signos y síntomas manifiestos".

El desafío, rescatado desde una perspectiva ética que tiene a la bioética como referente, y en medio de tanta diversidad de especialidades, radica en una visión integradora del hombre y en una tarea interdisciplinaria (Lía Ricón).

Un concepto importante de destacar es la noción de sujeto, objeto de la práctica profesional, el que se constituye en una relación dialéctica y dialógica con el entorno y tanto los procesos de salud y de enfermedad, como los de sanar y curar, reflejan esto. Para L. Ricón, curar, es la acción de un otro (t.o., médico, curandero,...) sobre el sujeto enfermo (7); esta es una acción de interés para la ciencia. Sanar, como lo presenta Stepke (5), es un asunto personal, una construcción individual de sí mismo y de la realidad. Sanar, en definitiva, es el proceso que vive un sujeto para la restauración o recuperación de la salud e implica una respuesta a propuestas médicas y a las propuestas del terapeuta ocupacional, pero también a las propuestas no médicas de su propio grupo y de su cultura. Las nociones científicas no siempre van de la mano con las concepciones culturales de estar o sentirse sano o bien (por ejemplo: alcoholismo, maltrato infantil).

Esta "oposición entre curar y sanar" que es la oposición entre "la



enfermedad abstracta y la persona concreta", es observable en la práctica (nuestra práctica) cotidiana en el ámbito de la salud mental. Observable por ejemplo: cuando un niño cargado de inhibiciones, reflejando una historia de abandono por problemas laborales de sus padres, resulta imposible hablarles a estos papás en términos de "enfermedad", o de un proceso que atenta contra la salud mental (de su hijo), porque para ellos se trata de un estilo de vida, un estilo reservado para un grupo social y que se va instalando como el folklore de este grupo. "Cabe re-pensar la propuesta "ciencia - conocimiento - técnica", en función de una "realidad vivida - sujeto que tiene una enfermedad o que vive un proceso que enferma o una relación con otros (autoridades, propuestas o no propuestas de salud, educación, higiene...) que enferma."

Berenice Francisco (2), sostiene que la terapia ocupacional es una práctica de la salud que propone el uso de la actividad como recurso terapéutico. Propone un hacer relacionado con la historia individual pero también con la historia socio cultural, un hacer comprometido con la realidad ideológica (en todos los planos y niveles). "Aquí aparece la historia del sujeto inseparable de la historia de su vida, porque ésta es en sí problematizadora". Esta posición es determinante de una práctica terapéutica no centrada en la enfermedad, sino que tiene como objeto de atención al hombre, conjunto de relaciones que vive en un determinado contexto ético, político, social, cultural y económico.

La práctica de la terapia ocupacional no es ajena a las corrientes filosófico - ideológicas (políticas, científicas, culturales...) de cada época.

Las prácticas de salud y por lo tanto de terapia ocupacional, no son prácticas neutras ni ingenuas, sino que siempre subyace una ideología. ... es una obligación ético moral tomar conciencia de nuestra propia ideología.

Para analizar estos conceptos de salud - enfermedad - salud mental - práctica profesional, resulta necesario una actitud crítica.

¿Desde qué lugar nos posicionamos e intervenimos para el cambio? Esta pregunta, surgida entre colegas en un grupo de estudio, debería intentar responderse en diferentes momentos de la práctica terapéutica y/o preventiva.

¿Qué indicadores tiene en cuenta una mamá de determinado trasfondo cultural, que vive una realidad particularmente sentida, sobre lo que "es normal"? ¿Coincide su noción de salud con la de los profesionales que los pretenden ayudar?

#### En síntesis,

la terapia ocupacional, es una práctica profesional, y como tal una visión particular, y recortada de la realidad. Cuenta con

recursos técnico-científicos para una práctica en salud y educación; para elaborar programas de prevención y promoción de procesos saludables.

Sin embargo, como toda práctica profesional, debería tener presente el marco ideológico, sociopolítico, económico en el que se mueve. De este modo será posible lograr una práctica acorde a la realidad y a las necesidades de los sujetos, estando atentos a "los nuevos problemas humanos", "los reajustes en las condiciones de vida, que influyen en la salud y salud mental de las personas", "las políticas gubernamentales en salud mental", las denominadas "nuevas patologías", etc.

Muchas de estas situaciones no son problema para las políticas de salud y políticas educativas y dejan de serlo para los sujetos, dado que el problema mayor para los primeros es mantenerse en el poder y para los segundos, cubrir sus necesidades básicas, como por ejemplo de trabajo, alimentación, vestido, etc.

Emiliano Galende propone ante una realidad tan compleja "intervenir técnicamente abarcando al conjunto de cuestiones implicadas haciendo partícipe al sujeto y a la comunidad en la búsqueda de soluciones" (3).

Se trata entonces de permitir el replanteo y la discusión permanente en las prácticas terapéuticas y sus políticas, entre ellas la terapia ocupacional.

#### Bibliográfica

1. FIASCHE, Ángel: *Políticas de Salud Mental*.
2. FRANCISCO, Berenice Rosa: *Terapia Ocupacional*. Ed. Papyrus, Brasil, 1998
3. GALENDE, Emiliano: *Psicoanálisis y Salud mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. «Constitución de las políticas de Salud Mental». Cap. 5, Ed. Paidós, Bs. As., 1990
4. LOLAS STEPKE, Fernando: *Ensayos sobre ciencia y sociedad*. Cap/s. «Medicina y Sociedad: aspectos de una relación», «Medicina y Salud», «Sobre la psiquiatría contemporánea: una perspectiva sobre caracteres y desarrollo», «Ciencia, bioética y bionomía», «Bioética y Salud Mental: reflexiones para latinoamericanos». Ed. Estudios Sigma, 1995
5. LOLAS STEPKE, Fernando: *Proposiciones para una teoría de la medicina*. Ed. Universitaria. Chile, 1992
6. MAINETTI, José Alberto: *Bioética Ilustrada*. Ed. Quirón. Bs.As., 1994
7. RICON, Lía: El marco conceptual de este texto. Cap. 1. «Los hechos Históricos» Cap. 2.. Revista de la Fundación Plural. Año 1 N° 1. Bs.As., 1985

7 Abruzzo, S., Beecher, N., Gonzalez N. *Cátedra de Antropología. Carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional. Universidad Nacional de Mar del Plata. 1997*



## Declaración de los Principios de Bioética

**ESTA ASOCIACIÓN ARGENTINA DE BIOÉTICA, ENTENDIENDO,** que el progreso es la resultante de la búsqueda de superación que anima al Hombre, y que para que ésta sea fructífera, debe tener un contenido, y un sentido, orientado hacia el reconocimiento del Hombre como un fin en sí mismo,

**SOSTENIENDO** una Ética que considere a la persona, como un fin en sí misma, como un centro de realización de valores, contraria a cualquier intento de manipulación o utilización que se le quiera dar, reconociendo que el límite de la técnica está en la deshumanización, proclamando a la libertad y a la dignidad de la persona como los principios constitutivos más propios que tiene el ser humano como tal.

**TENIENDO EN CUENTA:** que el avance tecnológico y científico de nuestro tiempo ha proporcionado al hombre la posibilidad de intervenir sobre la naturaleza y sobre él mismo, corriéndose el riesgo de que tal posibilidad avasalle la dignidad y los derechos de la humanidad, y de las generaciones futuras,

**CONSIDERANDO:**

- que el avance del conocimiento está transformando aceleradamente el mundo en que vivimos, modificando nuestra cultura, nuestras costumbres, y las relaciones entre los demás seres del planeta,
- que, además, tal avance del conocimiento impone una creciente especialización, reduciendo la realidad, fragmentado cada vez más el campo del saber, cuya resultante es comprender cada vez menos el todo y las consecuencias de esta fragmentación,
- que los nuevos descubrimientos en Genética, Biotecnología, Informática, Medios de Comunicación, etc. plantean la aparición de situaciones inéditas, cuyas resoluciones para nosotros y las generaciones futuras están implicadas de valoraciones, requiriendo del estudio, la reflexión y el análisis, desde una perspectiva transdisciplinaria,
- que **NOS ENCONTRAMOS** con cada vez mayor frecuencia frente al planteo de verdaderos dilemas morales, surgidos de esta realidad actual, que no pueden ser resueltos dentro del campo científico-técnico que les ha dado origen, que involucran a toda expresión de vida planetaria,

**PROPONE:**

A.-**NUCLEAR** a profesionales, docentes, investigadores y/o personas con reconocida actividad en el campo de la Bioética.  
B.-**IMPULSAR** la existencia de un espacio de reflexión y discusión transdisciplinario, abierto, desde una perspectiva pluralista y democrática, sin distinción política ni religiosa en tanto ellas no contraríen el postulado anteriormente enunciado.

**CONCRETANDO:**

- 1- encuentros regionales, nacionales anuales para analizar nuestras temáticas Bioéticas, buscando soluciones y elevando proyectos a Instituciones y Organismos pertinentes que posibiliten una respuesta Bioética a problemas comunitarios,
- 2- conexión con la realidad Bioética Latinoamericana y Mundial,
- 3- desarrollo de una biblioteca especializada, y una red informática que permita mantener una permanente actualización en este campo, estableciendo conexiones entre nuestros Centros y otros similares del mundo,
- 4- servicios de Asistencia por medio de asesoramiento a personas o Instituciones que lo soliciten,
- 5- cursos de Postgrado en especialización y perfeccionamiento en Bioética,
- 6- la integración de la Bioética en la formación académico-profesional,
- 7- el debate Bioético en la sociedad sobre las problemáticas que plantean el avance científico-técnico, creando espacios de Reflexión y Discusión,
- 8- la promoción de la vida en cualquiera de sus formas, y bregando por una mejor calidad de vida,
- 9- la integración de grupos de investigación, estudio y formación de la Bioética, regionales y nacionales.

**LOS MIEMBROS QUE LA CONSTITUYEN ADQUIEREN EL COMPROMISO CON LO QUE DICEN Y CON LO QUE HACEN, PARTICIPANDO DEL COMPROMISO ESENCIAL DE DEFENDER Y RESPETAR LA VIDA Y LA DIGNIDAD HUMANAS.**



- \* *Terapeuta Ocupacional. Carrera de Postgrado de Especialización en Bioética. Docente de la Cátedra de T.O. en Psicopatología Infanto-Juvenil. Universidad de Mar del Plata*
- \*\* *Licenciada en Terapia Ocupacional. Carrera de postgrado de especialización en bioética. Docente de la Cátedra Teoría y Metodología de la Investigación Científica. Universidad de Mar del Plata. T.O. en el área de educación especial.*
- \*\*\* *Licenciada en Terapia Ocupacional. Carrera de postgrado de Especialización en Bioética. Docente de la Cátedra Teoría y Metodología de la Investigación Científica. Universidad de Mar del Plata. T.O. en Clínica de Salud Mental. Supervisora de Práctica Clínica Salud Mental.*



# Proyectos de inserción en el trabajo: producción de autonomía, itinerarios de ciudadanía\*

por Fernanda Nicácio\*\*

En la historia de la institución psiquiátrica la temática del trabajo de las personas con trastornos mentales graves ha sido una cuestión relevante en los diferentes periodos y contextos históricos. La larga tradición de la cultura del "trabajo terapéutico" exige la reflexión crítica sobre este principio que sigue orientando los conocimientos, los procedimientos y las instituciones de los programas de rehabilitación. Comprender la construcción de la concepción del trabajo terapéutico es tarea esencial para realizar propuestas innovadoras de la inserción en el trabajo de las personas con trastornos mentales en el contexto del proceso de rehabilitación psicosocial que busquen superar dos prácticas hegemónicas en el panorama de la asistencia psiquiátrica brasileña: aquellas de naturaleza ergoterápica y las diferentes modalidades de "trabajo protegido".

En la constitución del alienismo en el final del siglo XVIII e inicio del siglo XIX, la utilización del trabajo en las instituciones cerradas asumió el carácter de terapéutico. El tratamiento moral que entonces se

estructuraba era operado como acción pedagógica, teniendo como objetivo máximo la normatización moral del alienado; las nociones de jerarquía, orden, vigilancia y dominación formaban los ejes de la práctica de tratamiento del manicomio. El aislamiento, como valor terapéutico por excelencia y el orden como esencia de la estructura del manicomio posibilitaban un sistema totalmente articulado en el cual el tratamiento moral se realizaba; éste se configuraba sobretudo como enseñanza de valores: orden, trabajo, moralidad y sociabilidad.

A partir de la experiencia en Bicêtre, el trabajo como actividad terapéutica empezó a hacerse universal. No por casualidad el trabajo se convirtió en la ley fundamental del manicomio y no sólo de este, sino también de las prisiones: a través de esa práctica se articulaban los elementos que proporcionaban los ideales de salud, buenas costumbres y orden con la idea de norma vigente en la sociedad. El trabajo no era solamente uno de los valores a ser asimilados por el alienado, sino el principal instrumento organizativo y nuclear

del manicomio: "*el tratamiento moral enseñaba para el trabajo, obligaba para el trabajo, convirtiéndose en el orden del trabajo*" (Birman, 1978: 412).

Totalmente de acuerdo con la ética social, el trabajo era la base del proceso y más que esto, objetivo terapéutico y por lo tanto sobrepasaba las concepciones de evolución, tratamiento, cura y pronóstico en la medicina mental.

Esta centralidad del trabajo en el tratamiento moral puede ser comprendida en el conjunto de los valores sociales que la legitimaban: la ética de la naciente sociedad industrial, en la cual el hombre era fuerza de trabajo y esta capacidad, punto de ruptura entre la salud y la enfermedad.

Esa sintética digresión señala el fundamento moral de la disciplina para el trabajo como matriz de la categoría del "trabajo terapéutico" que se encuentra difusa en la cultura psiquiátrica. Aunque distante de los discursos teóricos explicativos del alienismo, la práctica del principio terapéutico del trabajo permanece presente en la mayor parte de las instituciones totales, incluso las

\* Este texto fue elaborado a partir del trabajo presentado en el Encuentro de las Américas «De la Exclusión a la Rehabilitación Psicosocial: redes comunitarias y dispositivos de salud». Capítulo Mexicano de la Asociación Mundial de Rehabilitación Psicosocial / febrero, 1997.



psiquiátricas; sean aquellas prácticas de evidente naturaleza ergoterápica, sean de formas "aggiornatte" de disciplina para el trabajo.

En la realidad actual de los programas de rehabilitación de personas discapacitadas por trastornos mentales (y no solamente de ellos sino también de personas portadoras de deficiencias y/o en situación de riesgo), se observa un conjunto de prácticas que pueden ser agrupadas con la denominación de "trabajo y/o actividad protegida". En el panorama brasileño es poco clara la afiliación de tales propuestas a modelos de rehabilitación definidos; es interesante discutir, como hace Saraceno, el distanciamiento existente entre modelo y realidad, no solamente en el campo de la rehabilitación sino también en la Psiquiatría en general.

*"Lo que nos interesa no es invocar una mayor adhesión de la práctica a la teoría, contrario al uso pragmático y 'adaptado' de los modelos. Al contrario, lo relevante desde el punto de vista teórico es la constatación de que en Psiquiatría la influencia de los factores de perturbación generados por la realidad 'consume' las técnicas y los modelos y 'crea' técnicas y modelos operativos que son, de hecho, los objetos ignorados y no descritos" (Saraceno,*

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

1995 : 54).

Aunque la enfermedad mental, las técnicas y modalidades de intervención sean tratadas de diferentes ángulos y en estructuras asistenciales diversas, el denominador común de esas experiencias es la presuposición del trabajo (y/o de la actividad como terapéutica en sí y la necesidad de entrenarse para la rehabilitación y adaptación al trabajo con el objetivo de reintegración social.

Sin la pretensión de hacer un análisis global de esos programas, nos parece particularmente importante señalar dos características esenciales, considerando su hegemonía en las prácticas concretas de rehabilitación:

- *setting protegidos*: los espacios en los cuales esas propuestas se realizan están, en general, localizadas en instituciones de asistencia (incluso extrahospitalarios) y se configuran como setting cerrados, desconectados de la cotidianidad, separados de los contextos reales de vida. Fuertemente marcados por la lógica asistencialista son frecuentados solamente por los profesionales y los propios pacientes. Al igual que las estructuras de los manicomios, dominados por formas típicas de control de custodia, esos *setting* permanecen cerrados, impermeables al mundo real de los intercambios sociales. Están excluidas, a priori, las dimensiones de las habilidades, de la comunicación, de las relaciones interpersonales, del mercado productivo, del mercado social. ¿Y no son estas las dimensiones por excelencia de la intervención rehabilitadora? ¿Cómo rehabilitar personas en escenarios ficticios, abstraídos de las

contradicciones y de las posibilidades del contexto real?

Diferentes autores han demostrado la ineficiencia e ineficacia de los setting cerrados en los procesos de rehabilitación; sin embargo su marcada presencia en diferentes propuestas probablemente se debe a la propia concepción de rehabilitación que discutiremos posteriormente.

- *objetos producidos*: en la mayor parte de las propuestas de "actividad y/o trabajo protegido", lo que se produce son objetos sin valor, productos sin calidad y sin ninguna inserción en el mercado. Esta característica revela que la producción realizada no es de hecho y sí un "como si". Saraceno, discutiendo prácticas de esa naturaleza habla de "entrattenimento" que se refiere a una acción agradable para ocupar el tiempo, pero también al sentido etimológico de "tener (o contener) dentro" (Saraceno, 1995).

Cabe reflexionar también sobre lo que significa aprender una habilidad, desarrollar capacidades en un proceso sin proyectualidad. Esto es, ¿cómo habilitar un sujeto a, si esta habilidad está abstraída de sus significaciones, del contexto, de su propio sentido? Castelfranchi, al discutir sobre las actividades rehabilitadoras, reflexiona

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

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



sobre los conceptos de habilidad y de capacidad articulándolos al sentido de poder. En esta perspectiva señala que tener poder implica en tener objetivos y llama la atención para un primer nivel de análisis sobre habilidad:

*"cuando hablamos de habilidad hablamos de algo con por lo menos dos focos: el objetivo en relación al cual se es hábil y las condiciones, las razones por las cuales se es o no se es hábil y por lo tanto las bases de ese poder"* (Castelfranchi, 1995: 146).

De esa forma, habilidad comprendida solamente como un poder interno es limitante, en este camino de reflexión es esencial poder imaginar que habilitar/rehabilitar es necesariamente un proceso que pone en escena los sujetos, los objetivos, las condiciones y las bases de ese proceso, nociones que podríamos agrupar en el concepto de proyecto.

Otro punto a ser cuestionado en este análisis es ¿qué significa producir algo sin valor, sin sentido, de baja calidad? ¿No estaríamos produciendo un escenario en el cual un sujeto que es considerado socialmente sin valor, sin capacidad, produce algo que es exactamente la concretización de esos preconceptos? ¿No estaríamos reproduciendo y legitimando la lógica de ausencia de valor que se inscribió en el propio concepto de enfermedad mental en nuestra sociedad? Aún en la palabras de Castelfranchi: *"Otro punto importante en la relación entre el poder y la rehabilitación, es que la rehabilitación es también dar valor, dar validez. Cuando evaluamos las cosas y personas,*

*decimos que valen o no valen, estamos formando un juicio propio sobre su poder: el cuánto están en grado de..., no apenas por sí mismas como también por los demás"* (Castelfranchi, 1995: 146).

Considerando esas discusiones podemos decir que esas dos características: la ausencia de contexto real en los *setting* y la producción de objetos inertes en los programas de rehabilitación no son un detalle y sí revelan algunas presuposiciones que dirigen esas intervenciones.

Entre las varias reflexiones que podríamos operar en este campo, nos gustaría resaltar una de las dimensiones que consideramos fundamental para que podamos desarrollar acciones innovadoras de rehabilitación de personas inhabilitadas por trastornos mentales, en particular los trastornos mentales

graves. Aunque heterogéneas entre sí, las prácticas de trabajo de naturaleza ergoterápica y las de "trabajo asistido", mantienen el preconcepto de la incapacidad y de la invalidación de los sujetos con trastornos mentales. Concepción heredada del alienismo que, en el proceso de conocer aísla, reduce e identifica el sujeto en una determinada categoría; el estatuto social del enfermo mental es todavía el de un sujeto tutelado, incapaz, anulado o sea, de un sujeto invalidado en cuanto tal. En el análisis de De Leonardis, Mauri y Rotelli sobre esas dos prácticas que se valen del trabajo, se mantienen la lógica de la invalidación:

*"en las instituciones totales con las prácticas de disciplina para el trabajo, la invalidación se realiza como 'desestructuración de sí' ...; en la lógica asistencialista... es invalidación como*

## Estudio Perucchi & Asociados S.R.L.

### Jornadas

### INSERCIÓN EN NUEVOS CAMPOS PARA EL TERAPEUTA OCUPACIONAL

#### Area Laboral

#### Ley de Riesgos del Trabajo

#### Marco Normativo en el área de prevención Inserción del Terapeuta Ocupacional

Metodología: dos jornadas teórico-prácticas

Dirigido a: profesionales del campo laboral, profesionales con interés en el área y estudiantes avanzados de la carrera

Fechas: se desarrollarán todos los meses comenzando en abril.

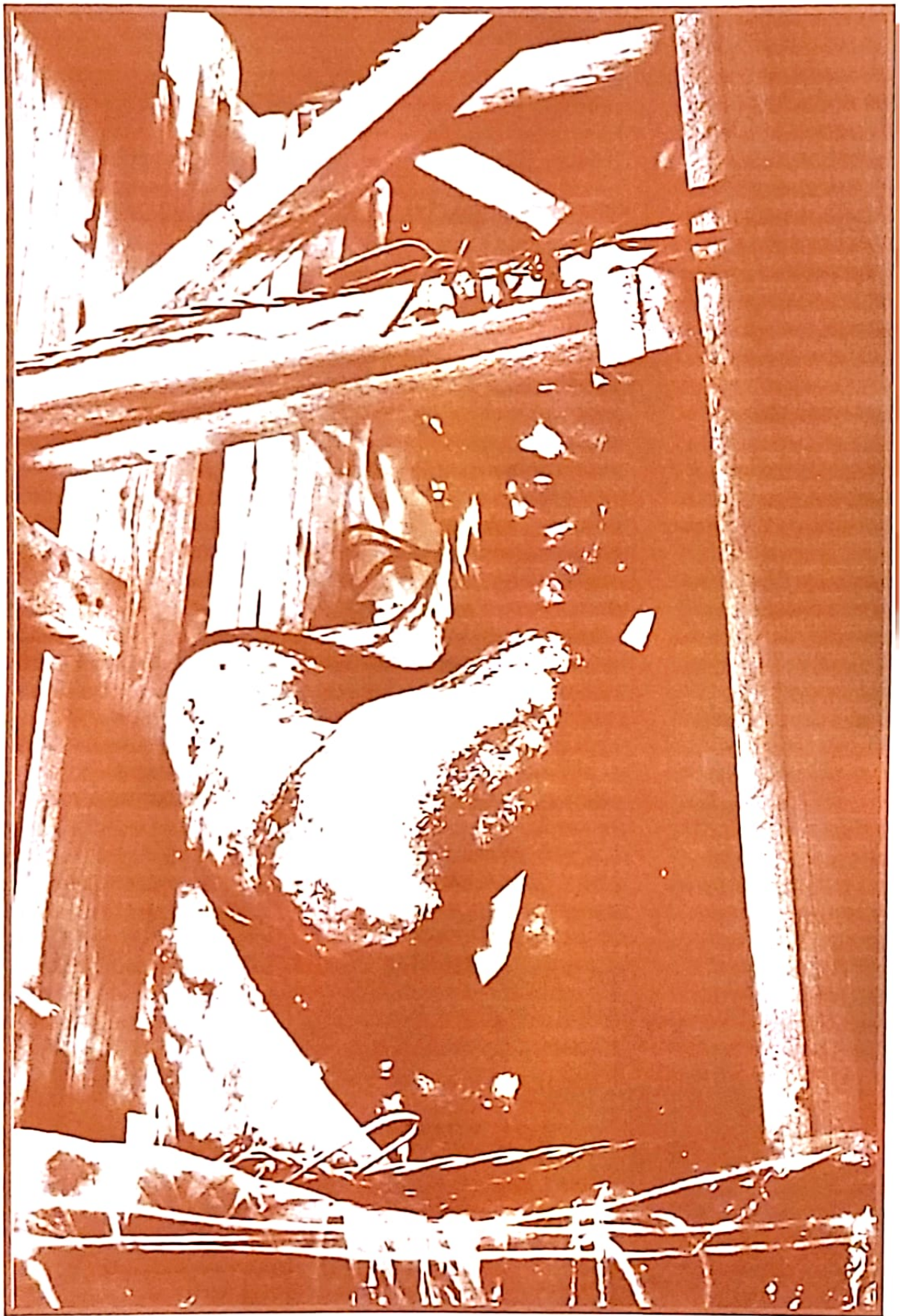
Vacantes limitadas

Informes e Inscripción: Estudio Perucchi & Asociados

Tel.: (011) 4774 1385 / Tel/Fax: (011) 4779 9258

e-mail: perucchi@snectis.com.ar.







*reducción de la persona al papel de asistido"* (De Leonardis; Mauri & Rotelli, 1994: 29).

Consideramos que en esta condición de invalidación de los sujetos con trastornos mentales, desde el lugar de "paciente-incapaz" que le es impuesto no es posible pensar en prácticas de rehabilitación. Además, más que una técnica, un método, es fundamental que podamos definir el sentido, el horizonte de la rehabilitación.

En esta perspectiva compartimos la propuesta de Rotelli, rehabilitar significa

*"construir/reconstruir acceso real a los derechos de ciudadanía, el progresivo ejercicio de los mismos, la posibilidad de tenerlos reconocidos y de usufructuar de esos derechos, la capacidad de practicarlos"* (Rotelli, 1993: 97).

Esto implica un conjunto de estrategias que dicen respecto a las prácticas concretas de construcción material y de acceso a los derechos; a la invención de reales contextos de intercambios, a la transformación de las instituciones y de los estatutos científicos y legislativos, a la creación de recursos y a la producción de la capacidad de acceso al valor. Este proceso de rehabilitación pone en escena lo sujetos, los contextos, los recursos, las instituciones, los saberes. La habilidad y la inhabilidad son redimensionadas: no tienen un valor absoluto en sí, pero se ponen en relación a, implicando necesariamente el sujeto y el contexto en un proceso de emancipación. Citando a Rotelli, *"La acción rehabilitadora no puede tener como finalidad el 'merecer un derecho' o la adquisición de un derecho a través de la capacidad de gestionarlo. El derecho debe ser, a priori, dado. La*

*acción rehabilitadora debe consistir en volver las personas capaces de ejercerlo plenamente si todavía no lo son o si perdieron esta capacidad, y a ser realista y posible el ejercicio de un derecho arbitrariamente negado o aún no sustentado por la realidad de las cosas"* (Rotelli, 1993: 99).

Nuestra experiencia realizada en Santos durante el periodo de 1989 a 1996 puede ser comprendida como proceso social complejo que a partir de la desconstrucción del manicomio se proyectó la construcción de la Salud Mental como territorio de la ciudadanía, autonomía y reproducción social. La estrategia de esa práctica fue la de desmontaje progresivo del Hospital Psiquiátrico de la ciudad y su sustitución por un modelo de atención en Salud Mental comunitario, territorial y colectivo. La afirmación de los derechos de ciudadanía de las personas con trastornos mentales fue

contemporáneamente nuestro punto de partida y nuestro horizonte; esa afirmación no se pone como una declaración formal pero se traduce en acciones prácticas de transformación en las relaciones entre sujetos e instituciones que exigen innovaciones teóricas y prácticas. El modelo de atención estaba

formado por una red de servicios regionalizada, estructuras de soporte social y proyectos de intervención cultural, articulados con políticas públicas intersectoriales y fuertemente anclado en el proceso de desarrollo local.

En nuestra trayectoria la propia noción tradicional de rehabilitación fue redimensionada. El rehabilitar no se configuró como instancia separada del tratamiento o apéndice de este y sí como perspectiva de acción que implica un complejo conjunto de estrategias, de potencializar la autonomía de los sujetos, esto es, su capacidad de ejercer derechos. La acción crítica de transformación del hospital psiquiátrico fue un laboratorio de aprendizaje; el proceso de desconstrucción de conceptos, instituciones y valores es también una posibilidad de encuentro con los sujetos sociales constreñidos a una pérdida o anulación de contractualidad que es subjetiva, de relacionamiento,

## CEPAD

**Centro Psicogerriátrico Asistencial y Docente**  
**Curso - Taller**

**"Entrenamiento de la Memoria"**

*(Para profesionales que trabajan con adultos mayores)*

**Equipo docente: Dr. Bernardo Kleiner**

**Dra. Haydée Andrés**

**Lic. Mercedes Acuña**

**T.O. Magalí Risiga**

**Tel.: (011) 4747-5972 / 4374-1362 / 4982-6955**

**Vacantes Limitadas**



económica, social y civil.

De esta forma la perspectiva de rehabilitación inscribe necesariamente la superación de las instituciones de exclusión, la transformación de la lógica de asistido y la cristalización de las relaciones de dependencia institucional; prácticas cotidianas y concretas de construcción/reconstrucción, de la validación en una dimensión interactiva entre sujeto y contexto: producción de sentido, creación de una cultura de producción de valor.

En las lúcidas palabras de Saraceno: *"La construcción del derecho de ciudadanía como eje prioritario no es una elección meramente ética, sino también técnica: solamente el ciudadano completo podrá ejercitar sus intercambios (y con esos, intercambiar también locura), en cuanto que el ciudadano reducido a la mitad no sabrá qué hacer con las adquisiciones (si efectivamente adquirir), con las habilidades para relacionarse, una vez que no tendrá derecho ni acceso al ejercicio de relaciones o las tendrá como relaciones privadas de la materialidad que las vuelven reales"* (Saraceno, 1995: 65).

En la experiencia de Santos, el trabajo no fue el ideal normativo de la rehabilitación, el resultado, el indicador de cura (Niciácio; Kinker, 1996). La proposición que fue desarrollada era de que la inserción a través del trabajo se presenta como una de las dimensiones del proceso de singularización que reconoce en los usuarios, sujetos de capacidades. De esta forma, diferente de la habilitación en sí para el trabajo, la propuesta remite a la construcción de un tejido de intercambios sociales en

el cual la inserción a través del trabajo implica un conjunto de articulaciones, activación de recursos, de posibilidades de los sujetos, de espacios, en fin, asumir los riesgos de entrar en la trama social forjando las bases concretas del ejercicio de derechos.

Es partiendo de las contradicciones que emergen en el interior de esta dinámica que podemos hablar de *proyectos*, "invención de espacios reales", de trabajo de manera que posibiliten el habilitar, el aprender, el crear. Trabajamos con la noción de proyecto como una inscripción que une sujetos, contextos, recursos, vínculos, poderes; proyectar en el sentido de emprender algo dotado de sentido. Proyecto significa "lanzado hacia adelante" - hacer un proyecto para trascender la realidad y transformarla.

Los proyectos de inserción en el trabajo acompañaron el curso de invención de la salud mental en Santos, partiendo de las necesidades de los usuarios reveladas por la desconstrucción de las instituciones. Desde la superación de la práctica laborterápica, en el interior de la Casa de Salud Anchieta, aún en el periodo inicial de la intervención, fue desarrollado en el periodo de 1989 a 1996 un conjunto de proyectos de trabajo coordinados por el equipo de la Unidad de Rehabilitación Psicosocial (URP). El equipo de URP era formado por cuatro terapeutas ocupacionales, dos psicólogas, una fonoaudióloga, cuatro instructores de oficios, una acompañante terapéutica, dos practicantes en terapia ocupacional, dos practicantes en salud mental, dos ayudantes generales y una

auxiliar administrativa. El equipo de profesionales ocupó un lugar de mediación de relaciones y de, juntamente con los usuarios, construcción de condiciones subjetivas, materiales, sociales y culturales que posibiliten esa inserción. Fueron realizados los siguientes proyectos de inserción en el trabajo:

**Proyecto Basura Limpia:** creado en 1990 a través de convenio entre la Casa de Salud Anchieta y la Prodesan (Progreso y Desarrollo de Santos, una empresa mixta). La colecta selectiva y reciclaje de la basura inorgánica había sido implementada en la ciudad en aquel año; el material era vendido por la Prodesan a las industrias de reciclaje y el resultado de este trabajo prolonga la vida útil del basurero municipal. El proyecto concretamente dirigido a la mejora de la calidad de vida de la ciudad incluyó también la discusión comunitaria sobre la colecta selectiva de la basura, realizada intersectorialmente y coordinada por la Secretaría del Medio Ambiente. Hasta diciembre de 1996 un grupo de treinta y seis usuarios del Programa de Salud Mental y trece "exhombres callejeros" atendidos por la Secretaría de Acción Comunitaria hacían el trabajo de separar el material reciclable colectado en los barrios, recibiendo remuneración en forma de beca de trabajo.

**Proyecto Tierra:** también creado en 1990, inicialmente a través de cursos prácticos en el Huerto Municipal, teniendo como monitores los propios trabajadores del Huerto; los cursos incluían aprendizaje y producción.



Los usuarios participantes recibían becas de trabajo. Hasta diciembre de 1996 el proyecto era realizado en conjunto con la Secretaría del Medio Ambiente, la Asociación de Apoyo a los Frentes de Trabajo Alternativos (AAFRENT - entidad que era formada por profesionales para estimular la estructuración y el financiamiento a grupos de trabajo de personas en desventaja y/o riesgo social) y en conjunto con la iniciativa privada, a través del *Programa Adopte una Plaza*. En este programa las empresas privadas adoptaban plazas públicas en convenio con la Alcaldía Municipal de Santos y se responsabilizaban por su mantenimiento a través de la AAFRENT, que empleaba los usuarios; un grupo de veinte usuarios realizaba el mantenimiento de los jardines de diez de esas plazas. Este grupo también prestaba servicios de jardinería a particulares, producía y comercializaba plantas ornamentales en un vivero por ellos construido, el cual estaba ubicado en el Jardín Botánico de la ciudad; la orientación técnica era realizada en conjunto con el equipo del propio Jardín Botánico.

**Proyecto Ventas:** iniciado en 1991 con el objetivo de comercializar miel y derivados en dos puestos de venta ambulante; el proyecto fue realizado en conjunto con la Secretaría de Industria, Comercio y Turismo, la cual facilitaba la ubicación de esos puestos en la ciudad. En 1996 el grupo era formado por siete usuarios organizados en pares, alternando los turnos de trabajo; el pago tenía como base la comisión por ventas realizadas.

**Proyecto Cafetería Para todos:** iniciado en 1992 con la creación de una Oficina de Cocina que producía y comercializaba golosinas, incluso por encomienda. En 1996, el grupo estaba formado por cinco usuarias y la remuneración era obtenida a partir de las ventas. En conjunto con voluntarios, el grupo participaba de la Ciudad Junina (fiesta organizada por el Fondo Social de Solidaridad de la Alcaldía); esta fiesta congregaba varias entidades filantrópicas, organizaciones no gubernamentales y cooperativas de trabajo de la ciudad quienes ponen restaurantes y cafeterías en ventas típicas de Fiesta Junina (fiesta folclórica celebrada en el mes de junio con comidas, bailes, juegos y trajes típicos propios del campesinato). El grupo trabajaba con la perspectiva de abrir una cafetería, que ya estaba en construcción, y sería destinada como espacio de trabajo, de encuentro y de cultura de la localidad.

**Proyecto Carpintería:** el taller de carpintería fue creado en 1992. Fabricaba objetos y muebles de madera por encargo y ofrecía servicios de reforma solicitados por particulares, incluso a domicilio, principalmente en el vecindario de la propia Unidad de Rehabilitación Psicosocial. En 1996 el grupo estaba formado por tres usuarios quienes recibían el pago de acuerdo con los servicios prestados; en general el taller era también un local de aprendizaje del oficio de carpintería de aquellos usuarios que manifestaban interés.

**Proyecto de Limpieza y Desinfección de Cisternas:** el proyecto se inició en 1992 con un curso teórico práctico administrado por profesionales de la Vigilancia Sanitaria de la Secretaría de Higiene y Salud a un grupo de usuarios con el objetivo de entrenarlos en desinfección de cisternas y limpieza de Unidades de Salud. En 1996 el grupo tenía siete participantes y desarrollaba el trabajo en las unidades de la Secretaría en conjunto con la AAFRENT y bajo la supervisión de la Vigilancia Sanitaria; eran remunerados de acuerdo con los servicios prestados. Diferentemente de los proyectos ya descritos, presentaba un ritmo cíclico de trabajo, por estar directamente vinculado a la solicitud del servicio.

**Proyecto Dique:** este proyecto estaba incluido en uno de los principales programas de vivienda de la Alcaldía, el cual previó la urbanización de "favelas" (palafitos) en un área de intervención que abarcaba 700 mil metros cuadrados y en el cual vivían aproximadamente 4 500 familias. Esta acción era bastante innovadora porque el programa involucraba conjuntamente las áreas de vivienda, saneamiento, drenaje de aguas pluviales y preservación ambiental que, integradas, posibilitaban la transformación del hábitat social y el rescate de los derechos de ciudadanía de los vecinos. A través de convenio entre la Compañía de Habitación de Santos (COHAB), la Casa de Salud Anchieta y la AAFRENT, un grupo de diez usuarios participaba en 1996 de los trabajos de construcción civil



recibiendo remuneración en forma de beca de trabajo. Es importante resaltar que este grupo trabajaba codo a codo con los funcionarios de la COHAB vinculados a la empresa por la ley del trabajo; la situación de convivencia de las dos formas de contrato, sin duda, propició un conjunto de reflexiones. En aquel período tres participantes del grupo fueron aprobados en el examen de selección de la COHAB, logrando con eso ser contratados por la ley del trabajo.

**Proyecto Serigrafía:** el taller de serigrafía fue construido en 1994 y producía camisetas promocionales por encomienda y camisetas con *slogans* y diseños del Movimiento Nacional de Lucha Antimanicomios. En 1996 el grupo de trabajo estaba formado por cinco usuarios con acompañamiento directo de un instructor de serigrafía; ganaban por los servicios prestados. El taller ofrecía también cursos abiertos a la comunidad con el objetivo de integrar personas al grupo y de proporcionar un espacio cultural en la localidad.

**Proyecto Arreglando:** creado en 1996, ofrecía becas de trabajo a través de convenio entre la AAFRENT y la Compañía Santista de Transportes Colectivos. El grupo estaba constituido por seis usuarios quienes prestaban servicios de mantenimiento del edificio de la empresa, ejecutando reparaciones, pequeñas reformas y limpieza de las oficinas<sup>1</sup>. El horizonte de los espacios reales de trabajo pasó a ser el enriquecimiento

de la existencia y el aumento del poder de contractualidad social de los *usuarios - trabajadores* necesariamente pautados por la producción de mercaderías y valores, esto es, por la producción de bienes y servicios y de salud. La trayectoria de aquel período no se ha traducido en un recorrido lineal: el ensayo, la osadía, la diversidad y la solidaridad formaban el humus de esta doble producción: salud y trabajo. Consideramos que los proyectos de inserción en el trabajo presentaban las siguientes directrices principales (Niciácio; Kinker, 1996):

Calidad: los proyectos de inserción en el trabajo, como espacios de producción de sentido, deben emprender la doble producción, esto es, producción de trabajo y de salud; estos dos polos son continuamente puestos en discusión y el desafío es enfrentar el conflicto sin anular uno de ellos. En otras palabras, un taller puede ser un buen instrumento de socialización pero presenta una inserción discreta en el mercado, con bajo rendimiento económico para los "usuarios-trabajadores" y amplitud reducida de relaciones sociales - es una situación que, como proyecto de inserción en el trabajo, merece ser reconsiderada; de la misma forma, la oferta de un proyecto de trabajo de alto rendimiento económico pero con poca permeabilidad para la participación efectiva de los "usuarios-trabajadores" e imposibilidad de alterar los patrones de organización del proceso de trabajo debe ser recusada. Ejemplificando esas situaciones, enfatizando los extremos,

para demostrar de forma clara la concretización de la premisa de la doble producción implica transitar en un campo incierto, operar en un equilibrio inestable de fuerzas. Es en este contexto que el concepto de calidad es un decodificador, esto es, la temática de la calidad atraviesa por las diferentes dimensiones de los proyectos: calidad de las relaciones, del trabajo y de la producción de valor social.

Diversificar las actividades: los proyectos presentaban condiciones de trabajo diferentes, requiriendo habilidades diversas y se realizaban en varios espacios; consideramos que la diversificación de actividades es fundamental para valorizar la capacidad de elecciones y deseos de los usuarios, de incentivar procesos de responsabilización, de ampliar las posibilidades del ejercicio de poder. Es importante resaltar que la entrada de los usuarios en los proyectos no se basaba en el encuadramiento de su diagnóstico clínico sino partiendo de una biografía, en la prospección de sus capacidades, expectativas, posibilidades; era bastante frecuente los usuarios visitar y conocer los diferentes proyectos antes de realizar su elección. Algunas veces el usuario escogía un proyecto en el cual no tenía vacante en el momento; él podía optar por otro proyecto mientras aguardaba una vacante o, aún, simplemente esperar por la vacante. Cuando un usuario escogía un proyecto que exigía de él la adquisición de diferentes condiciones de autonomía, los profesionales realizaban, durante el período inicial,

<sup>1</sup> Esa descripción de los proyectos de inserción en el trabajo fue elaborada por Niciácio; Kinker, 1996.



un soporte psicosocial más intensivo, en conjunto con los equipos de los *NAPS (Núcleos de Atención Psicosocial, base del modelo de atención en Salud Mental)*. O sea, en el proceso de rehabilitación, el propósito central es que los sujetos puedan ser protagonistas de sus propias elecciones en un campo real de oportunidades diversas.

Formar grupos de trabajo: podemos observar que en cada uno de los proyectos de trabajo participaba un gran número de personas, como compañeros, instructores, gerentes o clientes. La multiplicación de los actores involucrados se ha revelado como fundamental para la salida del circuito psiquiátrico; es en esta perspectiva de ruptura con los lugares de exclusión y, por lo tanto, de necesaria conexión de espacios diferentes, lenguajes diversas, de nuevos interlocutores, que se puede recolocar la cuestión del sufrimiento psíquico, de la diversidad, "del mundo de los otros", en la complejidad de las relaciones humanas. El proceso de transformación cultural del lugar de falta de valor que la locura ocupa en el imaginario social requiere el involucramiento, la práctica conjunta como medio indispensable de conocer y comunicar de forma no abstracta para encontrar otras formas de comprensión de la locura. Y aún, es necesario sumar los actores que tienen el interés común de realizar intervenciones urbanas y culturales en la ciudad; de esa forma se puede articular un conjunto de acciones en conjunto con las políticas públicas, asociaciones no gubernamentales y


ciudadanos que buscan transformar el hábitat social y construir calidad de vida en la ciudad para todos.

Inserción en la ciudad: los proyectos de trabajo estaban localizados en varias regiones de la ciudad, relacionados a las condiciones socioculturales y económicas de cada localidad. Esta "ocupación" de varios puntos de la ciudad facilitaba el echar raíces en el espacio social y se incluía en el contexto de producir nuevos mensajes para el imaginario social en relación a los sujetos con inhabilidades, esto es, constantemente proponer a los ciudadanos la posibilidad de convivencia con el sufrimiento psíquico. Al mismo tiempo, vuelve viable a los "usuarios-trabajadores" la conquista de nuevos espacios sociales por lo cual es necesario ampliar su propia autonomía.


Potencialización y reconversión de recursos: la potencialización y

reconversión de recursos materiales, humanos y sociales se configuró en una de las estrategias centrales para la desinstitucionalización de las instituciones y de los estatutos especiales; en la dimensión de la creación de fuentes de trabajo, utilizar los recursos existentes para ampliar la contractualidad social y no para exclusión y cronificación de los sujetos. La creación de becas de trabajo da ejemplo impar de esta orientación.

A lo largo de aquellos años el desarrollo de las contradicciones reales de los proyectos de trabajo ha posibilitado, por un lado, el fortalecimiento del equipo y de los usuarios y, por otro lado, la percepción de los límites de la estructura de "frente de trabajo" para promover las condiciones necesarias para que los sujetos con inhabilidades pudieran confrontarse positivamente con el mercado. Particularmente en el periodo de restricción del mercado de



**PARACTIVA  
ESTUDIAR**



**CICLO ANUAL EN NEUROREHABILITACIÓN 1999**

MARZO	06/07	EL TRONCO; ANALISIS Y ESTRATEGIAS TERAPEUTICAS PARA SU TRATAMIENTO	
ABRIL	10/11	TEJIDO CONJUNTIVO	MAYO 08/09 (13/14) HEMIPLEJICOS I
JUNIO	05/06 (10/11)	HEMIPLEJICOS II	AGOSTO 07/08 (12/13) PARAPLEJICOS I
SEPT.	04/05 (09/10)	PARAPLEJICOS II	OCT. 02/03 (07/08) TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO I
NOV.	13/14 (18/19)	TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO II	

**T.O. MARIA INES VILLANUEVA**

MARZO 27/28	INTEGRACIÓN SENSORIAL Y HABILITACIÓN FUNCIONAL
ABRIL 17	MOTRICIDAD FINA EN LA ESCUELA COMÚN
ABRIL 24/25	FUNCIÓN MANUAL (ANDRÉS VOLKHEIMER/MARIA INES VILLANUEVA)

**CURSOS ESPECIALES**

- INICIO 23-04 TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA EN REHABILITACION (curso de posgrado UNRC e.c.) Lic. Graciela Inbarne
- 15/16 DE ABRIL EQUITACIÓN TERAPEUTICA EN NEUROREHABILITACION Sheila Campbell & Larry Bachmann
- 2 AL 11 DE JULIO: TECNICA «E» CON MANUELA PETRI
- ABRIL/AGOS/NOV: KALTENBORN/EVJENTH con Jutta Affolter

VIAJE DE INTERCAMBIO A SUIZA EN AGOSTO !!

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



trabajo, de avance en el ideario neoliberal, crear los espacios de trabajo para los sujetos más frágiles en la relación de contractualidad social pone en evidencia la necesidad de la creación de nuevos instrumentos de acción. De esta forma, a partir de 1993, invertimos nuestras energías en la formación de una cooperativa de trabajo. La idea central fue que el instrumento cooperativo posibilita nuevas respuestas en la perspectiva de emancipación de los "usuarios-trabajadores" y, al mismo tiempo, significa una estructura jurídicossocial propia, lo que permite una relación efectiva de entrada en el mercado. Evidentemente, la elección de la estructura cooperativa se

determinaba por la necesidad de una dinámica democrática de las relaciones de trabajo y de producción y, por lo tanto, una forma que puede contemplar simultáneamente la producción de valores y de vida.

El proyecto Cooperativa se inscribió como una redefinición de la cuestión de la inserción social, representando un paso más en el desmontaje de la lógica de la custodia en la cual el sujeto no pertenece a, no se reconoce en, no tiene derecho de, en última instancia no tiene un lugar de valor. La Cooperativa implica un universo nuevo que repropone el riesgo y la libertad: por un lado, asumir con mayor posibilidad la inserción y, por otro lado, tener claro que esta no se

identifica con la homogeneización. El momento actual exige reflexión; las instigantes discusiones de la globalización de las economías, del significado del trabajo en la vida social, del volver más precarias las relaciones de trabajo, exigen nuestra reflexión incluso en el campo de la rehabilitación que hacen más vulnerables a parcelas importantes de la población, incluso las personas con trastornos mentales, a los procesos de marginalización y exclusión social. Es fundamental seguir buscando caminos para desconstruir la lógica que opone capacidad e incapacidad, desarrollo y distribución de riquezas, razón y locura.



*\*\* Profesora Asistente del Centro de Docência e Pesquisa em Terapia Ocupacional - Faculdade de Medicina / Universidade de São Paulo. Terapeuta Ocupacional / Maestría en Ciencias Sociales / Alumna del Programa de Doctorado en Salud Colectiva.*

## Bibliografía

- BIRMAN, J. *A Psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro, Graal, 1978. 453 p.
- CASTELFRANCHI, C. La frontiera della riabilitazione in Psichiatria. In: CASTELFRANCHI, C.; HENRY, P.; PIRELLA, A. *L'Invenzione Collettiva: per una Psicologia della riabilitazione nella crisi della Psichiatria Istituzionale*. Torino, Edizioni Grupo Abele, 1995. pp.140-190.
- CASTELFRANCHI, C. Riabilitazione: approcci a confronto. In: CASTELFRANCHI, C.; HENRY, P.; PIRELLA, A. *L'Invenzione Collettiva: per una psicologia della riabilitazione nella crisi della Psichiatria Istituzionale*. Torino, Edizioni Grupo Abele, 1995. pp.197-211.
- DE LEONARDIS, O.; MAURI, D.; ROTELLI, F. *L'impresa sociale*. Milano, Edizioni ANABASI, 1994. 218 p.
- NICÁCIO, F. *O Processo de Transformação da Saúde Mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura*. São Paulo, 1994. Dissertação (Mestrado). Programa de Ciências Sociais. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. 155 p.
- NICÁCIO, F.; KINKER, F. O desafio de viver fora: construindo a Cooperativa Paratodos. In: HENRIQUES, C.M.P.; CAMPOS, F.C.B. *Contra a maré, à beira-mar: a experiência do SUS em Santos*. São Paulo, Scritta, 1996. pp.121-131.
- ROTELLI, F. Ri-abilitare la ri-abilitazione (1993). In: ROTELLI, F. *Per la normalità*. Trieste, Edizione E, 1995. pp. 96-110.
- SARACENO, B. *La fine dell'intrattenimento: manuale di riabilitazione psichiatrica*. Milano, ETASLIBRI, 1995. 132 p.



## Belén - Brasil

En la ciudad Belén, estado de Pará, Brasil, del 13 al 16 de octubre de 1998, se desarrolló el II CONNTO (segundo Congreso del Norte y Nordeste de Brasil). El mismo se realiza cada dos años, en los períodos que quedan libres entre los congresos nacionales.

Materia Prima tuvo el honor de asistir y presenciar el desarrollo de nuestra disciplina en esa zona. Cabe aclarar que Belén es "la puerta de la Amazonia", con todo lo que esto implica: un territorio impensado para cabezas urbanas, costumbres, usos y formas culturales que irrumpen en los cinco sentidos.

Quizás por eso los trabajos estaban atravesados por una fuerte impronta localista: la utilización de recursos

naturales de la zona, la defensa de planes de salud locales (Belén no tiene manicomios), el fortalecimiento de las Universidades, a través de la presencia de sus docentes y sobre todo, el intento de sostener sus prácticas con concepciones que tengan en cuenta dónde y cómo se efectúan.

Así mismo el orgullo local no impide la necesidad de proyectarse hacia otros territorios de la "Aldea Global". El lema del congreso fue la globalización y la Terapia Ocupacional y las nuevas tendencias de la profesión. Durante cuatro días hablaron, discutieron y sintieron "nossa" Terapia Ocupacional. Saludamos a nuestros queridos colegas brasileños y agradecemos que nos hallan hecho sentir un terapeuta ocupacional amazónico más.

## AMTO

(por Bettina Roumec - Marta Vera)

Invitamos a participar del "Primer Simposio Argentino de Terapia Ocupacional en Gerontología", organizado por la Asociación Marplatense de Terapistas Ocupacionales a realizarse en nuestra ciudad, los días 14 y 15 de mayo de 1999.

En este Simposio disertarán profesionales invitados de todo el país.

Las condiciones de presentación son las siguientes:

- Especificar título del trabajo, lugar de realización, introducción, desarrollo, conclusiones y bibliografía.
- Detallar el tiempo de exposición (se recomienda no superar los 30 minutos).
- Especificar tipo de exposición (retroproyector, video, proyector de diapositivas, etc.)
- Enviar un diskette y dos copias impresas en papel tamaño A4, 2,5 cm. De márgenes superior, inferior, derecho e izquierdo. Utilizar procesador de textos Word 7.0
- El trabajo será leído por los miembros del Comité Científico, el cual informará a la Comisión Organizadora sobre la conveniencia o no de la presentación del trabajo y recomendarán eventuales modificaciones para su aceptación.
- La fecha límite para la presentación del trabajo es el 14/3/99.
- La recepción de los trabajos es la sede de la AMTO.

Comité organizador:

*Presidente:* Claudia Miranda

*Vicepresidente:* Betina Roumec

*Secretaria:* Marta Vera

*Tesorera:* Ana Ausmendis

*Vocales:* Ana Kristiansen, Maricel Tornabene, Verónica Cuello Otero, Serafina Pisano

*Comité Científico:* Andrea Loo, Laura Tejón, Betina Roumec, Ana Gonzalez, Ana Kristiansen, Alejandra Campisi.

*Informes:* (54 223) 492 2640 Falucho 3369 (7600) Mar del Plata- Bs. As.



## La Rioja

(por Comisión Organizadora)

El V Congreso Argentino y V Simposio Latinoamericano de Terapia Ocupacional se encuentra en pleno proceso organizativo.

La Rioja se prepara con entusiasmo para este último encuentro del milenio de Terapistas Ocupacionales del país y de Latinoamérica, en el que aseguramos una feliz estadía y el trabajo en pos de la excelencia científica que usted merece.

Sede: Ciudad Universitaria de la Ciencia y la Tecnología - La Rioja - Capital

Informes: Colegio de T.O. de La Rioja - Local 6 sector A Barrio Hospital - Telefax. 54 822 22436

Áreas Temáticas:

- funciones de T.O en los distintos niveles de prevención
- estrategias para disminuir el impacto de la discapacidad
- T.O. en el campo del conocimiento y la investigación
- corrientes teóricas y estrategias de abordaje en salud mental, educación, etc.
- Nuevos campos de integración de la Terapia Ocupacional

		Hasta 31 de mayo	Hasta septiembre
Aranceles:	T.O. asociados	\$ 100	\$120
	No asociados	\$ 120	\$ 150
	Estudiantes	\$ 80	\$ 100

Giro postal a nombre de T.O. Graciela Mosqueto

Los trabajos libres deben contemplar las siguientes partes: Abstract, introducción desarrollo, cierre, bibliografía e índice. No exceder las 30 páginas.

Presentación: tamaño de papel A4, fuente Arial, tamaño 12, a doble espacio. Enviar 2 copias y disquetes, bajo procesador de texto Microsoft Word, a la Comisión Científica.

Fechas de recepción: Abstract, hasta el 28 de mayo; trabajo completo, hasta el 25 de junio.

Difusión de trabajos: exposición oral y modalidad de poster. Todos los trabajos libres aprobados serán publicados por la Comisión Organizadora.

## La memoria al resguardo

Cartas, testimonios, documentos, grabaciones, fotos, todo puede contribuir a la reconstrucción de la memoria.

Continuamos con la intención de armar un ARCHIVO.

Para que tenga sentido es necesario movernos todos con una conciencia histórica, de lo contrario no habrá

nada que archivar. No se trata de despojar de recuerdos a sus poseedores, sino de duplicarlos a través de la tecnología existente. En materia de testimonios históricos no debería existir el sentimiento de propiedad individual, ya que son herencia comunitaria de todo un grupo humano en acción.

Focalizamos la búsqueda en:

**Los primeros terapeutas que trabajaron en las instituciones de todo el país** (públicas o privadas, de diferentes épocas)

Anímese y envíe una copia de lo que quiera compartir a:

Guise 1926 1º D (1425) Capital  
Tel. (011) 4826 1288



## Graduados de la ENTO

La Comisión de empadronamiento, difusión y convocatoria continua organizando el empadronamiento de los egresados de la ENTO. Envíe los siguientes datos: nombre y apellido, domicilio, teléfono, fax, correo electrónico, año de egreso. Puede hacerlo por:  
 Correo: T.O Patricia Reyno-Gorriti 4663/65 (1414) Capital  
 Correo electrónico: ENTOGRADUADO@hotmail.com.ar  
 Fax. (011) 4771 7394  
 Infórmese sobre las próximas reuniones para poder participar en la toma de decisiones.

## Recibimos en nuestra redacción:

- Revista Documental, publicación de la Red de Salud Mental de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires - Año 2 n°5 1998
- Fisiología Articular 5ª edición (Tomos I, II, III) A.I. Kapandji - Ed. Médica panamericana
- Diccionario de Ciencias Médicas Stedman - Ed. Médica panamericana
- Terapia Ocupacional Willard/Spackman 8ª Edición - Ed. Médica panamericana
- Boletín de la AMTO - Año 6 N°24, enero 1999

## Bioética

Asociación Argentina de Bioética  
 Sede: Juan Bautista Alberdi 2695 Planta Baja  
 Mar del Plata - Buenos Aires - Argentina

Presidente: Dr. Pedro Federico Hooft (Mar del Plata)  
 Presidente Honorario: Dr. Pedro Alberto Mainetti (La Plata)  
 CoPresidente Honorario: Dr. Justo Zainer (Mar del Plata)

## NUESTRA REDACCIÓN

Grál Mansilla 2665 - (1425) Capital  
 Tel. (54 11) 4962 1101  
 Telefax. (54 11) 4786 6833  
 E-mai: wernich @arnet.com.ar  
 Depto de atención al cliente: (54 11) 4786-6833

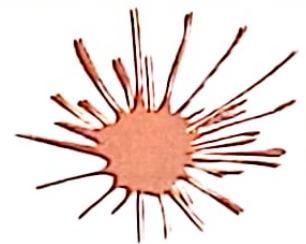
## FECHA DE CIERRE DE LA PRÓXIMA EDICIÓN

10 de mayo de 1999

Realización de revistas, libros, folletos, periódicos

Producciones periodísticas ♦ Diseño Gráfico ♦ Redacción de textos

Diagramación de avisos publicitarios ♦ Mailings



Tel.: (011) 4373-4695





# Las Cartas

*T.O. Tania Lucia da Cruz Terra*  
**Campos, Brasil, 1 de octubre de 1998**

"...me puso muy contenta ver publicado mi trabajo en la revista. La traducción me pareció perfecta. No imaginan cuanto admiro la revista. Me gustan las fotos de tapa, la compaginación, los artículos, la impresión, todo... tiene carácter formativo e informativo. Estoy muy agradecida a Materia Prima por haberme dado la oportunidad de compartir mis reflexiones con otros colegas en este bello vehículo de comunicación que enriquece nuestra profesión y ayuda a sentirnos más cerca de nuestros colegas latinoamericanos... un beso a todos los de Materia Prima..."

*Lic. en T.O. Patricia Pecker*  
**San Cayetano, 8 de octubre, 1998**

"...la publicación me interesa muchísimo. Las Ts.Os. que trabajamos en el interior del país sentimos que este medio nos posibilita una inserción al mundo amplio de la terapia Ocupacional, al poder compartir la experiencia de nuestros pares y acceder a la información de nuevas modalidades de trabajo..."

*A.N.T.O.*  
*T.O. Mirta Lavallen*  
*(Presidente)*  
**Necochea, diciembre, 1998**

"Navidad y Año Nuevo, época de encuentros, de reflexión y de alegrías compartidas. Deseamos que siempre y a pesar de todo no olvidemos... Sonreír, agradecer y amar"

*T.O. Liliána Oviedo de Genochio*  
**La Rioja, diciembre, 1998**

"Al Staff de Materia Prima: Quiero llegar con un mensaje de paz y de esperanza, haciendo extensivo mi saludo a todos los colegas del país, desde este rincón de Argentina. Que esta Navidad sea un nacimiento de cosas lindas para el último año del siglo"

*A.E.T.O.*  
*T.O. Marina Altamirano*  
*(Presidente)*  
**Entre Ríos, diciembre, 1998**

"Por una Navidad dichosa y un Año Nuevo colmado de realizaciones. ¡Felices Fiestas!"

*A.M.T.O.*  
*T.O. Ana Ausmendiá*  
**Mar de Plata, diciembre, 1998**

"Augurios de paz y felicidad en estas fiestas, es el deseo de la Asociación Marplatense de Terapistas Ocupacionales. ¡Feliz 1999!"

*Dr. Oscar Sbarra*  
*Mitre*  
**Capital Federal, diciembre, 1998**

La Biblioteca Nacional les desea un feliz prólogo del tercer milenio. Nuestros mejores deseos para 1999.

*T.O. Mariela Veller*  
**Corrientes, diciembre, 1998**

"...para los que trabajamos defendiendo lo esencial del ser humano, la proximidad de las fiestas nos recarga de energía para continuar luchando ¡gracias por compartir conmigo la razón de esforzarnos cada día! Felicidades"

*T.O. Gladys Martínez*  
**Capital Federal, diciembre, 1998**

"Queridas colegas de Materia Prima Son ustedes oportunidad y posibilidad de encuentro - discusión de temas inherentes a T.O., por eso no quiero dejar de agradecerles el trabajo realizado en este año y a la vez hacerles llegar mi caluroso estímulo para que continúen siendo una ventanita abierta al pensamiento, la reflexión y la investigación, áreas tan fundamentales como poco desarrolladas en nuestra profesión. Reciban mis sinceros deseos de felicidad e estas Fiestas..."





*Lic. Marcelo Ferraro*  
**Capital Federal, diciembre, 1998**

"Que el año Nuevo sea tiempo en que nuestros anhelos se cumplan. Que el comienzo del fin de Siglo nos encuentre unidos en el entusiasmo de construir un país mejor"

*Lic en T.O. María Angelica Rossi*  
**Mar del Plata, diciembre, 1998**

"...Desde ya deseamos que este año que se inicia sea próspero para ustedes y vuestros proyectos se vean concretados. Todo lo que vivamente imaginamos, ardientemente deseamos, sinceramente creamos y estusiastamente

emprendemos... inevitablemente sucederá. Feliz año 1999"

*A.T.O.S.*  
**Santa Fe, diciembre, 1998**

"Los mejores deseos para el año que se inicia. Feliz 1999"



# Universidad Abierta Interamericana

Miembro de la Asociación Universitaria Iberoamericana de Posgrado SEDES EXTERNAS: Brasil, Venezuela, Chile, Paraguay y Uruguay

**TERAPEUTA OCUPACIONAL** 4 años

**Lic. TERAPIA OCUPACIONAL** 5 años

**LIC. EN PSICOLOGÍA - LIC. EN MUSICOTERAPIA** 5 años

Profesionales con alcance en distintos campos: Marketing, Educativo, Laboral, Jurídico, Deportivo, Institucional, Clínico, Social etc. vinculados al arte, ligados a la salud, con sólida preparación en cuanto a las dimensiones biopsicosociales del hombre.

**CAMPUS:** -Almagro-Palestina 748 - Capital ~ **ARANCELES \$145** ~

**Pasantías Laborales y trabajos de campo desde 1er. año**

**RECTORADO:** Chacabuco 90 1º Piso Cap Fed. TELÉFONO: 4342-7788 ( y rotativas )





# Encuentros y otros acontecimientos

## NACIONALES

marzo

### Maestría en Ciencias Sociales y Salud

Organiza: FLACSO y CEDES  
Informes: Ayacucho 551 (1026)  
Capital Federal

Tel. (54 11) 4375 2435

Fax. (54 11) 4375 1373

E-mail: postmaster @ flacso.cci.org.ar

### Curso de posgrado La temática gerontológica y la investigación sobre Ancianidad en Argentina

Organiza: FLACSO  
Informes: Ayacucho 551 (1026)  
Capital Federal

Tel. (54 11) 4375 2435

Fax. (54 11) 4375 1373

E-mail: postmaster @ flacso.cci.org.ar

### Curso de posgrado Teoría y Clínica psicológica de las perturbaciones alimentarias: Anorexia y Bulimia Maestría Problemas y Patologías del Desvalimiento

Organiza: Universidad Hebreo Argentina  
BAR ILAN

Informes: Tte. Gral. J. D. Perón 2933

Capital Federal

Tel. (54 11) 4863 4061 al 69

Fax. (54 11) 4863 0440

### Seminario Estimulación de la memoria, aprendizaje y creatividad

Informes: J.L. Pagano 2650 5ºC Capital

Telefax. (54 11) 4802 8143

E-mail: apice@datamarkets.com.ar

### 6 de marzo al 18 de diciembre XXI Curso multidisciplinario de

### gerontología y geriatría "Prof. Luis Munist"

Informes: Tel. (54 11) 4981 2670/ 4982  
5555/ 0366 int. 230 (lunes a viernes de  
8 a 12 hs)

División de Promoción y Protección de la  
Salud del Hospital Durand

23 de marzo

### Curso Terapia Familiar Sistémica en Rehabilitación

(curso de posgrado UNRC e.t.)

Organiza: Paractiva - Estudiar

Informes: Thames 2110 1º E

(1425) Capital Federal

Telefax. (54 11) 4776 2626

E-mail: paractiva@hotmail.com

27 al 28 de marzo

### Integración sensorial y habilitación funcional

T.O: María Inés Villanueva

Organiza: Paractiva - Estudiar

Informes: Thames 2110 1º E (1425) Cap.

Telefax. (54 11) 4776 2626

E-mail: paractiva@hotmail.com

10 de abril al 28 de agosto

### II Curso de post-gradado de Terapia Ocupacional en Gerontología

Organiza: AGEBA

Informes: (54 11) 4811 9238 (martes y

jueves de 18 a 21 hs) ó (54 11) 4982

6955/ 4854 2023/ 4866 2779

15 al 16 de abril

### Curso de equitación terapéutica en neurorehabilitación

T.O. Sheila Campbell / Harry Bachmann

Organiza: Paractiva - Estudiar

Informes: Thames 2110 1º E (1425)

Capital Federal

Telefax. (54 11) 4776 2626

E-mail: paractiva@hotmail.com

17 de abril

### Motricidad fina en la escuela común

Organiza: Paractiva - Estudiar

Informes: Thames 2110 1º E (1425)

Capital Federal

Telefax. (54 11) 4776 2626

E-mail: paractiva@hotmail.com

15 al 18 de abril

### XV Congreso Argentino de Psiquiatría

"El individuo: Las Redes

Biológicas y las Redes Sociales"

Organiza: APSA

Sede: Mar del Plata

Informes: San Martín 579 2do. piso

(1004) Capital Federal

Tel/Fax. (54 11) 4393 3059/3129/3381

24 al 25 de abril

### Función Manual

T.O María Inés Villanueva

Andrés Volkheimer

Organiza: Paractiva - Estudiar

Informes: Thames 2110 1º E (1425)

Capital Federal

Telefax. (54 11) 4776 2626

E-mail: paractiva@hotmail.com

29 y 30 de abril, 1 y 2 de mayo

### VIII Simposio Argentino de Pediatría Social, III Simposio Argentino de Lactancia

Materna, II Encuentro de Pediatría Social

del Conosur

Sede: Mar del Plata

Informes: San Luis 1978 3er. piso,

de 9 a 14 hs. - Mar del Plata

Pcia. de Bs. As

Tel./Fax. (54 223) 4918566



**Seminario: "Abordaje teórico-clínico en la mediana y tercera edad"**

Informes: J.L. Pagano 2650 5°C Capital  
 Telefax. (54 11) 4802 8143  
 E-mail: apice@datamarkets.com.ar

**10 al 12 de mayo  
 XV Congreso Argentino de Medicina Física y Rehabilitación  
 IV Encuentro de la Sociedad Latinoamericana de Paraplejía**

Organiza: Sociedad Argentina de Medicina Física y Rehabilitación  
 Sede: Carlos Pellegrini 525 Cap. Fed.  
 Informes: Av. Triunvirato 5237 Dto. G Capital Federal  
 Telefax. (54 11) 4542 9338 E-mail: mori\_sanchez @ conn med.com.ar

**14 al 16 de mayo  
 Primer Simposio Argentino de Terapia Ocupacional en Gerontología "Reflexiones sobre Teorías y Prácticas"**

Organiza: Asociación Marplatense de Terapistas Ocupacionales  
 Sede: Mar del Plata  
 Informes: Falucho 3369 (7600) Mar del Plata, Pcia. de Buenos Aires

Telefax. (54 223) 4922640 (Se convoca para la presentación de trabajos libres)

**3 y 4 de junio  
 Seminario para Talleres Protegidos de Producción.**

Cómo se organizan y supervisan, estructura, funcionamiento, dinámica y recaudación de fondos.  
 Organiza: SADEC  
 Sede: Fundación Bank Boston  
 Informes: Tel. (54 11) 4374 2740  
 E-mail: elite @ cutei.com.ar

**8 al 10 de septiembre  
 V Congreso Argentino de Terapia Ocupacional, V Simposio Latinoamericano de Terapia Ocupacional**

Sede: La Rioja  
 Informes: Colegio de T.O. local 6 Sector A Barrio Hospital (5300) La Rioja  
 Tel./Fax. (54 3822) 4224236  
 (Recepción de trabajos hasta el 11 de julio)

**22 al 24 de septiembre  
 II Congreso de Salud mental de la Ciudad de Buenos Aires**

«Configuraciones de la Clínica»  
 Sede: Sarmiento 1551- Capital

Informes: Avda. Córdoba 3120 1º Cap.  
 Tel (54 11) 4861 6891/4863 6586

**INTERNACIONALES**

**16 al 20 de abril  
 Conferencia Anual de la Asociación Americana de Terapeutas Ocupacionales (AOTA)**

Sede: Indiana, EEUU  
 Informes: Tel. (1 301) 652 2682  
 Fax. (1 301) 652 7711

**10 al 13 de mayo  
 X Congreso Nacional de Psiquiatría Biológica, Reunión Latinoamericana de Psiquiatría Institucional: "Psicofarmacología, Calidad de vida y Sociedad"**

Organiza: Sociedad Mexicana de Psiquiatría Biológica A. C.  
 Sede: México  
 Informes: Cto. Economistas, E 16 L H Zona Azul, Cd. Satélite, Neucalpan, Edo. de México  
 Tel./Fax. (52 5) 562 0511/6074

----- ✂ -----

Apellido y Nombres \_\_\_\_\_  
 Sexo \_\_\_\_\_ DNI Nro. \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Domicilio  
 Calle \_\_\_\_\_ Nro. \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Depto. \_\_\_\_\_  
 C.P. \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_  
 Tel. \_\_\_\_\_ Fax. \_\_\_\_\_ E-Mail. \_\_\_\_\_  
 Ejerce Si  No  N°de Matrícula \_\_\_\_\_  
 Institución \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
 Solicite suscribirme a la revista "Materia Prima" por \_\_\_\_\_ número/s  
 Quiero recibirla desde el número..... (sujeto a existencias)  
 Importe \$ \_\_\_\_\_ Giro \_\_\_\_\_  
 Fecha...../...../.....  
 \_\_\_\_\_  
 Firma y Aclaración

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

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



**26 al 30 de julio**  
**Mauritius The 2000 Challenge**  
**O.T. in Africa. I International**  
**Congress of the O.T. Africa**  
**Region Group - OTARG**  
 Informes: Mrs. J. Laurent (vice  
 Chairperson OTARG) 9 Doctor Raoul  
 Felix Street Rose Hill, Mauritius  
 Tel. (230) 686 2061 / 421 5852  
 Fax. (230) 424 5610

**16 al 20 de agosto**  
**I Convención**  
**Latinoamericana de Estimulación**  
**Temprana y Alteraciones del**  
**Desarrollo Infantil**  
 Sede: Ciudad De Panamá, Panamá  
 Informes: Tel./Fax. 432 4724  
 E-mail: elcisne @ ciudad.com.ar

**11 al 14 de septiembre**  
**The Second Asia Pacific O.T.**  
**Congress**  
**Sede: Taipei, Taiwan**  
 Informes: The Secretariat 2nd APOTC c/  
 o TCM/Congrex P.O.Box 68-439,  
 Taipei, Taiwan  
 Tel. (886 2) 2523 6017  
 Fax. (886 2) 2537 7479

**21 al 23 de octubre**  
**VII Jornadas Internacionales**  
**sobre el Síndrome de Down**  
 Organiza: Fundación Catalana  
 Síndrome de Down  
 Sede: Barcelona, España  
 Informes: Fax. (93 215) 7699

**ANTICIPOS**

**2000**  
**9 al 13 de julio**  
**19th Congreso Internacional de**  
**Educación del Sordo**  
 Sede: Australia  
 Informes: ICED 2000 Congress  
 Secretariat  
 GPO Box 128 Sydney NSW 2001  
 Tel.(61 2) 92622277  
 Fax. (61 2) 92623135  
 E-mail: iced2000@tourhosts.com.au

**27 al 29 de septiembre**  
**ERGO 2000 - PARIS**  
**VI Congreso Europeo de Terapia**  
**Ocupacional «Ergothérapie:**  
**Mémoire et devenir»**  
 Informes: Comisión Técnica - Tel. (33 4  
 78) 61 09 09 Fax. (33 4 72) 71 81 06  
 E-mail: bawan @ mediásites.com

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

**17 al 19 de noviembre**  
**III Congreso Nacional para**  
**Instituciones de Educación**  
**Especial sobre Formación Laboral**  
**y Empleo**  
 Organiza: Asociación Logros  
 Informes: Lavalle 1454 Of. 65 Capital  
 Federal - Argentina  
 Tel. (54 11) 4374 2740 E-mail: elite @  
 cutci.com.ar

**2002**  
**23 al 28 de junio**  
**XIII Congreso de la Federación**  
**Mundial de Terapeutas**  
**Ocupacionales**  
**Action for Health in a New**  
**Millennium**  
 Sede: Estocolmo, Suecia  
 Informes: Planiavägen 13, Box 760, S-  
 131 24 Nacka, Suecia  
 Tel. (46 8) 466 2440 Fax. (46 8) 466  
 2424  
 E-mail: fsa @ akademikerhuset.se  
 http://: www.fsa.akademikerhuset.se



**M A T E R I A P R I M A**

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



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

El 8 de marzo de 1908 murieron carbonizadas 129 obreras de una fábrica textil en Nueva York. Habían iniciado una huelga para reclamar una jornada laboral de 10 horas en vez de las 14 que venían trabajando, un aumento de sueldo y descanso los domingos. Como respuesta a sus demandas, fueron quemadas vivas dentro del establecimiento –cerrado con llave desde afuera por orden de los dueños para asegurarse de la imposibilidad de cualquier escape de ellas–.

En recuerdo de esa tragedia, en la Segunda Conferencia Internacional de Mujeres Socialistas - Copenhague, Dinamarca, 1910- Clara Zetkin, una luchadora feminista alemana, propuso que se adoptara el 8 de marzo como el Día Internacional de la Mujer. El 18 de diciembre de 1972, la Asamblea General de las Naciones Unidas, en resolución 3010

(XXVII) proclamó al año 1975 como el Año Internacional de la Mujer. Se abrió la llamada “Década de la Mujer”, plasmada de reflexiones acerca de la libertad, justicia, derechos, participación y oportunidades. Ese año, las Naciones Unidas recogió la propuesta de Clara Zetkin, declarándose el 8 de marzo como el Día Internacional de la Mujer.



En Argentina, debido a las circunstancias políticas en aquella época, fue posible conmemorarlo públicamente por primera vez en 1984, en la Plaza de los Dos Congresos, con una multitudinaria y eufórica convocatoria.

*Las mujeres son el 51% de la población mundial, trabajan las 2/3 partes de las horas del trabajo que se realizan en todo el mundo, perciben el 10% del ingreso mundial, poseen la centésima parte de la propiedad mundial y están magramente representadas en el poder.*

*(Agradecemos a Lía Fletcher este material)*



**INTEGRANDONOS**



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

**LA RIOJA - ARGENTINA**

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

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

**MATERIA PRIMA**

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

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